

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL)**

RAFAEL AMARAL OLIVEIRA

**PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA NOS CENTROS
ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa^(a). Dra^(a) Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

**CRICIÚMA
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

O48p Oliveira, Rafael Amaral.

Profissionais de odontologia nos centros especializados em reabilitação do Brasil / Rafael Amaral Oliveira. - 2019.

70 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2019.

Orientação: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt.

1. Centros Especializados em Reabilitação. 2. Assistência odontológica. 3. Pessoas com deficiência - Cuidados dentários. I. Título.

CDD. 22. ed. 617.601

RAFAEL AMARAL OLIVEIRA

**PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA NOS CENTROS
ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DO BRASIL**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Educação e Gestão do Trabalho na Saúde no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 07 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Lisiane Tuon Generoso Bittencourt - Doutora - UNESC -
Orientador

Prof. Marcos Aurélio Maeyama -Doutor - UNIVALI

Prof. Renan Antonio Ceretta - Doutor - UNESC

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo Vancouver e as citações pelo sistema de chamada número da ABNT.

Este trabalho foi realizado nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) do Brasil.

“[...] deficiente é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino [...]”

Mário Quintana

RESUMO

A mudança da lógica nos processos de trabalho e na assistência à saúde, centrada no usuário, deve-se à ruptura do paradigma cartesiano, onde o ser humano, antes dividido e estudado separadamente, visto apenas como um órgão doente, hoje é entendido dentro do seu contexto de vida. No que diz respeito à atenção odontológica dos pacientes com deficiência, o Ministério da Saúde coloca que o atendimento destes deve ser realizado na APS quando possível, ou então nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e ainda nos Centros Especializados em Reabilitação (CERS) de forma facultativa quando da atenção secundária. O ministério da Saúde não coloca o Cirurgião-Dentista como equipe mínima nos CERS, o que dificulta o atendimento a pessoa com deficiência. Objetivos: Este trabalho visou realizar um levantamento do número e distribuição dos profissionais de Odontologia nos Centros Especializados em Reabilitação do Brasil, além de realizar um levantamento do perfil, tipificação e as mantenedoras dos CERS no país. Métodos: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, transversal e prospectivo que foi desenvolvido nos CERS em todos os estados brasileiros incluindo o Distrito Federal, onde estão cadastrados os Centros Especializados em Reabilitação, através do CNES cadastrado pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Resultados: O total da amostragem do presente estudo é 201 CERS, destes 77 (38,3%) estão localizados no Nordeste e 71 (35,3%) no Sudeste, além disso 130 (64,7%) são CERS do tipo II, a maioria dos CERS do país tem como mantenedora os municípios. Quanto a distribuição de profissionais 100% tem Fisioterapeutas e Psicólogos, porém apenas 55 (27,4%) dos CERS do Brasil possui Cirurgião-Dentista, destes dentistas, 29 estão inseridos em Centros de Reabilitação de tipo II e 24 (43,6%) dos dentistas trabalhadores em CER estão localizados na região Sudeste do país. Consideração finais: É inegável que houve crescentes investimentos em saúde da pessoa com deficiência no país, advindos do Programa Viver Sem limites e de diferentes políticas públicas que protagonizam a pessoa com deficiência, mas os estudos ainda são superficiais e insuficientes para avaliar, em âmbito nacional e até mesmo regional, se os objetivos dessas políticas estão sendo atingidos pelos serviços dos diferentes níveis. Apesar do novo cenário, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal da pessoa com deficiência, o CEO ainda se mostra ineficiente em seu objetivo e ainda

são poucos os CERs do Brasil que incluem o profissional de Odontologia em sua equipe. O Centro Especializado em Reabilitação se configura por ser um local de acolhida e atendimento multidisciplinar, onde diversos profissionais atuam para que este paciente que chega, saia articulado para um cuidado integral de toda a rede e a presença do profissional de Odontologia nestes centros é de fundamental importância para que a integralidade da assistência ao ser humano seja efetivada.

Palavras-chave: CER. Pessoa com Deficiência. Odontologia

ABSTRACT

Introduction: The user-centered change in the logic of work processes and health care is due to the rupture of the Cartesian paradigm, where the human being, previously divided and studied separately, seen only as a diseased organ, is now understood. within your life context. Regarding the dental care of patients with disabilities, the Ministry of Health states that their care should be provided at PHC when possible, or at the Dental Specialist Centers (CEOs) and at the Specialized Rehabilitation Centers (CERS) of optionally in secondary care. The Ministry of Health does not place the Surgeon-Dentist as the minimum team in RECs, which makes it difficult to care for people with disabilities. **Objectives:** This study aimed to conduct a survey of the number and distribution of dental professionals in the Specialized Rehabilitation Centers in Brazil, as well as to conduct a survey of the profile, typification and the maintainers of the RECs in the country. **Methods:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional and prospective study that was developed in RECs in all Brazilian states including the Federal District, where the Specialized Rehabilitation Centers are registered, virtually, through the CNES registered by platform of the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS). **Results:** The total sample of the present study is 201 CERS, of these 77 (38.3%) are located in the Northeast and 71 (35.3%) in the Southeast, besides 130 (64.7%) are Type II CERS. , most of the country's RECs are maintained by the municipalities. Regarding the distribution of professionals, 100% have Physiotherapists and Psychologists, but only 55 (27.4%) of the CERS in Brazil have a Dental Surgeon. Of these dentists, 29 are in Type II Rehabilitation Centers and 24 (43.6%).) of the CER dentist workers are located in the Southeast region of the country. **Final Consideration:** It is undeniable that there have been growing investments in the health of people with disabilities in the country, coming from the Living Without Limits Program and different public policies that play the role of people with disabilities, but the studies are still superficial and insufficient to evaluate, nationwide. and even regionally, if the objectives of these policies are being met by services at different levels. Despite the new scenario, changes are incipient in the oral health work of people with disabilities, the CEO is still inefficient in his goal and there are still few CERS in Brazil that include the dental professional in his team. The Specialized Center for Rehabilitation is configured as a place of acceptance and

multidisciplinary care, where several professionals work so that this patient who arrives, comes out articulated for an integral care of the entire network and the presence of the dental professional in these centers is of fundamental importance. importance for the integrality of human assistance to be realized.

Keywords: CER. Person with disabilities. Dentistry

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01 – Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 02 – Fluxo de Referência e Contra Referência da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência RCPD **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 03 – Metas de 2011-2014 para Atenção a Saúde **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 04 – Organização da Rede da Pessoa com Deficiência..... **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 05 – Quantidade de Centros Especializados em Reabilitação disponibilizados por macrorregião **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Quantidade de Centros Especializados em Reabilitação tipo II, III e IV disponíveis a nível nacional...**Erro! Indicador não definido.**

Tabela 02 – Tipos de mantenedoras**Erro! Indicador não definido.**

Tabela 03 – Quantidade de profissionais disponíveis nos Centros Especializados em Reabilitação a nível nacional**Erro! Indicador não definido.**

Tabela 04 – Quantidade de Dentistas nos Centros Especializados em Reabilitação tipo II, III e IV disponíveis a nível nacional.....**Erro! Indicador não definido.**

Tabela 05 – Quantidade de Dentistas disponíveis por macrorregião nos Centros Especializados em Reabilitação .**Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica
APAE Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APS Atenção Primária em Saúde
CEO Centro de Especialidades Odontológicas
CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CER Centro Especializado em Reabilitação
CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS Conselho Nacional de Saúde
Conade Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiências
DI Deficiência Intelectual
DNCT Doenças crônicas não-transmissíveis
EqAB Equipe de Atenção Básica
EqSF Equipe de Saúde da Família
ESB Equipe de Saúde Bucal
ESF Estratégia Saúde da Família
FNS Fundação Nacional de Saúde
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS Ministério da Saúde
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS Organização Mundial de Saúde
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde
PcD Pessoa com Deficiência
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNH Política Nacional de Humanização
PPGSCol Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PRR Programa de Reabilitação
PSF Programa Saúde da Família
PTS Projeto Terapêutico Singular
RAS Redes de Atenção à Saúde
RCPD Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RCR Referência e Contrarreferência
SESP Serviço Especial de Saúde Pública
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD Tratamento Fora do Domicílio
UBS Unidade Básica de Saúde
UNESC Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)	28
1.2 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)	30
1.3 ODONTOLOGIA	34
1.4 ODONTOLOGIA E A DEFICIÊNCIA	38
2 OBJETIVOS	42
2.1 OBJETIVO GERAL	42
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
3 MÉTODOS	43
3.1 Variáveis.....	43
3.2 Local do estudo	43
3.3 População em estudo	44
3.3.1 Critério de inclusão	44
3.3.2 Critério de exclusão.....	44
3.4 Amostra	44
3.5 Análise estatística	45
3.8 Procedimentos e logística.....	45
3.9 INSTRUMENTO DE COLETA	46
4 RESULTADOS	47
4.1 Perfil e distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação ..	47
<i>Fonte: Imagem disponível online em Estados e Capitais do Brasil -</i> <i>https://www.estadosecapitaisdobrasil.com/regioes-do-brasil/</i>	<i>48</i>
4.2 TIPOS DE CER (II, III E IV) E SUAS SUBDIVISÕES	48
5 DISCUSSÃO	52

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 criou o Sistema Único de Saúde e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A saúde passou a ser um direito de todos e dever do estado, definido pelo Art. 196 da CF. Foram estabelecidos como seus princípios doutrinários, a universalidade, equidade e integralidade. O Sistema foi organizado de maneira descentralizada, hierarquizada pelas três esferas de governo, voltado para o atendimento integral e envolvendo a participação popular, como instituído pelo Art. 198 da CF¹.

Com base nas políticas e modelos de saúde vigentes, o MS, por meio do Decreto n. 7612, de 17 de novembro de 2011 instituiu as RAS's². A busca pela integralidade do cuidado e pela qualidade na atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) são os objetivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária (AP) é a ordenadora e coordenadora da rede, ou seja, ela é a porta pela qual o cidadão entra no Sistema e tem seus problemas mais comuns solucionados³.

A mudança da lógica nos processos de trabalho e na assistência à saúde, centrada no usuário, deve-se à ruptura do paradigma cartesiano, onde o ser humano, antes dividido e estudado separadamente, visto apenas como um órgão doente, hoje é entendido dentro do seu contexto de vida⁴.

A lógica das RAS encontra-se fortemente alicerçada na interação entre três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e no modelo assistencial de saúde vigente. Prevê, dentre

suas diretrizes principais, a inclusão social das pessoas com deficiências e incapacidades, articulando, assim, vários setores da sociedade, a fim de (des) estigmatizar essa parcela da população, garantindo-lhe acesso igualitário⁵.

Por muito tempo a Odontologia trabalhou de maneira fragmentada, individualizada e distanciada do que almeja a RAS. O rompimento desse isolamento se deu em função das ações regionalizadas que promoveu a união e integração da Odontologia à rede⁶. Assim ela se inseriu nos diferentes níveis de atenção à saúde, e contribuiu com a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), assunto este, pouco abordado pela literatura vigente⁷.

A atuação do cirurgião-dentista em equipe interdisciplinar, em nível central, se volta para o planejamento de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações da saúde da coletividade. Os profissionais de Odontologia têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis e de auxiliarem as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade⁸.

Os serviços de saúde podem ser um componente importante na melhora das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal⁹.

É necessário que o cirurgião-dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos cuja eficácia

tenha sustentação científica e assegurando que esses sejam implementados com o mais alto padrão possível. Além disso, deve participar do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal¹⁰.

A prevenção das doenças bucais nos indivíduos com deficiência deve ser realizada por programas de educação e prevenção que tenham um apoio mútuo entre profissional, familiares e cuidadores. A assistência odontológica dedicada aos pacientes com deficiência não visa apenas o emprego das técnicas odontológicas. É essencial que aconteça uma boa interação multiprofissional e familiar que proporcione o cuidado integral¹¹.

Alguns obstáculos dificultam a estabilização e afetam diretamente o desenvolvimento e o fortalecimento das redes, onde se destaca o pouco financiamento público, a complexidade de integração entre os serviços à APS, a regulação pública e a gestão propriamente dita¹².

Dentro da Odontologia, pacientes com deficiência são considerados Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) indivíduos que possuem alguma alteração ou condição, temporária ou definitiva, simples ou complexa, de origem física, mental, biológica, social ou de comportamento, as quais necessitam de uma abordagem diferenciada, seguindo um protocolo exclusivo para o seu atendimento¹³.

Conforme relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial apresenta algum tipo de

deficiência, congênita ou adquirida. No Brasil, segundo dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE cerca de 23,6% da população brasileira possuía algum tipo de deficiência declarada¹⁴.

Em razão de suas inúmeras limitações, sejam elas físicas, intelectuais, mentais e/ou sociais, PNE tendem a apresentar, além do comprometimento sistêmico, agravos bucais mais severos. Dessa forma, a necessidade de uma atenção odontológica especial, com os cuidados específicos de acordo com cada indivíduo torna-se extremamente importante, intervenções estas em consonância com os demais profissionais da equipe multidisciplinar, atendendo o indivíduo integralmente¹⁵.

As transformações sociais ocorridas nos últimos anos, evidenciam a responsabilidade da Odontologia no processo de inclusão da pessoa com deficiência. No entanto, a Odontologia ainda apresenta uma carência de profissionais que se disponham a cuidar dessa parcela da população. Isso acontece muitas vezes devido ao despreparo dos profissionais por fatores de formação e interesse, mas também devido a baixa inserção de profissionais Dentistas com adequada formação nos serviços da Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência¹⁶.

No que diz respeito à atenção odontológica dos pacientes com deficiência, o Ministério da Saúde coloca que o atendimento destes deve ser realizado na APS quando possível, ou então nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) quando da atenção secundária, porém a portaria nº n 1.464, de 24 de junho de 2011 não torna obrigatória esta especialidade nos CEOs, apenas colabora com bônus

financeiro para que o atendimento a estes pacientes ocorra. O ministério da Saúde também não coloca o Cirurgião-Dentista como equipe mínima nos CERs, o que dificulta ainda mais o atendimento desta parcela da população¹⁷.

Alicerçados em conceitos como integralidade, inclusão, assistência usuário-centrada e redes de atenção à saúde, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), uma das redes de atenção à saúde instituídas pelo MS prevê entre suas diretrizes a contínua interlocução entre a APS e os serviços especializados, com vistas a garantir a implementação de ações de natureza intersetorial para os usuários do SUS, tendo como base um território adscrito e a garantia de acesso aos serviços dos quais necessitem¹⁸.

Entretanto, percebe-se que embora decorridos praticamente oito anos dos primeiros movimentos para a mudança da lógica da assistência prestada aos usuários do SUS, algumas de suas diretrizes e objetivos ainda mostram-se enfraquecidos ou até mesmo inexistentes e que os pacientes que são assistidos em centros especializados de reabilitação encontram dificuldade de receberem atendimento integral, onde se inclui a Odontologia, uma vez que a grande maioria destes Centros, não possui o profissional de Odontologia e nem todos os Centros de Especialidades Odontológicas possuem profissional para atendimento especializado da Pessoa com Deficiência, dificultando a continuidade da assistência prestada e impossibilitando que seja dado prosseguimento ao tratamento inicialmente proposto e necessário para seu processo de reabilitação/recuperação¹⁹.

Partindo-se dessa premissa, pergunta-se: “qual a distribuição dos CERs e o quantitativo de profissionais de Odontologia nestes Centros Especializados em Reabilitação do Brasil?”

1.1 REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

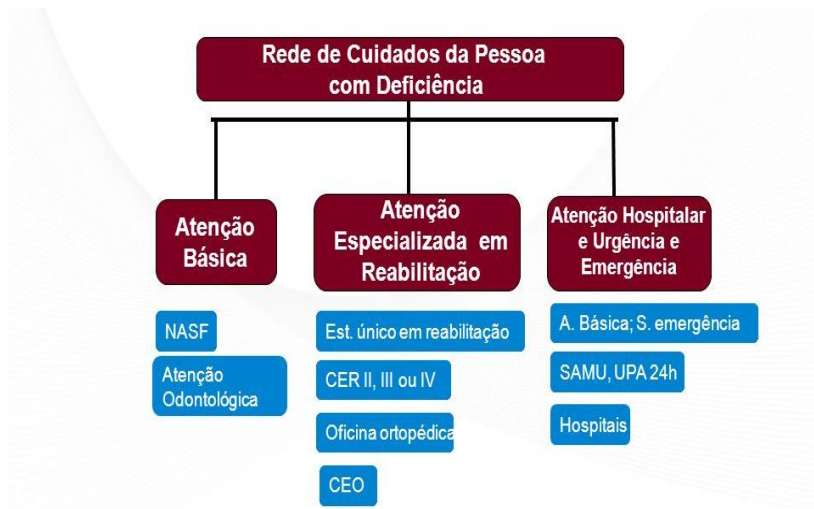
A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída, por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, com a finalidade de expandir o acesso, qualificar o atendimento em saúde, promover a vinculação das PcD e suas famílias aos pontos de atenção à saúde e assegurar a articulação e a integração desses pontos nos territórios. Historicamente, iniciativas voltadas para esse público vão ao encontro dos princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, resultando em uma atenção fragmentada e pouco eficaz¹⁸.

Dentre as RAS estabelecidas pelo MS, a RCPD, estrutura e articula seus trabalhos sobre quatro grandes eixos: Eixo 1. Acesso à Educação, Eixo 2. Atenção à Saúde, Eixo 3. Inclusão Social e, Eixo 4. Acessibilidade¹⁸.

No ano de 2011 o MS institui por meio do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011 o Viver sem Limites: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgado pela Lei nº 12.470 de 31 de agosto de 2011. Seu principal objetivo é a implementação de novas iniciativas e a intensificação de ações transversais e intersetoriais em benefício das pessoas que apresentem alguma deficiência. O Viver

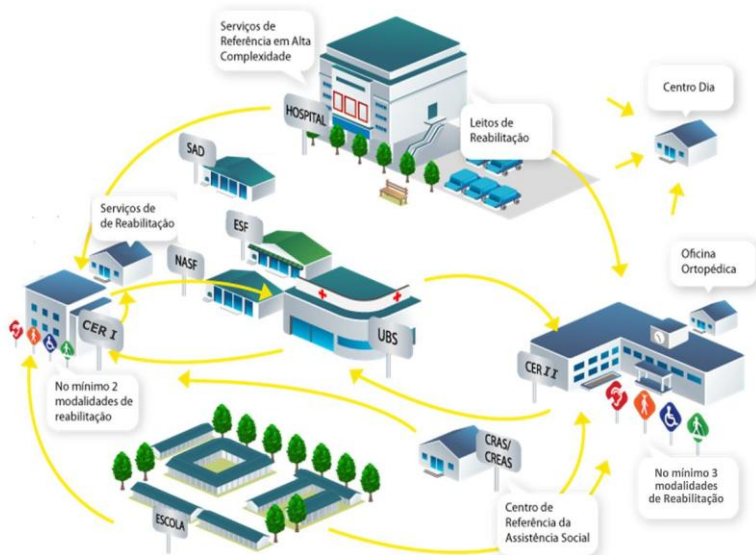
sem Limites articula ações de 15 Ministérios e do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiências (Conade)²⁰.

Figura 01 – Componentes da RCPD



Fonte: Portaria MS/GM nº 793/2012

Figura 02 – Fluxo de Referência e Contra referência da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência - RCPD



Fonte: Rede Humaniza SUS, 2012

1.2 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)

O Governo Federal, por meio do Viver sem Limites, criou em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para implantação, qualificação e monitoramento das ações de reabilitação nos estados e municípios. A nova política induz a articulação entre os serviços, garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação²⁰.

Até 2014, foram planejadas diversas ações, ter as quais se destacam: qualificação das equipes de atenção básica; criação de CER; oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; e qualificação da atenção odontológica²⁰.

Metas 2011-2014			
ATENÇÃO À SAÚDE	Identificação e intervenção precoce de deficiências	Estados com a fase IV da triagem neonatal implantada	27
		Maternidades equipadas para triagem auditiva neonatal	175
		Sistema Nacional de Informação em Triagem neonatal implantado	1
	Diretrizes Terapêuticas	Diretrizes terapêuticas publicadas	10
	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	Centros Especializados em Reabilitação em funcionamento	45
		Veículos acessíveis adquiridos	88
	Oficinas Ortopédicas	Oficinas ortopédicas fixas implantadas	6
		Oficinas ortopédicas itinerantes terrestres implantadas	7
		Oficinas ortopédicas itinerantes fluviais implantadas	6
		Oficinas ortopédicas qualificadas	60
		Protesistas e ortesistas capacitados	660
	Atenção Odontológica	Centros de Especialidades Odontológicas - CEO qualificados	420
		Centros cirúrgicos equipados	27
Equipes de saúde bucal capacitadas		6.000	

Figura 03 – Metas 2011-2014 (Atenção a saúde)

Fonte: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2013

A habilitação e reabilitação visam a melhorar as funcionalidades das pessoas com deficiência para promover sua autonomia e independência. O Viver Sem Limites iniciou a implantação de 45 novos CER para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados. O plano realiza ações de qualificação dos serviços existentes que, juntamente com outros pontos de atenção da Rede SUS de urgência e emergência, atenção básica e hospitalar, compõe a Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência²⁰.

Para facilitar o acesso das pessoas com deficiência aos CER, o Viver sem Limite estabeleceu metas de aquisição de 88 veículos para pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. Para o cumprimento dessa meta, o Ministério da Saúde estabeleceu um cronograma de entrega de 44 veículos em 2013²¹.

O Viver Sem Limites destaca um conjunto de ações na atenção odontológica às pessoas com deficiência, entre as quais: capacitação de 6 mil pessoas de atenção básica, qualificação de 420 CEO e criação de 27 centros cirúrgicos²¹.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado com a união das modalidades física/ostomia, intelectual, visual e auditiva, da seguinte forma²²:

1. CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados – CER II;
2. CER composto por três serviços de reabilitação habilitados – CER III;
3. CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados – CER IV;

O atendimento no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através do Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família²³.

O CER poderá constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser polo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente²³.

O CER, enquanto componente da RCPD, contempla a população dos municípios integrantes das regiões de saúde onde foi acordado o respectivo atendimento, sendo que cada unidade da federação tem seus critérios e acordos próprios, prestando atendimento aos usuários do SUS que apresentem algum tipo de deficiência, sendo de natureza física, intelectual, visual, auditiva ou até mesmo mais de uma dessas deficiências, a fim de satisfazer suas necessidades de saúde e respeitando o tipo de CER e o modelo de reabilitação contratualizado²⁴.

Baseados no conceito de que as deficiências são consideradas como sendo desvios e/ou problemas, permanentes ou temporários, das funções, bem como, ainda nas estruturas do corpo, o Centro Especializado em Reabilitação (CER), enquanto parte da Rede

de Atenção à Pessoa com Deficiência, utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como modelo de atendimento multi e interdisciplinar, e, ainda, enquanto instrumento para avaliação do usuário que chega à procura de atendimento, entendendo que sua incapacidade é resultado da interação deste com o meio ambiente, o que ocasiona trocas de naturezas bastante distintas, experienciadas pelos indivíduos, sempre relacionadas às atividades humanas²³.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), por sua vez, é entendido como “[...] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas”²⁴.

1.3 ODONTOLOGIA

A Constituição Federal (CF) de 1988 criou o Sistema Único de Saúde e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A saúde passou a ser um direito de todos e dever do estado, definido pelo Art. 196 da CF. Foram estabelecidos como seus princípios doutrinários, a universalidade, equidade e integralidade. O Sistema foi organizado de maneira descentralizada, hierarquizada pelas três esferas de governo, voltado para o atendimento integral e envolvendo a participação popular, como instituído pelo Art. 198 da CF¹.

A PNAB instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de

outubro de 2011, é caracterizada como resultado da consolidação do SUS, devido aos movimentos populares, com a participação de usuários, trabalhadores e também gestores nas diferentes esferas de governo²⁵.

A Atenção Básica (AB) é caracterizada como a porta de entrada dos usuários no serviço, atuando também como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁷.

As redes regionalizadas servem para integrar os diferentes níveis de atenção, com missão única e objetivos em comum. Destaca-se a Atenção Primária que além de ser ordenadora da rede, possui responsabilidade fundamental devido a sua localização e facilidade de contato com os usuários, ela consegue estabelecer as prioridades e definir as necessidades, desde o cadastramento das famílias, classificação dos riscos e identificação das prioridades que envolvem a população correspondente²⁶.

A Atenção Primária é fundamental devido a sua capacidade de resolutividade e aproximação com o usuário, sendo que 85% dos problemas em saúde poderiam ser resolvidos pela Atenção Básica, assim como a sua capacidade de prestar informação aos outros serviços da rede, estabelecimento de vínculo com a população e também orientação do fluxo e contra fluxo das pessoas no serviço²⁷.

O nível secundário é caracterizado pelos atendimentos prestados nos ambulatorios que fornecem serviços especializados, sendo hospitais de comunidade ou regionais, cujos usuários foram encaminhados a esses serviços pela Atenção Básica e devem retornar a mesma para a continuidade do cuidado²⁸.

O nível terciário é aquele que tem maior capacidade tecnológica, atende uma demanda pequena, mas o consumo dos recursos financeiros é maior. Caracterizam-se pelos atendimentos prestados em hospitais gerais ou centros médicos complexos que requeiram o cuidado voltado ao alto grau de especialização e/ou tratamentos mais sofisticados³.

Por muito tempo o acesso da população aos serviços odontológicos era difícil e limitado, o paciente geralmente procurava estes serviços em casos agudos, e os atendimentos eram voltados para cura. Com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, passou-se a dar ênfase as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, essenciais para manter a saúde das pessoas, assim como a qualidade de vida, além de ampliar o acesso aos tratamentos odontológicos gratuitos através do Sistema Único de Saúde²⁹.

A Política Nacional de Saúde Bucal, também denominado Programa Brasil Sorridente, foi criada no ano de 2004, e é um documento de extrema importância que norteia para a mudança da Odontologia pública do país. O programa fez com que o Brasil avançasse em diversos aspectos. Na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ressalta que sejam pensadas as linhas de cuidado (com demandas preferenciais para crianças, adolescente, adulto, idoso e outros), com a criação de fluxos resolutivos pela ESB, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar³⁰.

Com a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF foi possível ampliar o acesso à Odontologia e a saúde bucal, reorganizou

o modelo assistencial e facilitou as ações em equipe, considerando que não existe fragmentação da saúde bucal com a saúde geral³⁰.

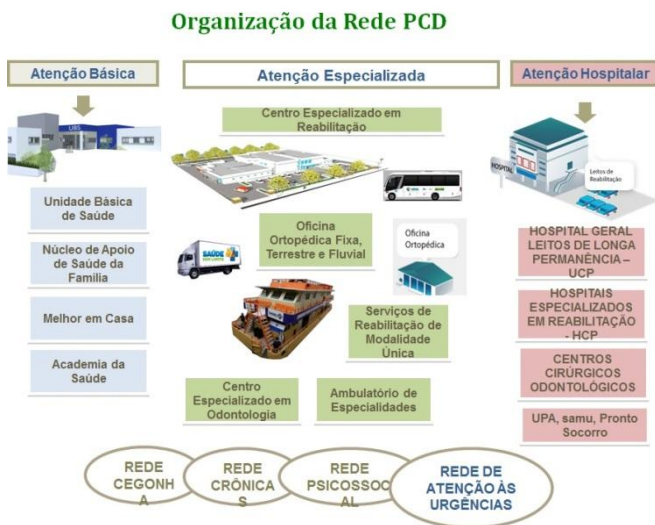
Com o passar dos anos, e a inserção cada vez maior dos serviços odontológicos dentro do SUS, percebeu-se a necessidade da população por serviços especializados, com maior complexidade, serviços estes que não são ofertados no serviço primário e que por muitos anos era ofertado apenas pela iniciativa privada. A partir disto os municípios começaram a implantar a atenção secundária e terciária no serviço odontológico³¹.

A atenção secundária em saúde consiste no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e também os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) que ofertam a população serviços de média complexidade. O LRPD pode ser instalado em qualquer município independentemente do número populacional. Nele são confeccionadas próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas, e o governo federal realiza um repasse mensal dependendo da produção³⁰.

No caso do CEO são efetuados procedimentos que exigem especialidade, por lei, o mínimo exigido é que seja realizado diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico do câncer de boca, endodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, periodontia especializada, atendimentos aos portadores de alguma necessidade especial. O CEO pode ser tipo I (com três cadeiras odontológicas), tipo II (de quatro a seis cadeiras odontológicas) e tipo III (acima de sete cadeiras odontológicas), sendo que cada tipo recebe um determinado valor de incentivo de custeio mensal³².

A atenção terciária se faz pelos procedimentos de alta complexidade realizada em ambiente hospitalar, o ministério da saúde institui prioridades como é o caso dos pacientes oncológicos, os pacientes especiais e/ou com deficiência. Atualmente ainda se encontram muitas limitações frente a oferta de serviços e fluxos voltados a atenção terciária³³.

Figura 04 – Organização da Rede PCD



1.4 ODONTOLOGIA E A DEFICIÊNCIA

De acordo com a OMS (Organização mundial da saúde) e a ONU (Organização das ações unidas) o termo PCD é o mais adequado e refere-se a pessoas que têm impedimentos a longo prazo, de natureza física, intelectual (mental), ou sensorial (visão e audição)³⁴.

O termo já transitou por nomenclaturas como Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD) e Pessoas com Necessidades Especiais (PNE), sendo que ambas expressões são restritivas e excludentes; no entanto o termo PNE ainda é utilizado na odontologia³⁴.

Em razão das suas dificuldades e do comprometimento sistêmico, as PCD apresentam agravos bucais mais severos e altos índices de CPO-D, visto que na maioria dos casos a higiene oral é colocada em segundo plano. As péssimas condições de saúde bucal, somadas à dificuldade relatada em realizar o acompanhamento odontológico desses indivíduos, mostram uma situação lamentável, necessitando da implementação de mais políticas públicas preventivas e curativas que sejam contínuas e simultâneas voltadas para essa classe³⁴.

A maioria dos pacientes com deficiência pode e deve ter o seu atendimento odontológico realizado na atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nas Estratégias Saúde da Família (ESF). Ao constatar a impossibilidade da prestação de atendimento, seja ela por limitações estruturais, de acessibilidade ou complexidade, o paciente será encaminhado para o serviço de referência que conta da Rede de Atenção a Saúde da região em questão. Quanto ao atendimento odontológico de média complexidade são estabelecidas: a portaria número 599/GM de 23 de março de 2006, define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e a portaria MS/GM nº 793 de 24 de abril de 2013 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e nela consta o Centro Especializado em Reabilitação, ambos os serviços estabelecem o atendimento odontológico as pessoas

com deficiência, sendo que no CER a presença do Cirurgião-Dentista não faz parte da equipe mínima¹⁴.

Através do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites. Dentre as ações previstas no Plano Viver sem Limite, destacam-se: qualificação das equipes de atenção básica; atendimento a pessoa com deficiência nos CEOs, criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes; criação de oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, vinculados aos serviços de reabilitação física do Sistema Único de Saúde (SUS); qualificação da atenção odontológica tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica. Assim, a intenção do Governo Federal é que, como todo cidadão, as pessoas com deficiência procurem os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência à saúde e sejam adequadamente assistidas²⁰.

O Diário Oficial da União publicou em 7 de janeiro a Resolução nº 167, de 15 de dezembro de 2015, do Conselho Federal de Odontologia, determinando que os Conselhos Regionais orientem os profissionais sob sua jurisdição a cumprirem as regras estabelecidas pela Lei Federal 13.146/2015 para atendimento prioritário à pessoa com deficiência. Em seu Art. 2º define que nas clínicas e nos consultórios odontológicos, tanto no âmbito privado como no público, deverá ser priorizado o agendamento às pessoas com necessidades especiais ou que tiverem sua mobilidade reduzida. O atendimento preferencial e obrigatório constitui-se na atenção imediata em todos os níveis de

serviço de saúde, sendo importante que o profissional priorize o agendamento e atendimento desses pacientes em relação aos demais que não possuem deficiência ou mobilidade reduzida³⁵.

O atendimento odontológico das PCD é realizado nos CEOS, visto que o cirurgião dentista não integra a equipe mínima do CER. Tal realidade se mostra contraditória sabendo-se que cabe ao CER realizar atendimentos de forma articulada com os demais pontos de atenção à saúde constituindo-se em referência no território, envolvendo a equipe, o usuário e sua família no projeto terapêutico³⁶.

É fundamental mudar essa realidade, visto que o cirurgião dentista possui formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado na ética, no processo de saúde-doença e nos diferentes níveis de atenção, inclusive com PCD³⁴.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Realizar o levantamento do número e distribuição dos profissionais de Odontologia nos Centros Especializados em Reabilitação do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Perfil e distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação no Brasil por macrorregião, estado e município;
- Quantificar os tipos de CER (II, III e IV) e suas subdivisões disponíveis no Brasil;
- Quantificar quanto às mantenedoras dos CERS e suas porcentagens relativas;
- Quantificar a distribuição de profissionais dos CERS;
- Quantificar o número de profissionais de Odontologia nos Centros Especializados em Reabilitação do Brasil por macrorregião e quantificar quantos profissionais de Odontologia estão disponíveis no CER II, CER III e CER IV e suas respectivas subdivisões.

3 MÉTODOS

O presente estudo foi um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e transversal.

3.1 Variáveis

3.1.1 Dependentes

Estrutura organizacional e operacional dos Centros Especializados em Reabilitação do Brasil quanto ao serviço de Odontologia.

3.1.2 Independentes

Perfil geral dos Centros Especializados em Reabilitação do Brasil, levando em consideração aspectos como: região, estado, modalidade, quantitativo de profissionais, formação dos profissionais, quantidade de profissionais de Odontologia e a mantenedora dos serviços.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em todos os estados brasileiros incluindo o Distrito Federal, nos municípios onde estão cadastrados os Centros Especializados em Reabilitação de forma virtual, através do CNES cadastrado. No período compreendido entre 1º de agosto a 31 de setembro de 2019.

3.3 População em estudo

O estudo ocorreu com os CERs de todo o país através do rastreamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

3.3.1 Critério de inclusão

Os critérios de inclusão obedeceram a seguinte lógica:

- Centros Especializados em Reabilitação cadastrados no CNES;
- Centros Especializados em Reabilitação tipo II, III e IV;
- Que estão em território nacional

3.3.2 Critério de exclusão

Já os critérios de exclusão seguiram a seguinte lógica:

- Centros Especializados em Reabilitação que estavam em fase de implantação;
- Centros Especializados em Reabilitação que foram habilitados após junho de 2019.

3.4 Amostra

A amostra foi censitária constituída de 201 Centros Especializados em Reabilitação dos estados pertencentes ao Brasil, que atendem aos critérios de inclusão do presente estudo.

3.5 Análise estatística

Inicialmente foi criado o banco de dados utilizando-se o software Microsoft Excel 2013, onde foram formados elementos de visualização gráfica além de tabelas e posteriormente efetuada a análise dos dados obtidos.

Ao final das entrevistas o banco de dados foi exportado para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 2.0, para conseguinte análise estatística descritiva. Tal análise foi a partir do cálculo da frequência relativa e sua respectiva porcentagem.

3.8 Procedimentos e logística

A pesquisa teve início logo após a qualificação, sem a necessidade de submissão e avaliação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (CEP/UNESC), pois não se trata de um estudo realizado em seres humanos.

O projeto não tem a necessidade de obter a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNESC (CEP/UNESC), pois não existe o contato e o ato de pesquisar seres humanos. A pesquisa foi iniciada na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O terceiro momento do projeto caracterizou-se pela tabulação dos dados obtidos através da aplicação das entrevistas.

3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta dos dados da pesquisa, foi necessária a inclusão dos códigos 2208, 2209, 2210 e 2211 que correspondem ao número utilizado pelo Ministério da Saúde para filtrar os CERs no sistema de estabelecimentos de saúde. A partir do filtro por códigos tivemos acesso ao CNES individual de cada CER do Brasil, importando as informações para o Excel.

4 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com os 201 Centros Especializados em Reabilitação dos municípios pertencentes às regiões Brasileiras. Os CERs foram investigados quanto ao número de profissionais de Odontologia, perfil, distribuição, tipos de CER, mantenedoras e distribuição.

4.1 PERFIL E DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO

A figura apresenta a distribuição geográfica dos Centros Especializados em Reabilitação. A região do Nordeste é a que concentra o maior número destes estabelecimentos de saúde com 77 (38,3%), seguido do Sudeste com 71 (35,3%). A região Norte do país conta com 25 (12,4%) CERs, já as regiões com o menor quantitativo destes estabelecimentos é o Sul com 13 (6,5%) e o Centro-Oeste com apenas 15 (7,5%).

Figura 05: Quantidade de CER'S disponibilizados por macrorregião:



Macrorregião	n(%)
1-Centro Oeste	15(7,5)
2-Nordeste	77(38,3)
3-Norte	25(12,4)
4- Sudeste	71(35,3)
5- Sul	13(6,5)
Total	201

Fonte: Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total.

Fonte: Imagem disponível online em Estados e Capitais do Brasil - <https://www.estadosecapitaisdobrasil.com/regioes-do-brasil/>

4.2 TIPOS DE CER (II, III E IV) E SUAS SUBDIVISÕES

A tabela 01 quantifica com tipos de Centros de Reabilitação disponíveis a nível nacional, sendo que a grande maioria são CER tipo II 130 (64,7%) e em um menor número vem os CER tipo III 48 (23,9%) e CER tipo IV 23 (11,4%).

Tabela 01: Quantidade de CER II, III e IV disponíveis a nível nacional

CER	Sim n(%)	Não n(%)
CER II	130(64,7)	71(35,3)
CERIII	48(23,9)	153(76,1)
CER IV	23(11,4)	178(88,6)
Total	201(100)	

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. CER: Centro Especializado de Reabilitação.

4.3 MANTENEDORAS DOS CERS

Quanto as mantenedoras, a tabela mostra que os Centros Especializados em Reabilitação a nível nacional em sua maioria, estão alocados em locais mantidos por municípios 78 (52%), APAEs 44 (29,3%) e hospitais 12 (8%). A minoria destes estabelecimentos estão em Universidades 3 (2%) e Estados 11 (7,3%). O sistema de pesquisa não continha informações das mantenedoras de 51 CERS.

Tabela 02 : Tipos de mantenedoras

Mantenedora	n(%)
Universidade	3(2,0)
APAE	44(29,3)
Hospital/policlínica	12(8,0)
Município	78(52,0)
Estado	11(7,3)
Outros	2(1,3)
Total	150(100)*

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. *Houve 51 valores omissos no sistema.

4.4 DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS

A tabela 03 apresenta a distribuição dos profissionais em todos os 201 CERs do país, sendo que os profissionais que mais aparecem nos quadros é o Fisioterapeuta 201 (100%), Psicólogo 201 (100%), Médico 200 (99,5 %), Fonoaudiólogo 198 (98,5%) e Enfermeiro 196 (97,5%). Os profissionais que menos foram encontrados nestes estabelecimentos de saúde foram os Biomédicos 15 (7,5%), Farmacêuticos 36 (17,9%), Educadores Físicos 36 (17,9%) e Dentistas 55 (27,4%).

Tabela 03: Quantidade de profissionais disponíveis no CER a nível nacional.

Profissional	Sim n(%)	Não n(%)
Médico	200(99,5)	1(0,5)
Fisioterapeuta	201(100)	0(0)
Enfermeiro	196(97,5)	5(2,5)
Fonoaudióloga	198(98,5)	3(1,5)
Terapeuta Ocupacional	192(95,5)	9(4,5)
Dentista	55(27,4)	146(72,6)
Psicólogo	201(100)	0(0)
Assistente Social	163(81,1)	38(18,9)
Nutricionista	127(63,2)	74(36,8)
Farmacêutico	36(17,9)	165(82,1)
Educador Físico	36(17,9)	165(82,1)
Pedagogo	73(36,3)	128(63,7)
Biomédico	15(7,5)	186(92,5)
Outros	159(79,1)	42(20,9)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total.

4.5 ODONTOLOGIA NO CER

A tabela 03 apresenta o quantitativo de profissionais disponíveis nos 201 CERs avaliados. São 55 (27,4%) o número de profissionais de Odontologia atuando nos CERs de todo o Brasil, 146 (72,6%) destes estabelecimentos não contam com Cirurgiões-Dentistas em seus quadros regulares de profissionais.

A tabela 4 que apresenta a distribuição dos dentistas nos tipos de CER, o dado apresentado é que do total de 55 (100%) dentistas, 29 (52,8%) estão em centros do tipo II, 18 (32,7%) estão em centros de tipo II e apenas 8 (14,5%) estão em centros de tipo IV.

Tabela 04 : Quantidade de dentistas no CER II,III e IV disponíveis a nível nacional

CER	n(%)
CER II	29(52,8)
CERIII	18(32,7)
CER IV	8(14,5)
Total	55(100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. CER: Centro Especializado de Reabilitação.

A tabela 5 apresenta a quantidade de dentistas dos CERs nas macrorregiões do país, 24 (43,6%) deles estão no sudeste, 15 (27,3%) estão no Nordeste, 7 (12,5%) no Centro-Oeste, a menor parte dos dentistas estão em CERs do Norte 5 (9,1%) e Sul 4 (7,3%).

Tabela 05: Quantidade de dentistas disponíveis por macrorregião nos CERs

Macrorregião	n(%)
Centro Oeste	7(12,7)
Nordeste	15(27,3)
Norte	5(9,1)
Sudeste	24(43,6)
Sul	4(7,3)
Total	55(100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total.

5 DISCUSSÃO

Durante todo o longo caminho de existência do Sistema Único de saúde, tivemos avanços em vários momentos, porém mesmo com tantos avanços, continuamos vivenciando um cenário que se caracteriza por visível fragmentação de serviços e ações. A busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, especialmente, pelo caráter multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público usuário desse sistema. Desse modo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram descritas pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de reestruturação, especialmente, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência, além de uma comunicação, interlocução e conectividade entre os diferentes pontos de uma complexa rede. A Organização Necessária das RAS é uma condição sine qua non de sistemas públicos nacionais que se pretendam universais e equânimes como o SUS e, por isso, é fundamental para que o SUS possa oferecer uma atenção à saúde efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional⁶⁰.

Dentro da complexa teia que envolvem as RAS, temos a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência da qual pertence o Centro Especializado em Reabilitação. Através da Portaria nº 793 de 24 de abril

de 2012 fica estabelecido que o Centro Especializado em Reabilitação se caracteriza por ser ambulatorial especializado e responsável em realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistidas. Cabe ao CER realizar atendimentos de forma articulada com os demais pontos de atenção à saúde. Envolve a equipe, o usuário e sua família no projeto terapêutico e se constitui em referência para a rede de atenção à saúde no território, organizando-se da seguinte forma: CER II - composto por duas modalidades de reabilitação; CER III - composto por três modalidades de reabilitação e CER IV - composto por quatro modalidades de reabilitação (BRASIL, 2012). De acordo com nosso estudo, hoje 130(64,7%) são CER II, 48(23,9%) são CER III e 23(11,4%) são CER IV, tendo um total de 201 centros em todo o país³⁷.

O estudo de Trombetta, reforça que as políticas atuais de saúde propõem ações multiprofissionais orientadas pela clínica ampliada, na qual os profissionais atendem o usuário levando em consideração atitudes e sentimentos diferentes. Reforça-se a ideia de que o trabalho em equipe é fundamental na reabilitação com o objetivo de tornar o usuário o mais funcional possível³⁸. O estudo de Trombetta reforça nosso estudo, que coloca a diversidade de profissionais presentes nos Centros Especializados em Reabilitação, como fator para que o paciente obtenha uma reabilitação integral. Ou seja, um centro especializado em Reabilitação se dedica na recuperação das funções auditivas, visuais, intelectuais e motoras, visando proporcionar aos seus pacientes a reintegração social e sua independência. Seus atendimentos são apenas ambulatoriais, sem a intervenção cirúrgica, com serviços de

diagnósticos, tratamentos, adaptações, entre outros. A reabilitação das quatro modalidades de deficiência é necessária em casos de deficiências congênitas ou adquiridas por alguma doença ou processos pós-traumáticos³⁷.

O CER preconizado pela Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, pretende superar as dificuldades através de garantias de acesso e melhoria da qualidade dos serviços, organizados e regionalizados em rede de atenção à saúde. Oferecer cuidado integral sob a lógica de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar, com a articulação e a integração entre os pontos de atenção, e a oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Segundo a portaria nº793, de 24 de abril de 2012 os CER poderão ser implementados em Estabelecimentos de Saúde habilitados que constem no plano de Ação Regional pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR)¹⁴. Segundo nosso estudo hoje os CERs do país têm como mantenedoras os municípios 78(52,0%), APAEs 44(29,3%), Hospitais 12(8,0%), Estados 11(7,3%) e Universidades 3(2,0%).

Pautada nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), a equipe de profissionais do CER faz uso de dispositivos assistenciais que apresentam enquanto escopo as práticas de acolhimento usuário centradas e nas necessidades por estes apresentados e referidas, desde as necessidades clínico-biológicas, perpassando as epidemiológicas e as psicossociais. Dentre os dispositivos previstos na PNH, utilizados durante o processo de reabilitação dos pacientes nos Centros Especializados em Reabilitação, podemos citar o PTS; o acolhimento; a postura ética e de cuidado, abertura humana, empática e

respeitosa, com escuta qualificada; transversalidade no cuidado e saberes; protagonismo, autonomia e corresponsabilidade do sujeito/família durante o processo de reabilitação, estes dispositivos só se fazem eficazes com uma equipe multidisciplinar com prática interdisciplinar, ou seja, a possibilidade para que se atinjam os princípios da PNH perpassa por uma equipe diversa, fator determinante para a inclusão do Cirurgião-Dentista, sendo este profissional importante para a integralidade do atendimento^{39,40,41}.

No nosso estudo foi verificado que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas que trabalham em Centros Especializados em Reabilitação estão na região Sudeste 24(43,6%), se fizermos um comparativo com o estudo de Martin et al, que estudou o número de CD registrados no país, onde foram identificados 274 mil CD registrados no Brasil, concentrados principalmente na região Sudeste (55,7%), ou seja, nosso estudo colabora com este estudo, o que demonstra que a região com maior concentração de dentistas é também a região com maior cobertura odontológica em centros de reabilitação⁴².

Um fator que pode explicar diferenças na distribuição dos cirurgiões-dentistas nas regiões do Brasil é a quantidade de cursos de graduação e especialização em odontologia, em cada região. De acordo com Cascaes et al. o CFO tinha o registro de 220 cursos de graduação em odontologia no Brasil no ano de 2014, concentrando-se 43,6% (N=96) no Sudeste, 19,5% (N=43) no Nordeste, 18,2% (N=40) no Sul, 10% (N=22) no Norte e 8,6% (N=19) no Centro-Oeste, o que em partes se correlaciona com nosso estudo que coloca que a maior quantidade de

dentistas em CERs esta distribuída nas regiões Sudeste 24(43,6%) e Nordeste 15(27,3%)⁴³.

Em trabalho publicado por Cardoso et al. onde avaliaram que a má distribuição de profissionais tende a continuar, conforme apontado no estudo. Embora as políticas públicas de saúde bucal, a exemplo do Programa Brasil Sorridente e também o Viver sem Limites incentivem o deslocamento de profissionais para o interior visando melhorar o acesso aos serviços odontológicos, elas não garantem uma redistribuição significativa de seus serviços. É nos grandes centros onde estão localizados os polos formadores e a população de maior poder aquisitivo, razão porque muitos cirurgiões-dentistas permanecem nesses locais, procurando aliar a atuação no setor público com a atividade em consultórios ou clínicas privadas⁴⁴.

Segundo o relatório da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, a proporção de pessoas que consultaram dentista no último ano foi de 44,4%, sendo que as regiões Norte (34,4%) e Nordeste (37,5%) apresentaram as menores proporções desse indicador, enquanto as maiores foram verificadas nas regiões Sul (51,9%) e Sudeste (48,3%), onde a oferta de profissionais é maior, este estudo levou em consideração a população geral⁴⁵. A ausência de estudos que levem em consideração o acesso e a saúde bucal da pessoa com deficiência ainda é insipiente, o que demonstra a importância deste profissional em Centros Especializados em Reabilitação.

A nova perspectiva de atuação da odontologia segundo Aquilante traz o desafio de ter profissionais com visão ampliada e comprometida com o objeto de sua prática, capaz de contribuir para a

melhoria da saúde da população. Essa discussão reafirma a importância da continuidade de políticas públicas, serviços como o Centro Especializado em Reabilitação e programas em todas as esferas de governo, com vistas à ampliação e distribuição equitativa dos serviços e também a inclusão dos serviços odontológicos. A combinação entre oferta de serviços de saúde e qualidade de atenção poderá determinar os resultados futuros em termos de acesso e utilização, resolutividade e melhoria das condições de saúde bucal da população com deficiência⁴⁶.

Para Pires et al., a grande mudança que ocorreu no mercado odontológico brasileiro foi a inclusão - em 2004 - da política de saúde bucal (Brasil Sorridente) no Sistema Único de Saúde. A política incluiu o Cirurgião-Dentista nos diferentes níveis de atenção. Desde então, o número de CD que trabalham no serviço público aumentou aproximadamente 50% (cerca de 65.560 profissionais em 2010), tornando-o o maior empregador de dentistas. Estima-se que cerca de 24% dos CD no Brasil tenham algum vínculo com o SUS, em tempo parcial ou integral. Isso é reflexo das novas políticas públicas que expandiram a Saúde Bucal na atenção básica e na especializada, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O CEO oferece atendimento de média complexidade à população assistida pelo SUS. Dessa forma, profissionais especializados também encontraram seu espaço no SUS, no entanto, como vemos no nosso estudo, apenas 55 Centros Especializados em Reabilitação do Brasil contam com a atuação de Cirurgiões-Dentistas. Deve-se ressaltar ainda que o Brasil é um dos poucos países do mundo a oferecer serviços odontológicos gratuitos, não só para atenção básica, mas nos diferentes

tipos de atenção, essa abordagem também pode ser uma das razões para a melhoria da saúde bucal observada nos últimos anos na população brasileira^{47,48}.

Em estudo realizado na Paraíba, verificou-se que a maioria dos CEOs não conseguiu cumprir as metas estabelecidas pela Portaria MS/GM nº 600, que institui o financiamento e o monitoramento dos CEOs. Destacamos o ano de 2010, que exibiu os piores resultados – 63,2% dos CEOs apresentaram desempenho ruim. Este dado colabora com o nosso estudo que mostra que o CEO isoladamente ainda é ineficiente ao atendimento da especialidade de PNE, visto que a pessoa com deficiência deve ser tratada integralmente, algo que ocorre nos Centros Especializados em Reabilitação que segundo nosso estudo, contam com Médicos 200(99,5%), Fisioterapeutas 201(100%), Psicólogos 201(100%), Fonoaudiólogos 198(98,5%), Enfermeiros 196(97,5), Assistente Social 163(81,1%) e Terapeuta Ocupacional 192(95,5%) que segundo o Ministério da Saúde constituem equipe mínima e que segundo nosso estudo, os CERs do país ainda contam com Dentistas 55(27,4%), Nutricionistas 127(63,2%), Farmacêuticos 36(17,9%), Educadores Físicos 36(17,9%), Pedagogos 73(36,3%) e Biomédicos 15(7,5), garantindo assim o atendimento integral. Segundo o estudo de Figueiredo a interface ideal entre os serviços de AB e a secundária deve levar em consideração as seguintes características: equidade, integralidade e eficiência, para garantir acesso, referência e contra referência adequados^{49,50,51}.

Em estudo realizado na Bahia por Chaves et al, o desempenho dos CEOs investigados nos anos de 2007, 2008 e 2009

também foi muito insatisfatório, apresentando, respectivamente, 43,8%, 52,6% e 57,9% dos CEOs com desempenho ruim, além disto, os CEOs não cumpriram os padrões propostos pela Portaria nº 1.101/GM, de 2002 onde demonstraram baixa taxa de utilização dos serviços públicos odontológicos especializados, e também pela consulta aos especialistas, ou seja, a oferta disponível está, de fato, sendo subutilizada para um tipo de serviço essencial à garantia da integralidade da atenção à saúde bucal. Estudos de Cortellazzi et al. verificaram que, em relação ao cumprimento global das metas, a maioria dos CEOs – cerca de 69,25% – apresentou desempenho ruim/regular^{52,53}.

Desde a criação dos CEO, há uma expansão crescente em sua quantidade por todo o Brasil. Contudo, persiste um padrão de concentração nas regiões Nordeste e Sudeste. De fato, essas regiões são as mais populosas do Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, em 2013, há 890 CEOs no Brasil, sendo 352 no Nordeste, 317 no Sudeste, 105 no Sul, 63 no Centro-Oeste e 53 no Norte. Especificamente, a região Nordeste concentra tanto o maior número de CEO como de Equipes de Saúde da Família^{54,55}. A maior aglomeração de CEOs no Nordeste e Sudeste é convergente como número de CERs conforme nosso estudo que apresenta 77(38,3%) no Nordeste e 71(35,3%) no Sudeste. O Centro-Oeste é uma região igualmente desassistida tanto para CEOs como para CERs, onde para os centros de reabilitação apresenta apenas 15(7,5%).

Em um estudo realizado no Centro de Especialidades Odontológicas de Palhoça-SC⁵⁶, 26,4% dos pacientes atendidos na especialidade de PNE apresentavam defeitos congênitos entre eles a

Síndrome de Down foi a mais prevalente (7,2%), e 24,1% apresentavam desvios comportamentais. Defeitos físicos e doenças sistêmicas crônicas representaram 8,4% dos pacientes. O estudo realizado em Palhoça demonstra que o atendimento a pessoas com deficiência nos CEOs ainda é ineficiente e que o atendimento odontológico nos Centros de Reabilitação atende a toda a demanda de deficiências (auditiva, física, intelectual e visual) conforme nosso estudo apontou.

O Ministério da Saúde coloca o Centro de Especialidades Odontológicas e o Centro Especializado em Reabilitação como pontos da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, inclusive das providências de incentivo financeiro para cada um, sendo que estabelece incentivo especial para o CEO que adotar facultativamente o atendimento a esta população, o mesmo incentivo não é previsto aos Centros de Reabilitação que adotarem o serviço ⁵⁵. Nosso estudo demonstrou que 55 CERs do país incluem o atendimento Odontológico em seus serviços, sendo que quanto a presença de Dentistas, eles se dividem nos CER de porte II 29 (52,8%), III 18 (32,7%) e IV 8 (15,5%) nas diferentes regiões do país, sendo no Sudeste 24 (43,6%), Nordeste 15 (27,3%), Centro-Oeste 7 (12,7%), Norte 5 (9,1%) e Sul 4 (7,3%).

Quanto a saúde bucal de Pacientes com Deficiência Campos et al. encontraram um CPOD médio de 8,39 para os pacientes especiais institucionalizados e de 5,96 para os não institucionalizados, com relação às dificuldades relatadas para manter a saúde bucal dos portadores de necessidades especiais, os responsáveis destacaram o alto custo do tratamento (33,3%) e a falta/escassez de profissionais

capacitados para a realização do atendimento (33,3%) como os principais fatores, achados semelhantes aos de Marra, Miasato, que enfatizaram a necessidade de capacitação de profissionais para a assistência odontológica a esses pacientes e a construção de centros públicos habilitados, o que colabora com nosso estudo que mostra que apenas 55 Centros de Reabilitação, ou seja, apenas 27,4% dos Centros de Reabilitação contam com serviço Odontológico^{57,58}.

É inegável que houve crescentes investimentos em saúde da pessoa com deficiência no país, advindos do Programa Viver Sem limites e de diferentes políticas públicas que protagonizam a pessoa com deficiência, mas os estudos ainda são superficiais e insuficientes para avaliar, em âmbito nacional e até mesmo regional, se os objetivos dessas políticas estão sendo atingidos pelos serviços dos diferentes níveis. Apesar do novo cenário, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal da pessoa com deficiência, o CEO ainda se mostra ineficiente em seu objetivo e ainda são poucos os CERs do Brasil que incluem o profissional de Odontologia em sua equipe. É necessário que o Cirurgião-Dentista amplie sua visão, se insira nos espaços, em uma visão integral e interdisciplinar, é de suma importância que para uma reabilitação total dos pacientes atendidos nos CERs do Brasil, o Cirurgião-Dentista seja incluído na equipe mínima destes serviços⁵⁹.

6 CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento Odontológico é fator fundamental para o atendimento integral dos pacientes com deficiência. O pensamento de que o paciente é um ser complexo, não fragmentado deve imperar. O Centro Especializado em Reabilitação se configura por ser um local de acolhida e atendimento multidisciplinar, onde diversos profissionais atuam para que este paciente que chega, saia articulado para um cuidado integral de toda a rede e a presença do profissional de Odontologia nestes centros é de fundamental importância para que a integralidade da assistência ao ser humano seja efetivada.

Os profissionais de Odontologia ainda saem da formação acadêmicas, muitas vezes despreparados para atender esta parcela tão grande e importante da sociedade que são os deficientes, neste sentido, tornar obrigatória a disciplina de OPNE (Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais), com maior abrangência das deficiências (abordando os diversos tipos de pacientes, como os com alterações neurológicas, psíquicas, cardiopatas, coagulopatas, dentre outros), pode ser uma ferramenta que auxiliaria na formação integral e humanista do cirurgião-dentista egresso destas instituições. É imprescindível mudar essa realidade, visto que o perfil do profissional definido nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia é de

um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado na ética, no processo de saúde-doença e nos diferentes níveis de atenção, inclusive com PNE. Deve-se objetivar, assim, a integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania

Para que de fato a integralidade da assistência se efetive, a inserção do Cirurgião-Dentista nos Centros Especializados em Reabilitação, assim como nos Centros de Especialidades Odontológicas deve ser instituído como equipe mínima e não como é hoje, sendo facultativo ao gestor. Além da inserção na equipe mínima, incentivos financeiros devem ser pensados para a implantação destas equipes, com isso o atendimento a pessoa com deficiência poderá melhorar muito em todo o país, aumentando os índices relativos à esta população.

REFERÊNCIAS

1. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(2): 318-332, fev, 2014.
2. Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
3. Brasil. Portaria nº 2.479 de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2010. [Acessado 2019 mar 22]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_ja_n_portaria4279_301210.pdf>.
4. Barbosa , M.A . A fitoterapi a com o práctic a d e saúde : o cas o d o Hospita l d e Terapi a Ayurvédic a d e Goiânia . Ri o d e Janeiro . 1990 . Dissertaçã o (Mestrado) - Escol a d e Enfermage m An a Nery-Universidad e Federa l d o Ri o d e Janeiro .
5. Oliveira, N. R. de C. (Org.). Redes de atenção à saúde: a atenção organizada em redes. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2015. 42p.
6. Pires DA, Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4525-4534, 2014.
7. Mello ALSF, Andrade SR, Moyses SJ, Erdmann. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciênc. saúde coletiva 2014, vol.19, n.1, pp.205-214.
8. Sheiham A, Moyses SJ 2000. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde, pp. 23-36. In YP Buischi (org.). Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. Ed. Artes Médicas, São Paulo
9. Teixeira, EC. O papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade, 2002. Disponível em: www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf Acessado em 18 de ago. de 2019
10. Oliveira JLC; Saliba NA. Atenção Odontológica no Programa de saúde de Campos dos Goytacazes. Rio de Janeiro, 2005.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030 Acesso em: 05 de ago. 2019

11. Brito PC. Prevenção e motivação da saúde bucal de pacientes portadores de necessidades especiais. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. São Paulo, 2006.
12. Silva AI; Loccioni MFL; Orlandini RF; Rodrigues J. Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm. Curitiba*, v.21, n. 3, p. 01-08, jul./set. 2016.
13. Campos CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO, et al. Manual prático para o atendimento odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais. 2ed. Goiás: Universidade Federal de Goiás; 2009.
14. Brasil, Portaria nº 793 GM/MS de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Casa Civil, D.O.U. de 25 de abril de 2012, Imprensa Nacional - Nº 80 – Seção 1 - p.94.
15. Fukuoka CY, Michel-crossato E, Martins filho IE, Biazevic MGH, Zaitter WM. Accessibility to dental care for patients with special needs. *RSBO*. 2011; 8(3):277-81
16. Castro AM. et al. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol UNESP, Araraquara*. Maio/jun., 2010; 39(3): 137-142
17. Brasil, Decreto nº 1.464 de 24 de junho de 2011. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO), D.O.U. de 24 de junho de 2011, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html> Acesso em 18 de ago. de 2019
18. Dubow C; Garcia EL; Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p.455-467, abr/jun. 2018.
19. Jacomine JC et al. Saúde bucal e Pacientes com Necessidades Especiais: percepções de graduandos em Odontologia da FOB-USP. *Revista da Abeno*, [s.l.], v. 18, n. 2, p.45-54, 27 abr. 2018. Associação Brasileira de Ensino Odontológico ABENO.

20. Brasil, Decreto nº 7.612, de 18 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem, Casa Civil, D.O.U. de 18 de novembro de 2011, Imprensa Nacional Nº 221– Seção 1 - p.12.
21. Brasil, Portaria nº 793 GM/MS de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Casa Civil, D.O.U. de 25 de abril de 2012, Imprensa Nacional - Nº 80 – Seção 1 - p.94.
22. Brasil, Portaria 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. Publicado Diário Oficial da União - DOU de 26/04/12 p.50 – seção 1 nº 81, 2012.
23. Cadernos de Atenção Básica. Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2006
24. Castro SS; Castaneda L.; Araújo ES; Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Rev. Bras. de Epidemiologia, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 679-687, jul./set. 2016
25. Brasil, Decreto nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). D.O.U. de 21 de outubro de 2011, Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_2_1_10_2011.html> Acesso em 18 de ago. de 2019
26. Santos SSC; Hammerschmidt KSA. A complexidade e a religação dos saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago., 2012
27. Scherer CI, Sherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. Rev Saúde Pública 2015; 49:98.
28. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e

- os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. RFO, v. 12, n. 3, p. 18-23, setembro/dezembro 2007.
29. Sanglard-Oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2013; 18(8):2453-60.
 30. Braz FAF. A importância do Acolhimento aos usuários da Atenção Básica: uma assistência humanizada. [Monografia]. Pós-Graduação - Curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Campos Gerais (Minas Gerais): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
 31. Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. 1ª ed. São Paulo: Editora: Artes Médicas; 2012.
 32. Spata AV Métodos de pesquisa: ciências do comportamentos e diversidade humana. Trad. A. B. Pinheiro de Lemos. Rio de Janeiro: LTC, 2005 247 p.
 33. Santos SSC; Hammerschmidt KSA. A complexidade e a religação dos saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago., 2012
 34. Jacomine JC et al. Saúde bucal e Pacientes com Necessidades Especiais: percepções de graduandos em Odontologia da FOB-USP. *Revista da Abeno*, [s.l.], v. 18, n. 2, p.45-54, 27 abr. 2018. Associação Brasileira de Ensino Odontológico ABENO.
 35. Brasil, Resolução Normativa nº 167 de 09 de janeiro de 2007. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde D.O.U. de 09 de janeiro de 2007, Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-7-36-2007-01-09-167>> Acesso em 18 de ago. de 2019
 36. Pereira JS; Machado WCA. Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, [s.l.], v. 26, n. 3, p.373-381, 26 dez. 2015. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP.
 37. Santos RN, Istan LP. Centro Especializado em Reabilitação-CERIV. Unicruz 2017.
 38. Trombetta AP, Ramos FRS, Vargas MAO, Marques AMB. Experiências equipe reabilitação: trabalho como questão ética.

- Esc Anna Nery 2015;19(3):446-453
39. Diniz AM. Proyecto terapéutico singular em la atención de salud mental: tecnologías para el individuo en crisis. *Sanare*. 2017; 16(1): 07-14.
 40. Seminotti N. Construção de grupos na atenção básica à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2017; 27(1): 9-12.
 41. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Evaluation of the reference and counterreference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first external evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde Debate*. 2014; 38(specc.): 209-220.
 42. Martim AS; Chisini La et al. Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. *Revista da ABENO* • 18(1):63-73, 2018 - DOI: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.399>
 43. Cascaes et al. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 27(1):e201723615, 2018
 44. Cardoso AL, Vieira ALS, Machado MH. Mercado de Trabalho dos Odontólogos no Brasil. *Divulg Saúde Debate*. 2010 mai;45(5):71-9
 45. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2015 [citado 2019 ago 13]. 105 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
 46. Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2015 Jan;20(1):239-48.
 47. Pires A, Gruendemann J, Figueiredo G, Conde M, Corrêa M, Chisini L. Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com

- base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. RFO UPF. 2016;20(3):325-33.
48. Pucca GA, Jr., 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. 2015;94(10):1333-7.
 49. Freitas CHSM; Lemos GA; Pessoa TRRF; Araujo MF; Forte FDS. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 40, N. 108, P. 131-143, JAN-MAR 2016.
 50. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília-DF, p.16, 2004.
 51. Figueiredo N; Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os centros de especialidades odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009.
 52. Chaves SCL. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011.
 53. Cortellazzi KL. et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 978-988, 2014.
 54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010: População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 1872/2010. [acessado 2014 ago 3]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_4.pdf
 55. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Brasil sorridente: Ministério da Saúde aumenta recursos para a saúde bucal [Internet]. [acessado 2019 set 8]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5592/162/ministerio-da-saude-aumenta-recursospara-a-saude-bucal.html>
 56. Southier RC. Perfil dos pacientes com necessidades especiais

- atendidos no centro de especialidades odontológicas (ceo) do município de palhoça – sc. Riuni 2017
57. Campos JADB, Giro EMA, Orrico SRP, Oliveira APC, Lorena SM. Correlação entre a prevalência de cárie e a utilização de medicamentos em pacientes com necessidades especiais institucionalizados e não institucionalizados. *Salusvita*. 2006; 25(1): 35-42.
 58. Marra PS, Miasato JM. A saúde bucal do paciente especial e sua relação com o nível sócio-econômico dos pais. *Rev Bras Odontol*. 2008; 65(1): 27-30.
 59. Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. 1^a ed. São Paulo: Editora: Artes Médicas; 2012.
 60. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção a saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery* 2015;19(1):169-173