

Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014*

doi: 10.1590/S1679-49742020000500001

Specialized dental care for people with disabilities in Brazil: profile of the Dental Specialty Centers, 2014

Atención odontológica especializada para personas con discapacidad en Brasil: perfil de los centros de especialidades odontológicas, 2014

Aline Macarevich Condessa¹ -  orcid.org/0000-0002-8129-4324

Edson Hilan Gomes de Lucena² -  orcid.org/0000-0003-3431-115X

Nilcema Figueiredo³ -  orcid.org/0000-0001-6181-8728

Paulo Sávio Angeiras de Goes⁴ -  orcid.org/0000-0001-7220-0739

Juliana Balbinot Hilgert¹ -  orcid.org/0000-0002-2204-1634

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, RS, Brasil

²Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Recife, PE, Brasil

³Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Recife, PE, Brasil

⁴Universidade Federal de Pernambuco, Faculdade de Odontologia, Recife, PE, Brasil

Resumo

Objetivo: Descrever os serviços de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência, atendidas pela especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE). **Métodos:** Estudo transversal, com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), 2014. **Resultados:** Dos 932 serviços avaliados, 89,8% contavam com atendimento a PNEs, 30,4% apresentavam acessibilidade física e 59,7% contavam com referência para atendimento hospitalar. A maioria garantia tratamento completo. São disponibilizadas 40h semanais de atendimento clínico a PNEs em 1/3 dos CEOs. **Conclusão:** A rede de cuidado para pessoas com deficiência encontra-se em formação e, apesar dos incentivos financeiros específicos, apresenta limitações. Os serviços precisam eliminar barreiras físicas e atitudinais para garantir acessibilidade universal. Protocolos baseados em classificação de risco são necessários, priorizando atendimento no CEO dos casos complexos, não atendidos na Atenção Básica e organizando a rede de cuidados em saúde bucal da pessoa com deficiência.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; Assistência Odontológica; Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde; Estudos Transversais.

*Artigo derivado de tese de doutorado intitulada 'Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde', defendida por Aline Macarevich Condessa junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2019.

Endereço para correspondência:

Aline Macarevich Condessa – Rua Professor Cristiano Fischer, nºs 2138/1604, Bairro Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil.

CEP: 91410-001

E-mail: alinemacarevich@yahoo.com.br

Introdução

Pessoas com deficiência, mesmo tendo o direito à saúde com prioridade garantido por lei, sofrem com as iniquidades em saúde.¹ Piores condições de saúde geral¹ e de saúde bucal,² e dificuldade em encontrar profissionais disponíveis para atendimento,³ aliadas a piores condições de vida,⁴ fazem com que a saúde bucal das pessoas com deficiência deva ser considerada como prioridade entre as ações em saúde. A questão financeira aparece como uma das principais barreiras de acesso encontradas pelas pessoas com deficiência,⁵ o que aponta a necessidade de adequação dos serviços públicos de saúde no Brasil, no sentido de facilitar o acesso dessa população.

Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e que, ao interagir com tantas barreiras, pode ter dificultada sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdades de condições com a população geral. O Brasil segue as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) na avaliação médica e social da deficiência, levando em conta os impedimentos às funções e aqueles presentes nas estruturas do corpo, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação do desempenho das atividades e a restrição de participação.⁶

Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e que, ao interagir com tantas barreiras, pode ter dificultada sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdades de condições com a população geral.

A Rede de Cuidados para a Pessoa com Deficiência no Brasil foi instituída em 2012, a partir da criação do intitulado Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) na rede pública de saúde, com o propósito de contribuir para a melhoria nos níveis de saúde desses cidadãos.⁷ Por meio de incentivo financeiro específico, destinado ao atendimento integral da pessoa com deficiência⁸ e capacitação dos dentistas e auxiliares da rede de saúde bucal,⁹ buscou-se ampliar o cuidado e reduzir as dificuldades de acesso das pessoas com deficiência aos serviços odontológicos.

Os serviços de saúde devem ser organizados em rede, definida por níveis crescentes de atenção e complexidade.¹⁰ Os CEOs, enquanto unidades de assistência à Saúde Pública, integram o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), qualificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. O atendimento a pacientes com necessidades especiais, incluindo as pessoas com deficiência, está entre as especialidades mínimas para o credenciamento de um CEO.¹¹ Cabe salientar que o CEO não constitui um centro de especialistas e sim de especialidades, por isso a não obrigatoriedade de seus profissionais apresentarem o título de especialista para trabalhar em um desses centros.

Diante da existência de poucos estudos no Brasil sobre a atenção especializada,^{12,13} ademais da ausência de pesquisas interessadas em como a rede de cuidados em saúde bucal para pessoas com deficiência está delineada, percebe-se a necessidade de mais estudos sobre o tema. O objetivo deste artigo foi descrever os serviços especializados de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência atendidas na especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE).

Métodos

Estudo descritivo, com dados do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), cujo objetivo foi estimular o acesso e a melhoria da qualidade nos CEOs.¹⁴ A pesquisa foi conduzida em todo o Brasil, nas cinco macrorregiões, incluindo tanto os serviços localizados nas capitais quanto os do interior. A coleta de dados aconteceu no primeiro semestre de 2014, mediante proposta de questionário, padronizado e testado previamente, utilizando computadores portáteis de tipo *tablet*.

As informações referentes ao CEO foram coletadas em duas entrevistas, com dois profissionais de cada serviço, sendo um deles o gestor responsável pelo CEO ou o profissional com maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço, e o outro um cirurgião-dentista, de qualquer especialidade, que estivesse presente no momento da visita; não poderia ser o mesmo indivíduo o respondente nas duas entrevistas.

Todas as variáveis utilizadas foram coletadas na avaliação externa do PMAQ-CEO. As informações de

interesse do módulo I (Observação do CEO) relacionavam-se à estrutura do serviço, e as do módulo II (Entrevista com gerente e com cirurgia-dentista do CEO), ao processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado com os usuários.

No sentido de prevenir viés de informação e aferição, o questionário para coleta de dados foi o mesmo utilizado por todos os entrevistadores, que também contaram com a presença de um supervisor de campo. Todos passaram por treinamento de dois dias (16 horas), organizado e conduzido pelo grupo gestor responsável pela coordenação da avaliação externa, para conhecerem e se apropriarem de todas as questões contidas no instrumento, bem como se inteirarem do itinerário a ser percorrido pelos entrevistadores.¹⁵ O formulário eletrônico também foi programado para monitoramento crítico das respostas, evitando digitação inadequada.

Os CEOs habilitados pelo Ministério da Saúde em 2013 (momento da adesão ao PMAQ-CEO) receberam a visita do avaliador externo, constituindo um censo de todos os serviços no Brasil. Foram excluídos CEOs que estavam fechados, em reforma, desabilitados pelo Ministério da Saúde, ou que se recusaram a participar da etapa de avaliação externa.

As variáveis utilizadas no estudo foram:

- a) macrorregião (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste; Sul);
- b) classificação do CEO (I; II e III);
- c) quantidade de cirurgiões-dentistas (CD) atuando na especialidade PNE (CDs-PNE por CEO: 0; 1; 2; 3 ou mais);
- d) oferta de atendimento clínico para a especialidade PNE (em horas por semana: 0; <20; 20 a 39; 40 ou mais);
- e) corredores adaptados (sim; não);
- f) portas adaptadas (sim; não);
- g) cadeira de rodas (sim; não);
- h) rampa com corrimão (sim; não);
- i) acessibilidade física (sem facilitadores; alguns facilitadores; todos os facilitadores);
- j) cotas de encaminhamento de PNEs (sim; não);
- k) CEO recebe referência da Unidade Básica de Saúde (UBS) (sim; não);
- l) existência de protocolo de encaminhamento UBS-CEO (sim; não);
- m) referência hospitalar para atendimento sob anestesia geral (sim; não);
- n) organização de vagas para atenção hospitalar (sistema de cotas; sem número limitado; outros; não há);

o) demanda reprimida para atendimento hospitalar (sim; não; não sabe informar; não realiza atendimento hospitalar);

p) média mensal de atendimento hospitalar (1 a 4; 5 a 8; mais de 8; não realiza atendimento hospitalar);

q) tempo de espera para atendimento a PNEs (até uma semana; de 8 a 15 dias; mais de 15 dias; não sabe/não respondeu);

r) garantia de tratamento completo a PNEs (sim; não);

s) perfil dos usuários atendidos

- distúrbios de comportamento (sim; não);

- deficiência sensorial ou física sem distúrbio de comportamento (sim; não);

- movimentos involuntários (sim; não);

- diabéticos, cardiopatas e idosos (sim; não);

- autistas (sim; não);

- HIV-positivos (sim; não); e

- gestantes e bebês sem limitação (sim; não).

No que tange à classificação do CEO, foi considerado o critério adotado pelo Ministério da Saúde,¹¹ segundo o qual (i) o tipo I conta com 3 ou mais CD e 1 auxiliar de saúde bucal (ASB) por consultório odontológico, (ii) o tipo II, com 4 ou mais CD e 1 ASB por consultório odontológico, e (iii) o tipo III, com 7 ou mais CD e 1 ASB por consultório odontológico.

Os dados foram tabulados e analisados com uso do *software* estatístico SPSS versão 18.0. As variáveis quantitativas foram descritas na forma de média e respectivos desvios-padrão ou mediana e percentis, enquanto as variáveis categóricas foram descritas na forma de frequência absoluta e relativa.

A avaliação externa do PMAQ-CEO seguiu as exigências da Declaração de Helsinque e foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE): Registro nº 740.974 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 23458213.0.0000.5208, em 6 de agosto de 2014. No momento da entrevista, todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Todos os 984 CEOs habilitados em 2013 receberam a visita do avaliador externo. Foram excluídos da pesquisa 52 (5,3%) CEOs, de acordo com os critérios apresentados aqui, resultando em 932 centros pesquisados.

Os CEOs não estavam distribuídos uniformemente pelo Brasil. Observou-se uma concentração desses serviços nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (36,2%), as regiões Norte e Centro-Oeste apresentavam cerca de 6% cada uma, e a região Sul, 12,4% dos CEOs do país (Tabela 1). Não obstante estar prevista como atendimento obrigatório a ser prestado pelo CEO, 89,8% desses serviços dispunham de profissionais cirurgiões-dentistas habilitados na especialidade PNE e apenas 33,8% dos estabelecimentos reservavam 40 ou mais horas semanais para atendimento clínico a esses pacientes (Tabela 1). Entre os serviços que não ofereciam o atendimento especializado (10,2%),

51,6% estavam localizados no Nordeste, 27,4% no Sudeste, 10,5% no Norte, 8,4% no Sul e 2,1% no Centro-Oeste brasileiro.

A acessibilidade aos serviços pode ser alcançada através de instalações e equipamentos facilitadores de acesso físico, como rampas ou corredores adaptados, que garantam sua utilização por pessoas com deficiência, em igualdade de condição. No entanto, apenas 30,4% dos estabelecimentos apresentavam acessibilidade física adequada (disponibilidade de cadeira de rodas, corredores e portas adaptados para cadeira de rodas e rampas com corrimão); menos da metade dos serviços

Tabela 1 – Frequências absoluta e relativa das características estruturais e da equipe de atendimento clínico a pacientes com necessidades especiais nos centros de especialidades odontológicas, Brasil, 2014

Características	N	%
Características estruturais		
CEOs^a por macrorregião		
Norte	60	6,4
Nordeste	357	38,3
Centro-Oeste	62	6,7
Sudeste	337	36,2
Sul	116	12,4
Classificação do CEO^a		
Tipo I	349	37,4
Tipo II	474	50,9
Tipo III	199	11,7
Quantidade de CDs-PNE^b por CEO^a		
0	95	10,2
1	553	59,3
2	203	21,8
3 ou mais	81	8,7
Oferta de atendimento clínico para a especialidade PNE^c (em horas/semana)		
0h	95	10,2
<20h	117	12,6
20-39h	405	43,4
≥40h	315	33,8
Acessibilidade		
Corredores adaptados	717	76,9
Portas adaptadas	728	78,1
Cadeira de rodas	548	58,8
Rampa com corrimão	473	46,9
Acessibilidade física		
Sem facilitadores	86	9,2
Alguns facilitadores	563	60,4
Todos facilitadores	283	30,4

a) CEO: centro de especialidades odontológicas.

b) CDs-PNE: cirurgiões-dentistas especializados no atendimento a paciente com necessidades especiais.

c) PNE: paciente com necessidades especiais.

(46,9%) dispunha de rampa com corrimão, um recurso necessário para idosos e pessoas com mobilidade reduzida (Tabela 1).

A qualidade do cuidado também está relacionada com o processo de trabalho e a organização da demanda. A maioria dos serviços (73,4%) recebia o usuário da UBS com documento de referência contendo a descrição do caso, as condições clínicas e tratamentos prévios conduzidos na UBS, e 57,5% contavam com protocolos de encaminhamento UBS-CEO definidos. Quanto à referência para Atenção Terciária, 59,7% dos CEOs contavam com referência hospitalar para atendimento sob anestesia geral, não

havendo demanda reprimida para serviços de alta complexidade. Os pacientes atendidos pela especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais tinham garantia de tratamento completo em 76,6% dos serviços (Tabela 2).

Os CEOs atendiam usuários com diversas necessidades a requerer atendimento especial, como distúrbios de comportamento (92,8%), deficiência sensorial ou física (90,0%), movimentos involuntários (89,0%), diabéticos, cardiopatas e idosos (87,1%), autistas (84,1%), pessoas soropositivas para HIV (78,8%) e gestantes e bebês sem limitação (69,9%) (Tabela 3).

Tabela 2 – Frequências absoluta e relativa das características da organização e do processo de trabalho nos centros de especialidades odontológicas, Brasil, 2014

Características	Frequência	%
Referência AB		
Cotas de encaminhamento (PNE ^a)	166	17,8
CEO ^b recebe referência da UBS ^c (PNE ^a)	683	73,4
Protocolo de encaminhamento UBS ^c -CEO ^b (PNE ^a)	535	57,5
Referência atenção hospitalar		
Referência hospitalar – atendimento sob anestesia geral	555	59,7
Organização de vagas para atenção hospitalar		
Sistema de cotas	121	13,0
Sem número limitado	366	39,4
Outros	68	7,3
Não há	375	40,3
Demanda reprimida para atendimento hospitalar		
Sim	110	11,8
Não	410	44,1
Não sabe informar	35	3,8
Não realiza atendimento hospitalar	375	40,3
Média mensal de atendimento hospitalar		
1 a 4	504	54,2
5 a 8	35	3,8
Mais de 8	16	1,7
Não realiza atendimento hospitalar	375	40,3
Atendimento CEO		
Tempo de espera para atendimento a PNEs ^a		
Até uma semana	527	56,7
De 8 a 15 dias	155	16,7
Mais de 15 dias	164	17,6
Não sabe/não respondeu	84	9,0
Garantia de tratamento completo a PNEs ^a	712	76,6

a) PNE: paciente com necessidades especiais.
b) CEO: centro de especialidades odontológicas.
c) UBS: unidade básica de saúde.

Tabela 3 – Perfil dos usuários atendidos pela especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, relatado pelos profissionais dos centros de especialidades odontológicas, Brasil, 2014

Perfil dos usuários	Frequência	%
Distúrbios de comportamento	863	92,8
Deficiência sensorial ou física sem distúrbio de comportamento	837	90,0
Movimentos involuntários	828	89,0
Diabéticos, cardiopatas e idosos	810	87,1
Autistas	782	84,1
HIV-positivos	733	78,8
Gestantes e bebês sem limitação	650	69,9

Discussão

Os resultados apontam que a rede de cuidados para pessoas com deficiência se encontra em formação, sendo observadas lacunas e falta acessibilidade em quase dois terços dos serviços implantados. Apesar de ser uma especialidade obrigatória, nem todos os CEOs contavam com esses profissionais e pouco mais da metade dos serviços dispunham de protocolos de encaminhamento da Atenção Primária para PNEs, de forma a organizar a rede de cuidados. Ainda assim, a maioria dos CEOs garantia tratamento completo a seus usuários, incluindo referência para atendimento hospitalar. O crescimento exponencial de serviços especializados em saúde bucal, em menos de 15 anos, tem reduzido a demanda reprimida de modelos de saúde mutiladores e excludentes.^{16,17} Contudo, há um longo caminho a percorrer.

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu valor adicional aos incentivos financeiros de custeio mensal para os CEOs garantirem o cuidado a pessoas com deficiência, bem como a referência e contrarreferência para as equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica.¹⁸ Em 2014, passados dois anos, apenas 250 (24,3%) CEOs haviam aderido e recebiam o incentivo financeiro da Rede de Atenção à Saúde para Pessoas com Deficiência.¹⁹ Entre os compromissos mínimos para receber o incentivo, estão:

- disponibilização mínima de 40 horas semanais para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência;
- oferta de apoio matricial para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica;
- manutenção da produção mensal mínima e alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais

do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), para a totalidade de procedimentos realizados em pessoas com deficiência;

d) garantia de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência; e

e) disponibilidade de dentistas e auxiliares de saúde bucal capacitados para conduzir o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.¹⁸

O incentivo financeiro foi criado em função da pequena cobertura populacional e da insuficiente oferta de serviços com estrutura e funcionamento adequados para o atendimento à pessoa com deficiência. O Estado percebeu a necessidade de expandir o acesso e superar barreiras aos serviços de saúde para pessoas com deficiência, e busca meios de reduzir as iniquidades em saúde para essa parcela da população.¹⁸ É necessário refletir por que mais gestores não reivindicaram o recebimento da verba para ampliar o atendimento, pois todos os CEOs credenciados pelo Ministério da Saúde têm o direito de requerer o incentivo adicional. Além do desconhecimento do recurso, é possível que os gestores não encontrem profissionais capacitados para o atendimento em seus municípios ou ainda não consigam adequar a estrutura física dos serviços de forma a garantir a acessibilidade universal. Mais estudos são necessários para melhor compreender essa falta e desenhar estratégias capazes de facilitar a adesão dos gestores dos CEOs à Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Os serviços públicos de saúde devem estar preparados para receber e acolher, com acesso universal e equitativo, todos os usuários, especialmente os grupos com

maior vulnerabilidade social. Pessoas com deficiência, por apresentarem menores níveis socioeconômicos e piores condições de saúde,¹ deveriam constituir um público-alvo preferencial desses serviços, com adequação física dos estabelecimentos e capacitação dos profissionais de saúde para seu atendimento. A situação identificada nos resultados apresentados está presente tanto na Atenção Básica^{20,21} quanto nos serviços de atenção especializada. Grande parte dos serviços (73,2%) está localizada em prédio próprio,¹⁴ o que permite aos gestores realizarem as mudanças para garantir o acesso universal. Importante ressaltar que o CEO é o serviço de referência para os casos de deficiência mais complexos e, portanto, a remoção de barreiras físicas e de comunicação é necessária.

A maioria das pessoas com deficiência podem ser atendidas por cirurgiões-dentistas generalistas, na Atenção Básica, devendo ser encaminhadas para atendimento especializado somente os casos mais complexos.²² Essa premissa também foi adotada pelo Ministério da Saúde, na orientação de encaminhamento à Atenção Secundária dos casos que não permitiram atendimento clínico ambulatorial convencional. Entretanto, não há protocolo ou manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a organização da demanda da especialidade PNE e sim, tão somente, uma sugestão de fluxograma para referência, entre Atenção Básica e Especializada, das pessoas com necessidades especiais.¹² O Manual de Especialidades em Saúde Bucal, lançado em 2008, não incluiu a especialidade, pois se pretendia elaborar um documento específico sobre o tema, todavia não publicado. Existem poucas pesquisas sobre a rede de referência e contrarreferência em saúde bucal, e elas não abordam a especialidade PNE.^{20,23} Esta falta de protocolos bem delineados e de pesquisas envolvendo o cuidado em saúde bucal para pessoas com necessidade especial também foi encontrada neste trabalho: somente 57,5% dos serviços pesquisados contam com protocolos de encaminhamento da Atenção Básica (UBS) para o CEO.

Outrossim, muitos profissionais não se sentem aptos para esse atendimento^{3,24} e por isso referenciam os casos aos serviços especializados. Esta conduta faz com que o CEO atenda a casos que poderiam ser solucionados na Atenção Básica, aumentando a fila de espera para atendimento dos usuários que de fato necessitam de atenção especializada. Desta forma, é necessário que todos os níveis de atenção estejam preparados para acolher e

atender as pessoas com deficiência, garantindo acesso universal e integralidade da atenção.

Para o adequado funcionamento da Rede de Atenção à Saúde para Pessoas com Deficiência, o nível de atenção terciário (hospitalar) deve estar disponível para os poucos casos que não podem ser atendidos em ambiente ambulatorial. Em 2010, o Ministério da Saúde criou o procedimento de tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais realizado sob sedação e/ou anestesia geral, em ambiente hospitalar.²⁵ Para os casos mais complexos, a exemplo dos homens adultos com deficiência intelectual ou transtorno mental, que não permitem atendimento ambulatorial, o atendimento hospitalar possibilita o cuidado em saúde.²⁶ No Brasil, em 2012, 57,8% das internações geradas para tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais foram de procedimentos clínicos e somente 13,29% de exodontia de dentes permanentes, demonstrando um modelo de saúde mais preventivo e restaurador.²⁷

O tempo de espera para atendimento foi pequeno: mais da metade dos serviços indicaram que os usuários eram atendidos, em média, uma semana depois de serem encaminhados. Este resultado representa um importante indicador de acesso e adequação do serviço à demanda. A garantia de atendimento completo para PNEs foi relatada por 76,6% dos serviços, possível resultado de esforços empreendidos pela manutenção ou restabelecimento da saúde bucal das pessoas com deficiência atendidas no serviço. Como no CEO os profissionais que atendem PNEs realizam procedimentos de Atenção Básica, esses usuários, muitas vezes, não são reencaminhados para as unidades básicas de saúde e a equipe especializada se responsabiliza pelo cuidado do usuário.

No sentido de reafirmar o que já foi dito na Introdução deste artigo, a odontologia considera como PNE qualquer indivíduo que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de receber um tratamento odontológico convencional.²⁸ Esta definição, bastante ampla, pode dificultar a organização da demanda de atendimentos. A maioria dos serviços atendem usuários com diversas 'necessidades especiais', e todas essas condições clínicas estão elencadas como indicações para o atendimento pela especialidade PNE, segundo o Ministério da Saúde.²⁹ No entanto, cabe analisar se de

fato elas precisam ser atendidas no CEO ou se poderiam ser adequadamente acompanhadas na Atenção Básica. Nesse sentido, a demanda do CEO para PNEs deve ser organizada com base na prioridade de atendimento das pessoas com deficiência,³⁰ levando em consideração protocolos baseados em classificação de risco e vulnerabilidade.

O atendimento a gestantes e bebês sem limitação, por exemplo, realizado por 69,9% dos serviços, acaba por utilizar horários da agenda que poderiam ser aproveitados por pacientes com deficiência que não permitem o atendimento na Atenção Básica e necessitam do atendimento especializado. Há que se questionar como se encontra o atendimento na Atenção Básica; afinal, grupos que tradicionalmente deveriam ser atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), como gestantes e bebês, estão sendo referenciados para o CEO. Isto pode sugerir uma falta de preparo dos profissionais da ESF para lidar com esse problema, ou a falta de estruturação desta rede de atenção.

Este estudo apresenta, como limitações: (i) a impossibilidade de inferência causal, em função do delineamento transversal; (ii) a utilização de dados secundários na coleta do PMAQ-CEO; e (iii) a não identificação dos 54 CEOs não participantes da avaliação externa do PMAQ. Como ponto forte, ele significa um estudo pioneiro ao retratar, em nível nacional, o perfil dos CEOs com o enfoque direcionado às pessoas com deficiência, apresentando as interfaces da Atenção Secundária com os demais níveis de atenção da rede de cuidado em saúde bucal.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Relatório mundial sobre a deficiência [Internet]. São Paulo: EDPcD; 2012 [citado 2020 jul 1]. 334 p. (Tradução Lexicus Serviços Linguísticos). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4
2. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist* [Internet]. 2010 May-Jun [cited 2020 Jun 1];30(3):110-17. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x>
3. Rocha LL, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGE. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Jul 1];15(35). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0022-x>
4. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank Poverty Assessments and implications. *Alter* [Internet]. 2009 Jul-Sep [cited 2020 Jul 1];3(3):219-32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.10.002>
5. Rouleau T, Harrington A, Brennan M, Hammond F, Hirsch M, Nussbaum M, et al. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist* [Internet]. 2011 Mar-Apr [cited 2020 Jul 1];31(2):63-7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2011.00178.x>

Após uma década do início da implantação dos centros de especialidades odontológicas no Brasil, percebe-se uma melhora significativa no acesso e na atenção especializada em saúde bucal. Os serviços precisam ser melhor distribuídos regionalmente, além de avançar na eliminação de barreiras físicas e atitudinais para garantir a acessibilidade universal. Mesmo com políticas de incentivo financeiro, apenas um terço dos CEOs ofertam 40 horas semanais de atendimento clínico para PNE. Percebe-se a necessidade de protocolos para referência e contrarreferência com foco na pessoa com deficiência, baseados em classificação de risco, priorizando o atendimento no CEO dos casos de maior complexidade, que não podem ser realizados nas unidades básicas de saúde, bem como a necessidade de garantir serviços hospitalares de referência para aqueles casos de impossibilidade de atendimento ambulatorial.

Contribuição dos autores

Condessa AM, Macarevich A e Hilgert JB contribuíram na concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados e redação da primeira versão do manuscrito. Lucena EHG, Figueiredo N e Goes PSA contribuíram na análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 jul 7 [citado 2020 jul 1]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012 abr 25 [citado 2020 jul 1]; Seção I:94. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.341, de 29 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012 jul 2 [citado 2020 jul 1]; Seção I:74. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html
9. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Viver sem limite: plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência [Internet]. Brasília: SDH-PR; SNPD; 2013 [citado 2020 jul 1]. 92 p. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/633.pdf>
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 ago [citado 2020 jul 1];15(5):2297-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 out 3 [citado 2020 jul 1]; Seção Suplemento:360. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
12. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 fev [citado 2020 jul 1];25(2):259-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>
13. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2013 out [citado 2020 jul 1];42(5):317-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1807-25772013000500001>
14. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P, (Org). Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade dos centros de especialidades odontológicas (AVE/PMAQ/CEO): resultados principais [Internet]. Recife: Editora UFPE; 2016 [citado 2020 jul 1]. 97 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELATÓRIO_1º+Ciclo++PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5
15. Goes PSA, Figueiredo N, Martelli P, Luvison IR, Werneck MAF, Ribeiro MAB, et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. Pesq Bras Odontoped Clín Integr [Internet]. 2018 May [cited 2020 Jul 1];18(1):e3433. Available from: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.60>
16. Pucca Jr GA, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. J Dent Res [Internet]. 2015 Oct [cited 2020 Jul 1];94(10):1333-7. Available from: <https://doi.org/10.1177/0022034515599979>
17. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde Debate [Internet]. 2009 jan-abr [citado 2020 jul 1];33(81):64-71. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20SAUDE%20BUCAL%20NO%20SISTEMA%20uNICO%20DE%20SAUDE
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012 abr 26 [citado 2020 jul 1]; Seção I:50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html
19. Ministério da Saúde [(BR). Secretaria Executiva. Datasus: informações de saúde, rede assistencial.

- [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2017 set]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
20. Martins KP, Costa TF, Medeiros TM, Fernandes MGM, França ISX, Costa KNFM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 out [citado 2017 dez 28];21(10):3153-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>
 21. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 fev [citado 2017 dez 28];14(1):39-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>
 22. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. *Br Dent J* [Internet]. 2008 Jun [cited 2020 Jul 1];204(11):605-16. Available from: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.457>
 23. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RC, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado 2020 jul 1];23(4):409-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040153>
 24. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ* [Internet]. 2012 Nov [cited 2020 Jul 1];16(4):195-201. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.032, de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2010 maio 5 [citado 2020 jul 1];Seção I:50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html
 26. Santos JS, Valle DA, Palmier AC, Amaral JHL, Abreu MHNG. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 fev [citado 2017 dez 28];20(2):515-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.06732014>
 27. Lucena CDRX, Lucena EHG, Sousa MF, Mendonça AVM. Análise dos atendimentos odontológicos em pessoas com necessidades especiais em modalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2012. *Tempus Actas Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2020 jul 1];7(2):173-82. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1352>
 28. Conselho Federal de Odontologia (BR). Resolução CFO n. 63, de 19 de abril de 2005. Aprova a consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2005 abr 19 [citado 2020 jul 1];Seção I:104. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>
 29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal: cadernos de atenção básica, 17 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2020 jul 1]. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
 30. Conselho Federal de Odontologia (BR). Resolução CFO n. 167, de 15 de dezembro de 2015. Normatiza o agendamento e o atendimento prioritário às pessoas portadoras de necessidades especiais ou mobilidade reduzida nas clínicas e consultórios odontológicos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2016 jan 7 [citado 2020 jul 1];Seção I:41. Disponível em: <http://www.cro-ce.org.br/upload/OE.CFO.76-2016.CIRCULAR.pdf>

Resumen

Objetivo: Describir los servicios de atención a la salud bucal para personas con discapacidad, atendidos por la especialidad Odontología para Pacientes con Necesidades Especiales (PNE). **Métodos:** Estudio transversal, con datos del Programa de Mejora del Acceso y Calidad de los Centros de Especialidades Odontológicas (PMAC-CEO), 2014. **Resultados:** Se evaluaron 932 servicios: 89,8% contaba con atención a los PNEs, 30,4% tenía accesibilidad física y 59,7% tenía referencia para atención hospitalaria. La mayoría garantiza tratamiento completo. Sólo 1/3 ofrecían 40hs semanales de atención PNE. **Conclusión:** La red de atención para personas con discapacidades se está formando, y a pesar de los incentivos financieros específicos, tiene limitaciones. Los servicios necesitan eliminar las barreras físicas y de actitud para garantizar la accesibilidad universal. Protocolos basados en clasificación de riesgo son necesarios, priorizando la atención en el CEO de los casos complejos, no atendidos en la atención básica y organizando la red de atención en salud bucal de la persona con discapacidad.

Palabras clave: Personas con Discapacidad; Atención Odontológica; Servicios de Salud; Evaluación en Salud; Estudios Transversales.

Abstract

Objective: To describe the oral health care services for people with disabilities treated within the Dentistry for Patients with Special Needs (PSN) specialty. **Methods:** This was a cross-sectional study with data from the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO) in 2014. **Results:** Of the total of 932 services evaluated, 89.8% did provide care for PSNs, 30.4% had physical accessibility, 59.7% provided referral to hospital care and most guaranteed complete treatment. Only a third of the Dental Specialty Centers planned 40 or more hours a week for providing clinical care to PSNs. **Conclusion:** The care network for people with disabilities is being formed but, even with specific financial incentives, it has limitations. Services need to eliminate physical and attitudinal barriers to ensure universal accessibility. Protocols based on risk classification are necessary, prioritizing care at DSCs for complex cases not attended to in Primary Care and organizing the dental health care network for people with disabilities.

Keywords: Disabled Persons; Dental Care; Health Services; Health Evaluation; Cross-Sectional Studies.

Recebido em 24/09/2018

Aprovado em 28/05/2020

Editora associada: Suele Manjourany Duro -  orcid.org/0000-0001-5730-0811