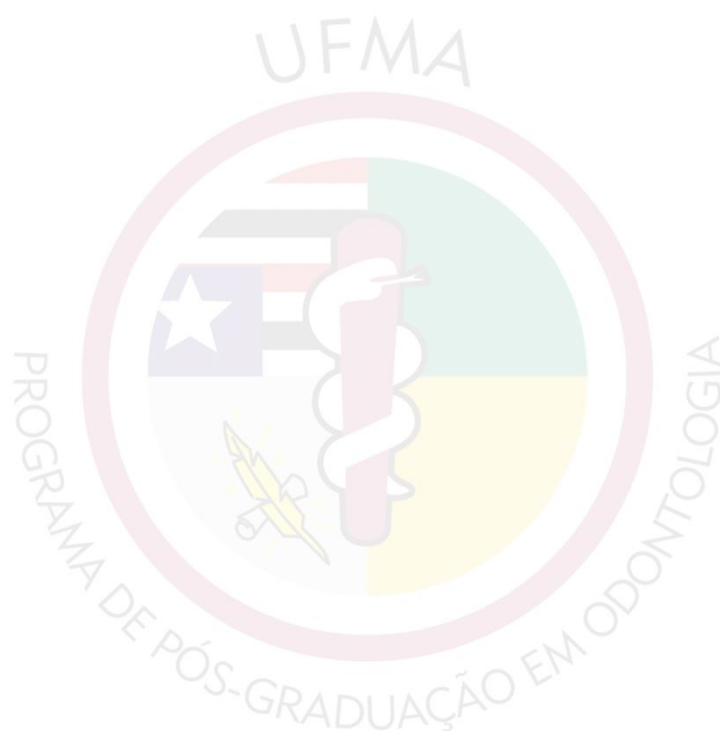




UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA



**ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA MOTORA NOS SERVIÇOS
ESPECIALIZADOS DE SAÚDE BUCAL NO
BRASIL: estudo ecológico com ênfase em
barreiras físicas**



SÃO LUÍS
2023

DJALMA ANTONIO DE LIMA JÚNIOR

**ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
MOTORA NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE
BUCAL NO BRASIL: estudo ecológico com ênfase em
barreiras físicas**

Defesa da dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Odontologia como parte dos requisitos para
obtenção de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Barbara
Abreu Fonseca Thomaz

SÃO LUÍS
2023

de Lima Júnior, Djalma Antonio.

Acessibilidade para pessoas com deficiência motora nos serviços especializados em saúde bucal no Brasil: : estudo ecológico com ênfase em barreiras físicas / Djalma Antonio de Lima Júnior. - 2023.

76 f.

Orientador(a): Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Odontologia/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2023.

1. Acessibilidade arquitetônica. 2. Barreiras físicas. 3. Pessoas com deficiência. I. Thomaz, Erika Barbara Abreu Fonseca. II. Título.

DJALMA ANTONIO DE LIMA JÚNIOR

**ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
MOTORA NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE
SAÚDE BUCAL NO BRASIL: estudo ecológico com ênfase
em barreiras físicas.**

A Comissão julgadora da Defesa do Trabalho Final de Mestrado em Odontologia, em sessão pública realizada no dia 19/12/2023, considerou o candidato

☒ APROVADO

☐ REPROVADO

- 1) Examinador: Prof. Dr. Paulo Sávio Angeira de Goes
- 2) Examinador: Profa. Dra. Ana Margarida Melo Nunes
- 3) Presidente (Orientador): Profa. Dra. Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço primeiramente à Jeová, por me conceder fé, foco e renovação de força diariamente, com o intuito de alcançar meus objetivos e sonhos.

A todo meu núcleo familiar, Eunice de Sousa (mãe), Débora Lima (irmã), Eliana Lima (irmã), além das sobrinhas Ana Beatriz, Rebeca e Raquel. Conto com o apoio fidedigno da minha família, haja vista que estão presentes em todos os momentos de minha vida.

A minha orientadora, querida professora Erika Thomaz, que, com sua dedicação, paciência e humildade, sempre esteve presente na elaboração deste estudo, me auxiliando em todas as etapas.

A Universidade Federal do Maranhão, pelo acolhimento e ensinamentos do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Odontologia.

Aos pesquisadores envolvidos na condução do PMAQ-CEO, possibilitando uma análise dos dados presentes no ciclo 1 e ciclo 2, em especial ao Prof. Dr. Paulo Goes e sua equipe da Universidade Federal de Pernambuco e de outras Universidades do país, que conduziram a coordenação geral da avaliação externa em ambos os ciclos.

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento do PMAQ-CEO;

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, pela bolsa de Mestrado, que me auxiliou na execução da pesquisa.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Tipos de Centros de Especialidades Odontológicas.....	22
Quadro 1 –	Descrição das variáveis do estudo.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características de acessibilidade física dos Centros de Especialidades Odontológicas para pessoas com deficiência motora, comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO.....	47
Tabela 2 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas, segundo macrorregiões e Unidade Federativa.....	47
Tabela 3 – Características de ajuste dos cinco modelos da análise de transição latente.....	48
Tabela 4 – Modelo de cinco status latentes sobre as barreiras físicas dos Centros de Especialidades Odontológicas.....	49

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIC	Critério de Informação de Akaike
APS	Atenção Primária à Saúde
BIC	Critério de Informação Bayesiano
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM	Deficiência Motora
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IEP	Instituições de Ensino e/ou Pesquisa
LTA	Análise de Transição Latente
MS	Ministério da Saúde
PCD	Pessoas Com Deficiência
PCDm	Pessoas Com Deficiência motora
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
LS	Status Latente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

RESUMO

Introdução: A acessibilidade aos serviços de saúde é essencial para que as pessoas com deficiência motora (PCDm) possam ter seus direitos à saúde respeitados. Pouco se sabe sobre as barreiras físicas que dificultam o acesso de PCDm aos serviços públicos de saúde. O objetivo deste estudo é avaliar a acessibilidade física, voltada para PCDm, nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) do Brasil, analisando possíveis mudanças ao longo do tempo. **Métodos:** Trata-se de um estudo de abrangência nacional do tipo ecológico, com dados secundários da avaliação externa dos dois ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) dos CEOs, realizadas em 2014 e 2018. Os CEOs foram as unidades de análise (n=889 avaliados em ambos os ciclos). Foram realizadas análises descritivas e de transição latente considerando as variáveis de acessibilidade física voltadas a PCDm: corredores e portas adaptados para cadeira de rodas; cadeiras de roda em condições de uso; rampa de acesso com corrimão; e banheiros adaptados. Foram criados e testados modelos com diferentes números de Status Latente (SL), de dois a seis, escolhendo-se o que apresentasse melhor conceito e qualidade de ajuste apropriado: menor valor de qui-quadrado do teste de razão de verossimilhança, valores de Critério de Informação de Akaike (CIA) e Critério de Informação Bayesiano (CIB) acima de 0,9 e entropia próxima de 1,0. **Resultados:** A região Nordeste concentrou a maior proporção de CEOs do país (38,4%) e a região Norte, a menor (6,4%). O modelo escolhido foi o de cinco SL, nomeados: SL1 (mais acessível); SL2 (deficiência portas e banheiros); SL3 (deficiência rampas e banheiros); SL4 (deficiência cadeiras de roda); e SL5 (menos acessível). Houve melhoria em todos os indicadores de acessibilidade física dos CEOs brasileiros analisados: adaptação para cadeiras de rodas em corredores (aumento de 9,7%) e portas (4,9%); cadeiras de rodas adequadas (15,7%); rampas de acesso com corrimão (38,7%); e banheiros adaptados para PCDm (19,6%). Registrou-se aumento do número de CEOs do SL1 e redução do SL5. **Conclusão:** Comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO, houve redução das barreiras físicas nos CEOs a PCDm, em todos os estados brasileiros, favorecendo na acessibilidade física dos usuários.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Acessibilidade arquitetônica; Barreiras físicas.

ABSTRACT

Introduction: Accessibility to health services is essential so that People with motor Disabilities (acronym in Portuguese, PCDm) can have their rights to health respected. Little is known about the physical barriers that make it difficult for PCDm to access public health services. The objective of this study is to evaluate physical accessibility, aimed at PCDm, in Dental Specialty Centers (acronym in Portuguese, CEOs) in Brazil, analyzing possible changes over time. **Methods:** This is a national ecological study, with secondary data from the external evaluation of the two cycles of the Access and Quality Improvement Program (acronym in Portuguese, PMAQ) of the CEOs, carried out in 2014 and 2018. The CEOs were the units of analysis (n=889 evaluated in both cycles). Descriptive and latent transition analyzes were carried out considering the physical accessibility variables aimed at accessibility for PCDm: corridors and doors adapted for wheelchairs; wheelchairs in usable condition; access ramp with handrail; and adapted bathrooms. Models were created and tested with different numbers of Latent Status (LS), from two to six, choosing the one that presented the best concept and appropriate quality of fit: lowest chi-square value of the likelihood ratio test, Criterion values Akaike Information Criterion (AIC) and Bayesian Information Criterion (BIC) above 0.9 and entropy close to 1.0. **Results:** The Northeast region had the highest proportion of CEOs in the country (38.4%) and the North region had the lowest (6.4%). The model chosen was five LS, named: LS1 (most accessible); LS2 (disability doors and bathrooms); LS3 (deficiency of ramps and bathrooms); LS4 (wheelchair disability); and LS5 (less accessible). There was an improvement in all physical accessibility indicators of the Brazilian CEOs analyzed: adaptation for wheelchairs in corridors (9.7% increase) and doors (4.9%); suitable wheelchairs (15.7%); access ramps with handrails (38.7%); and bathrooms adapted for PCDm (19.6%). There was an increase in the number of CEOs in LS1 and a reduction in LS5. **Conclusion:** Comparing the two PMAQ-CEO cycles, there was a reduction in physical barriers in CEOs to PCDm, in all Brazilian states, favoring physical accessibility for users.

Keywords: Disabled people; Architectural accessibility; Physical barriers.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1	Acesso e acessibilidade em saúde.....	15
3.2	Pessoas com deficiência.....	18
3.3	PNSB e Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	20
3.4	PMAQ-CEO.....	23
3.5	Acessibilidade aos serviços de saúde bucal para PCDm.....	26
3.6	Análise de transição latente.....	28
4	CAPÍTULO 1.....	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICES.....	61

1 INTRODUÇÃO

Acessibilidade física é compreendida como a existência de ambientes apropriados para pessoas com deficiência (PCD), seja motora, visual ou auditiva (BRASIL, 1990), de modo a possibilitar o deslocamento/locomução destas pessoas com segurança e autonomia (RUÍZ et al., 2013). O ambiente deve possuir rampa com corrimão ou elevador, portas com tamanho adequado para cadeira de rodas, banheiro adaptado, sinalização visual e auditiva, elementos em relevo, dentre outros aspectos estruturais (TRISTÃO et al., 2016). Dentre os tipos de deficiência, a motora (DM) é muito prevalente; segundo o último censo, cerca de 6,9% de brasileiros têm algum tipo de DM, dos quais 2,2% são incapacitantes (IBGE, 2022).

A DM é definida como uma modificação completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, interferindo na função física da pessoa. Apresenta-se de várias formas: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia; amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, entre outras (BARONA; BLASCHKE; KIENBERGER, 2017).

No Brasil, segundo a Política Nacional de Saúde da PCD, é necessário que os direitos sejam implementados nas três esferas de gestão, realizando-se as cooperações interinstitucionais, considerando a promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiências, atenção integral à saúde, melhoria nos mecanismos de informação, qualificação de recursos humanos e sistematização dos serviços (BRASIL, 2010). Todavia, barreiras físicas impossibilitam a plena efetivação do direito à saúde, sendo este cenário muito comum em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (LAGU; IEZZONI; LINDENAUER, 2014). Assim, embora PCD tenham prioridade por lei a ações em saúde coletiva e individual, e devam ter amplo direito de acesso à saúde, na prática, eles sofrem com iniquidades. No Brasil, apenas 4,3% estabelecimentos de atenção ao parto e nascimento em regiões de saúde vinculados à Rede Cegonha tinham acessibilidade para PCDm, sendo pior no Norte e Nordeste (THOMAZ et al., 2021).

PCDm precisam ter uma interação saudável e constante com o seu meio sociocultural (MARTINS, 2016). Caso eles estejam em um ambiente que limite a sua mobilidade e acessibilidade aos serviços (podendo afastar este público dos serviços de saúde), maior será a dificuldade para eles alcançarem um padrão de vida pleno e autônomo, posto que eles se encontram em um cenário de desvantagem (MUDRICK et

al., 2012).

Para que PCDm exerçam seus direitos como cidadãos, especialmente utilizando o serviço público de saúde, os hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e demais unidades de prestação de serviços de saúde devem estar livres de barreiras físicas (CHÁVEZ et al., 2020). Estas barreiras podem impossibilitar ou interferir no alcance de forma segura, aos serviços prestados à comunidade (LAGU; IEZZONI; LINDENAUER, 2014).

Para melhorar a atenção à saúde desses indivíduos, em 2012, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Brasil. Amplificando o uso de serviços odontológicos e diminuindo as barreiras enfrentadas pelos pacientes com alguma deficiência. Tem-se o incentivo financeiro da esfera pública federal a estados e municípios, ao atendimento odontológico de PCD nos CEOs; além do estímulo à capacitação profissional dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal (CONDESSA et al., 2020).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os CEOs são estabelecimentos de saúde pública que prestam uma assistência especializada em odontologia. Um dos critérios mínimos para credenciamento de um CEO é o atendimento às PCD, incluindo a deficiência motora (DM) (BRASIL, 2017).

Buscando avanços no acesso à saúde e na qualidade dos serviços ofertados em todo território brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Dois anos após, o MS estendeu o programa aos serviços especializados dos CEOs (PMAQ-CEO) (BRASIL, 2013). Um estudo transversal analisou o ciclo 1 do PMAQ-CEO, focando na acessibilidade física. Notou-se que a acessibilidade para pessoas com algum tipo de deficiência necessitava ser melhorada, pois ainda existiam muitas barreiras físicas (CONDESSA et al., 2022).

Há poucos estudos que abordam a acessibilidade em estabelecimentos de saúde (MORAIS JUNIOR et al., 2018; MARQUES et al., 2018; GALVAN et al., 2019; THOMAZ et al., 2021; QUEIROZ et al., 2022). Além disso, nenhum deles analisou o problema em uma perspectiva comparativa, com foco na acessibilidade física para PCDm, nos ciclos 1 e 2 do PMAQ-CEO. Todavia, é essencial analisar a acessibilidade física dos CEOs, para que PCDm possam se locomover amplamente dentro do local. A remoção de barreiras físicas melhora o arranjo arquitetônico dos CEOs, ponderando princípios de universalidade e equidade. Espera-se que este estudo contribua para a

implementação de estratégias nos CEOs que favoreçam diretamente as PCDm.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar a acessibilidade física dos CEOs, voltada para PCDm, comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO. Nossa hipótese é que, ao longo dos ciclos 1 (2013 a 2015) e 2 (2015-2019) do PMAQ-CEO, tenha havido melhorias na acessibilidade física dos CEOs de modo a favorecer PCDm em todo o território brasileiro, levando em consideração a análise de transição latente, acredita-se que houve melhoramentos em todos os Status Latentes.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

- Avaliar a acessibilidade física para PCDm nos CEOs de todo território brasileiro.

2.2 Específicos

- Descrever as barreiras físicas a PCDm nos CEOs do Brasil, comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO.
- Identificar tipologias de CEOs quanto às barreiras físicas a PCDm do Brasil.
- Analisar possíveis mudanças na tipologia do CEO ao longo do tempo.
- Verificar a distribuição espacial dos CEOs, segundo perfis de mudança na tipologia, por macrorregiões e Unidades Federativas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Acesso e acessibilidade em saúde

O conceito de acesso e acessibilidade varia de acordo com autores, mudando ao longo do tempo, dependendo do contexto (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). O termo acesso consiste em um dos componentes do sistema de saúde, relacionado com a organização dos serviços no que tange à entrada do serviço de saúde e à continuação do tratamento (recebimento dos cuidados subsequentes) (DONABEDIAN, 1973). Aday e Andersen (1974) centralizam a ideia de acesso nas características das pessoas; enquanto outro autor pode focar nas questões de oferta em saúde; ou até mesmo na associação de ambas as características (PINHEIRO; VIACAVA; TRAVASSOS; BRITO, 2002).

O acesso nos serviços em saúde pode ser classificado em: acesso efetivo e eficiente. O efetivo é um resultado da utilização de serviços que melhoram as situações de saúde. O eficiente está relacionado com a satisfação em relação à quantidade de serviços de saúde realizados (ANDERSEN, 1995).

Penchansky e Thomas (1981) apontam que o acesso envolve o ajuste entre os usuários do próprio sistema de saúde; este pensamento é semelhante à interpretação de Donabedian (DONABEDIAN, 1973). Além disso, diversos outros conceitos de acesso incluem: disponibilidade de tratamentos em relação às necessidades; acolhimento dos pacientes e aceitabilidade dos tratamentos ofertados; além da organização da distribuição geográfica dos serviços e dos seus usuários, também compreendido como acessibilidade (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Começou a se definir o termo acessibilidade na década de 1940, constituindo uma condição de acesso das pessoas com alguma deficiência, associado com o surgimento de tratamentos voltados para reabilitação física (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). A acessibilidade era conceituada somente como uma condição de mobilidade e eliminação de barreiras físicas em edifícios e nos meios de transporte (WAGNER; PACHECO; LINDEMAYER; da SILVA, 2010). Atualmente, esse conceito se tornou mais amplo, envolvendo outros fatores, não somente a mobilidade; leva-se em conta os resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

A acessibilidade pode ser vista de acordo com a qualidade do que é de fato acessível (DONABEDIAN, 1990; ANDERSEN, 1995). Por outro lado, outros autores preferem usar o termo acesso, caracterizando o ato de ingressar, a entrada da pessoa na

unidade da saúde, indicando o nível de facilidade com que os indivíduos possuem ao usarem serviços de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

É possível encontrar dois arranjos de acessibilidade: a socio-organizacional e a geográfica; que podem estar relacionadas. O primeiro arranjo está envolvido com fatores da oferta de serviços, como as políticas formais ou informais que escolhem os pacientes de acordo com sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. A acessibilidade geográfica está relacionada com a distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros aspectos (DONABEDIAN, 1973).

Donabedian (1973) defende que a acessibilidade envolve a oferta de serviços relacionados à capacidade de produção de serviços e na resolução das necessidades de saúde de uma população. Sendo assim, acessibilidade não se limita somente em um determinado período de tempo ou lugar, mas abrange fatores dos serviços e recursos de saúde que devem ser capazes de facilitar sua utilização pelos pacientes. A população deve ser capaz de usar plenamente os serviços de saúde. No entanto, tem-se uma variação de acessibilidade a depender do local e grupos de pessoas.

Acessibilidade deve estar relacionada em um arranjo mais complexo, bem como a capacitação dos profissionais de saúde; apropriados recursos tecnológicos; e adequado ajuste entre as necessidades dos pacientes e serviços disponíveis (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR 9050 – defende que a acessibilidade física envolve a condição da pessoa utilizar serviços com segurança. Pondera-se o local, móveis, equipamentos ou qualquer outro item que possa influenciar na acessibilidade das pessoas, inclusive PCDm (ABNT, 2015).

A acessibilidade física envolve uma plena comunicação com a equipe de saúde, presença de um adequado estacionamento com vagas para PCD (MANZINI, 2005). Pondera-se também a qualidade estrutural das calçadas e presença de um piso tátil (faixas em alto-relevo fixadas no chão para fornecer auxílio na locomoção pessoal de deficientes), além de sinalização sonora e visual (PAULINO; CORREA; MANZINI, 2008).

Barreiras físicas interferem o deslocamento livre dos pacientes, especialmente a PCDm. Rampas e escadas inadequadas, degraus altos, banheiro pequeno e não adaptado para PCD constituem exemplos destas barreiras. É uma dificuldade observada no arranjo arquitetônico dos prédios ou locais destinados a oferta de saúde (SIQUEIRA et

al., 2009).

Diversas unidades de saúde já foram construídas sem uma preocupação com acessibilidade física, não levando em conta princípios de inclusão. Os espaços devem ser adaptados, fazendo reformas com o objetivo de tornar o local cada vez mais utilizável por todos, inclusive para PCDm (PAULINO; CORREA; MANZINI, 2008).

Centros de saúde localizados em zona rural, geralmente estão situados em regiões carentes, com distribuição desigual de tratamentos ofertados e políticas inclusivas. Em áreas remotas e isoladas, tem-se menos acessibilidade nos serviços de saúde; os profissionais podem se deslocar para atender PCD em domicílio (MARQUES et al., 2018; HU et al., 2013). Mesmo isto sendo uma atuação positiva, em prol das pessoas, elas podem ficar em isolamento social, o que vai contra os princípios de acolhimento, onde o paciente deve estar junto de outros, dividindo o mesmo ambiente físico.

Um artigo analisou a acessibilidade nos serviços de saúde por pessoas com algum tipo de deficiência. Ele avaliou a partir dos seguintes critérios: tempo do atendimento; fácil estacionamento no local; presença ou ausência de rampas; quantidade de cadeiras para os pacientes sentarem na sala de espera e se o deficiente conseguia entrar na sala com facilidade. Também foi avaliado se os locais apresentavam cadeiras de rodas em condições de uso; presença de profissionais capacitados e se o local dispunha de sinalização. Constatou-se que todos os entrevistados apontaram ter sofrido algum tipo de dificuldade frente as variáveis analisadas (CASTRO; LEFÈVRE; LEFÈVRE; CESAR, 2011).

Marques et al. (2018) avaliaram a acessibilidade física das recepções de unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), na região do Maciço de Baturité (Ceará). Foram analisadas diversas variáveis, como: escadas, rampas de acesso, largura das portas; piso; portas vai/vem com visor; área de circulação mínima (1,20 metros); e mobiliários (balcão, assentos, bebedouros, entre outros). A prevalência da proporção de itens inacessíveis na recepção das unidades de APS é preocupante; grande parte das unidades não seguem os padrões exigidos pela NBR 9050.

Um artigo analisou acessibilidade física de crianças com câncer em um hospital universitário de Santa Maria (RS). Foram analisados 266 itens, sendo que apenas 30,07% estavam apropriados. Itens avaliados em quartos (80%) e sanitários (79,03%) não apresentaram condições adequadas de uso para PCDm (GALVAN et al., 2019). Estes resultados são preocupantes, pois grande parte das variáveis analisadas não

apresentaram condições adequadas de acessibilidade física para os seus usuários.

De acordo com Andersen (1995), a acessibilidade física pode ser conceituada no uso adequado dos espaços físicos, com plena utilização dos usuários e a identificação de possíveis barreiras físicas encontradas dentro das unidades de saúde. Assim, o presente estudo busca levar em conta um conceito específico de acessibilidade física, defendido por Nascimento (2012), tendo como base os estudos de Andersen (1995).

3.2 Pessoas com deficiência

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 é a Lei Brasileira de Inclusão para PCD. Esta lei conceitua a PCD como aquela que apresenta algum impedimento por um período de tempo extenso ou permanente, sendo de caráter físico, mental, intelectual ou sensorial. Essa pessoa pode se defrontar com uma ou várias barreiras, impedindo sua atuação adequada e efetiva na sociedade em relação às condições de igualdade com o grupo social em que esteja inserida (BRASIL, 2015).

No Brasil, é possível encontrar duas leis essenciais que abordam a atenção à PCD. Logo, a Convenção Internacional do Direito das PCD, incorporado ao ordenamento pelo Decreto Legislativo nº 186 e pelo Decreto nº 6949 de 2009, são as bases pela qual foi elaborada a Lei nº 13.146 (BRASIL, 2012).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, apontou que cerca de 17,3 milhões de indivíduos brasileiros apresentaram algum tipo de deficiência, na faixa etária de 2 anos ou mais. Do total destes indivíduos, 14,4 milhões habitavam em moradas urbanas e 2,9 milhões em zona rural; 10,5 milhões eram do sexo feminino e 6,7 milhões, do sexo masculino; 7,8 milhões eram pardos; 7,1 milhões eram brancos (8%) e 2,1 milhões, pretos (IBGE, 2019).

Falando sobre um tipo de deficiência física, a DM é uma modificação completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, interferindo na função física da pessoa. Apresentando-se de várias formas: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia; amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, entre outros (BARONA; BLASCHKE; KIENBERGER, 2017). A DM pode ser classificada em: temporária (a pessoa consegue retornar a sua condição anterior); recuperável (tem-se uma melhoria durante o tratamento); definitiva (de caráter irreversível); e compensável (obtem-se uma melhora

a partir da substituição de órgãos) (AMARAL et al., 2012).

O censo demográfico do IBGE 2000 avaliou a DM a partir da seguinte questão: “como avalia sua capacidade de caminhar/subir escadas – incapaz, grande ou alguma dificuldade permanente”? (IBGE, 2000). Esse censo avaliou a capacidade de deslocamento das pessoas, bem como se elas apresentavam alguma dificuldade em subir escadas. No entanto, as PCDm devem ser analisadas de forma mais ampla, envolvendo mais aspectos.

Ela pode ter diversas etiologias, levando em conta fatores genéticos, virais ou bacterianos; neonatais e traumáticos. Diversos sistemas do corpo humano podem ser prejudicados, como o osteoarticular, muscular e nervoso. PCDm necessitam de uma equipe de saúde multidisciplinar, para buscar o desenvolvimento de suas potencialidades e melhorar seu quadro de saúde (MARTINS, 2016).

O maior percentual de PCD foi encontrado no Nordeste (9,9%), seguido do Sudeste (8,1%), Sul (8%), Norte (7,7%) e Centro-Oeste (7,1%). Todos os estados da região Nordeste apresentaram proporções acima da média nacional, evidenciando o estado de Sergipe (12,3%) (IBGE, 2019). Este é o censo mais atual que aborda sobre PCD; no entanto, ele não especifica o percentual de PCDm de acordo com a região e tampouco analisa área rural ou urbana.

De acordo com a PNS, cerca de 3,8% (7,8 milhões) das pessoas de 2 anos ou mais tinham deficiência física nos membros inferiores e 2,7% (5,5 milhões) nos membros superiores. A proporção de indivíduos com limitações físicas foi cerca de 20,4%, sendo 24,6% para as mulheres e 15,0% para os homens. A região Nordeste apresentou a maior proporção (25,8%); quanto mais elevada a idade, maior a proporção: 8,6% para as pessoas de 60 a 64 anos de idade e 43,2% para aquelas com 75 anos ou mais (IBGE, 2019).

PCDm podem apresentar algumas características clínicas, são elas: corpo ou parte dele com movimentos descoordenados, interferindo na realização de atividades que exigem uma coordenação motora (CAMERA et al., 2011). Também podem apresentar deformidades corporais, como pés tortos ou pernas em tesoura; dor nos músculos e articulações; andar inadequado, caminhando pisando na ponta dos pés ou mancando (CALDAS JÚNIOR; MACHIAVELLI, 2015). Logo, PCDm necessitam de acessibilidade física nas unidades de saúde.

É comum nesses pacientes o acúmulo de biofilme oral e cálculo salivar; podendo causar problemas periodontais, como a gengivite e periodontite. Eles também podem

apresentar má oclusão, disfunção de mastigação e deglutição (ROMANELLI, 2006). É essencial que PCDm tenham um adequado acompanhamento de seus familiares e/ou cuidadores (caso tenham). Para se ter uma apropriada orientação e manutenção de uma satisfatória higiene bucal, que pode ser difícil, uma vez que podem apresentar prejuízos na capacidade motora dos braços e/ou mãos.

Em 2013, a PNS apontou que indivíduos com alguma deficiência tinham menor escolaridade e menor renda familiar, piores condições de saúde e visitavam menos o dentista do que as pessoas sem deficiência (BRASIL, 2016).

Analisando o ciclo 1 e ciclo 2 do PMAQ-CEO, notou-se uma diminuição do número de profissionais especializados no atendimento a pessoas com algum tipo de deficiência, apenas 1,3% têm qualificação para o atendimento (QUEIROZ et al., 2021), mesmo que seja obrigatório nos CEOs, o cirurgião-dentista ter uma especialização para atender PCD.

3.3 PNSB e Rede de Atenção à Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e o Brasil Sorridente, são medidas de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, elaborada em 2004 pelo MS. A PNSB busca a inclusão social para aumentar o acesso aos tratamentos odontológicos (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Atividades e tratamentos prestados consideram o conhecimento real da condição de saúde de um local, buscando a elaboração de uma prática efetiva e resolutive. É importante conhecer as pessoas em cada território, saber de suas condições de vida, concepções sobre sua própria saúde, seus hábitos e o que elas fazem quando adoecem (BRASIL, 2004).

Com o intuito de organizar a PNSB, é necessário que sejam formuladas condições ao cuidado para criança, adolescente, adulto e idoso. A partir da elaboração de medidas que favoreçam às ações resolutivas das equipes de saúde bucal, focando no acolher, prestação de informações, atendimento e encaminhamento. O indivíduo não deve ter seu acesso negado; e ele deve conhecer bem o local (estrutura do serviço) para ter amplo acesso (BRASIL, 2004).

Alguns objetivos dessa política supracitada são:

- Melhorar a competência da atenção básica, para assegurar qualidade e resolutividade, independente da tática exercida pelo município.

- Assegurar de forma indissociável, uma rede de atenção básica relacionada com toda a rede de serviços.
- Garantir integralidade em procedimentos odontológicos, associando o individual com o coletivo, levando em consideração a promoção da saúde, medidas preventivas e restabelecimento da saúde.
- Fazer uso da epidemiologia, informações a respeito do local, contribuindo para planejamentos em saúde (BRASIL, 2004).

Desde 2004, buscando melhorar a atenção à saúde bucal, a PNSB foi reestruturada, estabelecendo suas diretrizes e ampliando sua atenção aos níveis secundários e terciários. Em 2006, o caderno de atenção básica mostrou uma real necessidade da reorganização da atenção básica em saúde bucal, apresentando uma esfera de trabalho integrada a partir da organização de um arranjo de cuidados graduais (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 4.279 elaborou um conjunto de orientações à organização das redes de atenção à saúde na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse arranjo foi como uma rede organizacional de atividades e serviços em saúde, relacionando com sistemas de apoio técnico, logístico e de administração, para assegurar a completude à saúde (BRASIL, 2010).

Para se obter um adequado arranjo de serviços em saúde, pondera-se alguns fatores: valorização da atenção básica; reconhecimento das necessidades em saúde de um grupo populacional; atuação e cuidado multidisciplinar. Além de ponderar objetivos e atribuições com desfechos sanitários e econômicos (MENDES, 2011).

Para melhorar o SUS são importantes medidas de organização que se encaixem nos serviços prestados, analisando princípios do SUS. O processo de descentralização não deve sobrecarregar os municípios (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014). Região de saúde e população são considerados como pontos essenciais para o estabelecimento das redes de atenção à saúde. Esses fatores possibilitam uma organização de serviços, a partir de uma territorialização minuciosa. O arranjo de operação é formado pelos pontos de atenção e pelas relações materiais e imateriais que podem comunicar esses pontos (MENDES, 2011). No modelo de atenção, é necessário observar as carências assistenciais, considerando a organização da oferta; buscando não somente conhecer o desenvolvimento saúde-doença, mas também suas medidas de intervenção (MENDES, 2011).

Na saúde bucal, a organização adequada de uma rede de atenção envolve uma

medida de ampla solução, referindo-se à gestão e ao processo de trabalho dos profissionais. Neste contexto, a organização permite uma integração e articulação das esferas de atenção odontológica, proporcionando uma atenção apropriada aos pacientes, buscando ao máximo resultados satisfatórios (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014). A PNSB apresenta como estrutura, a reorganização da atenção primária em saúde bucal, aumentando as equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além da ampliação e melhoria na qualificação da atenção especializada; assistência na atenção terciária; promoção e prevenção; vigilância e monitoria do serviço ofertado. Diante desse contexto, foram criados os CEOs como estabelecimentos de saúde de atenção secundária, registrados no CNES (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Os CEOs executam procedimentos odontológicos especializados no âmbito do SUS. Eles devem realizar no mínimo as seguintes atribuições: diagnóstico bucal, focando no diagnóstico do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; tratamento endodôntico; e atenção a PCD, incluindo as PCDm.

Todos os CEOs compartilham de determinadas características ou requisitos, tais como, especialidades odontológicas mínimas necessárias, equipamentos e materiais apropriados, além de carga horária semanal. Eles devem seguir uma padronização visual de acordo com o Manual de Inserção de Logotipo (BRASIL, 2011).

Para credenciar um CEO é necessário que o gestor municipal e estadual apresente uma proposta de criação à Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), indicando qual tipo de CEO deveria ser criado. Com a aprovação do CIB, é encaminhada a solicitação de credenciamento do CEO ao MS para averiguação e formalização em portaria específica (BRASIL, 2006).

Existem três tipos de CEOs com características diferentes em relação a quantidade de consultórios e procedimentos mínimos ofertados por mês. O quadro 1 apresenta os tipos de CEOs com seus atributos (BRASIL, 2006).

Quadro 1 – Tipos de Centros de Especialidades Odontológicas.

Tipo de CEO	Recurso humano	Quantidade de consultórios	Quantidade de procedimentos/mês
I	Dispor de 3 ou mais dentistas.	3 Consultórios odontológicos completos.	Tratamentos básicos: 80. Tratamento periodontal: 60. Tratamento endodôntico: 35.

			Cirurgia oral: 80.
II	Possuir 4 ou mais dentistas.	4 a 6 consultórios odontológicos completos.	Tratamentos básicos: 110. Tratamento periodontal: 90. Tratamento endodôntico: 60. Cirurgia oral: 90.
III	Apresentar 7 ou mais dentistas.	No mínimo 7 consultórios odontológicos completos.	Tratamentos básicos: 190. Tratamento periodontal: 150. Tratamento endodôntico: 95. Cirurgia oral: 170.

Fonte: BRASIL, 2006.

O incentivo financeiro para a implantação (construção, reforma, ampliações, móveis, instrumentais e materiais odontológicos) dos CEOs é diferente para cada tipo de CEO. São destinados 40 mil reais para o CEO tipo I; 50 mil reais para o CEO tipo II; e 80 mil reais para o CEO tipo III (MAGALHÃES et al., 2012). No entanto, não se tem documentado se os três tipos de CEOs apresentam diferenças em relação a acessibilidade física, posto que eles podem apresentar diferentes contribuições financeiras.

Geralmente, municípios brasileiros de pequeno porte possuem uma baixa arrecadação financeira do poder público. Impossibilitando de terem seus próprios CEOs. Por isto é comum observar mais CEOs nas capitais do que nos interiores (BRASIL, 2016). Ainda é possível encontrar microrregiões que não possuem como rotina, uma atuação de associação direta com os demais municípios próximos que possuem um CEO, para encaminhar os pacientes que necessitam de atendimento odontológico especializado (BRASIL, 2016).

Como o CEO é cadastrado em uma portaria específica, todos deveriam apresentar uma acessibilidade física adequada para receberem todo tipo de paciente, incluindo PCDm (BRASIL, 2006). No entanto, em prática isto não ocorre, pode-se observar unidades de saúde com insatisfatórias características de acessibilidade física (MAGALHÃES et al., 2012).

3.4 PMAQ-CEO

O engajamento com a melhoria da qualidade em serviços destinados à saúde bucal, deve ser sempre reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de

iniciativas mais apropriadas aos novos desafios inseridos na realidade brasileira. Pondera-se a complexidade das necessidades de saúde bucal das pessoas, associando com a transição epidemiológica e demográfica (CELESTE et al., 2014).

Em fevereiro de 2013, surgiu o PMAQ-CEO, que é um programa idealizado pelo governo federal, com o intuito de identificar características positivas e negativas dos CEOs, com elaboração de medidas para melhorias do acesso e qualidade de serviços especializados em saúde bucal. Isto favorece na redução da morbidade associada à saúde bucal (VIEIRA, QUADROS, LIRA, GOMES, 2021).

Ele foi executado na área da PNSB, mediante a Portaria nº 261/GM/MS, com participação da gestão do SUS nos três níveis de governo – Secretarias municipais e estaduais de saúde, MS, além do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2013). A inclusão dos CEOs no programa, depende dos gestores Estadual, Municipal e Distrito Federal (NUNES et al., 2018).

Os CEOs devem ser analisados a partir do objetivo para o qual foram criados, isto é, melhorar o atendimento odontológico em todas as suas extensões, levando em conta a satisfação do paciente. A avaliação criteriosa do PMAQ-CEO é muito necessária, uma vez que auxilia na execução de decisões em prol do centro de saúde, bem como na identificação de melhorias em vários setores e vigilância em saúde bucal (GOES et al., 2012).

O PMAQ-CEO é um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, mensurando os efeitos da política de saúde, para pensar em melhorias. Além de garantir transparência dos processos de gestão do SUS; proporcionar visibilidade aos resultados alcançados; sendo capaz de favorecer ao controle social focado no sistema de saúde dos pacientes (VIEIRA, QUADROS, LIRA, GOMES, 2021).

O Instrumento de Avaliação Externa no PMAQ-CEO foi organizado em três módulos, de acordo com a forma de coleta das informações. O módulo I referiu-se às condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento. O módulo II envolveu as informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários, que foi respondido pelo gestor e cirurgiões-dentistas. O módulo III relacionou-se à satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal, no que diz respeito a seu acesso e utilização (BRASIL, 2013).

O ciclo 1 do PMAQ-CEO estruturou-se em quatro fases que estão relacionadas

entre si, são elas: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização (NUNES et al., 2018). A etapa de adesão envolveu a indicação dos gestores municipais da quantidade de CEOs que atuarão no programa, através do sistema do PMAQ. Logo, os gestores analisaram os CEOs que poderiam envolver-se no programa, bem como indicar novos CEOs que poderiam ser implantados (BRASIL, 2013).

A segunda etapa correspondeu à contratualização, que foram engajamentos a serem solidificados entre as equipes dos CEOs com os três tipos de gestores, associados com o MS, em uma atividade que relacionou concordância regional, estadual mais atuação do controle social (BRASIL, 2013).

A fase do desenvolvimento do PMAQ-CEO abrangeu a criação de medidas que serão usadas pelas equipes dos CEOs, pelas três gestões e pelo MS, com o objetivo de elaborar melhorias na gestão e serviço especializado em saúde bucal, favorecendo os CEOs (BRASIL, 2013).

A fase da avaliação externa foi executada pela coordenação geral de saúde bucal e departamento de atenção básica, em cooperação com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). A IEP elegeu e treinou um grupo de avaliadores de qualidade, que adotaram maneiras para analisar padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e gestão. Realizaram-se investigações sobre a infraestrutura do CEO, através de análise de documentos; e entrevista em diversos setores: gerente do local, cirurgiões-dentistas e usuários (NUNES et al., 2018).

A última fase do PMAQ-CEO foi a recontratualização, ocorrendo logo após a certificação do CEO. A partir da análise de desenvolvimento em cada setor, uma nova contratualização de características deveria ser executada, para favorecer ao arranjo de qualidade esperado pelo programa (BRASIL, 2013).

O ciclo 2 do PMAQ-CEO apresentou as seguintes fases: adesão e contratualização; certificação e recontratualização. Destacando em todas as etapas em um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, envolvendo autoavaliação, apoio institucional, monitoramento de indicadores de saúde, educação permanente e cooperação horizontal (BRASIL, 2017).

Espera-se que os resultados do PMAQ-CEO contribuam para o estabelecimento de novos modelos e indicadores de qualidade, proporcionando a implementação de avaliações periódicas. Todavia, o processo de qualificação dos CEOs pelo PMAQ-CEO envolve desafios a serem refletidos, como a condição da estrutura física do local e a

ausência de gerente ou gestor (BRASIL, 2013).

Além disso, esse programa foi de adesão voluntária nos ciclos 1 e 2, apresentando uma cobertura satisfatória de CEOs, mais de 95% das unidades de saúde foram avaliadas. Ainda assim, todos os CEOs foram convidados a participar da avaliação externa, mas alguns CEOs recusaram ou não puderam ser avaliados (CAVALCANTE et al., 2018).

3.5 Acessibilidade aos serviços de saúde bucal para PCDm

A plena utilização em serviços de saúde consiste em uma das maneiras de se mensurar o acesso aos tratamentos ofertados (HANSEN; CURL; GEDDIS-REGAN, 2021). A condição socioeconômica da pessoa deve ser analisada como uma barreira, indivíduos com baixa renda e escolaridade apresentam dificuldades em ir ao local, sendo um fator limitante (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015; CRUZ; CHAVES; CANGUSSU, 2016). Outros aspectos associados com a acessibilidade aos serviços em saúde incluem características demográficas, como gênero e idade; condições geográficas, como grandes distâncias a percorrer do domicílio até a unidade de saúde; além de estrutura cultural, que está relacionada com crenças predefinidas (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

O desempenho de adesão às normas de acessibilidade aos sítios públicos voltados para a oferta da saúde mantém um avanço lento, especialmente quando se envolve estruturas antigas ou de patrimônio cultural, pois o termo acessibilidade pode ser confundido com modernidade (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010). Até mesmo CEOs construídos e projetados em datas recentes, recebem reclamações dos pacientes sobre condições insatisfatórias de acessibilidade física (CONDESSA et al., 2020).

Uma revisão de escopo, analisando na íntegra 170 publicações sobre a acessibilidade dos serviços em saúde de PCD, apontou que as barreiras físicas consistem em uma das principais dificuldades apresentadas pelos prestadores de serviço (CLEMENTE et al., 2022).

Um estudo analisou a capacidade dos CEOs em atenderem PCD. Dos 133 CEO avaliados, somente 79 apresentavam condições apropriadas de acessibilidade física, para atenderem seus pacientes, envolvendo PCDm. A região Centro-Oeste foi a que apresentou a maior oferta de atendimento para esses indivíduos nos CEOs (87,5%), e a

região Sul, a menor (11,1%) (MORAIS JUNIOR et al., 2018). Este achado é preocupante, uma vez que a melhor região não chega nem a 90%; e a região Sul que é considerada um local bem desenvolvido, deveria apresentar uma alta porcentagem.

Os CEOs são responsáveis pela segurança e bem-estar de seus usuários, inclusive a PCDm. São importantes os cuidados que assegurem acessibilidade física a estes pacientes tais como, piso antiderrapante, rampas com largura ideal e corrimão de ambos os lados, seguindo normas técnicas (KITAMURA et al., 2016). Associar a qualidade de serviços prestados nos CEOs com a presença ou não da acessibilidade física para PCDm influencia diretamente no grau de satisfação dos usuários (GAVINA et al., 2018).

PCDm afirmam apresentar alguma dificuldade no pleno acesso aos tratamentos ofertados pelos centros de saúde. Isto é diferente para as pessoas que não possuem uma DM, elas conseguem com menos dificuldade o acesso a saúde. Deste modo, nos CEOs é possível encontrar avaliações individuais de diferentes aspectos do cuidado à saúde, envolvendo este assunto.

Realizando uma análise de uma década sobre as características dos CEOs, nota-se que eles apresentaram uma discreta melhora em relação à acessibilidade física para PCD, bem como atenção especializada em saúde bucal. No entanto, mais melhorias podem ser obtidas, no que tange a eliminação de barreiras físicas dentro dos estabelecimentos, a modo de favorecer uma acessibilidade universal (CONDESSA et al., 2020).

Muitos CEOs (73,2%) possuem sede própria, que favorece aos gestores executarem melhorias na acessibilidade física; pois os CEOs consistem em referência para atendimento a PCD (CONDESSA et al., 2020). Mesmo com políticas de incentivo financeiro, apenas um terço dos CEOs disponibilizam 40 horas semanais de atendimento clínico para estas pessoas (SANTOS et al., 2021).

No ano de 2011, em João Pessoa - Paraíba, analisou-se o acesso em saúde bucal para crianças com DM. Apenas 69% delas foram ao cirurgião-dentista; 50% realizaram tratamento no setor privado. Uma parcela de crianças com DM teve de fato acesso em saúde no serviço público. Um dos fatores levantados para se encontrar uma baixa ida ao consultório no setor público, foi justamente a carência de acessibilidade física (CARDOSO et al., 2011).

A rede de cuidado em saúde bucal para PCD encontra-se ainda em formação, mesmo levando em conta incentivos financeiros do poder público, tem-se diversas

limitações e vários pontos necessitam ser melhorados e organizados. Serviços em saúde bucal necessitam eliminar barreiras físicas e atitudinais para garantir acessibilidade universal. Protocolos de classificação de risco em saúde bucal são necessários para essas pessoas, melhorando o atendimento nos CEOs, especialmente em casos complexos (CONDESSA et al., 2020).

O estudo de Condessa et al. 2020, realizou uma análise descritiva, usando dados do ciclo 1 do PMAQ-CEO de 932 centros de saúde bucal. Características de acessibilidade foram descritas: corredores adaptados (76,9 %); portas adaptadas (78,1%); cadeira de rodas (58,8 %); e rampa com corrimão (46,9 %). O estudo concluiu que o cuidado para PCD precisa ser melhorado, pois ainda existem barreiras físicas.

Observa-se uma melhora dos indicadores que analisam os padrões de qualidade no atendimento das PCD nos CEOs. No entanto, ainda consiste em um desafio, a criação de metas para atender esses usuários, que respeitem as diferenças locorregionais (SANTOS et al., 2021).

Um estudo analisou se houve melhorias no atendimento para PCD, comparando o ciclo 1 e 2 do PMAQ-CEO. Ao decorrer dos anos, foi possível encontrar melhorias no atendimento para esses usuários (QUEIROZ et al., 2021). Essa pesquisa analisou não somente características estruturais dos centros de saúde, mas também números de dentistas que atenderam PCD e carga horária semanal; sendo avaliada a deficiência de forma geral, não focando em DM.

3.6 Análise de transição latente

A Análise de Transição Latente (LTA) é um tipo de modelagem de equação estrutural, que tem um fator (variável independente) que só pode ser vista a partir de variáveis dependentes (ALBERT; DODD, 2004). Essa análise objetiva analisar uma população de interesse, que é composta por diferentes subgrupos ou *clusters* (FERNANDES et al., 2017).

As variáveis independentes avaliam aspectos diferentes dos fenômenos, não podem estar relacionadas, somente com o problema principal, para a análise convergir e apresentar números diferentes (variáveis independentes) (NYLUND-GIBSON; CHOI, 2018). Uma forma de testar a independência entre as variáveis, é usar o teste qui-quadrado entre elas. Se possível, o pesquisador deve utilizar variáveis de contagem, com números fechados, isto facilita no processo da análise (SMEDEN et al., 2014).

Algumas vantagens ou pontos positivos dos modelos de transição latente são: capacidade de contabilizar o erro de medição ao longo do tempo; capacidade de investigar e garantir a invariância de medição ao longo do tempo e uma função de redução de dados para examinar mudanças em estados qualitativos em que a complexidade de muitas variáveis é reduzida estimando um número menor de classes latentes subjacentes (LANZA; PATRICK; MAGGS, 2010).

A LTA analisa como os dados podem ser explicados. Analisando questões teóricas, com subtipos dentro de um problema. Ela gera tipos – como por exemplo: agrupamento de pessoas, atributos, entre outros – ela envolve algo concreto, constante (LANZA et al., 2007).

Após rodar todos os dados, essa análise faz uma tipificação, dando nome para cada tipo (COLLINS; LANZA, 2010). Os dados são explicados por classes latentes (a, b, c ...), cada classe apresenta um valor diferente de média e variância; isto é, diferentes parâmetros (LANGEHEINE; ROST, 2013).

Na LTA o menor banco de dados deve ter pelo menos três variáveis binárias, levando em conta amostra ou população (censo). A partir da disposição das próprias variáveis, tem-se uma possibilidade em discriminar grupos, fazer agrupamentos e ver se geram variabilidade (COLLINS; LANZA, 2010).

Mais pontos de tempo podem ser analisados em modelos de transição latente, nos quais os modelos podem ser chamados de “modelos de cadeia de Markov”. Com mais pontos de tempo, várias hipóteses específicas e importantes podem ser de interesse (MORGAN, 2015). A ideia de modelagem sequencial de estágios investiga certos padrões de pertencimento à classe, como por exemplo: estágios de mudança na pesquisa de comportamento de saúde ou estágios de desenvolvimento piagetianos (COLLINS; LANZA, 2010).

A definição da sequência de estágios é que um indivíduo tem um padrão de associação de classe específico (NYLUND-GIBSON; ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2017). Por exemplo, em um conjunto de seis classes latentes binárias consecutivas, a associação de classe de um indivíduo pode ser 1, 2, 2, 1, 1, 1. Esse indivíduo passa da Classe 1 para a Classe 2 na segunda ocasião, mas depois pode voltar à Classe 1 no quarto momento (LANZA; PATRICK; MAGGS, 2010).

A LTA é capaz de identificar as características de acessibilidade física dos CEO para PCD motora, ao longo dos dois ciclos do PMAQ-CEO. Modelando a transição entre as classes ao longo do tempo (NEWSOM, 2015). Levando em consideração

frequências absolutas, percentagem de todas variáveis, além da diferença proporcional entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-CEO.

Esta análise pode elaborar tipologias de CEO, de acordo com a temática do estudo (barreiras físicas nos CEO), sugerindo qual classe melhorou e piorou ao longo dos ciclos do PMAQ-CEO.

A LTA leva em conta o quão provável é de acontecer cada tipo, quais são os mais frequentes e comuns em cada *cluster*, isto é chamado de verossimilhança. A partir dela, verificam-se quais categorias apresentam mais frequência de cada um dos tipos (ALBERT; DODD, 2004; BHATNAGAR; GHOSE, 2014).

4 CAPÍTULO 1

Acessibilidade para pessoas com deficiência motora nos CEOs no Brasil: estudo ecológico.

Djalma Antonio de Lima Júnior

Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz

A ser submetido à revista Brazilian Oral Research – BOR (normas da revista – Apêndice I).

RESUMO

Objetivou-se comparar indicadores de acessibilidade física para Pessoas Com Deficiência motora (PCDm) nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) nos dois ciclos de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) dos CEOs. Foi realizado um estudo ecológico utilizando dados da avaliação externa do PMAQ-CEO dos Ciclo I (C1), em 2014, e Ciclo II (C2), em 2018, incluindo-se todos os CEOs que participaram dos dois ciclos (n=889). Os itens de estrutura analisados foram: corredores e portas adaptados para cadeiras de rodas, cadeiras de rodas em condições de uso, rampas de acesso com corrimão e banheiros adaptados para PCDm. Análise de transição de classes latentes foi usada para identificar padrões para a acessibilidade física nos CEOs, selecionando o modelo de Status Latentes (SL) com melhor interpretabilidade conceitual e bons parâmetros de ajuste. O modelo escolhido foi o de cinco SL, nomeados: SL1 (mais acessível); SL2 (deficiência de portas e banheiros); SL3 (deficiência de rampas e banheiros); SL4 (deficiência de cadeiras de roda); e SL5 (menos acessível). Analisando os dois ciclos do PMAQ-CEO, houve melhoria na acessibilidade física nos CEOs brasileiros em todos os indicadores avaliados: corredores (aumento de 9,7 %) e portas (4,9%) adaptados para cadeiras de rodas; cadeiras de rodas adequadas (15,7%); rampas de acesso com corrimão (38,7%); e banheiros adaptados para PCD (19,6%). Verificou-se aumento do número de CEOs no SL1 e redução dos CEOs no SL5. Conclui-se que houve redução de barreiras físicas para PCDm dos CEOs no Brasil entre 2014 e 2018, favorecendo a acessibilidade física.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Acessibilidade arquitetônica; Barreiras físicas.

ABSTRACT

The objective was to compare physical accessibility indicators for People With motor Disabilities (acronym in Portuguese, PCDm) in Dental Specialty Centers (acronym in Portuguese, CEOs) in the two evaluation cycles of the Access and Quality Improvement Program (acronym in Portuguese, PMAQ) of CEOs. An ecological study was carried out using data from the external evaluation of the PMAQ-CEO of Cycle I (C1), in 2014, and Cycle II (C2), in 2018, including all the CEOs evaluated at both times (n=889). The structural items analyzed were: corridors and doors adapted for wheelchairs,

wheelchairs in usable conditions, access ramps with handrails and bathrooms adapted for PCDm. Latent class transition analysis was used to identify patterns for physical accessibility in CEOs, selecting the Latent Status (LS) model with better conceptual interpretability and good tuning parameters. The model chosen was five LS, named: LS1 (most accessible); LS2 (deficiency of doors and bathrooms); LS3 (deficiency of ramps and bathrooms); LS4 (wheelchair disability); and LS5 (less accessible). Analyzing the two PMAQ-CEO cycles, there was an improvement in physical accessibility in Brazilian CEOs in all indicators evaluated: corridors (9.7% increase) and doors (4.9%) adapted for wheelchairs; suitable wheelchairs (15.7%); access ramps with handrails (38.7%); and bathrooms adapted for PCDm (19.6%). There was an increase in the number of CEOs in LS1 and a reduction in CEOs in LS5. It is concluded that there was a reduction in physical barriers for PCDm of CEOs in Brazil between 2014 and 2018, favoring physical accessibility.

Keywords: People with disabilities; Architectural accessibility; Physical barriers.

INTRODUÇÃO

O Brasil possui mais de 45 milhões de Pessoas com Deficiência (PCD), o que representa 23,92% da população. Deste total, mais de 13 milhões são deficientes físicos¹. Dentre os tipos de deficiência física, a motora é a mais prevalente, e consiste em uma limitação da correta execução de movimentos, dificultando a locomoção². Diante disso, políticas voltadas para a ampliação da acessibilidade física, inclusive na rede de atenção à saúde, são essenciais para que as PCD motora (PCDm) possam ter seus direitos à saúde respeitados.

Todavia, apesar do arcabouço jurídico vigente desde a Constituição Federal de 1988³, ainda persistem barreiras físicas nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). As PCD têm prioridade por lei a ações em saúde coletiva e individual; no entanto, mesmo que elas devam ter amplo direito de acesso à saúde, na prática, persistem as iniquidades⁴, particularmente importantes no contexto dos países em desenvolvimento⁵.

As PCDm devem ter acesso amplo à saúde em edificações, especialmente nos de uso público. Assim, quaisquer unidades de prestação de serviços de saúde devem ser livres de barreiras físicas⁵, incluindo a garantida de acessibilidade física nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Estes estabelecimentos devem ofertar serviços odontológicos especializados e gratuitos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ao menos, para as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase no câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia; e atenção a PCD⁶.

Considerando a necessidade de avaliação do cuidado em saúde nos CEOs, em 2013, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou o Programa Nacional de Melhoria

do Acesso e da Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO), com vistas a induzir avanços no acesso à saúde e na qualidade dos serviços ofertados em todo território brasileiro^{7,8}. E, embora os microdados sejam de domínio público, não há muitos estudos publicados com dados do PMAQ-CEO avaliando as questões de acessibilidade a PCD^{9,10}. Poucos estudos abordam a acessibilidade em estabelecimentos de saúde de modo geral^{4,11,12,13,14}, e nenhum deles analisou, em uma perspectiva comparativa, a acessibilidade física para PCDm nos ciclos 1 e 2 do PMAQ-CEO.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar a acessibilidade física dos CEOs do Brasil para PCDm, comparando dois ciclos do PMAQ-CEO. Levanta-se a hipótese que, ao longo dos ciclos 1 (2013 a 2015) e 2 (2015-2019) do PMAQ-CEO, tenha havido melhorias na acessibilidade física dos CEOs, favorecendo as PCDm em todo o território brasileiro. Acredita-se que mais corredores e portas foram adaptados para passar cadeiras de rodas; mais cadeiras de rodas foram adquiridas, mais rampas de acesso com corrimão foram construídas; além de banheiros amplos e adequadamente adaptados para PCDm. Espera-se que este estudo contribua para a identificação de áreas prioritárias para a implementação de estratégias que favoreçam diretamente os usuários dos CEOs com deficiência motora (DM).

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo nacional do tipo ecológico, de dados secundários dos dois ciclos do PMAQ-CEO, cujas unidades de análise foram os CEOs. O trabalho seguiu as diretrizes do STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*).

Local do estudo

O Brasil é um grande país sul-americano, com área territorial de 8.516.000 km² e consiste no quinto país maior do mundo. Atualmente, possui uma população de 212,6 milhões de habitantes, situados em 27 unidades federativas (26 estados e um Distrito Federal), organizados em cinco macrorregiões geopolíticas: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil em 2021 foi de 0,754, ocupando a 87ª posição no ranking entre 191 países¹.

Período do estudo e participantes

Foram analisados dois períodos do PMAQ-CEO: o ano de 2014 (ciclo 1) e de

2018 (ciclo 2), levando em conta as avaliações de desempenho executadas durante a fase de avaliação externa do programa.

Em 2014, o MS registrou 988 CEOs¹⁵; no entanto, 932 (94,3%) foram analisados no ciclo 1 do PMAQ-CEO¹⁶. Em 2018, o MS registrou 1.097 CEOs¹⁷ e 1.042 (95%) foram analisados no ciclo 2 do PMAQ-CEO⁸. Nesse estudo foram inseridos apenas os CEOs que participaram nos dois ciclos do programa, totalizando 889 CEOs. O total de CEOs que foram envolvidos nesse artigo difere do estudo de Queiroz et al (2021), pois o presente artigo analisou um número menor de variáveis; permitindo que mais CEOs estivessem presentes na análise, enquanto que no estudo de Queiroz et al (2021) foram analisados 827 CEOs (presentes nos dois ciclos do PMAQ-CEO).

Embora a adesão ao PMAQ-CEO tenha sido voluntária nos dois ciclos, houve uma cobertura satisfatória dos CEOs, em decorrência de poucas recusas na adesão ao programa¹⁷. Nem todos os CEOs foram avaliados nos dois ciclos do PMAQ-CEO, devido a fatores como: descredenciamento do CEO próximo ao momento da avaliação, CEO não funcionando (reformas ou manutenção); problemas no acesso ao estabelecimento, o que ocorre especialmente em épocas de chuva no Norte e Nordeste¹⁸.

Processo de coleta de dados

A fase de avaliação externa do PMAQ-CEO foi coordenada e executada por um consórcio de universidades parceiras do MS do Brasil. A coleta de dados foi realizada por dentistas treinados e que estiveram nos CEOs. Os dados foram coletados por meio de observação da estrutura (módulo I), complementado por entrevistas com gestores e profissionais dos CEOs (módulo II), além de entrevistas com até 10 usuários que estavam presentes nos CEOs no momento da visita dos avaliadores (módulo III)¹⁹.

O estudo utilizou dados presentes somente no módulo I do PMAQ-CEO, que avaliou a infraestrutura dos locais, a partir de um roteiro para observação dentro das próprias unidades de saúde¹⁸.

Variáveis

As variáveis incluídas no estudo estão descritas no Quadro 1, referentes a questões sobre a acessibilidade física na avaliação externa do PMAQ-CEO.

As variáveis “corredores adaptados para cadeira de rodas”, “portas adaptadas para passar cadeira de rodas”, “cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário”, “rampa de acesso com corrimão” e “banheiro para usuários

(adaptado com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas)” foram consideradas na Análise de Transição Latente (LTA) - criando tipologias de acessibilidade física dos CEOs de acordo com essas variáveis. Foi verificado se houve mudança na classificação (tipologia) do CEO entre os ciclos, e se essas mudanças foram relacionadas à região, Unidade da Federação e porte populacional.

Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva dos dados, em ambos os ciclos, estimando-se valores absolutos, percentuais e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). A LTA foi usada para identificar barreiras físicas nos CEOs para PCDm, ao longo dos dois ciclos do PMAQ-CEO, modelando tipologias de CEOs (*Latent Status*-LS) e a transição de classes ao longo do tempo²⁰. Foram avaliadas as probabilidades de cada CEO pertencer a um LS. Também foram tabuladas frequências absolutas e percentagem dos LS dos CEOs, estimando-se a diferença proporcional e mudança de LS entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-CEO. A LTA considera que as unidades de análise podem mudar de LS²¹.

Foram realizados modelos com diferentes números de LS, de dois a seis LS. O modelo escolhido foi o de cinco LS, pois foi o que apresentou melhor conceito e qualidade de ajuste: $p\text{-valor} > 0,05$, segundo o teste de razão de verossimilhança estatística (menor qui-quadrado), altos valores nos Critério de Informação de Akaike (AIC) e Critério de Informação Bayesiano (BIC); além de entropia mais próxima de 1. A LTA foi executada com o software MPlus, versão 8.4 (Muthen & Muthen, Califórnia, Estados Unidos) e Stata, versão 17 (Califórnia, Estados Unidos).

Um mapa coroplético foi confeccionado para melhor visualização da distribuição dos parâmetros de transição latentes em relação à acessibilidade física dos CEOs em território brasileiro, considerando os *shapes* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, atualizados em 2019. O mapa foi realizado com o programa QGIS, versão 3.30.0 (Chicago, Estados Unidos).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), processo CAAE 23458213.0.0000.5208 (Apêndice II), em 06 de

agosto de 2014 (ciclo 1) e em 30 de janeiro de 2018 (ciclo 2), atendendo às resoluções de ética do Conselho Nacional de Saúde. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO, houve melhoria em relação às barreiras físicas nos CEOs brasileiros em todos os indicadores analisados: corredores (aumento de 10,4%) e portas (6,1%) adaptados para cadeiras de rodas; cadeiras de rodas adequadas (15,2%); rampas de acesso com corrimão (39,3%); banheiros adaptados para PCDm (20,7%) (Tabela 1).

A região Nordeste apresentou a maior quantidade de CEOs (39,7%); por outro lado, a região Norte apresentou a menor proporção (5,7%). A tabela 2 apresenta as regiões geográficas dos CEOs presentes no ciclo 1 e ciclo 2 do PMAQ-CEO, apontando as Unidades da Federação de cada região. Dos 889 CEOs presentes no ciclo 1 e 2 do PMAQ-CEO, distribuídos em 612 municípios, 35,8% são de municípios de grande porte populacional (≥ 100 mil habitantes).

Foram testados diferentes modelos com duas, três, quatro, cinco e seis LS (Tabela 3). O modelo selecionado foi o de cinco LS, levando em conta as propriedades de ajuste (*likelihood ratio chi-square*; graus de liberdade; p-valor; AIC; BIC; e entropia), além de apresentar a melhor coesão conceitual, apresentando características de acessibilidade física dos CEOs, levando em conta as barreiras físicas analisadas na tabela 1.

A tabela 4 apresenta um modelo com cinco LS referentes às barreiras físicas nos CEOs. O LS1 consiste no modelo mais acessível com elevada acessibilidade, mas necessitando do aumento de banheiros adaptados (75,9%). No LS2, grande parte dos CEOs tem elevada acessibilidade para uso de rampas adaptadas (89,3%), mas necessitando do aumento de portas (61,1%) e banheiros (52,7%) adaptados. O LS3 aponta resultado contrário, com boa acessibilidade para o uso de portas adaptadas (91,9%), mas necessitando do aumento rampas (84,6%) e banheiros (59,4%) adaptados para PCDm. No LS4, os CEOs não têm acessibilidade para uso de cadeiras de roda (100%). No LS5, os CEOs apresentam baixa acessibilidade para uso dos cinco itens de estrutura analisados.

Nos ciclos 1 e 2 do PMAQ-CEO, a proporção de CEOs no LS1 (mais acessível) aumentou em 105,6% (33,9 – 69,7); o LS2 (deficiência portas e banheiros) aumentou

em 279% (2,9% – 11,0%); o LS3 (deficiência rampas e banheiros) diminuiu em 98,6% (34,9% – 0,5%); o LS4 (deficiência cadeiras de roda) aumentou 13,6% (11,0% – 12,5%); e LS5 (menos acessível) diminuiu em 64,7% (17,0% – 6,0%) (Tabela 4).

Houve alta probabilidade de os CEOs manterem-se em LS1 (89,7% - mais acessível) - e em LS4 (80,6% - deficiência cadeiras de roda); e baixa probabilidade de manterem-se em LS5 (19,1% - menos acessível); LS2 (3,8% - deficiência portas e banheiros) e LS3 (0,3 % - deficiência rampas e banheiros) (Tabela 4).

Roraima-RR (100%, n=1), no Norte, foi o estado que apresentou maior proporção de CEOs com mudança de um SL menos acessível para um mais acessível, seguido de Tocantins-TO (71,4%, n=5), Paraíba-PB (64,1%, n=34), Sergipe-SE (62,5%, n=5) e Paraná-PR (61,4%, n=27). Por outro lado, o Distrito Federal-DF (0%), na região Centro-Oeste, foi a Unidade da Federação com menor proporção de melhoria, seguido dos estados de Minas Gerais-MG (33,7%, n=26), Pernambuco-PE (35,9%, n=14), Pará-PA (37,0%, n=10), Espírito Santo-ES (37,5%, n=3), Santa Catarina-SC (39,5%, n=17) e Maranhão-MA (40,0%, n=10) (Figura 1).

DISCUSSÃO

Comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO foi possível encontrar mudanças positivas na acessibilidade física dos CEOs em relação às barreiras físicas que podem dificultar o pleno acesso do paciente na unidade de saúde. Este estudo consiste na primeira análise ecológica de caráter temporal, para analisar especificamente as barreiras físicas dos CEOs brasileiros para PCDm.

A identificação e comparação de mudanças nos CEOs ao longo dos dois ciclos do PMAQ-CEO foi possível devido à LTA, levando em conta a análise dos LS. Os modelos foram realizados a partir de cinco variáveis de acessibilidade física na unidade de saúde, e aquele com melhor ajuste formou cinco LS, através da LTA, quais sejam: LS1(mais acessível), LS2 (deficiência portas e banheiros), LS3 (deficiência rampas e banheiros), LS4 (deficiência cadeiras de roda) e LS5 (menos acessível). Chamam atenção as grandes transições dos CEOs presentes no LS2 e LS3, que migraram para a categoria LS1; assim como a permanência de CEOs no LS4 e a migração dos CEOs do LS5 para categorias mais acessíveis à PCDm.

Barreiras físicas interferem no deslocamento livre dos pacientes, especialmente PCDm. Rampas e escadas inadequadas, degraus altos, banheiro pequeno e não adaptado para PCDm constituem exemplos destas barreiras. É uma dificuldade vista no arranjo

arquitetônico dos prédios ou locais destinados à oferta de saúde¹⁴. Além disso, os CEOs presentes no LS5 apresentam dentre as cinco variáveis analisadas, uma alta porcentagem de ausência de acessibilidade física.

PCDm podem apresentar prejuízos na capacidade motora em membros superiores, como nos braços e/ou mãos²². Isto pode acarretar em dificuldades na realização de atividades que demandem um certo grau de coordenação motora²³, podendo ser difícil para estes indivíduos realizarem e manterem uma higiene bucal satisfatória, o que os torna ainda mais vulneráveis às doenças bucais.

Os achados deste estudo evidenciam as falhas estruturais para a acessibilidade física aos serviços de saúde bucal especializados, apontando que antigamente, os CEOs eram construídos sem uma preocupação da acessibilidade, com a presença de barreiras físicas, não levando em conta princípios de inclusão. Nestes casos, os espaços devem ser adaptados, fazendo reformas com o objetivo de tornar o local cada vez mais acessível para PCD, como a DM²⁴. CEOs que apresentam satisfatórias condições de acessibilidade física, favorecem ao acolhimento e respeito ao paciente, como os CEOs presentes no LS1, que apresentam boas condições de acessibilidade física, necessitando somente de melhorias mais significantes quanto à presença de banheiros adaptados para PCDm.

Na impossibilidade de atendimento odontológico na atenção primária às PCD, faz-se referência para os CEOs. Geralmente são pacientes de maior complexidade, necessitando consideravelmente de acessibilidade física. Sendo assim, é importante que se tenha uma apropriada infraestrutura dos CEOs, proporcionando segurança e bem-estar ao paciente com alguma deficiência ou mobilidade diminuída¹⁶, favorecendo a locomoção do paciente dentro da unidade de saúde. As rampas com larguras ideais, piso antiderrapante, corrimão de ambos os lados, seguindo normas técnicas, além de portas, corredores e banheiros adaptados são cuidados importantes para prevenir acidentes e aumentar a autonomia de PCDm²⁵.

O CEO é cadastrado em uma portaria específica e deve apresentar uma acessibilidade física adequada para receber todo tipo de paciente, incluindo PCDm²⁶. Mesmo existindo uma norma (NBR 9050) que exige e estabelece parâmetros para condições de acessibilidade das unidades de saúde, como os CEOs; na prática isto não ocorre, observando-se CEOs com diversos tipos de barreiras físicas²⁷; como pode ser encontrado nos CEOs presentes no LS2, LS3, LS4 e LS5, todos estes grupos de CEOs apresentam deficiência em uma ou mais condições de acessibilidade física.

Um estudo analisou a acessibilidade nos serviços de saúde de São Paulo por 25 pessoas com algum tipo de deficiência (paralisia ou amputação de membros; baixa visão, cegueira unilateral ou total; baixa audição, surdez unilateral ou total). Os autores avaliaram os seguintes critérios: tempo do atendimento; se o local apresentava fácil estacionamento; presença ou ausência de rampas; quantidade de cadeiras para os pacientes sentarem na sala de espera; se a PCD conseguia entrar na sala com facilidade; cadeiras de rodas em condições de uso; presença de profissionais realmente capacitados; e se o local dispunha de sinalização. Todos os entrevistados apontaram ter sofrido algum tipo de dificuldade frente às variáveis analisadas²⁸. Comparando com o presente estudo, esse artigo avaliou mais variáveis, permitindo uma visão mais ampla de acessibilidade, envolvendo desde tempo do atendimento até presença de profissionais especializados para lidar com PCD.

Uma considerável quantidade de CEOs (73,2%) possuem sede própria, que favorece aos gestores executarem melhorias na acessibilidade, removendo as barreiras físicas. Especialmente porque os CEOs consistem em referência para atendimento a PCD¹⁰; no entanto, mesmo com políticas de incentivo financeiro, apenas um terço dos CEOs disponibilizam 40 horas semanais de atendimento clínico para PCD²⁹.

Analisando o ciclo 1 e 2 do PMAQ-CEO, verifica-se um aumento no número de CEOs que apresentam boas condições de acessibilidade física à PCDm. O aumento da eliminação de barreiras físicas proporciona aos CEOs atingirem melhores metas de produção mensal²⁹. No entanto, esse estudo não abordou a fundo as barreiras físicas dos CEOs para PCDm, embora também tenha tratado sobre atenção hospitalar e garantia de tratamento executado.

Queiroz et al. (2021) analisaram se houve melhorias no atendimento para pessoas com algum tipo de deficiência, comparando o ciclo 1 e 2 do PMAQ-CEO. Constatou-se que houve melhorias no atendimento para esses usuários entre 2014 e 2018, fortalecendo a saúde bucal de PCDm⁹. Entretanto, o estudo não focou em barreiras físicas às PCDm, não incorporaram as variáveis aqui incluídas, mas utilizaram outros indicadores, como número de dentistas que atendiam PCD e carga horária semanal.

Um estudo de abrangência nacional analisou a capacidade dos CEOs brasileiros em atenderem PCD em 2017. Dos 133 CEOs avaliados, somente 79 apresentavam acessibilidade física apropriada para atender esses usuários, envolvendo PCDm. A região Centro-Oeste foi a que apresentou a maior oferta de atendimento para esses

indivíduos nos CEOs (87,5%), e a região Sul, a menor (11,1%)¹⁶. Sendo que, de acordo com o mapa coroplético, a região Centro-Oeste e Sul mudaram de LS menos acessível para LS mais acessível, apresentando redução de barreiras físicas. No entanto, este dado ainda é preocupante, uma vez que a melhor região não chega nem a 90%; e a região Sul que é considerada um local bem desenvolvido, deveria apresentar uma alta porcentagem de adequação.

De acordo com os achados no mapa coroplético, sobre melhorias na acessibilidade física dos CEOs, comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO, a maior proporção de CEOs que melhoraram de LS foi observada no estado de Roraima-RR (100%). Todavia, o estado possuía um único CEO, de modo que qualquer melhoria representaria a totalidade dos CEOs. Além de RR, todos os outros estados no Norte, exceto o Pará-PA, e quatro (CE, PB, AL e SE) dos nove estados do Nordeste tiveram 50% ou mais dos CEOs melhorando de um SL menos acessível para um mais acessível. Essas melhorias podem ser reflexo de políticas públicas voltadas para a ampliação do acesso e redução das iniquidades em saúde nesse período, focadas, especialmente, para as regiões Norte e Nordeste^{30,31}.

Realizando uma análise de cerca de uma década (de 2010 a 2019) sobre as características dos CEOs, notou-se que eles apresentaram uma discreta melhora em relação a acessibilidade física para PCDm, bem como atenção especializada em saúde bucal¹⁰. No entanto, mais melhorias podem ser obtidas, no que tange à distribuição regional dos CEOs (respeitando diferenças locorregionais)²⁹; além da eliminação de barreiras físicas dentro dos estabelecimentos, de modo a favorecer uma acessibilidade universal¹⁰.

A maior parte dos CEOs estão localizados em municípios com pequeno porte populacional (64,2%). No entanto, estudos apontam que quanto maior a população ou o seu crescimento, melhores são as condições de acessibilidade física dos CEOs^{32,33}. Os CEOs devem ser distribuídos de modo a atender à demanda das regiões de saúde, devendo preferencialmente estar localizado nos municípios sede da região, de modo a facilitar o acesso aos serviços.

São fortalezas deste trabalho a abrangência nacional, permitindo identificar mudanças nos CEOs, incluindo quase a totalidade dos CEOs em funcionamento no país; a baixa possibilidade de viés de aferição, haja vista que os dados foram coletados em visita *in loco* de avaliadores previamente treinados; o ineditismo dos resultados voltados às barreiras físicas em PCDm; o uso de LTA, abordagem robusta e com grande

potencial para apoiar a avaliação de estabelecimentos de saúde e a identificação de tipologias que podem mudar ao longo do tempo; e identificação de áreas prioritárias, por meio de mapa coroplético, considerando as Unidades Federativas e macrorregiões.

Por outro lado, uma limitação foi a impossibilidade de análise dos CEOs desativados e os novos CEOs, credenciados após a avaliação do ciclo 1. Ademais, a análise restringiu-se aos aspectos estruturais relativos a PCDm. Outros estudos com diferentes abordagens (incluindo outras deficiências) são recomendados. Não se tem documentado se os três tipos de CEOs (I, II e III) apresentam diferenças em relação à acessibilidade física, posto que eles podem apresentar diferentes tipos e eventualmente diferentes contribuições financeiras. Além disso, o número de gestores dos CEOs que atuam somente na gestão da unidade de saúde vem diminuindo. Estes profissionais tendem a trabalhar também no atendimento clínico. Isto pode influenciar de forma negativa no planejamento, organização e gerenciamento dos CEOs, inclusive na identificação de barreiras físicas, podendo limitar na elaboração de políticas públicas voltadas para melhorar a acessibilidade dos CEOs para PCD³⁴. CEOs que não possuem um gerente ou gestor podem apresentar pessoas exercendo essa função sem a qualificação devida, podendo interferir na qualidade da gestão, na estrutura e nos serviços prestados¹⁰. Logo, mais estudos devem ser realizados, associando mais variáveis como os tipos de CEOs e a presença ou ausência de gerente no local.

CONCLUSÃO

Apesar dos avanços observados entre os dois ciclos do PMAQ-CEO no Brasil, entre 2014 e 2018, na redução de barreiras físicas para PCDm nos serviços especializados de saúde bucal do SUS, ainda é possível encontrar CEOs que necessitam melhorar a acessibilidade física. Os achados da presente investigação buscam orientar no planejamento ou melhorias de políticas públicas nos CEOs para PCDm, com enfoque na acessibilidade física do local, buscando a eliminação integral de barreiras físicas, favorecendo o acesso à saúde dos cidadãos de forma universal.

AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código financeiro 001, pelo financiamento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Maranhão; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processos 306592/2018-5 e 308917/2021-9. À

Universidade Federal de Pernambuco e outras instituições de ensino e pesquisa, pela coordenação e execução da coleta de dados; aos profissionais e pacientes dos Centros de Especialidade Odontológicas, pela participação no estudo.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2021.
2. Martins KP. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Cien Saude Colet.* 2016 Jul.; 21 (10): 3153-3160. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>
3. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990.
4. Thomaz EBAF et al. Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com de ciência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. *Rev Cien Saude Colet.* 2021 Jul.; 26 (3): 897-908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.17582020>
5. Lagu T, Iezzoni LI, Lindenauer PK. The Axes of Access — improving care for patients with disabilities. *N Engl J Med.* 2014 Mai.; 370 (19): 1847-1851. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1315940>
6. Vasconcelos FGG, Gondim BLC, Rodrigues LV, Lima Neto EA, Valença AMG. Evolução dos Índices CEO-D/CPO-D e de cuidados odontológicos em crianças e adolescentes com base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. *REBRACISA.* 2018 Jun.; 24 (4): 333-340. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n4.39062>
7. Brasil. PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ministério da Saúde, Brasília, 2013.
8. Vieira JMR, Quadros LN, Lira ILS, Gomes AC. The practice of health planning in secondary care: an analysis from the PMAQ-CEO - 1st Cycle. *Res Soc Dev.* 2021 Set.; 10 (11): 123-131. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19786>
9. Queiroz RCS et al. Oral health care for people with disabilities in Brazil: Transition from the specialized dental services between 2014 and 2018. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021 Fev.; 50 (1): 48-57. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12719>
10. Condessa AM, Lucena EHG, Figueiredo N, Goes PSA, Hilgert JB. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2020 Set.; 29 (5): 1-11. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500001>
11. Galvan, LB; Anversa, AC; da Silva, ARM; da Silva, LC. Análise da acessibilidade no centro de tratamento da criança com câncer de um hospital universitário. *Cad Bras*

Ter Ocup 2019 Jul.; 27 (1): 81-91. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1061>

12. MARQUES, JF et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018 Jan.; 39: 39-45. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>

13. Morais Junior RC, Carvalho LGA, Ribeiro ILA, Castro RD. Avaliação nacional dos centros de referência odontológica para atendimento de pacientes com necessidades especiais. *Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social. REFACS.* 2018 Abr.; 6 (2): 166-173. <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i2.2811>

14. Siqueira FCV et al. Architectonic barriers for elderly and physically disabled people: an epidemiological study of the physical structure of health service units in seven Brazilian states. *Rev Cien Saude Colet.* 2009 Jan.; 14 (1): 39-44. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000100009>.

15. Brasil. Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal. Ministério da Saúde, Brasília, 2016.

16. Gavina VP et al. Oral health for patients with special needs: evaluative research of the dental specialties centers. *Port J Public Health.* 2019 Nov.; 36 (2): 81-94. <https://doi.org/10.1159/000493886>.

17. Cavalcante, RB et al. Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. *Cogitare Enferm.* 2018 Mar.; 23 (3). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.54297>

18. Thomaz EBAF et al. Advances and weaknesses of the work process of the oral cancer care network in Brazil: A latent class transition analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022 Fev.; 50 (1): 38-47. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12711>

19. Goes PSA et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2018 Jan.; 18 (1): 3433-3441. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.60>

20. Newsom J. Longitudinal structural equation modeling: a comprehensive introduction. Routledge, Inglaterra, Reino Unido, 2015.

21. Lanza S, Megan P, Maggs J. Latent transition analysis: benefits of a latent variable approach to modeling transitions in substance use. *J Drug Issues.* 2010 Jan.; 40 (1): 93-120. <https://doi.org/10.1177/002204261004000106>

22. Camera GT, Mascarello AP, Bardini DR, Fracaro GB, Boleta-Ceranto DCF. O papel do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal de portadores de síndrome de down. *Odontol Clín-Cient.* 2011 Set.; 10 (3): 247-251. <https://doi.org/10.1111/ipd.1288>

23. Caldas Júnior AF, Machiavelli JL. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas. UNA-SUS - UFPE, 2015.

24. Paulino VC, Correa PM, Manzini EJ. Um estudo sobre a acessibilidade física em nove escolas municipais do ensino fundamental de uma cidade do interior paulista. *Rev Iniciaç Cient FFC*. 2008 Abr.; 8 (1): 59-74. <https://doi.org/10.36311/1415-8612.2008.v8n1.160>
25. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos centros de especialidades odontológicas da macrorregião sudeste de Minas Gerais, 2013. *Rev Epidemiol Serv Saude*. 2016 Mar.; 25 (1): 137-148. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100014>
26. Brasil. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Ministério da saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 2016.
27. Magalhães BG, Oliveira RS, Gaspar GS, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012 Jan.; 12 (1): 81-89. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>
28. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica*, 2011 Fev.; 45 (1): 99-105. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>
29. Santos RCA et al. Avanços e desafios para a integralidade do cuidado no Paciente com Necessidades Especiais (PNE). *Braz Oral Res*. 2021; 35 (3): 434-441. <https://doi.org/10.17219/dmp/13251>
30. da Costa Junior S, Araujo PGA, Frichembruder K, Hugo FN. Brazilian Oral Health Policy: metasynthesis of studies on the Oral Health Network. *Rev Saude Publica*. 2021 Dez.; 55: 105-116. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003454>
31. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health*. 2021 Mar.; 21 (1): 541-549. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10586-2>
32. World Health Organization (WHO). World Report on Disability 2011. World Health Organization; 2011.
33. Rocha LL, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health*. 2015 Mar.; 15 (35): 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0022-x>
34. Sobrinho ARS, Carvalho ILD, Coelho Junior LGMT, Sette-de-Souza PH, Mauricio HA. Perfil dos coordenadores de saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Arch Health Investig*. 2020 Abr.; 9 (5): 479-484. <https://doi.org/10.21270/archi.v9i5.4727>

QUADRO

Quadro 1 – Descrição das variáveis do estudo.

Ciclo 1				Ciclo 2			
Código da variável	Descrição da variável	Categorias de resposta		Código da variável	Descrição da variável	Categorias de resposta	
VII.5.1.1	Corredores adaptados para cadeira de rodas	1	Sim	I.4.1.1	Corredores adaptados para cadeira de rodas	1	Sim
		2	Não			2	Não
VII.5.1.2	Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	1	Sim	I.4.1.2	Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	1	Sim
		2	Não			2	Não
VII.5.1.3	Cadeiras de rodas, em condições de uso, disponíveis para deslocamento do usuário	1	Sim	I.4.1.3	Cadeiras de rodas, em condições de uso, disponíveis para deslocamento do usuário	1	Sim
		2	Não			2	Não
VII.5.1.4	Rampa de acesso com corrimão	1	Sim	I.4.1.4	Rampas de acesso	1	Sim
		2	Não			2	Não
VII.9.1.3	Banheiro para usuários (adaptado com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de	1	Sim	I.8.1.3	Banheiro para usuários (adaptado com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de	1	Sim
		2	Não			2	Não

	cadeira de rodas)				cadeira de rodas)		
região	Região geográfica do CEO	1	Norte	região	Região geográfica do CEO	1	Norte
		2	Nordeste			2	Nordeste
		3	Sudeste			3	Sudeste
		4	Sul			4	Sul
		5	Centro-Oeste			5	Centro-Oeste
UF	Unidade da Federação, segundo códigos do IBGE			UF	Unidade da Federação, segundo códigos do IBGE		

Fonte: PMAQ-CEO, Brasil. 2014 e 2018.

TABELAS

Tabela 1 – Características de acessibilidade física dos Centros de Especialidades Odontológicas para pessoas com deficiência motora, comparando os dois ciclos do PMAQ-CEO.

Características estruturais	Ciclo 1 N (%)	Ciclo 2 N (%)	Valor-p
Corredores adaptados para cadeiras de rodas			<.001
Sim	678 (76.2)	770 (86.6)	
Não	211 (23.8)	119 (13.4)	
Portas adaptadas para cadeiras de rodas			<.001
Sim	695 (78.1)	749 (84.2)	
Não	194 (21.9)	140 (15.8)	
Cadeiras de rodas adequadas			<.001
Sim	541 (60.8)	676 (76.0)	
Não	348 (39.2)	213 (24.0)	
Rampas de acesso com corrimão			<.001
Sim	423 (47.6)	773 (86.9)	
Não	466 (52.4)	116 (13.1)	
Banheiros adaptados para PCDm			<.001
Sim	405 (45.6)	590 (66.3)	
Não	484 (54.4)	299 (33.7)	

Fonte: PMAQ-CEO, Brasil. 2014 e 2018.

Tabela 2 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas, segundo macrorregiões e Unidade Federativa.

Macrorregiões e Unidades Federativas dos CEOs	Ciclo 1 e Ciclo 2 N (%)	P-valor
Norte	51 (5,7)	<0,001
Rondônia	5 (9,8)	
Acre	3 (5,9)	

Amazonas	9 (17,7)	
Roraima	1 (1,9)	
Pará	23 (45,0)	
Amapá	4 (7,9)	
Tocantins	6 (11,8)	
Nordeste	353 (39,7)	<0,001
Maranhão	29 (8,3)	
Piauí	21 (5,9)	
Ceará	69 (19,6)	
Rio Grande do Norte	28 (7,9)	
Paraíba	48 (13,6)	
Pernambuco	47 (13,4)	
Alagoas	28 (7,9)	
Sergipe	15 (4,2)	
Bahia	68 (19,2)	
Sudeste	320 (35,9)	<.001
Minas Gerais	78 (24,3)	
Espírito Santo	12 (3,8)	
Rio de Janeiro	58 (18,2)	
São Paulo	172 (53,7)	
Sul	105 (11,9)	<.001
Paraná	40 (38,0)	
Santa Catarina	37 (35,3)	
Rio Grande do Sul	28 (26,7)	
Centro-Oeste	60 (6,8)	<.001
Mato Grosso do Sul	16 (26,7)	
Mato Grosso	9 (15,0)	
Goiás	26 (43,3)	
Distrito Federal	9 (15,0)	

Fonte: PMAQ-CEO, Brasil. 2014 e 2018.

Tabela 3 – Características de ajuste dos cinco modelos da análise de transição latente.

	Número de LS	Likelihood ratio chi-square ^a	Graus de liberdade	Valor-p ^b	AIC ^c	BIC ^d	Entropia ^e
Acessibilidade física dos CEOs	2	1065,08	1010	>0,999	8882,02	8944,29	0,763
	3	741,78	1000	>0,999	8578,72	8688,89	0,781
	4	659,24	987	>0,999	8531,31	8698,96	0,722
	5	588,85	973	>0,999	8488,17	8722,89	0,785
	6	530,06	957	>0,999	8461,05	8772,41	0,775

^aLikelihood ratio chi-square. Valor de referência: baixo.

^bValor de referência do valor-p: > 0.05.

^cAIC: Akaike Information Criterion. Valor de referência: alto.

^dBIC: Bayesian Information Criterion. Valor de referência: alto.

^eValor de referência da entropia: próximo de 1.0.

Fonte: Autores.

Tabela 4 – Modelo de cinco status latentes sobre as barreiras físicas dos Centros de Especialidades Odontológicas.

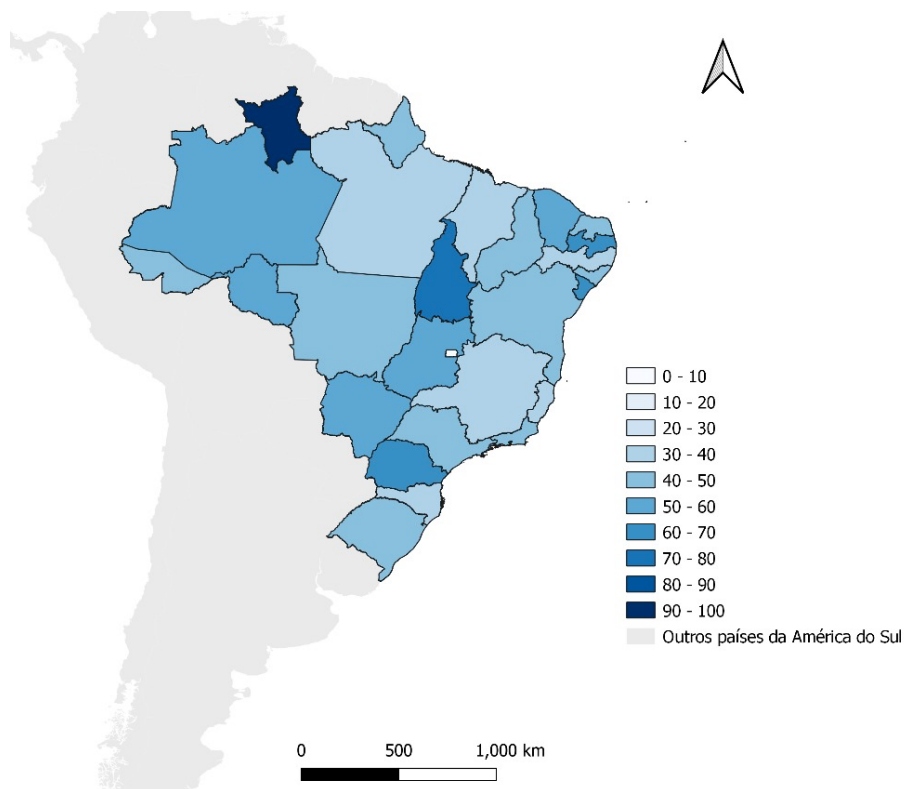
Etapas de transição de classes latentes	Status Latente				
	LS 1 (mais acessível)	LS 2 (deficiência portas e banheiros)	LS 3 (deficiência rampas e banheiros)	LS 4 (deficiência cadeiras de roda)	LS 5 (menos acessível)
Probabilidade de resposta do item (classe/status latente)					
Corredores adaptados nos CEO					
Sim	100	51,2	89,3	96,3	6,2
Não	0	48,8	10,7	3,7	93,8
Portas adaptadas nos CEO					
Sim	100	38,9	91,9	92,4	9,9
Não	0	61,1	8,1	7,6	90,1
Cadeiras de roda nos CEO					
Sim	92,6	73,9	67,2	0	25,1
Não	7,4	26,1	32,8	100	74,9
Rampas adaptadas nos CEO					

Sim	94	89,3	15,4	66	15,2
Não	6	10,7	84,6	34	80,8
Banheiros adaptados nos CEO					
Sim	75,9	47,3	40,6	50,8	13,1
Não	24,1	52,7	59,4	49,2	86,9
Proporção de status latente					
Tempo 1 (Ciclo 1 do PMAQ-CEO, 2014)	33,9	2,9	34,9	11,0	17,0
Tempo 2 (Ciclo 2 do PMAQ-CEO, 2018)	69,7	11,0	0,5	12,5	6,0
Probabilidades de transição					
Deficiência rampas e banheiros	85,2	7,7	0,3	0	6,8
Deficiência portas e banheiros	96,2	3,8	0	0	0
Mais acessível	89,7	9,6	0	0	0,7
Deficiência cadeiras de roda	0	17,3	0	80,6	2
Menos acessível	38,8	17,8	2,6	21,7	19,1

Fonte: Autores.

FIGURA

Figura 1 – Mapa coroplético da proporção de mudança de status latente (menos acessível para mais acessível) de acessibilidade física dos Centros de Especialidades Odontológicas, por unidade federativa. Sobre os tons de azul do mapa, o azul mais escuro foi onde mais melhorou e o mais claro foi onde menos melhorou.



Fonte: Autores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os dois ciclos do PMAQ-CEO notou-se melhoria na acessibilidade física dos CEOs nas Unidades Federativas do Brasil, apresentando diminuição de barreiras físicas, que podem interferir no pleno acesso à saúde de PCDm.

A esfera pública federal deve melhorar o incentivo financeiro e de políticas públicas, voltadas para melhorias em acessibilidade física dos CEOs, uma vez que este centro de saúde é uma referência no atendimento de PCD, incluindo a DM.

Mais estudos devem ser realizados, envolvendo mais variáveis para análise, como o tipo de CEO e presença ou não de gerente no local, que pode influenciar diretamente em condições de acessibilidade física nos CEOs. Além da identificação de modelos de gestão que mais melhoraram, que podem servir como modelo para outros CEOs.

REFERÊNCIAS

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974.

ALBERT, Paul; DODD, Lori. A cautionary note on the robustness of latent class models for estimating diagnostic error without a gold standard. **Biometrics**, v. 60, n. 2, p. 427-435, 2004.

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1833-1840, 2012.

ANDERSEN, Ronald. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 95-124, 1973.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. **ABNT**, Rio de Janeiro, 2015.

BARONA, Pablo Cabrera; BLASCHKE, Thomas; KIENBERGER, Stefan. Explaining accessibility and satisfaction related to healthcare: a mixed-methods approach. **Social Indicators Research**, v. 133, n. 2, p. 719-739, 2017.

BHATNAGAR, Amit; GHOSE, Sanjoy. A latent class segmentation analysis of e-shoppers. **Journal of Business Research**, v. 57, n. 7, p. 758-767, 2004.

BRASIL. Portaria de Consolidação MS/GM n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015-2017). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017.

BRASIL. Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2016.

BRASIL. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. **Ministério da Saúde**, Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência - estatuto da pessoa com deficiência. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2015.

BRASIL. PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2013.

BRASIL. Avanços das políticas públicas para as pessoas com deficiência: uma análise a partir de conferências nacionais. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2012.

BRASIL. Manual de aplicações gráficas da logomarca do Programa Brasil Sorridente. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2011.

BRASIL. Política nacional de saúde da pessoa com deficiência, **Ministério da saúde**, Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2010.

BRASIL. Cadernos de atenção básica: saúde bucal. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria n.º 599 de 23 de março de 2006. **Ministério da Saúde**, Brasília 2006.

BRASIL. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. **Ministério da saúde**, Brasília, 2004.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.

CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França; MACHIAVELLI, Josiane Lemos. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência protocolos, diretrizes e condutas para cirurgões-dentistas. **UNA-SUS - UFPE**, 2015.

CAMERA, Gabriela Talita; MASCARELLO, Ana Paula; BARDINI, Darla Roberta; FRACARO, Gisele Baggio; BOLETA-CERANTO, Daniela de Cássia Faglioni. O papel do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal de portadores de síndrome de down. **Odontologia Clínica-Científica**, v. 10, n. 3, p. 247-251, 2011.

CARDOSO, Andreia Medeiros Rodrigues; BRITO, Deborah Brindeiro de Araújo; ALVES, Vanessa Feitosa; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. O Acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência motora: perspectivas dos cuidadores. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 4, p. 593-599, 2011.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; CESAR, Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CASTRO, Shamyry Sulyvan. Pessoas com deficiência e o uso dos serviços de saúde: a questão da (in) acessibilidade. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, n. 2, p. 162-169, 2011.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.

CELESTE, Roger Keller; DE MOURA, Flávio Renato Reis; SANTOS, Carolina Paiva; TOVO, Maximiano Ferreira. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Caderno Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 511-521, 2014.

CHÁVEZ, Giannina Marcela; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; ROQUINI, Gabriel Rios; SANTOS, Thiago Rocha. Access, accessibility, and demand at the family health strategy. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020.

CLEMENTE, Karina Aparecida Padilha et al. Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review. **Revista Saúde Pública**, v. 1, p. 56-64, 2022.

COLLINS, Linda; LANZA, Stephanie. Latent class and latent transition analysis: with applications in the social behavioral, and health sciences. Hoboken, **Wiley**, 2010.

CONDESSA, Aline Macarevich; LUCENA, Edson Hilan Gomes; FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras; HILGERT, Juliana Balbinot. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Revista Epidemiologia e Serviços em Saúde**, v. 29, n. 5, p. 1-11, 2020.

CRUZ, Denise Nogueira; CHAVES, Sônia; CANGUSSU, Maria Cristina. A utilização dos serviços odontológicos: elementos teóricos e conceituais. **EDUFBA**, 2016.

DONABEDIAN, Avedis. An introduction to quality assurance in health care. **New York: Oxford University Press**, 2003.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. Aspects of medical care administration. **Health Services Research**, v. 9, n. 1, p. 86-87, 1973.

FERNANDES, Flavia et al. Latent class analysis of noninvasive methods and liver biopsy in chronic hepatitis c: an approach without a gold standard. **BioMed Research International**, v. 17, 2017.

GALVAN, Laura Bianchetti; ANVERSA, Andreisi Carbone; DA SILVA, Alexandra Ramos Moreira; DA SILVA, Lucielem Chequim. Análise da acessibilidade no centro de tratamento da criança com câncer de um hospital universitário. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 81-91, 2019.

GAVINA, Victor Pinheiro. Oral health for patients with special needs: evaluative research of the dental specialties centers. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 36, n. 2, p. 81-94, 2018.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; SANTOS, Silvia Maria Azevedo. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 378-384, 2011.

GODOI, Heloisa; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira; CAETANO, João Carlos. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30., n. 2, p. 318-332, 2014.

GOES, Paulo Savio Angeiras et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3433-3441, 2018.

GOES, Paulo Savio Angeiras et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, p. 81-89, 2012.

GUO, Boliang et al. Using latent class and latent transition analysis to examine the transtheoretical model staging algorithm and sequential stage transition in adolescent smoking. **Substance Use & Misuse**, v. 44, n. 14, p. 2028-2042, 2009.

HANSEN, Charlotte; CURL, Charlotte; GEDDIS-REGAN, Andrew. Barriers to the provision of oral health care for people with disabilities. **BDJ In Pract.**, v. 34, n. 3, p. 30-34, 2021.

HU, Ruishan et al. Assessing potential spatial accessibility of health services in rural China: a case study of Donghai county. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 35, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**). Censo demográfico, 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**). Censo demográfico, 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**). Pesquisa nacional de saúde. Brasília, 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**). Pesquisa nacional de saúde. Brasília, 2000.

KITAMURA, Elisa Shizuê; BASTOS, Ronaldo Rocha; PALMA, Pamella Valente; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação da satisfação dos usuários dos centros de especialidades odontológicas da macrorregião sudeste de Minas Gerais, 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços em Saúde**, v. 25, n. 1, p. 137-148, 2016.

LAGU, Tara; IEZZONI, Lisa Ivy; LINDENAUER, Peter Key. The Axes of Access — improving care for patients with disabilities. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 19, p. 1847-1851, 2014.

LANGHEINE, Rolf; ROST, Jurgen. Latent trait and latent class models. **Springer**

Science & Business Media, 2013.

LANZA, Stephanie; COLLINS, Linda; LEMMON, David; SCHAFER, Joseph. PROC LCA: A SAS procedure for latent class analysis. **Structural Equation Modeling Journal**, v. 14, n. 14, p. 671-694, 2007.

LANZA, Stephanie; MEGAN, Patrick; MAGGS, Jennifer. Latent transition analysis: benefits of a latent variable approach to modeling transitions in substance use. **Journal of Drug Issues**, v. 40, n. 1, p. 93-120, 2010.

LEAL, Lyanna Rocha; SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes. Access to dental public services by disabled persons. **BMC Oral Health**, v. 15, n. 35, 2015.

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; SILVA, Janmille Valdevino; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Fatores relacionados ao desempenho de centros de especialidades odontológicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, 2015.

MAGALHÃES, Bruno Gama; de OLIVEIRA, Raquel Santos; GASPAR, Gabriela da Silveira; FIGUEIREDO, Nilcema; de GOES, Paulo Sávio Angeiras. Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 1, p. 107-112, 2012.

MANZINI, Eduardo José. Inclusão e acessibilidade. **Revista da Sobama**, v. 10, n. 1, p. 31-36, 2005.

MARQUES, Juliana Freitas et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

MARTINS, Kaisy Pereira. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3153-3160, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2011.

MORAIS JUNIOR, Renato Carvalho; de CARVALHO, Laís Guedes Alcoforado; RIBEIRO, Isabella Lima Arrais; de CASTRO, Ricardo Dias. Avaliação nacional dos centros de referência odontológica para atendimento de pacientes com necessidades especiais. Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 166-173, 2018.

MORGAN, Grant. Mixed mode latent class analysis: an examination of fit index performance for classification. **A Multidisciplinary Journal**, v. 22, n. 1, p. 76-86, 2015.

MUDRICK, Nancy Ruy; BRESLIN, Mary Lou; LIANG, Mengke; YEE, Silvia. Physical accessibility in primary health care settings: results from california on-site reviews. **Disability Health Journal**, v. 5, n. 3, p. 159-167, 2012.

MUTHÉN, Linda; MUTHÉN, Bengt. Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide. **Muthén & Muthén**, Los Angeles, 2012.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Gestão em Saúde**, v. 03, n. 3, p. 1031-1044, 2012.

NEWSOM, Jason. Longitudinal structural equation modeling: a comprehensive introduction. **Routledge**, Inglaterra, Reino Unido, 2015.

NUNES, Maria de Fátima; FRANÇA, Mary Anne de Souza Alves; WERNECK, Marcos Furquim; GOES, Paulo Sávio. PMAQ - CEO External evaluation: revealing indicators for planning services. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.18, n. 1, 2018.

NYLUND-GIBSON, Karen; ASPAROUHOV, Tihomir; MUTHÉN, Bengt. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. **Structural Equation Modeling Journal**, v. 14, n. 4, p. 535-569, 2007.

NYLUND-GIBSON, Karen; CHOI, Andrew Young. Ten frequently asked questions about latent class analysis. **Translational Issues in Psychological Science**, v. 4, n. 4, p. 440-461, 2018.

PAULINO, Vanessa Cristina; CORREA, Priscila Moreira; MANZINI, Eduardo José. Um estudo sobre a acessibilidade física em nove escolas municipais do ensino fundamental de uma cidade do interior paulista. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 8, n. 1, p. 59-74, 2008.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, William. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLDMA, Tiiu et al. Understanding people's needs in a commercial public space: About accessibility and lived experience in social settings. **Scient Direct**, v. 8, n. 3, p. 206-216, 2014.

QUEIROZ, Rejane Christine de Sousa et al. Oral health care for people with disabilities in Brazil: Transition from the specialized dental services between 2014 and 2018. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 48-57, 2021.

ROMANELLI, Marissol Cristina Maria de Oliveira Vasconcellos. Levantamento epidemiológico das doenças cárie e periodontal em alunos com necessidades especiais das APAE na Região Metropolitana de Curitiba – Paraná. **Dissertação de mestrado**, Ponta Grossa, 2006.

RUÍZ, Claudia Patricia Serrano et al. Barreras contextuales para la participación de las

personas con discapacidad física. **Salu. UIS.**, v. 45, n. 1, p. 41-51, 2013.

SANTOS, Ricardo Cardoso Almeida et al. Avanços e desafios para a integralidade do cuidado no paciente com necessidades especiais (2021). **Brazilian Oral Research**, v. 35, n. 3, p. 434-441, 2021.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Architectonic barriers for elderly and physically disabled people: an epidemiological study of the physical structure of health service units in seven Brazilian states. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

SMEDEN, Maarten Van; NAAKTGEBOREN, Christiana; REITSMA, Johannes; MOONS, Karel; de GROOT, Joris. Latent class models in diagnostic studies when there is no reference standard—a systematic review. **American Journal of Epidemiology**, v. 179, n. 4, p. 423-431, 2014.

THOMAZ, Érika Bárbara Abreu Fonseca et al. Advances and weaknesses of the work process of the oral cancer care network in Brazil: A latent class transition analysis. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 38-47, 2022.

THOMAZ, Érika Bárbara Abreu Fonseca et al. Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 897-908, jul. 2021.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 190-197, 2004.

TRISTÃO, Flávio Ignes; LIMA, Rita de Cássia Duarte; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 54-61, 2016.

VASCONCELOS, Fabiana Gondim Gomes; GONDIM, Brena Louise Cavalcanti; RODRIGUES, Larycia Vicente; LIMA NETO, Eufrásio de Andrade; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Evolução dos Índices CEO-D/CPO-D e de cuidados odontológicos em crianças e adolescentes com base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 333-340, 2018.

VIEIRA, Janete Maria Rebelo; QUADROS, Larissa Neves; LIRA, Isadora Leonília dos Santos; GOMES, Andressa Coelho. The practice of health planning in secondary care: an analysis from the PMAQ-CEO - 1st Cycle, **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11 p. 123-131, 2021.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.

WAGNER, Luciane Carniel; PACHECO, Artemis; LINDEMAYER, Cristiane Kroll; da

SILVA, Larissa Dall' Agnol. Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. **Revista Ciência em Movimento**, n. 23, p. 55-67, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Report on Disability 2011. WorldHealth Organization; 2011.

APÊNDICES

Apêndice I – Normas da Revista Brazilian Oral Research

1 INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Missão, escopo e política de submissão

A *Brazilian Oral Research* - BOR (versão online ISSN 1807-3107) é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO (Divisão brasileira da *International Association for Dental Research* - IADR). A revista tem classificação A2 Qualis Capes (Odontologia), Fator de Impacto™/2018/2019 1,508 (Institute for Scientific Information - ISI), é revisada por pares (sistema duplo-cego) e tem como missão disseminar e promover o intercâmbio de informações sobre as diversas áreas da pesquisa odontológica e com acesso aberto, modalidade dourada, sem embargo.

A BOR aceita submissão dos seguintes tipos de artigos originais e de revisão, nas seguintes tipologias: Pesquisa Original (artigo completo ou *Short Communication*), Revisão Sistemática (e Meta-Análise), além de Cartas ao Editor. Todas as submissões deverão ser exclusivas à BOR.

As revisões críticas de literatura são artigos escritos à convite do editor.

A submissão dos manuscritos, e de toda documentação relacionada, deve ser realizada exclusivamente pelo ScholarOne Manuscripts™, através do [link](#) de submissão online.

O processo de avaliação do conteúdo científico do manuscrito será iniciado somente após o atendimento dos requisitos descritos nestas Instruções aos Autores. O manuscrito em desacordo com estes requisitos será devolvido ao autor de correspondência para adequações.

Importante: Após ser aceito por seu mérito científico, todo manuscrito deverá ser submetido a uma revisão gramatical e estilística do idioma inglês. Para conhecer as empresas recomendadas, entre em contato com bor@sbpqo.org.br. Os autores deverão encaminhar o texto revisado juntamente com o certificado de revisão fornecido pela empresa de edição escolhida. **Não serão aceitas revisões linguísticas realizadas por empresas que não estejam entre as indicadas pela BOR.**

Apresentação do manuscrito

O texto do manuscrito deverá estar redigido em inglês e fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC, DOCX ou RTF).

Cada uma das figuras (inclusive as que compõem esquemas/compos) deverá ser fornecida em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Fotografias, micrografias e radiografias deverão ser fornecidas em formato TIFF, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais deverão ser fornecidos em formato PDF, em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Arquivos de vídeo poderão ser submetidos, respeitando as demais especificidades, inclusive o anonimato dos autores (para fins de avaliação) e respeito aos direitos dos pacientes.

Importante: o ScholarOne™ permite que o conjunto dos arquivos somem no máximo 10 MB. No caso de a inclusão do arquivo de vídeo acarretar em tamanho superior, é possível informar o link de acesso ao vídeo. Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela **BOR**. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

As seções do manuscrito devem ser apresentadas observando-se as características específicas de cada tipo de manuscrito: folha de rosto (*Title Page*), introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências.

Folha de rosto (*Title Page*; dados obrigatórios)

- Indicação da área temática da pesquisa enfocada no manuscrito.
- Áreas Temáticas: Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilo; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia - Clínica Protética; Implantodontia Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários; Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatrics; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.
- Título informativo e conciso, limitado a um máximo de 110 caracteres incluindo espaços.
- Nomes completos e por extenso de todos os autores, incluindo os respectivos e-mails e ORCID.

Recomenda-se aos autores confrontar seus nomes anotados na Folha de Rosto (*Title Page*) com o perfil criado no ScholarOne™, de modo a evitar incompatibilidades.

- Dados de afiliação institucional/profissional de todos os autores, incluindo universidade (ou outra instituição), faculdade/curso em inglês, departamento em inglês, cidade, estado e país. **Só é aceita uma afiliação por autor.** Verificar se as afiliações foram inseridas corretamente no ScholarOne™.

Texto Principal

Resumo: deve ser apresentado na forma de um parágrafo único estruturado (sem sub-divisões em seções), contendo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta *Special characters* para caracteres especiais, se aplicável.

Descritores: devem ser fornecidos de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os descritores cadastrados em <https://meshb.nlm.nih.gov/search> (não serão aceitos sinônimos).

Introdução: deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente ao final dessa seção.

Metodologia: devem ser fornecidas todas as características do material pertinente ao assunto da pesquisa (ex.: amostras de tecido, sujeitos da pesquisa). Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, porém suficientemente detalhada para permitir que outros possam repetir o trabalho. Os dados de fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos, ou softwares devem ser explicitados na primeira menção feita nesta seção, como segue: nome do fabricante, cidade e país. Os programas de computador e métodos estatísticos também devem ser especificados. A menos que o objetivo do trabalho seja comparar produtos ou sistemas específicos, os nomes comerciais de técnicas, bem como de produtos ou equipamentos científicos ou clínicos só devem ser citados nas seções de "Metodologia" e "Agradecimentos", de acordo com o caso. No restante do manuscrito, inclusive no título, devem ser utilizados os nomes genéricos. Nos manuscritos que envolvam radiografias, microrradiografias ou imagens de MEV, devem ser incluídas as seguintes informações: fonte de radiação, filtros e níveis de kV utilizados. Os manuscritos que relatem estudos em humanos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida eticamente de acordo com a [Declaração de Helsinki](#) (*World Medical Association*). O número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Estudos observacionais devem seguir as [diretrizes STROBE](#) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da [CONSORT Statement](#), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o [PRISMA](#), ou [Cochrane](#).

Ensaios

Clínicos

Os ensaios clínicos segundo as [diretrizes CONSORT](#). O número de registro do ensaio clínico e o nome do registro da pesquisa serão publicados com o artigo.

Manuscritos que relatem a realização de estudos em animais devem também incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida de maneira ética, e o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Caso a pesquisa envolva um registro gênico, antes da submissão, as novas sequências genéticas devem ser incluídas num banco de dados público, e o número de acesso deve ser fornecido à **BOR**. Os autores poderão utilizar as seguintes bases de dados:

- [GenBank](#)
- [EMBL](#)
- [DDBJ](#)

As submissões de manuscritos que incluam dados de *microarray* devem incluir a informação recomendada pelas [diretrizes MIAME](#) (*Minimum Information About a Microarray Experiment*) e/ou descrever, na forma de itens, como os detalhes experimentais foram submetidos a uma das bases de dados publicamente disponíveis, tais como:

- [ArrayExpress](#)
- [GEO](#)

Resultados: devem ser apresentados na mesma ordem em que o experimento foi realizado, conforme descrito na seção "Metodologia". Os resultados mais significativos devem ser descritos. Texto, tabelas e figuras não devem ser repetitivos. Os resultados com significância estatística devem vir acompanhados dos respectivos valores de p.

Tabelas: devem ser numeradas e citadas consecutivamente no texto principal, em algarismos arábicos. As tabelas devem ser submetidas separadamente do texto em formato DOC, DOCX ou XLS (podem estar reunidas em um único arquivo).

Discussão: deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e à literatura pertinente. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos correlatos encontrados na literatura, e fornecer explicações para as possíveis diferenças encontradas. Deve também identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

Conclusões: devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

Agradecimentos: as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.) devem ser informadas, e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Esta seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

Referências: só serão aceitas como referências as publicações em periódicos revisados por pares.

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, conforme apresentadas em [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals](#). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o [List of Journals Indexed in Index Medicus](#). A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.

Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal.

Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org> ou <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>).

Notas de rodapé no texto principal: devem ser indicadas por meio de asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

Figuras: fotografias, micrografias e radiografias devem ter uma largura mínima de 10 cm, resolução mínima de 500 dpi, e devem ser fornecidas em formato TIFF. Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais devem ser fornecidos em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas, individualmente, em arquivos separados (Figure 1a, Figure 1b, Figure 2...) e não inseridas no arquivo de texto. As figuras devem ser numeradas e citadas consecutivamente no corpo do texto, em algarismos arábicos. As legendas das figuras devem ser inseridas todas juntas no final do texto, após as referências.

Características e formatação dos tipos de manuscritos

Pesquisa

Original

Devem ser limitados a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Será aceito um máximo de 8 (oito) figuras e 40 (quarenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação Folha de rosto (*Title Page*)

- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências - máximo de 40 referências
- Legendas de figuras
- Figuras - máximo de 8 (oito) figuras, conforme descrito acima
- Tabelas.

Resumo de Pesquisa Original (*Short Communication*)

Devem ser limitados a 10.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). É permitido um máximo de 2 (duas) figuras e 12 (doze) referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

Formatação

- Folha de rosto
- Texto principal (10.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 100 palavras

- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências - máximo de 12 referências
- Legendas de figuras
- Figuras - máximo de 2 (duas) figuras, conforme descrito acima
- Tabelas.

Revisão Crítica de Literatura

A submissão desse tipo de manuscrito será realizada apenas a convite da Comissão de Publicação da BOR. Todos os manuscritos serão submetidos à revisão por pares. Esse tipo de manuscrito deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras, e ser limitado a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Incluir uma apresentação clara do objeto científico de interesse, argumentação lógica, uma análise crítica metodológica e teórica dos estudos e uma conclusão resumida. É permitido um máximo de 6 (seis) figuras e 50 (cinquenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação

- Folha de rosto
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências - máximo de 50 referências
- Legendas de figuras
- Figuras - máximo de 6 (seis) figuras, conforme descrito acima
- Tabelas.

Revisão Sistemática e Meta-Análise

vetoriais em formato PDF. Cada uma das figuras deve ser submetida em arquivos separados e individuais (não inseridas no arquivo de texto).

- Declaração de interesses e de financiamento, submetida em um documento separado e em formato PDF.

Termo de transferência de direitos autorais e declarações de responsabilidade

O manuscrito submetido para publicação deve ser acompanhado do Termo de Transferência de Direitos Autorais e Declarações de Responsabilidade, disponível no sistema online e de preenchimento obrigatório.

Plágio

A **BOR** emprega um sistema de detecção de plágio. Ao enviar o seu manuscrito para a Revista, este manuscrito poderá ser rastreado. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

Custo para publicação

Os autores não são submetidos a uma taxa de submissão de artigos e de avaliação.

Exemplos de referências

Periódicos

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005;115(2 Suppl):519-617. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1441>

Mattos FF, Pordeus IA. COVID-19: a new turning point for dental practice. *Braz Oral Res*. 2020;34:e085. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0085>

Artigos com Título e Texto em Idioma Diferente do Inglês

Li YJ, He X, Liu LN, Lan YY, Wang AM, Wang YL. [Studies on chemical constituents in herb of *Polygonum orientale*]. *Zhongguo Ahong Yao Za Zhi*. 2005 Mar;30(6):444-6. Chinese.

Suplementos ou Edições Especiais

Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the

Unified Health System. Braz Oral Res. 2010 Aug;24 Spec Iss 1:26-32.

Livros

Stedman TL. Stedman's medical dictionary: a vocabulary of medicine and its allied sciences, with pronunciations and derivations. 20th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1961.

Livros Online

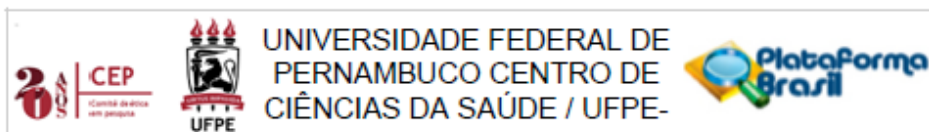
Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Websites

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>
 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2010 Nov 27]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>

World Health Organization [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2011 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/en/>

Apêndice II – Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

Pesquisador: PAULO SAVIO ANGEIRAS DE GOES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 23458213.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.478.524

Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de Emenda para inclusão de uma capacitação de uma equipe executora da pesquisa em avaliação de programas e serviços de saúde bucal e uma qualificação dos gestores dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em planejamento, monitoramento e gestão de serviços de saúde bucal devido ao lançamento, pelo Ministério da Saúde, do Segundo Ciclo de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO).

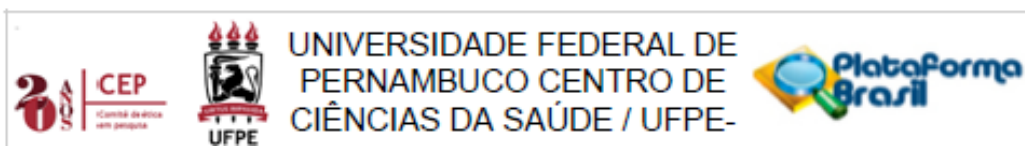
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Verificar in loco um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no âmbito do PMAQ/CEO, visando subsidiar o processo de certificação de qualidade e a tomada de decisão na definição de parâmetros de qualidade para melhoria e expansão das ações de atenção e prevenção em todo território nacional.

Objetivos Específicos:

Observar e verificar a infraestrutura do CEO, seguindo roteiro de observação específico, segundo critérios e padrões de qualidade;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 2126-8588 **E-mail:** oepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.478.534

Identificar o cumprimento dos padrões de qualidade referente ao componente processo da PMAQ/CEO através de entrevistas com gerentes e profissionais do CEO;

Verificar a existência de documentos comprobatórios dos padrões de qualidade identificados nas entrevistas realizadas;

Conhecer a percepção e satisfação dos usuários quanto ao CEO no que se refere ao seu acesso e utilização; e,

Avaliar os componentes de qualidade em relação a estrutura, processo e resultado da PMAQ/CEO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

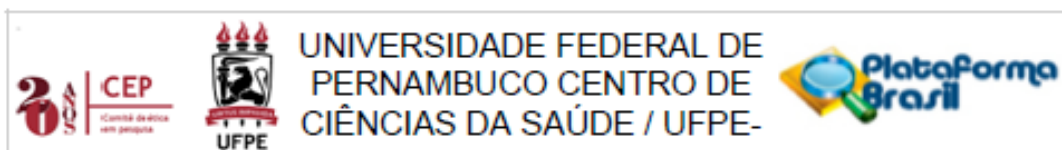
O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o senhor (a) frente a alguns questionamentos acerca da qualidade dos estabelecimentos de saúde investigados, no entanto, como será mantido absoluto sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional ou para o usuário ao serviço.

Benefícios:

Não há benefícios diretos, entretanto, como benefícios indiretos, as informações prestadas pelo (a) senhor (a) poderão contribuir melhoria da qualidade dos estabelecimentos de saúde estudados, os resultados serão encaminhados aos gestores do Sistema de Saúde, o que também servirá de base para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal e Brasil Sorridente, quanto ao acesso, oferta de serviços e qualidade dos serviços, bem como, consequentemente nível de saúde da população. Redação dirigida ao participante. Os Riscos estão bem formulados, mas o texto deveria qualificar o que será

Benefício Indireto para o profissional e o que será para o usuário conforme recomenda o parágrafo V.2 dos Riscos e Benefícios da resolução 486/12 são admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente Indiretos desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral ,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.478.524

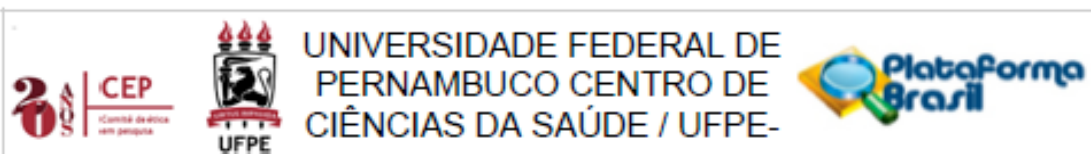
intelectual,

social, cultural, ou espiritual desses. Por exemplo, as expectativas de um usuário do serviço seria voltada para um benefício em saúde bucal já um Cirurgião-Dentista pode esperar uma melhoria nas condições de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo avaliativo, com caráter quantitativo, observacional e transversal o qual será realizado em todos os Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil, que fizeram adesão ao PMAQ/CEO na 1ª fase do Programa, segundo Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, totalizando 884 serviços. A população amostral está estabelecida em 12.000 sujeitos divididos nos seguintes grupos: Gerentes do CEO: 984 sujeitos, Cirurgiões dentistas do CEO 894 sujeitos e Usuários do CEO 9.840. A coleta de dados será realizada através de entrevista para aplicação de questionário estruturado para cada parcela da população participante. A entrevista com os profissionais (o gerente e pelo menos um cirurgião dentista do CEO) objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário. A entrevista com os usuários (aproximadamente 10) visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Estabelece Critérios de Inclusão e Exclusão para os estabelecimentos e apenas um critério para os sujeitos: serem maiores de 18 anos. Será criada uma rede colaborativa como referência técnica e científica para a discussão, implementação e execução deste estudo, haja vista, que o desenvolvimento de ações contará com a participação de outras Instituições de Ensino e Pesquisa. Todas as ações terão a coordenação geral do

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.478.524

PMAQ/CEO os representantes do Centro Colaborador em Vigilância em Saúde bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) e da Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica (COSAB/DAB), sendo as outras instituições participantes: Universidade Federal do Amazonas (Macrorregião Norte) Universidade Federal de Minas Gerais (Macrorregião Centro Oeste e Minas Gerais) Universidade Federal de Paraíba (Macrorregião Nordeste) Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Macrorregião Sudeste) Grupo Hospitalar Conceição/Porto Alegre (Macrorregião Sul) os representantes da cada instituição e a coordenação geral do estudo comporão o grupo gestor da pesquisa (GG-PMAQ/CEO). Os dados obtidos serão analisados a partir de análise estatística descritiva e analítica inferencial. Na fase descritiva, serão apresentadas as distribuições de frequências das variáveis, e quando apropriado serão calculadas medidas de tendência central e dispersão, onde os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos. Na fase analítica inferencial, serão analisadas as diferenças entre as proporções com o Qui-quadrado (χ^2) para tendências de Pearson e do tipo correlacional não paramétrico. Todas as análises irão considerar o nível de 5% de significância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação exigida.

Recomendações:

Nenhuma.

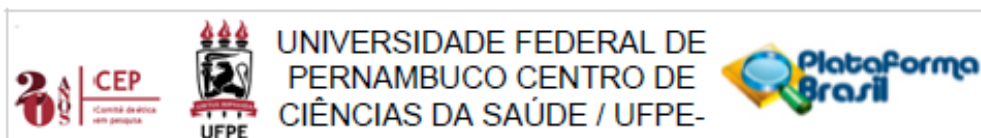
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

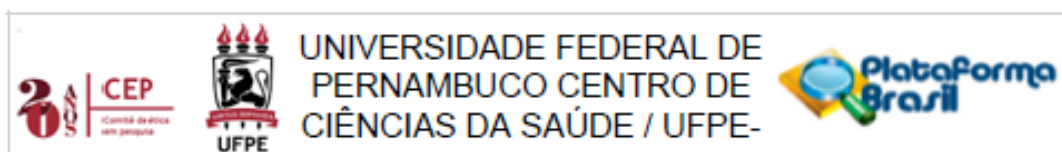


Continuação do Parecer: 2.478.524

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1055875_E2.pdf	25/01/2018 01:44:59		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Fernando_Hugo.pdf	25/01/2018 01:38:18	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Maria_Ercilia_Araujo.pdf	25/01/2018 01:37:25	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Marcos_Werneck.pdf	25/01/2018 01:36:30	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Erika_Thomaz.pdf	25/01/2018 01:35:39	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Wilton_Padilha.pdf	25/01/2018 01:34:54	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Edson_Lucena.pdf	25/01/2018 01:34:08	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Petronio_Martelli.pdf	25/01/2018 01:33:17	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Niloema_Figueiredo.pdf	25/01/2018 01:32:13	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Paulo_Savio_Angeiras_de_Goes.pdf	25/01/2018 01:31:28	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Cronograma	Cronograma_2_Ciclo_PMAQ_CEO.pdf	11/01/2018 17:01:00	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Outros	EXTRATO_DO_TED_RECORSO_N_150_2018.pdf	11/01/2018 16:40:07	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_MS.pdf	11/01/2018 16:37:59	EDSON HILAN GOMES DE LUCENA	Aceito
Outros	Justificativa_da_emenda_2_Ciclo_PMAQ_CEO.pdf	11/01/2018 16:35:48	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2_Ciclo_PMAQ_CEO_Avaliacao_Externa_CEP.pdf	11/01/2018 16:22:29	EDSON HILAN GOMES DE LUCENA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIO.pdf	11/01/2018 16:17:41	EDSON HILAN GOMES DE LUCENA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GERENTE_PROFISSIONAL_DO_CEO.pdf	11/01/2018 16:17:12	EDSON HILAN GOMES DE LUCENA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AVALIADOR_DO_PMAQ_CEO.pdf	11/01/2018 16:16:29	EDSON HILAN GOMES DE LUCENA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.478.524

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/01/2018 16:14:41	EDSON HILAN GOMES DE	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 30 de Janeiro de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2125-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br