



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Nathaliê Egues Moraes

**A interferência da pandemia de COVID-19 na produção odontológica  
ambulatorial para Pessoas com Necessidades Especiais nos Centros de  
Especialidades Odontológicas de Santa Catarina**

Florianópolis

2023

Nathaliê Egues Moraes

A interferência da pandemia de COVID-19 na produção odontológica ambulatorial  
para Pessoas com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades  
Odontológicas de Santa Catarina

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Odontologia, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Renata Goulart Castro, Dr.<sup>ª</sup>

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Moraes, Nathaliê Egues

A interferência da pandemia de COVID-19 na produção odontológica ambulatorial para Pessoas com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina / Nathaliê Egues Moraes ; orientadora, Renata Goulart Castro, 2023.

78 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. COVID-19. 3. Serviços de Saúde Bucal. 4. Especialidades Odontológicas. 5. Pessoas com Deficiência. I. Castro, Renata Goulart. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

Nathaliê Egues Moraes

**A interferência da pandemia de COVID-19 na produção odontológica ambulatorial para Pessoas com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 21 de dezembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.<sup>a</sup> Daniela Lemos Carcereri, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.<sup>a</sup> Tania Izabel Bighetti, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Pelotas

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Odontologia.

Insira neste espaço a  
assinatura digital

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a  
assinatura digital

---

Prof.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro, Dr.<sup>a</sup>  
Orientadora

Florianópolis, 2023.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro, pela parceria nesta jornada, pela empatia, paciência e amizade. Agradeço por compartilhar os seus conhecimentos comigo, pela oportunidade e confiança.

Ao Prof. Dr. Paulo Henrique dos Santos Mota, pela grande ajuda na obtenção dos dados deste trabalho e por compartilhar o seu conhecimento comigo.

Aos professores Paulo, Ana Lúcia e Daniela, pelas contribuições essenciais na banca de qualificação.

À Prefeitura Municipal de Nova Trento, em especial à Secretaria de Saúde, por permitir que eu pudesse realizar as atividades da pós-graduação.

À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, pela contribuição na minha formação acadêmica e profissional.

À minha mãe, por ter me proporcionado tudo para que eu chegasse até aqui.

À minha família, agradeço o estímulo, carinho e valores compartilhados.

Ao meu companheiro, Francis, pelo incentivo, compreensão e amor.

Ao meu irmão Bruno, Ariel e Caetano, agradeço o suporte e apoio para que eu pudesse cumprir as atividades da pós-graduação.

Aos meus amigos do mestrado, Mateus e Donavan, pela companhia nesta caminhada.

“Não sou nem otimista, nem pessimista. Os otimistas são ingênuos, e os pessimistas amargos. Sou um realista esperançoso. Sou um homem da esperança. Sei que é para um futuro muito longínquo. Sonho com o dia em que o sol de Deus vai espalhar justiça pelo mundo todo.”

Ariano Suassuna (1927 – 2014)

## RESUMO

A pandemia de COVID-19 provocou mudanças na prática profissional em Odontologia, exigindo novas estratégias para a reorganização do cuidado em saúde bucal. Os impactos da emergência sanitária têm afetado os serviços odontológicos e trazendo consequências severas para as populações mais vulneráveis, como as pessoas com deficiência. Este estudo tem por objetivo investigar a interferência da pandemia de COVID-19 na produção de procedimentos odontológicos em Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Santa Catarina. Foi realizada pesquisa descritiva com abordagem quantitativa por meio da análise comparativa dos registros de procedimentos odontológicos básicos dos dois anos anteriores à pandemia de COVID-19 (março de 2018 a fevereiro de 2020) e dos primeiros dois anos da pandemia (março de 2020 a fevereiro de 2022), através dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de documentos oficiais locais. Os resultados deste estudo demonstraram que os procedimentos básicos para os Pacientes com Necessidades Especiais reduziram em 38,4% comparando os períodos analisados. Foi verificada maior redução na realização de procedimentos preventivos e tratamento periodontal. O procedimento raspagem alisamento subgingivais apresentou o maior percentual de queda (67,9%), seguido por aplicação tópica de flúor (58,6%) e restauração de dente permanente anterior (51,9%). A análise do cumprimento de metas mostrou que grande parte dos Centros de Especialidades Odontológicas não estavam cumprindo a produção mínima mensal no período anterior à pandemia de COVID-19. Conclui-se que a pandemia de COVID-19 reduziu a produção odontológica especializada para as Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do estado de Santa Catarina agravando a situação já desfavorável às Pessoas com Necessidades Especiais no acesso aos cuidados de saúde bucal.

**Palavras-chave:** COVID-19; Serviços de Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Pessoas com Deficiência.

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic provoked changes in professional practice in Dentistry, requiring new strategies for the reorganization of oral health care. The impacts of the health emergency have affected dental services and brought severe consequences for the most vulnerable populations, such as people with disabilities. This study aims to investigate the interference of the COVID-19 pandemic in the production of dental procedures in Patients with Special Needs at Dental Specialty Centers (CEO) in Santa Catarina. Descriptive research with a quantitative approach was carried out through the comparative analysis of records of basic dental procedures from the two years prior to the COVID-19 pandemic (March 2018 to February 2020) and the first two years of the pandemic (March 2020 to February of 2022), through data from the SUS Outpatient Information System, the National Register of Health Establishments (CNES) and local official documents. The results of this study showed that the basic procedures for Patients with Special Needs reduced by 38.4% comparing the analyzed periods. There was a greater reduction in the performance of preventive procedures and periodontal treatment. The subgingival scaling procedure had the highest percentage of falls (67.9%), followed by topical fluoride application (58.6%) and anterior permanent tooth restoration (51.9%). The analysis of meeting targets showed that most Dental Specialty Centers were not meeting the minimum monthly production in the period prior to the COVID-19 pandemic. It is concluded that the COVID-19 pandemic has reduced specialized dental production for People with Special Needs in the Dental Specialty Centers in the state of Santa Catarina, aggravating the already unfavorable situation for People with Special Needs in accessing oral health care.

**Keywords:** COVID-19; Dental Health Services; Dental Specialties; Disabled persons.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos procedimentos odontológicos básicos nos CEO de Santa Catarina no período de março de 2018 a fevereiro de 2022.....51

Gráfico 2 – Distribuição da variação no percentual de procedimentos odontológicos básicos nos CEO de Santa Catarina no período analisado, Santa Catarina, 2022.....54

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de situações odontológicas de emergência e urgência, Conselho Federal de Odontologia, 2020.....	18
Quadro 2 - Orientações quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) pelas equipes de saúde bucal, Ministério da Saúde, 2020.....	21
Quadro 3 – Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas segundo o tipo (CEO tipo I, II e III).....	39
Quadro 4 – Produção mínima mensal a ser apresentada pelos Centros de Especialidades Odontológicas segundo o tipo e especialidade.....	40
Quadro 5 – Protocolo de referência UBS/CEO para Pacientes com Necessidades Especiais.....	41
Quadro 6 - Procedimentos odontológicos básicos incluídos para análise no estudo (código/procedimento/portaria/categoria).....	46
Quadro 7 – Distribuição dos CEO incluídos no estudo segundo a macrorregião de saúde, região de saúde e população, Santa Catarina, 2022.....	49
Quadro 8 – Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina segundo o tipo, adesão a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD) e regionalização, 2022.....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos procedimentos odontológicos básicos segundo as categorias no 1º e 2º período em Santa Catarina, 2022.....	52
Tabela 2 – Procedimentos odontológicos básicos registrados nos CEO de Santa Catarina no 1º e 2º período, Santa Catarina, 2022.....	53
Tabela 3 - Desempenho dos CEO nos períodos analisados, Santa Catarina, 2022.....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Regional de Odontologia
CGM	Cumprimento Global de Metas
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRO	Conselho Regional de Odontologia
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
GBD	Global Burden Disease
HEPA	High Efficiency Particulate Arrestance
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPNE	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNE	Pessoa com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PcD	Pessoa com Deficiência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SCDA	Special Care Dentistry Association
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1	OBJETIVOS.....	15
1.1.1	Objetivo geral.....	15
1.1.2	Objetivos específicos.....	15
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1	ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DA COVID-19.....	16
2.1.1	Interrupção temporária dos serviços odontológicos não urgentes.....	16
2.1.2	Incorporação de tecnologias de informação e comunicação.....	19
2.1.3	Pré-consulta e anamnese minuciosa.....	20
2.1.4	Mudanças nos protocolos de biossegurança em Odontologia.....	20
2.2	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	22
2.2.1	A compreensão da deficiência – Um breve histórico.....	23
2.2.2	O conceito de deficiência.....	26
2.2.3	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.....	29
2.2.4	Saúde Bucal das Pessoas com Deficiência .....	31
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	33
2.3.1	Redes de Atenção à Saúde .....	35
2.3.2	A Saúde Bucal na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	38
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE A – RESUMO EXECUTIVO.....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre um surto de uma pneumonia misteriosa de origem desconhecida ocorrida em Wuhan, na China, inicialmente caracterizada por tosse seca, fadiga, febre e sintomas gastrointestinais ocasionais (WU; CHEN; CHAN, 2020). A doença rapidamente se espalhou nas províncias vizinhas, no continente asiático e pelo mundo (CEVIK; BAMFORD; HO, 2020). Em poucos dias, o patógeno foi identificado como sendo um novo coronavírus denominado Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Severa 2 (SARS-CoV-2) e a doença foi nomeada *Coronavirus disease 2019* (COVID-19).

No final de janeiro de 2020, a OMS emitiu um alerta de que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, devido à acelerada disseminação geográfica (OMS, 2020a). No Brasil, o primeiro caso de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 foi identificado em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. Em 11 de março de 2020, a OMS classificou a contaminação de COVID-19 como uma pandemia devido à velocidade e a escala de sua transmissão, que alcançava a marca de 118 mil casos em 114 países e 4,2 mil óbitos (OMS, 2020b). No Brasil, até julho de 2022 foram registrados 33.833.900 casos acumulados de COVID-19 e 678.514 óbitos pela doença, e os casos continuam a aumentar (BRASIL, 2022a). Santa Catarina ocupa o 6º lugar no *ranking* dos estados com maior número de casos acumulados e lidera a lista em relação aos estados da região sul do país (BRASIL, 2022a).

As pessoas com deficiência (PcD) foram incluídas no grupo de maior risco de desenvolver formas graves de COVID-19, devido aos problemas de saúde preexistentes subjacentes à deficiência e aos obstáculos no acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2020c).

A preocupação com a rápida disseminação do SARS-CoV-2 fez com que a OMS e autoridades de saúde pública de todo o mundo recomendassem medidas para conter a propagação desenfreada da doença e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde.

Orientações sobre higiene das mãos, etiqueta respiratória, isolamento e quarentena, distanciamento social (com fechamento de escolas, empresas e serviços

públicos) e o uso de máscaras faciais são exemplos de medidas coletivas e individuais recomendadas e que foram largamente divulgadas para a população em todo o mundo (OMS, 2020d).

No Brasil, o governo federal não efetuou seu papel de liderança no encorajamento e estímulo à implementação de medidas para mitigar a propagação do vírus, tendo sido observado um maior protagonismo dos estados e municípios, evidenciando-se a inexistência de uma coordenação e controle da situação sanitária no país, pelo governo federal (HOUESSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2020; SILVA *et al.*, 2020; NADANOVSKY; SANTOS, 2020). Dessa forma, observaram-se medidas de prevenção heterogêneas no país, lideradas pelos governos estaduais e municipais no combate à COVID-19, na reorganização das ações e serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2022).

A pandemia de COVID-19 provocou mudanças na prática profissional em Odontologia, exigindo novas estratégias para a reorganização do cuidado em saúde bucal. Estudos têm demonstrado o impacto da emergência sanitária nos serviços odontológicos, afetando com maior severidade as populações menos favorecidas (CUNHA *et al.*, 2021; LUCENA *et al.*, 2020; MANDASARI *et al.*, 2021; MORAES *et al.*, 2020; PHADRAIG *et al.*, 2021; POSSE *et al.*, 2021).

Considerando que as PcD estão sujeitas a desigualdades em saúde bucal tanto em termos de prevalência de doenças quanto às necessidades odontológicas não atendidas, a crise sanitária causada pela pandemia de COVID-19 parece ser um grande desafio a ser enfrentado pelos serviços odontológicos para as Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) (DZIEDZIC, 2020; PERES *et al.*, 2019).

Nesse sentido, tendo em vista a escassa literatura sobre o tema no contexto brasileiro e regional, este estudo busca responder à pergunta: **como a pandemia de COVID-19 interferiu na atenção especializada à saúde bucal para as Pessoas com Necessidades Especiais no estado de Santa Catarina?**

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Investigar como a pandemia de COVID-19 interferiu na produção de procedimentos odontológicos em Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- a) Analisar os dados de produção de procedimentos odontológicos para Pacientes com Necessidades Especiais realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas no estado de Santa Catarina no período de março de 2018 a fevereiro de 2022.
- b) Comparar a produção de procedimentos odontológicos básicos realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas antes e após a pandemia de COVID-19.
- c) Avaliar o cumprimento de metas de produção ambulatorial para Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas antes e após a pandemia de COVID-19.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DA COVID-19

Os profissionais da saúde bucal estão entre os profissionais com maior risco de exposição à contaminação pelo vírus causador da COVID-19, devido às características inerentes à prática da profissão (PEREIRA *et al.*, 2020; PENG *et al.*, 2020). A proximidade entre o profissional e o paciente, o maior risco de contato com fluidos e secreções orais, como sangue e saliva, e a cavidade nasal dos pacientes, além do uso rotineiro de equipamentos geradores de aerossóis, classificam o consultório odontológico como um ambiente de alto risco à propagação do vírus (PEREIRA *et al.* 2020, BRASIL, 2020a).

Com vistas a minimizar a contaminação entre pacientes e equipes de saúde bucal e a propagação do vírus, órgãos internacionais e nacionais, conselhos de categoria profissional e associações da área recomendaram mudanças nos padrões de organização do fluxo de atendimento, além de novas medidas de proteção individual e a implementação de protocolos rigorosos de biossegurança (TUÑAS *et al.*, 2020; BRASIL, 2020a; FRANCO; CAMARGO; PERES, 2020; CENCI *et al.*, 2020).

Foi verificada a interrupção temporária dos serviços odontológicos não urgentes, a incorporação de tecnologias de informação e comunicação, a indicação de realização de pré-consulta e anamnese direcionada à COVID-19, além de mudanças nos protocolos de biossegurança em Odontologia.

#### 2.1.1 Interrupção temporária dos serviços odontológicos não urgentes

Com o avanço da pandemia, órgãos de controle nacionais e internacionais recomendaram a interrupção temporária de tratamentos odontológicos não urgentes (MATTOS, PORDEUS, 2020). Em diversos países, a população foi orientada a procurar os serviços odontológicos apenas em situações de urgência e emergência e aos cirurgiões-dentistas foi recomendada a suspensão de tratamentos não urgentes em andamento (MENG; HUA; BIAN, 2020).

No sistema público de saúde brasileiro foi recomendada a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos e o adiamento de tratamentos não urgentes a

partir de março de 2020, limitando a assistência odontológica na Atenção Primária em Saúde apenas às situações de urgência e emergência (BRASIL, 2020b, CFO, 2020). Tendo em vista o caráter eletivo dos atendimentos realizados pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a partir de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), coube ao gestor local definir o funcionamento e organização dos serviços (BRASIL, 2020a). Os profissionais que não estivessem envolvidos no atendimento das urgências odontológicas da população puderam ser remanejados para prestarem apoio nos processos e atividades de enfrentamento da COVID-19, de acordo com suas capacidades e competências (BRASIL, 2020a).

No estado de Santa Catarina, em 18 de março de 2020, foram emitidas recomendações aos serviços odontológicos públicos e privados para limitar os atendimentos à população somente aos casos de urgência e emergência, incluindo as atividades clínicas realizadas em instituições de ensino (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2020a).

O Conselho Federal de Odontologia (2020) definiu as emergências odontológicas como situações que apresentam potencial risco de morte ao paciente, e as urgências como situações que necessitam de prioridade para o alívio da dor e o controle de processos inflamatório-infecciosos, porém sem implicar em risco de morte. No quadro 1 estão exemplificadas as situações de urgência e emergência odontológica a serem atendidas pelos profissionais de Odontologia frente ao cenário de COVID-19 no Brasil (CFO, 2020a).

Quadro 1 – Exemplo de situações odontológicas de emergência e urgência, Conselho Federal de Odontologia, 2020.

<b>EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICA</b>	Sangramentos não controlados.
	Celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume (edema) de localização intraoral ou extraoral, e potencial risco de comprometimento da via aérea dos pacientes.
	Traumatismo envolvendo os ossos da face, com potencial comprometimento das vias aéreas do paciente.
<b>URGÊNCIAS ODONTOLÓGICA</b>	Dor odontológica aguda, decorrente de inflamações da polpa – Pulpite.
	Pericoronarite ou dor relacionada a processos infecciosos envolvendo os terceiros molares retidos.
	Alveolite pós-operatória, controle ou aplicação medicamentosa local.
	Remoção de suturas.
	Abscessos (dentário ou periodontal) ou infecção bacteriana, resultando em dor localizada e edema.
	Fratura de dente, resultando em dor ou causando trauma do tecido mole bucal.
	Tratamento odontológico necessário prévio à procedimento médico crítico.
	Cimentação ou fixação de coroas ou próteses fixas se a restauração provisória ou definitiva estiver solta, perdida, quebrada ou estiver causando dor e/ou inflamação gengival.
	Biópsia de alterações anormais dos tecidos bucais.
	Ajuste ou reparo de próteses removíveis que estejam causando dor ou com a função mastigatória comprometida.
	Finalização de endodontia ou troca de medicação intracanal caso o paciente esteja com dor.
	Cáries extensas ou restaurações com problemas que estejam causando dor.
	Necroses orais com dor e presença de secreção purulenta.
Ajuste, troca ou remoção do arco ou dispositivo ortodôntico que estiver ulcerando a mucosa bucal.	
Mucosites orais com indicação de tratamento com laserterapia.	
Trauma dentário com avulsão ou luxação.	
<b>PROCEDIMENTOS NÃO CLASSIFICADOS COMO URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA</b>	Consulta inicial ou periódica ou de manutenção, incluindo radiografias de rotina.
	Profilaxias de rotina, ou procedimentos com finalidade preventiva.
	Procedimentos ortodônticos não relacionados diretamente a dor, infecção ou trauma.
	Restauração de dentes incluindo tratamento de leões cariosas assintomáticas.
	Procedimentos odontológicos com finalidade estética.
	Cirurgias eletivas (exodontia de dentes e cirurgias periodontais assintomáticas, implantodontia, ortognática e demais cirurgias que não estão relacionadas nas urgências e emergências).

Fonte: adaptado de Conselho Federal de Odontologia (2020); Franco, Camargo e Peres (2020).

A partir de 2 de julho de 2020, em Santa Catarina, uma nota técnica conjunta assinada por órgãos estaduais de saúde orientou a organização dos atendimentos odontológicos nas regiões de saúde com base na Matriz de Avaliação de Risco Potencial para a COVID-19 do Governo do estado de Santa Catarina (Moderado, Alto, Grave e Gravíssimo). Assim, a flexibilização dos atendimentos odontológicos foi

condicionada à classificação de risco potencial para a Covid-19 na região de saúde, levando em conta a capacidade prevista para o atendimento odontológico e obedecendo às recomendações de biossegurança. Dessa forma, quando o risco potencial foi considerado moderado na região de saúde, recomendou-se o quantitativo de até 50% da capacidade operativa do serviço de saúde, considerando atendimentos de urgência, emergência e eletivos. Quando o risco potencial era alto, o quantitativo de até 30% da capacidade operativa do serviço de saúde foi permitido; e nos períodos em que o risco potencial era grave ou gravíssimo, recomendou-se a realização apenas de atendimentos de urgência e emergência (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2020b).

Para o atendimento das situações clínicas inadiáveis, orientou-se o contato prévio com as equipes de saúde bucal, preferencialmente por meio do telefone e/ou aplicativos de mensagens (BRASIL, 2020a).

### **2.1.2 Incorporação de tecnologias de informação e comunicação**

Com as medidas de distanciamento físico em vigor, a teleorientação realizada por cirurgiões-dentistas ganhou espaço por possibilitar o primeiro contato dos profissionais com o paciente, a verificação da queixa odontológica e do estado de saúde do paciente à distância, possibilitando o agendamento de consulta em momento oportuno (CFO, 2020). Além disso, é um recurso que possibilitou aos profissionais de saúde bucal promover o autocuidado, orientar cuidadores de PcD e/ou com limitação funcional, pacientes acamados e/ou hospitalizados, além de ser uma potencial ferramenta a ser utilizada em áreas remotas (CRUZ-FIERRO *et al.*, 2020).

A Resolução CFO 226/2020 regulamentou a teleodontologia no Brasil, tanto em serviços públicos quanto privados, permitindo o acompanhamento à distância dos pacientes em tratamento, no intervalo entre consultas; a teleorientação realizada por cirurgião-dentista com o objetivo único e exclusivo de identificar, por meio da realização de questionário pré-clínico, o melhor momento para a realização do atendimento presencial e a Telessaúde em Odontologia, como estratégia de e-saúde (Saúde Digital) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CFO, 2020b).

A teleodontologia configura-se como uma ferramenta de informação e comunicação com potencial para a qualificação da assistência em saúde bucal, com

segurança aos pacientes e profissionais (CFO, 2020; SANTANA *et al.*, 2020). No entanto, é necessário que as equipes de saúde bucal disponham de recursos, apoio técnico e gerencial necessários à incorporação e utilização desta ferramenta nos processos de trabalho durante e após a pandemia (BAVARESCO *et al.*, 2020).

### **2.1.3 Pré-consulta e anamnese minuciosa**

Às equipes de saúde bucal coube tratar todos os pacientes como possíveis fontes de infecção devido à possibilidade de transmissão por indivíduos assintomáticos (FRANCO, CAMARGO; PERES, 2020). Assim, tornou-se recomendada à implementação de questionários contendo perguntas relativas aos sintomas de COVID-19, histórico de saúde e possíveis contatos com casos suspeito-confirmados, além de aferição e registro de temperatura corporal para a identificação de casos suspeitos da doença (MENG; HUA; BIAN, 2020; MATTOS, PORDEUS, 2020).

Indivíduos que apresentassem sintomas respiratórios só deveriam ser atendidos em emergências ou urgências odontológicas (TUÑAS *et al.*, 2020). Foi necessário considerar tanto o risco do adiamento no atendimento quanto o risco para os profissionais de saúde bucal na transmissão de doenças relacionadas à assistência à saúde para considerar a realização do atendimento odontológico (MATTOS, PORDEUS, 2020).

### **2.1.4 Mudanças nos protocolos de biossegurança em Odontologia**

As medidas de biossegurança na prática clínica são essenciais para evitar a transmissão de micro-organismos, a contaminação da equipe e dos pacientes. No contexto de surtos e pandemias, tais cuidados tornam-se ainda mais críticos e desafiadores.

Mattos e Pordeus (2020) relembram os impactos nos sistemas de saúde gerados pela pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980, e a revolução nos protocolos de atenção à saúde e das medidas de proteção para o controle de infecção. Assim como ocorreu naquela época, a pandemia de COVID-19 evidenciou a insuficiência dos padrões de biossegurança até então utilizados, exigindo a revisão dos protocolos e dos equipamentos de proteção em

Odontologia para a prestação de serviços com segurança aos usuários e profissionais (MATTOS, PORDEUS, 2020; MENG *et al.*, 2020). Vários países da América Latina desenvolveram novos protocolos de biossegurança e novas diretrizes para o atendimento odontológico e prática clínica (FIERRO-CRUZADO *et al.*, 2020).

No Brasil, o governo emitiu recomendações gerais para os serviços odontológicos no início da pandemia (BRASIL, 2020a) e posteriormente, o Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Federal de Odontologia e pesquisadores publicaram o “Guia de Orientações para a Atenção Odontológica no Contexto da COVID-19”, em 2020 (BRASIL, 2020d). As recomendações relacionadas ao uso de equipamentos de proteção individual foram sintetizadas no quadro 2.

Quadro 2 - Orientações quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) pelas equipes de saúde bucal, Ministério da Saúde, 2020.

<b>EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)</b>	<b>ORIENTAÇÕES</b>
Máscara N95 ou PFF2	Utilizada em todos os procedimentos odontológicos. Coube ao cirurgião-dentista/gestor do serviço de saúde a decisão para estender o tempo de uso da máscara baseando-se nas recomendações do fabricante do produto e desde que as máscaras não estivessem com sujidades, molhadas ou não íntegras.
Gorro descartável	Uso único, devendo ser descartado após o uso.
Óculos de proteção	Higienização com água e sabão após cada atendimento.
Protetor facial ou <i>faceshield</i>	Indicado para reduzir a contaminação dos EPI utilizados na face (gorro, máscara e óculos de proteção). Indicada a limpeza com água e sabão e desinfecção do protetor facial e óculos após cada atendimento.
Capote ou avental de mangas longas e impermeável	Com estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m <sup>2</sup> . Em situações de escassez de aventais impermeáveis com gramatura superior a 50 g/m <sup>2</sup> , admitiu-se a utilização de avental de menor gramatura (no mínimo 30 g/m <sup>2</sup> ), desde que o fabricante assegurasse a impermeabilidade do produto.
Luvas de procedimento	Uso único, devendo ser descartado após o atendimento.
Máscara cirúrgica	Uso indicado durante a circulação em áreas adjacentes ao ambiente clínico.

Fonte: adaptado de BRASIL (2020, p. 58-59)

A escassez e a disponibilidade inadequada de EPI durante os períodos iniciais da pandemia foram relatadas em todo o mundo e associada a impactos negativos na saúde mental de trabalhadores da saúde (SIMMS *et al.*, 2020; BRASIL, 2020a). No Brasil, foi autorizada, excepcionalmente, a reutilização das máscaras N95 em

situações de carência de insumos, e para atender a demanda da epidemia da COVID-19, desde que fossem observados os cuidados específicos de uso, remoção, conservação e rigorosa inspeção do equipamento a cada utilização (BRASIL, 2020b).

Idealmente, os procedimentos com potencial de geração de aerossóis deveriam ser realizados em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtragem de ar HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*) (MATTOS, PORDEUS, 2020; BRASIL 2020b). Todavia, na ausência destes recursos, recomendou-se a utilização de sistema de climatização com exaustão e/ou a manutenção das janelas abertas, a fim de garantir a renovação do ar nos ambientes (BRASIL, 2020d).

O SARS-CoV-2 pode persistir nas superfícies por horas ou vários dias, dependendo do tipo de superfície, da temperatura ou da umidade do ambiente (van DOREMALEN *et al.*, 2020; MENG *et al.*, 2020). Essa situação reforçou a importância de uma limpeza e desinfecção completa de todas as superfícies e mobiliários do ambiente após cada consulta. O rigor nos processos de limpeza e desinfecção de superfícies, além da necessidade de maior tempo de ventilação dos consultórios odontológicos exigiu o aumento do tempo de intervalo entre as consultas, impactando na rotina dos atendimentos (BRASIL, 2020)

Outras recomendações com potencial de reduzir a disseminação de aerossóis para o ambiente na prática odontológica estão relacionados ao uso de sugadores potentes, tais como os do tipo bomba a vácuo; a utilização de isolamento absoluto do campo operatório; a preferência pelo emprego de instrumentos manuais para remoção de tecido cariado e raspagem periodontal ao invés de instrumentos rotatórios e ultrassom odontológico; a não utilização da seringa tríplice e sua substituição por lavagem com seringa com soro fisiológico e a não utilização da cuspeira (FRANCO; CAMARGO; PERES, 2020; TUÑAS *et al.* 2020; BRASIL, 2020a).

## 2.2 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Ao longo da história, a concepção de deficiência e as relações estabelecidas com as PcD foi se modificando nas diferentes sociedades, dependendo do período histórico focado e dos valores de cada época. O passado revela que estas relações

eram (e em parte ainda são) caracterizadas pela segregação e a consequente exclusão das pessoas com deficiência, que já receberam inúmeras denominações e tratamentos ao longo do tempo.

Neste capítulo será abordado um breve histórico sobre a concepção e o tratamento destinado às PcD ao longo da história, os modelos conceituais de deficiência e sobre quem são as pessoas com deficiência na atualidade.

### **2.2.1 A compreensão da deficiência – Um breve histórico**

De acordo com Silva (1987), a existência de pessoas com deficiências físicas ou mentais, causadas por amputações traumáticas, doenças graves e incapacitantes é reconhecida desde o início da humanidade. No entanto, o percurso histórico evidencia um passado (nem tão distante) representado por muitos desafios, exclusão, inferiorização, abandono e negligência às pessoas consideradas “diferentes”. Acredita-se que na Pré-história, a constante necessidade de deslocamento para obtenção do alimento e abrigo, associada às condições naturais desfavoráveis, desafiava a sobrevivência das pessoas que não apresentavam as condições físicas necessárias à própria subsistência (GUGEL, 2007). No entanto, aquelas que conseguiam resistir, sobretudo as crianças, na maioria das vezes eram abandonadas, pois sua sobrevivência tornava-se uma “inconveniente” responsabilidade para os demais (SILVA, 1987).

Na Antiguidade, existiam visões contraditórias sobre a deficiência e a possibilidade de integração social. De acordo com Gugel (2007), formas de expressão como a arte egípcia, os papiros, os túmulos, as múmias e estudos arqueológicos evidenciam que a PcD poderia ser encontrada em diferentes e hierarquizadas classes sociais (faraó, nobres, altos funcionários, artesãos, agricultores, escravos). Entretanto, apenas os membros da nobreza, os sacerdotes, os guerreiros e seus familiares tinham o privilégio de serem assistidos pelos médicos-sacerdotes, que atribuíam as causas da deficiência física ou mental à ação de maus espíritos, demônios ou como punição por pecados cometidos em vidas anteriores (SILVA, 1987). Na Grécia Antiga, crianças que nasciam com corpos considerados fora do padrão eram consideradas sub-humanas. O culto aos ideais estéticos e atléticos dos corpos na sociedade grega, somado à valorização das habilidades físicas para a

guerra, os jogos e dança tornava prática comum a eliminação sumária de crianças com alguma deficiência física (PEREIRA, 2009).

Na Roma Antiga, as leis permitiam aos pais matar os filhos com deficiência física, pela prática do afogamento. Também era comum o abandono das crianças com deficiência em cestos à margem do Rio Tibre ou em outros lugares sagrados (GUGEL, 2007; SILVA, 1987). Conforme Aranha (2005), a Bíblia faz referência ao “manco”, “cego”, “leproso” como pedintes ou rejeitados pela comunidade pelos prováveis motivos de as pessoas terem medo de contrair a doença ou por acreditarem que estas pessoas teriam sido amaldiçoadas pelos deuses.

Com o início do cristianismo, as pessoas com deficiência passaram a ser vistas como “criaturas de Deus”, possuidoras de alma que necessitavam de cuidados, e iniciativas de acolhimento e tratamento mais humano pela família e a Igreja começaram a substituir as práticas de eliminação e abandono (PEREIRA E SARAIVA, 2017; PEREIRA, 2009). Uma das contribuições do Império Romano na história da medicina foi iniciar uma espécie de sistema de atendimento hospitalar a população civil, incluindo o atendimento a pessoas com sérios problemas incapacitantes e aos soldados romanos que retornavam das batalhas com amputações (SILVA, 1987). Com a expansão da doutrina cristã, o extermínio das pessoas “doentes/defeituosas/mentalmente afetadas” não era mais aceito pela moral da época, todavia eram abandonadas a própria sorte dependendo da boa vontade e da caridade alheia (ARANHA, 2005). Nesse período é que surgiram os primeiros hospitais de caridade que abrigavam os pobres e pessoas com deficiência (GUGEL, 2007).

Tal mudança, embora seja considerada um posicionamento contra o extermínio das pessoas com deficiência, não garantia a inclusão desta população à sociedade, pois tais práticas aumentaram o isolamento desta população, que eram confinadas em asilos, mosteiros e abrigos, gerando exclusão e silêncio (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Durante a Idade Média, período compreendido entre os séculos V e XV, houve grande crescimento urbano e as pessoas viviam em precárias condições de vida e de saúde, favorecendo o surgimento de doenças epidêmicas como hanseníase, peste bubônica e outras consequências, como problemas mentais e malformações congênitas (PEREIRA; SARAIVA, 2017). Este período histórico é marcado pela estagnação da ciência, o obscurantismo e a superstição. A concepção de deficiência passou a ser sobrenatural, entendida como castigo ou resultado de feitiços e

bruxarias, e por isso deveriam ser torturadas e queimadas na fogueira (PORTUONDO SAO, 2004). Era comum a ridicularização das crianças com deficiência e sua separação das famílias, assim como há registros de que as pessoas com nanismo e os corcundas eram foco de diversão das classes mais abastadas (GUGEL, 2007).

Entre os séculos XIV e XVI teve início a época do Renascimento, ligado a uma série de mudanças sociais, políticas e econômicas, nas artes, na ciência e na literatura. A valorização do humanismo, da razão, do antropocentrismo e do conhecimento científico são marcas deste período. A deficiência começa a ser entendida como resultado de natureza orgânica, produto de causas naturais (ARANHA, 2005). Durante os séculos XVII e XVIII, a medicina fortaleceu a tese da organicidade e ampliou a compreensão da deficiência como processo natural, favorecendo o surgimento de tratamentos médicos e o desenvolvimento do atendimento às PcD, com assistência especializada para os mutilados de guerras e para as pessoas cegas e surdas (ARANHA, 2005; GUGEL, 2007).

Durante a Revolução Industrial, o crescimento das indústrias e do capital impulsionou um novo modelo de produção, modificando as relações de trabalho. Nesse sentido, o indivíduo passou a ser valorizado e reconhecido socialmente pela sua capacidade de produção, e nesse processo as PcD foram excluídas e inferiorizadas, consideradas inválidas ou incapazes para o trabalho (PEREIRA, 2009). Segundo Diniz (2007), foi também nesta época que se desenvolveu o conceito de deficiência como uma variação da normalidade da espécie humana, e desde então “ser deficiente é experimentar um corpo fora da norma” (Diniz, 2007, p. 4), pois o padrão de normalidade já era referência tanto para o discurso quanto para a prática médica (PEREIRA, 2009).

No século XX, o discurso religioso perdeu força e se intensificou o avanço do pensamento biomédico e o entendimento da deficiência como alteração biológica derivada de patologias e de ideias eugenistas, tendo a cura como “pré-requisito” à integração do indivíduo na sociedade (GAUDENZI e ORTEGA, 2016). O século marcado por sucessivas guerras e políticas de extermínio e segregação também pode ser retratado pela organização da sociedade e luta pelos direitos e inclusão das pessoas com deficiência, especialmente a partir dos anos 1970 (OMS, 2004). Houve alguns avanços, sobretudo relacionados às políticas públicas e inclusão no setor educacional, ao aperfeiçoamento de tecnologias assistivas e de reabilitação (GUGEL, 2007). Todavia, ainda que existam políticas sociais voltadas às pessoas com

deficiência, é relevante ainda o caráter assistencialista e de segregação à qual essa população é submetida, muitas vezes não sendo reconhecidas como sujeitos detentores de direitos legais, mas como alvo de programas de assistência social, saúde e caridade (MOTA, 2020).

A trajetória histórico-social das pessoas com deficiência se reflete atualmente, e conhecê-la facilita a compreensão dos motivos pelos quais ainda passam por muitos desafios e desvantagens sociais.

### 2.2.2 O conceito de deficiência

Ao longo do tempo, o conceito de deficiência tem sido debatido e vem se transformando, acompanhando as mudanças sociais, científicas, culturais e como um resultado da mobilização das pessoas com deficiência. Assim, é um termo que está em constante evolução (WHO, 2011).

A transição de um conceito médico e individual da deficiência, focado nos problemas do corpo para um conceito mais ampliado que identifica o papel das barreiras físicas e interações sociais foi descrito como a mudança de um “modelo médico” para o “modelo social” (WHO, 2011).

No Modelo Médico, a deficiência é entendida como tragédia pessoal, infortúnio ou traumas, e o principal problema a ser enfrentado é o corpo atípico que deve ser tratado, corrigido e curado. Este modelo, quando utilizado por profissionais de saúde, produz uma relação em que, de um lado, os profissionais de saúde detêm o conhecimento e o poder para “consertar” o corpo do agente passivo a ser curado, no caso, a PcD (MOTA; BOUSQUAT, 2021). Este modelo pode ser representado pela *The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), que seria uma primeira tentativa da OMS de organizar uma linguagem universal sobre lesões e deficiências, publicada em 1980 (DINIZ, 2007).

A linguagem utilizada pelo ICIDH utiliza os seguintes termos:

*Impairment (Deficiência)*: perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.

*Disability (Incapacidade)*: restrição ou falta (resultante de um impedimento) de capacidade de realizar uma atividade da maneira ou dentro da faixa considerada normal para um ser humano.

*Handicap (Desvantagem)*: é considerada uma desvantagem para um determinado indivíduo, resultante de *impairment* ou *disability*, que limita ou impede o cumprimento de um papel normal (dependendo da idade, sexo e condições sociais e fatores culturais) para esse indivíduo. (OMS, 1980, p. 27)

De acordo com a visão biomédica do ICIDH, as lesões corporais seriam causadoras de restrições de habilidades, o que levaria a pessoa a situações de desvantagem social. Neste modelo, a desvantagem seria resultado das lesões, por isso a importância de conhecer, curar ou reabilitar os corpos anormais (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007).

O ICIDH foi alvo de críticas do campo de estudos sobre a deficiência, conhecido como *disability studies* (DINIZ, 2007). Ativistas e estudiosos impulsionaram estudos com a incorporação de conhecimentos do campo das humanidades, rompendo com o pensamento hegemônico dos saberes médicos e de reabilitação (NEPOMUCENO, 2019). Como resposta a este modelo, surgiu o Modelo Social da Deficiência, em que a deficiência é entendida como um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime e limita a vivência das PcD (DINIZ, 2007). Se por um lado o Modelo Médico tinha como objetivo consertar os corpos deficientes para torná-los socialmente aceitáveis e produtivos, o Modelo Social aponta para a responsabilidade da sociedade no processo de exclusão e invisibilidade dessas pessoas.

Após longos anos de debates sobre o Modelo Médico e o Modelo Social, houve a revisão do ICIDH, e a OMS lançou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (DINIZ, 2007). A CIF é considerada um “modelo biopsicossocial”, e é caracterizada como um equilíbrio entre os modelos médico e social, significando uma mudança de paradigma sobre a deficiência. A CIF passou a relacionar a funcionalidade e incapacidade ao contexto de saúde e como resultado da interação entre as condições de saúde individuais, os fatores contextuais ambientais e pessoais (OMS, 2013). Assim, a deficiência não é vista como algo puramente biológico, nem apenas social. Pessoas com deficiência, assim como todas as outras, podem precisar de cuidados médicos e de reabilitação, mas é necessário considerar os aspectos não biológicos - as barreiras - que afetam e limitam a vida diária e a sua participação na sociedade.

A CIF define os seguintes termos:

*Deficiência*: corresponde às alterações nas funções e estruturas do corpo com um desvio significativo ou perda.

*Incapacidade:* termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ela denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).

*Funcionalidade:* termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).

*Fatores ambientais:* ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Estes são barreiras ou facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa. (OMS, 2013)

A legislação brasileira, seguindo as orientações internacionais, também sustenta a mudança no conceito de deficiência, não mais entendida como uma condição estática e biológica do indivíduo, mas como o resultado da falta de acessibilidade e condições sociais pouco favoráveis às características diversas das pessoas (BRASIL, 2015). Além disso, orienta que a avaliação da pessoa com deficiência deverá ser realizada por equipe multiprofissional e interprofissional, e analisará os aspectos biológicos, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação (BRASIL, 2015)

O Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos das PcD e seu Protocolo Facultativo da Organização das Nações Unidas (ONU). Este documento define pessoas com deficiência como:

“aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2008).

Pessoa com mobilidade reduzida pode ser definida como aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção (BRASIL, 2015). Neste grupo estão incluídos os idosos, gestantes, lactantes, pessoas com criança de colo e pessoas com obesidade que devem ter garantidos seus direitos à saúde visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

Neste estudo será adotada a concepção de pessoa com deficiência como aqueles indivíduos que apresentam algum nível de comprometimento funcional, sejam eles pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou

estável; intermitente ou contínua, conforme colocado no artigo 1º da Portaria N.º 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Brasil (BRASIL, 2012a).

### 2.2.3 Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

Na Odontologia, o termo “Pessoas com Necessidades Especiais” é utilizado para identificar as pessoas que apresentam uma variedade de condições médicas e limitações que exigem mais do que o atendimento odontológico convencional ou o realizado por um cirurgião-dentista clínico geral. Assim, há uma certa confusão, tendo vista que o termo também foi utilizado no passado para denominar as PcD.

Internacionalmente, os termos *Special Care Dentistry* (Odontologia de Cuidados Especiais) e *Special Needs Dentistry* (Odontologia de Necessidades Especiais) são usados para denominar esta área da Odontologia, com variações nas definições nos diferentes países e até mesmo entre as associações profissionais da área (MANDASARI *et al.*, 2021). De maneira geral, a *Special Care Dentistry* foca no cuidado clínico com os pacientes, enquanto o termo *Special Needs Dentistry* se concentra nas necessidades dos pacientes e não no cuidado prestado (Mandasari *et al.*, 2021)

A *Special Care Dentistry Association* (SCDA) definiu *Special Care Dentistry* como “o ramo da odontologia que fornece serviços de cuidados bucais para pessoas com condições físicas, médicas, de desenvolvimento ou cognitivas, que limitam sua capacidade de receber cuidados odontológicos de rotina” (ACKERMAN, 2016). De acordo com Mandasari *et al.* (2021), a “*Special Care Dentistry*” foi oficialmente reconhecida como especialidade no Brasil, Reino Unido, Malásia, Nova Zelândia e Austrália.

No Brasil, esta especialidade é denominada Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), que tem por objetivos:

“o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como percepção e atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente” (CFO, 2001, p.10).

São consideradas Pessoas com Necessidades Especiais (PNE), no âmbito da Odontologia, os indivíduos que apresentam doenças crônicas mal controladas, como

alguns casos de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, insuficiência renal crônica, distúrbios hematológicos, pacientes oncológicos, pessoas com doenças crônicas transmissíveis, pacientes imunossuprimidos como os que passaram por transplantes de órgãos, idosos, gestantes de alto risco, pessoas com deficiência, entre outros (BRASIL, 2018; QUEEN, 2016).

É importante pontuar que nem todas as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência necessariamente devem ser atendidas por um cirurgião-dentista especialista em OPNE. No entanto, o atendimento odontológico às PcD pode requerer um cuidado diferenciado, a depender do tipo e do grau de limitação vivenciada pelo usuário e da habilidade e experiência do profissional em prestar este cuidado. O atendimento odontológico a pessoas com deficiência intelectual e/ou que apresentam distúrbios neuropsicomotores, como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), por exemplo, pode implicar na necessidade de adaptação do ambiente odontológico, bem como pode ser necessário o uso de técnicas de manejo comportamental, de sedação medicamentosa ou inalatória, ou ainda, pode ser indicado o tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar (BRASIL, 2019; WILSON *et al.*, 2019).

O número de profissionais especialistas nesta área é escasso para atender a demanda de pacientes, e, portanto, se presume que as PcD, em grande parte, são atendidas por cirurgiões-dentistas generalistas. Atualmente, existem mais de 380 mil cirurgiões-dentistas generalistas com registro ativo no Brasil. Destes, apenas 804 são registrados como especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. No estado de Santa Catarina são apenas 32 profissionais registrados (CFO, 2022).

Tanto no Brasil quanto no exterior, o baixo número de profissionais da odontologia especializados nesta área, associada ao despreparo e falta de interesse dos cirurgiões-dentistas generalistas em atender esta parcela da população, se constituem em importantes barreiras de acesso das PcD aos serviços de saúde bucal (ROCHA, SAINTRAIN, VIEIRA-MEYER, 2015; MANDASARI *et al.*, 2021; ROSA *et al.*, 2020). É necessário, portanto, que as instituições de ensino ofereçam a formação multidisciplinar nesta área da Odontologia desde a graduação e que os gestores oportunizem educação permanente aos profissionais que atuam em todos os níveis de atenção à saúde bucal no sistema público de saúde (CONDESSA, 2019).

#### 2.2.4 Saúde Bucal das Pessoas com Deficiência

As PcD experimentam desigualdades em diversos aspectos da vida. Evidências empíricas do mundo inteiro indicam que elas têm maiores chances de enfrentar desvantagens econômicas e sociais do que os indivíduos sem deficiência, e apresentam menores níveis educacionais, de emprego e renda, e maiores despesas em saúde (OMS, 2011).

As doenças bucais, embora sejam preveníveis e evitáveis, refletem as desigualdades sociais e econômicas, afetando com maior prevalência e severidade as populações mais empobrecidas e vulneráveis, especialmente em países de média e baixa renda, e denunciam a dificuldade dos sistemas de saúde em responder adequadamente às demandas bucais dos indivíduos e comunidades (PERES *et al.*, 2019).

As condições de saúde bucal das PcD são precárias e o acesso aos serviços de saúde bucal é desigual e apresenta limitações (HADDAD, TAGLE, PASSOS, 2016; WARD *et al.*, 2019). A vulnerabilidade das PcD é agravada pelo fato de apresentarem maior incidência de agravos bucais e um percentual desproporcional de necessidades odontológicas não atendidas em comparação à população em geral (ROCHA, SAINTRAIN, VIEIRA-MEYER, 2015; PERES *et al.*, 2019; WARD *et al.*, 2019). Além disso, as PcD que conseguem acessar os serviços, em geral, recebem tratamentos odontológicos mais mutiladores, devido à alta carga de doenças e diversidade comportamental apresentada (QUEIROZ *et al.*, 2021). Alguns fatores podem estar relacionados a essa realidade, como o menor nível socioeconômico, o desconhecimento sobre os serviços públicos de saúde disponíveis e a dificuldade de acesso a profissionais capacitados que atendam a essa população, além de outras barreiras de acesso e comunicação (CONDESSA *et al.*, 2020; NOGUEIRA *et al.*, 2016; ROSA *et al.*, 2020).

Estudos epidemiológicos podem medir a experiência de cárie utilizando o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), seguindo a metodologia padrão da Organização Mundial da Saúde, que consiste na soma do número de dentes cariados e perdidos (extraídos) por cárie somado ao número de dentes obturados (restaurados). O valor encontrado é dividido pelo número de indivíduos avaliados. A pontuação resultante indica que quanto maior o valor, maior a experiência de cárie. Um estudo realizado em Portugal, aplicado a pessoas com deficiência

institucionalizadas, encontrou o CPO-D médio de 11,2, muito superior ao da população em geral na mesma faixa etária (ESTEVES, MENDES E BERNARDO, 2017). Outro estudo realizado na Coreia com amostras comparáveis de pessoas sem deficiência e pessoas com deficiência física, mental e deficiência múltipla identificou que as pessoas com deficiência apresentaram o índice CPO-D maior, com maior proporção de perda dentária do que no grupo sem deficiência (LEE *et al.*, 2019). Ainda, foi observado que o tipo de deficiência influenciou na condição de saúde bucal, tendo sido encontrado para pessoas com deficiência física o CPO-D de 7,3, para pessoas com deficiência mental o CPO-D foi igual a 8,3 em pessoas com deficiência múltipla o CPO-D encontrado foi de 8,2 e em contrapartida, o índice CPO-D em pessoas sem deficiência foi de 4,9 (LEE *et al.*, 2019).

Pessoas com deficiência intelectual apresentam piores níveis de higiene bucal, com maior prevalência e gravidade de doenças inflamatórias que afetam as estruturas de suporte dos dentes, como gengivite e periodontite, em comparação a população sem deficiência (ANDERS; DAVIS, 2010; WARD *et al.*, 2019).

No Brasil, os estudos apresentam resultados semelhantes aos internacionais. A pesquisa de Oliveira *et al.* (2013) realizada com pessoas com Síndrome de Down, paralisia cerebral e transtorno do espectro do autismo identificou que as pessoas com deficiência apresentaram maior experiência de cárie e maior necessidade de extração dentária do que as pessoas sem deficiência, e trinta por cento delas nunca havia consultado um cirurgião-dentista. O estudo de Alves *et al.* (2016) realizado em Nova Friburgo, no estado do Rio de Janeiro, com adolescentes e adultos jovens com deficiência intelectual, encontrou alta prevalência de cárie (CPOD = 8,2). Os autores concluíram que a presença de doença periodontal, necessidades de tratamentos não atendidas e de próteses dentárias foi associada a pior percepção de qualidade de vida (ALVES *et al.*, 2016).

Para a superação do cenário das desigualdades em saúde bucal em que as PcD se encontram, são necessárias políticas públicas equitativas e intervenções eficazes que alcancem melhorias à saúde bucal das populações mais vulneráveis.

## 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No Brasil, foi com a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988 e a consolidação do Estado Democrático de Direito que se reconheceu a necessidade de garantir a inclusão das PcD na sociedade. A Carta Magna também estabeleceu que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, possibilitando a formulação de políticas públicas específicas voltadas às PcD (BRASIL, 1988). Além disso, tornou responsabilidade comum de todos os entes federados o cuidado à saúde e assistência pública, a proteção e garantia das PcD (BRASIL, 1988). Antes disso, a filantropia era praticamente o único meio de acesso à assistência à saúde para as pessoas com deficiência (CARNEIRO; FRAZÃO; BOUSQUAT, 2022).

Em 1989, com o objetivo de garantir as ações governamentais necessárias ao cumprimento das disposições constitucionais, foi criada a Lei N°. 7.853/89 que estabeleceu normas gerais para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das PcD, e sua efetiva integração social (BRASIL, 1989). No âmbito da saúde, esta lei estabeleceu medidas que serviram de base para leis, decretos e regulamentações voltadas à atenção integral a essa população no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, outros instrumentos legais foram estabelecidos.

Em 2002, foi lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, nomenclatura utilizada na época, com o propósito de

“reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências” (BRASIL, 2002).

Esta política estabeleceu que a assistência à saúde das PcD deveria seguir as diretrizes do SUS, considerando a rede de serviços de atenção à saúde e a transversalidade desta política com outras políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2002).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foram assinados pelos países signatários da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2007, com o objetivo de promover, proteger e assegurar todos os direitos humanos às PcD e a promoção do respeito à sua dignidade e autonomia

(BRASIL, 2008). No Brasil, a Convenção foi promulgada por meio do Decreto N°. 6.949 de 25 de agosto de 2009, e é considerado o primeiro tratado internacional de direitos humanos a ser incorporado pelo ordenamento jurídico brasileiro com o *status* de emenda constitucional (VITTORATI; HERNANDEZ, 2014).

A Convenção reconheceu às PcD o direito à saúde e afirmou o compromisso dos Estados Partes em oferecer e propiciar programas e serviços de saúde acessíveis, inclusivos e com a mesma qualidade daqueles destinados às demais pessoas, levando em consideração as suas necessidades específicas, sem discriminação (BRASIL, 2009).

Apoiado nas prerrogativas da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, o Estado brasileiro lançou, no ano de 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver Sem Limite. Esta política governamental intersetorial, tentou articular a participação de 15 Ministérios junto à representação da sociedade civil, com o propósito de traçar estratégias transversais para a implementação de ações e melhorias nos seguintes eixos: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade às PcD (BRASIL, 2012a).

No eixo relacionado à atenção à saúde, previu-se a ampliação e qualificação do atendimento às PcD no SUS, com foco na organização em rede e na atenção integral à saúde. Para esse fim, criou-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS, por meio da Portaria N.º 793 de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012b).

No Brasil, os dados do último censo demográfico realizado em 2010 foram revisados em 2018 para adequação aos padrões da Organização das Nações Unidas (ONU). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adotou uma nova margem de corte considerando apenas as pessoas que declararam ter grande ou total dificuldade para desempenhar funções da vida em sociedade (enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, além daquelas que declararam ter deficiência mental/intelectual). Assim, foi identificado que o número de PcD no Brasil é cerca de 12,5 milhões e representa 6,7% da população em geral (IBGE, 2018).

Considerando a atualização dos critérios, em Santa Catarina há cerca de 537.108 pessoas com deficiência, o que significa 8,6% da população em geral. A deficiência visual foi a que apresentou maior percentagem (3,4%), seguida pela deficiência motora (2,7%), deficiência auditiva (1,3%) e com menor percentual, a deficiência intelectual/mental (1,2%) (IBGE, 2018).

### 2.3.1 Redes de Atenção à Saúde

O sistema público de saúde brasileiro, delineado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e criado a partir da CF de 1988, possui como diretrizes a descentralização político-administrativa dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990). Este processo transferiu as competências executivas da esfera federal para os estados e municípios, exigindo uma lógica de planejamento integrado em determinado território, de forma a garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando os recursos financeiros, humanos e tecnológicos disponíveis (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Significa uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, adotada pelo governo brasileiro, para superar a fragmentação da atenção e da gestão da saúde no país (Mello *et al.*, 2014).

Segundo Mendes (2010), as RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção especializada e hospitalar) e atenção integral à saúde (ações que envolvem desde a promoção da saúde até as intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição).

Os três elementos constitutivos das RAS são fundamentais para a sua operacionalização: população/região de saúde, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

População e Região de Saúde são elementos que buscam definir os usuários das ações e serviços e a área geográfica sob responsabilidade da RAS. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar o tempo/resposta necessário ao atendimento das demandas dos usuários e viabilidade operacional (BRASIL, 2010).

O Decreto N°. 7.508/11 define região de saúde como

“espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

A estrutura operacional da RAS é composta pelos diferentes pontos de atenção à saúde onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Dentre os componentes, estão: a Atenção Primária à Saúde, os pontos de atenção especializada e hospitalar; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança (BRASIL, 2010).

Por outro lado, o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população, as situações demográficas e epidemiológicas e os determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi formulada em 2012 com o intuito de promover a criação, ampliação, qualificação e monitoramento dos diferentes pontos de atenção à saúde para atender de forma integrada às necessidades em saúde das pessoas com deficiência. O diagnóstico e intervenção precoce de deficiências, a prevenção de agravos em diferentes fases da vida, os cuidados em saúde, o tratamento e a reabilitação são ações a serem executadas nos pontos de atenção que compõem a RCPD (BRASIL, 2012b).

Dentre os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência destaca-se a Atenção Básica, a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e a Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde e o centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado, organizando os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2010). A APS é responsável por oferecer o acesso universal e serviços abrangentes, implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de

cuidado integrado realizado com equipe multiprofissional e dirigida a todas as pessoas, inclusive às pessoas com deficiência (BRASIL, 2017; PAIM *et al.*, 2011).

A portaria de criação da RCPD destaca que os pontos de atenção da APS seriam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que podem contar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), se houver, e a atenção odontológica (BRASIL, 2012b)

Já a componente Atenção Especializada contaria com os seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), cabendo a estes ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da PcD (BRASIL, 2012b).

Estudos realizados em diferentes regiões de saúde no Brasil indicam que a RCPD apresenta baixa implementação, com estrutura insuficiente para os serviços especializados (MOTA, 2020). Além disso, foi identificada dificuldade da APS em cumprir com seu papel de coordenadora do cuidado, havendo ainda a desarticulação entre os pontos de atenção e insuficiência de recursos financeiros e humanos (DUBOW *et al.*, 2018; MOTA, 2020; MENDES, 2014)

Importante destacar que tal política foi concebida em um contexto de baixo crescimento econômico, seguida por uma crise político-econômica culminando no Golpe de 2016, com a destituição da Presidenta da República Dilma Rousseff reeleita em 2014. A partir disso, políticas econômicas neoliberais, com contingenciamento de recursos públicos para a saúde foram implementadas, como a Emenda Constitucional N.º 95/2016 (Teto dos Gastos Públicos), inviabilizando a expansão e até mesmo a própria manutenção de políticas públicas (MARIANO, 2017). Em 2017, houve mudança significativa na Política Nacional de Atenção Básica, afetando a expansão de novas equipes multiprofissionais do NASF, equipes de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde (CARNEIRO, BOUSQUAT, FRAZÃO, 2022). Mais recentemente, a partir de 2019, vêm sendo implementadas mudanças na política de financiamento da APS por meio do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019).

As políticas de austeridade econômica no Brasil impactaram negativamente o acesso da população à assistência odontológica na APS com consequente redução da oferta de procedimentos especializados nos CEO a partir de 2018 (ROSSI *et al.*,

2019). Nesse contexto, as PcD podem ser ainda mais afetadas, dificultando ainda mais o acesso à saúde.

### **2.3.2 A Saúde Bucal na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

A atenção à saúde bucal foi implementada no SUS a partir de 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Tal política possibilitou a estruturação, ampliação e qualificação da atenção básica, ofertando o acesso aos cuidados bucais a todas as faixas etárias nos níveis da Atenção Básica, Especializada e Hospitalar de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o acesso das PcD aos cuidados odontológicos deve iniciar da mesma forma como ocorre com as demais pessoas, pela Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB), as quais devem estar devidamente capacitadas para prover atendimento integral e resolutivo a essa população (BRASIL, 2018). Às eSB compete acolher, orientar o usuário, cuidador e familiares, prestar assistência odontológica às pessoas com deficiência de forma segura e humanizada, bem como realizar o acompanhamento desses indivíduos no território (BRASIL, 2018). Assim, o encaminhamento das PcD aos CEO deve ocorrer apenas nas situações mais complexas em que não for possível realizar o atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2018; CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013).

Os CEO são serviços ou pontos de atenção especializada ambulatorial que utilizam mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos para assegurar a integralidade da assistência à saúde bucal (BRASIL, 2018). Estes estabelecimentos de saúde são registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como clínica especializada/ambulatório de especialidade e devem ofertar, no mínimo, atividades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a PNE, na qual se incluem as PcD (BRASIL, 2011).

Embora a denominação utilizada seja “Centro de Especialidades Odontológicas”, para os cirurgiões-dentistas cadastrados nestes estabelecimentos não é exigido o título de especialista, pois o CEO não funciona como um “centro de

especialistas”, mas se caracteriza como um ponto de atenção que promove a continuidade do cuidado e da assistência integrada à APS, por meio da realização de procedimentos de maior complexidade (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2022). No entanto, a qualificação profissional é fundamental para a melhoria da saúde bucal das PcD.

Os CEO podem ser classificados em três tipos (quadro 3) e podem ser habilitados para ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde (BRASIL, 2018; BRASIL, 2006).

Quadro 3 – Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas segundo o tipo (CEO tipo I, II e III).

<b>Características</b>	<b>CEO I</b>	<b>CEO II</b>	<b>CEO III</b>
<b>Atividades</b>	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais.		
<b>Equipamentos e materiais</b>	Aparelho de radiologia; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor e instrumentais compatíveis com os serviços.		
	Três consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).	De quatro a seis consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).	Sete ou mais consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).
<b>Outros recursos</b>	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.		
<b>Recursos humanos</b>	Três ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.	Quatro ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.	Sete ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.
	Cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atuem.		
	No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.		

Fonte: adaptado de BRASIL (2006).

É fundamental destacar que, para fins de monitoramento da produção e financiamento dos serviços, os procedimentos básicos realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de PNE (BRASIL, 2011). Os CEO devem apresentar uma produção mínima mensal conforme o quadro 4.

Quadro 4 – Produção mínima mensal a ser apresentada pelos Centros de Especialidades Odontológicas segundo o tipo e especialidade

TIPO DE CEO	META DE PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL			
	PROCEDIMENTOS BÁSICOS	PERIODONTIA	ENDODONTIA	CIRURGIA
I	80	60	35	80
II	110	90	60	90
III	190	150	95	170

Fonte: adaptado de (BRASIL, 2006).

Os CEO, a partir de 2012, puderam fazer parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Tal ação é uma articulação intersetorial da Política Nacional de Saúde Bucal com o Plano Viver Sem Limite, e inclui a Odontologia transversalmente no cuidado integral à PcD (BRASIL, 2012c). Desta forma, o CEO que é incorporado à RCPD recebe um valor de custeio adicional mensal mediante o cumprimento de alguns requisitos, conforme descrito a seguir:

I) Os CEO, independentemente do tipo, deverão disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo a pessoa com deficiência;

II) Os CEO deverão atuar como referência municipal/regional para o atendimento odontológico a pessoas com deficiência, com área de abrangência e municípios aos quais prestará referência previstos dentro do Plano de Ação para implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência;

III) Os profissionais do CEO, do atendimento a pessoas com deficiência, além do atendimento clínico, deverão atuar como apoio técnico matricial para as equipes de saúde bucal da atenção básica de sua área de abrangência;

IV) O gestor de saúde deverá assinar um Termo de Compromisso, onde serão pactuadas metas mínimas de atendimento a pessoas com deficiência, de acordo com o tipo de CEO, monitoradas posteriormente pelo Ministério da Saúde, por meio de indicadores específicos. (BRASIL, 2012c)

Os valores do incentivo adicional para custeio mensal dos CEO aderidos à RCPD são definidos de acordo com o tipo de CEO. Para o CEO tipo I, o valor repassado é de R\$ 1.650,00; para o CEO tipo II é de R\$ 2.200,00 mensais; para o CEO tipo III, o valor é de R\$ 3.850,00 (BRASIL, 2012c)

Em Santa Catarina, há uma política de Cofinanciamento Estadual para as Equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, CEO e para outras ações e programas. Para os CEO, são repassados incentivos estaduais para implantação dos serviços e para o custeio mensal das equipes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2019). No entanto, não há incentivos estaduais adicionais referentes à adesão do CEO à RCPD.

O Ministério da Saúde propôs um protocolo de referência da UBS ao CEO para a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais, conforme detalhado no quadro 5.

Quadro 5 – Protocolo de referência UBS/CEO para Pacientes com Necessidades Especiais.

<b>PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS</b>
Alguns casos de deficientes intelectuais severos, doentes mentais e sistêmicos crônicos descompensados necessitam de manejo odontológico diferenciado e adequado para cada necessidade, assim como condições de equipamentos, materiais e suporte básico e/ou avançado de vida. Quando estas condições não existirem na AB, esta estrutura tem de ser prevista e oferecida nos serviços de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar por profissionais capacitados.
Na APS, deverão ser atendidos todos os pacientes com necessidades especiais de baixa complexidade e que respondam ao manejo comportamental. Não devem ser referenciados para os CEOs pacientes com limitações motoras, deficientes visuais, auditivos e de fala, gestantes de baixo risco, bebês e crianças, diabéticos e cardiopatas compensados, defeitos congênitos ambientais, cujas limitações físicas e metabólicas não sejam impeditivas para atendimento nas UBS.
Dentro das possibilidades de manejo da situação sistêmica e de comportamento, este paciente deve receber adequação bucal e educação em saúde na AB antes do referenciamento. Os usuários ou seus responsáveis devem ser instruídos sobre os motivos e o funcionamento da referência, o local, os horários e as necessidades de documentação que deve ser levada. Preferencialmente, a AB deverá solicitar e já enviar a avaliação médica sobre as condições sistêmicas dos pacientes com alterações complexas, assim como os exames complementares relativos ao caso.
O agendamento será realizado a partir da referência de UBS. Deverão ser preenchidas as documentações necessárias e, na referência, ser bem esclarecida a necessidade especial do paciente. Devem ser descritas as consultas de atendimento e as tentativas de condicionamento já realizadas.
Os CEOs devem contrarreferenciar, à UBS que encaminhou o paciente, a descrição de todo o tratamento realizado, o diagnóstico da situação e as sugestões de como realizar a manutenção odontológica e o manejo do paciente.

Fonte: adaptado de (Brasil, 2018)

O mesmo documento orienta sobre os critérios de referenciamento para a especialidade:

“Pacientes com necessidades especiais que, após algumas tentativas de atendimento na AB, não permitiram os procedimentos ou os que apresentam comprometimentos sistêmicos severos que necessitem de recursos indisponíveis no serviço de APS. Os pacientes que não tenham

condições de retornar à UBS também poderão receber consultas de manutenção, mesmo após o tratamento completado no CEO (Brasil, 2018).”

“Na impossibilidade de condicionamento e atendimento na APS, esta deve orientar o paciente e seus cuidadores para os cuidados em saúde bucal (Brasil, 2018).”

### 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico denominado “Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar” com financiamento do CNPq, sob número de Chamada MS-SCTIE-DECIT/CNPQ nº 35/2018, que busca analisar e discutir o grau de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, bem como os fatores políticos, organizacionais e estruturais determinantes para seu funcionamento, em diferentes contextos institucionais e regionais brasileiros. Foram selecionadas cinco macrorregiões geográficas do país elegidos com base em amostra intencional. Uma das regiões selecionadas foi a Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis, em virtude de ter contemplado os seguintes critérios: a presença de diferentes modalidades de Centros Especializados em Reabilitação (CER); desiguais coberturas populacionais pela atenção primária à saúde e abrangência escalar dos vínculos institucionais (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde) e por pertencer a uma distinta região metropolitana dado a maior densidade de equipamentos de saúde da RCPD (BOUSQUAT, 2018).

A presente pesquisa é de natureza transversal, quantitativa, descritiva, com a utilização de dados secundários provenientes dos bancos de dados dos Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS - DATASUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Área Técnica de Saúde Bucal da Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (DAPS/SES/SC) e com a utilização de dados do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2018 do Governo do Estado de Santa Catarina. A análise envolveu os CEO do Estado de Santa Catarina.

Santa Catarina está localizada na região Sul do Brasil e faz fronteira com os estados do Rio Grande do Sul (sul), Paraná (norte), Argentina (oeste) e o Oceano Atlântico (leste). Em área geográfica, é o menor estado da região Sul apresentando área total de 95,4 mil km<sup>2</sup>. O estado tem 295 municípios e população estimada em 7.338.473 habitantes, apresentando densidade demográfica de 65,29 hab./km<sup>2</sup> e o terceiro maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país (0,774) (IBGE, 2010). O estado apresenta, ainda, sete macrorregiões de saúde que englobam 16 regiões de saúde (PDR, 2018).

O SIA/SUS foi a fonte de dados para obtenção do número de procedimentos odontológicos básicos realizados por cirurgiões-dentistas nos CEO do Estado de Santa Catarina no período de março de 2018 a fevereiro de 2022. A coleta foi realizada entre julho e agosto de 2022, obtendo-se um banco de dados por meio do *Tabwin*, ferramenta de tabulação do SUS, de acesso público e que fornece informações sem identificação individual.

A produção odontológica ambulatorial considerada neste estudo foi a registrada mensalmente para PNE nos CEO. Posteriormente, o quantitativo foi agrupado em dois períodos: no 1º período foram considerados os 24 meses anteriores à pandemia de COVID-19 (de março de 2018 a fevereiro de 2020) e no 2º período foram considerados os 24 meses a partir do início da pandemia de COVID-19 (de março de 2020 a fevereiro de 2022).

#### *Seleção dos dados*

Para a seleção dos procedimentos odontológicos básicos foram considerados os descritos na Portaria N°. 1.464 de 24 junho de 2011 e as alterações constantes na Portaria N°. 526, de 24 de junho de 2020, sendo usados como proxies dos atendimentos nessa área. Foi considerado, ainda, o instrumento de registro específico da atenção especializada, Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) dos códigos de procedimento, conforme consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM – do SUS (SIGTAP). Os procedimentos odontológicos básicos selecionados para este estudo foram organizados conforme descrito no quadro 6 (código/procedimento/portaria/categoria).

Para a seleção dos CEO, foi utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e aplicados os seguintes critérios: estabelecimentos de saúde classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade e subtipo de estabelecimento CEO I, CEO II ou CEO III; prestar atendimento pelo SUS; apresentar produção de procedimentos odontológicos básicos nos períodos de março de 2018 a fevereiro de 2020 e de março de 2020 a fevereiro de 2022.

Os CEO foram ainda classificados segundo a macrorregião de saúde com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Santa Catarina. Para a categorização em regionalizados ou não, e se havia adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi utilizada informação disponível no documento de acesso

público “Linha de Cuidado em Saúde Bucal” elaborado pela Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

O total da quantidade de equipamentos odontológicos (código 80 – equipo) em uso por competência (mês/ano) foi selecionada para análise neste estudo, por meio do CNES. Além disso, foi selecionada a carga horária mensal dos profissionais com CBO 223280 (cirurgião-dentista clínico geral) e CBO 223288 (cirurgião-dentista especialista em Pacientes com Necessidades Especiais) no período analisado.

Quadro 6 - Procedimentos odontológicos básicos incluídos para análise no estudo (código/procedimento/portaria/categoria)

(continua)

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PORTARIA</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>0101020058</b>	Aplicação de carióstático (por dente)	Portaria ministerial Nº. 1.464 de 24 de junho de 2011.	Procedimento preventivo
<b>0101020066</b>	Aplicação de selante (por dente)		
<b>0101020074</b>	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)		
<b>0101020082</b>	Evidenciação de placa bacteriana		
<b>0101020090</b>	Selamento provisório de cavidade dentária	Portaria ministerial Nº. 1.464 de 24 de junho de 2011.	Tratamento Restaurador
<b>0307010015</b>	Capeamento pulpar	O código 0307010023 - restauração de dente decíduo (Portaria N.º 1.464 de 2011) foi excluído pela Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020 e foi substituído pelos códigos: 0307010082, 0307010090, 0307010104 e 0307010112.  Neste estudo, para fins de comparação, os códigos 0307010023, 0307010082, 0307010090, 0307010104 e 0307010112 foram agrupados como "Restauração de dente decíduo".	
<b>0307010023</b>	Restauração de dente decíduo		
<b>0307010082</b>	Restauração de dente decíduo posterior com resina composta		
<b>0307010090</b>	Restauração de dente decíduo posterior com amálgama		
<b>0307010104</b>	Restauração de dente decíduo posterior com ionômero de vidro		
<b>0307010112</b>	Restauração de dente decíduo anterior com resina composta		

Quadro 6 - Procedimentos odontológicos básicos incluídos para análise no estudo (código/procedimento/portaria/categoria)

(conclusão)

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PORTARIA</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>0307010031</b>	Restauração de dente permanente anterior com resina composta	Portaria ministerial N.º 1.464 de 24 de junho de 2011. A Portaria N.º 526, de 24 de junho de 2020, mudou apenas a descrição do código 0307010031.	
<b>0307010040</b>	Restauração de dente permanente posterior	O código 0307010040 restauração de dente permanente posterior (da portaria N.º 1.464 de 2011) foi excluído pela Portaria N.º 526, de 24 de junho de 2020 e foi substituído pelo código 0307010120 e 0307010139.  Neste estudo, para fins de comparação, os códigos 0307010040, 0307010120 e 0307010139 foram agrupados como “Restauração de dente permanente posterior”.	
<b>0307010120</b>	Restauração de dente permanente posterior com resina composta		
<b>0307010139</b>	Restauração de dente permanente posterior com amálgama		
<b>0307020070</b>	Pulpotomia dentária	Portaria ministerial N.º. 1.464 de 24 de junho de 2011.	
<b>0307030059</b>	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	Portaria ministerial N.º. 1.464 de 24 de junho de 2011.	Tratamento Periodontal Básico
<b>0307030024</b>	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)		
<b>0414020120</b>	Exodontia de dente decíduo	Portaria ministerial N.º. 1.464 de 24 de junho de 2011.	Extração dentária
<b>0414020138</b>	Exodontia de dente permanente		

Fonte: elaborado pela autora.

### *Análise dos dados*

Os dados foram organizados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 365 versão 2021, onde foram feitas as análises.

Os procedimentos odontológicos básicos foram analisados individualmente e agrupados em quatro categorias: a) Procedimento preventivo; b) Tratamento Restaurador; c) Tratamento Periodontal Básico e d) Extrações dentárias.

Para a análise do desempenho dos CEO foi utilizado o indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM) desenvolvido por Figueiredo e Goes (2009), correspondente ao quociente resultante da média mensal de procedimentos odontológicos básicos realizados em PNE pelo número de procedimentos correspondente à meta desta especialidade multiplicado por 100. A meta foi considerada atingida nos CEO que atingiram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada.

Foi calculada a média mensal da carga horária ambulatorial dos profissionais selecionados e a média dos equipamentos odontológicos em uso no 1º e 2º período para comparação.

A distribuição dos CEO incluídos no estudo segundo a macrorregião de saúde, região de saúde e população foi apresentada em quadro. A análise dos dados foi descritiva por meio das frequências absolutas e relativas das variáveis e os resultados foram apresentados em gráficos, quadros e tabelas.

Um resumo executivo (apêndice A) foi elaborado com o objetivo de disponibilizar e difundir os resultados do estudo aos gestores da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) e das Secretarias Municipais de Saúde, a fim de servir de subsídio para o planejamento e contribuir para a tomada de decisão.

## 4 RESULTADOS

Foram identificados 50 CEO em Santa Catarina. Destes, cinco foram excluídos por não contemplarem os critérios de inclusão, resultando em 45 estabelecimentos: 25 do tipo I (55,5%), 16 do tipo II (35,5%) e quatro do tipo III (9%). Os CEO estavam localizados em 43 municípios distribuídos em todas as macrorregiões de saúde do estado. Apenas a Região de Saúde Meio Oeste não possuía CEO. As macrorregiões de saúde que apresentaram maior número de CEO foram a macrorregião Grande Oeste, Planalto Norte e Nordeste, e Sul com oito estabelecimentos cada uma, seguido pela macrorregião de saúde da Grande Florianópolis com sete CEO. O quadro 7 detalha a distribuição dos CEO de acordo com as macrorregiões de saúde, região de saúde, número de municípios e população.

Quadro 7 – Distribuição dos CEO incluídos no estudo segundo a macrorregião de saúde, região de saúde e população, Santa Catarina, 2022.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Nº de municípios	População	Nº de CEO
Grande Oeste	Extremo Oeste	30	231 848	3
	Xanxerê	21	200 114	2
	Oeste	27	360 933	3
Meio Oeste e Serra Catarinense	Alto Uruguai Catarinense	13	143 337	1
	Meio Oeste	20	191 303	-
	Alto Vale do Rio do Peixe	20	293 133	3
	Serra Catarinense	18	288 479	2
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	11	698 912	4
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	28	295 201	2
	Médio Vale do Itajaí	14	782 458	2
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	22	1 189 947	7
Sul	Laguna	18	365 687	4
	Carbonífera	12	433 675	3
	Extremo Sul Catarinense	15	200 339	1
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	13	1 023 135	4
	Planalto Norte	13	376 993	4

Fonte: adaptado de PDR, 2018.

Em relação à caracterização dos serviços, dos 45 CEO incluídos, 32 realizaram adesão à RCPD (71,1%), 12 não haviam realizado adesão (26,7%) e um não havia informação (2,2%). Em relação à regionalização do serviço, 37 atendiam a mais de um município (82,2%), sete atendiam apenas a população do município-polo (15,5%) e um não havia informação (2,2%) (quadro 8).

Quadro 8 – Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina segundo o tipo, adesão a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD) e regionalização, 2022.

(continua)

<b>CEO</b>	<b>Tipo</b>	<b>Adesão a RCPD (Sim/Não)</b>	<b>Regionalizado (Sim/Não)</b>
Araranguá	1	sim	sim
Balneário Camboriú	3	sim	sim
Biguaçu	1	não	sim
Braço do Norte	1	sim	sim
Brusque	2	sim	sim
Caçador	1	sim	sim
Canoinhas	2	sim	sim
Chapecó	3	sim	sim
Concórdia	2	sim	sim
Criciúma	2	sim	sim
Curitibanos	1	sim	sim
Dionísio Cerqueira	1	sim	sim
Florianópolis A	1	não	não
Florianópolis B	2	sim	não
Gaspar	1	sim	sim
Içara	1	sim	sim
Imbituba	1	não	sim
Itajaí	2	não	não
Itapema	1	não	sim
Ituporanga	2	sim	sim
Jaraguá do sul	2	sim	sim
Joinville - A	2	sim	não
Joinville - B	3	sim	sim
Lages	3	sim	sim
Laguna	1	sim	sim
Mafra	2	sim	sim
Maravilha	1	não	sim
Navegantes	1	não	sim
Palhoça	1	sim	não
Palmitos	2	não	sim
Pinhalzinho	1	sim	sim
Porto União	1	sim	sim
Rio do Sul	2	sim	sim
Santo Amaro da Imperatriz	1	sim	sim
São Bento do Sul	2	sim	sim
São Francisco do Sul	1	sem informação	sem informação
São Joaquim	1	sim	sim
São José - A	2	não	não
São Lourenço do Oeste	2	sim	sim
São Miguel do Oeste	1	não	sim
Tijucas	1	não	sim

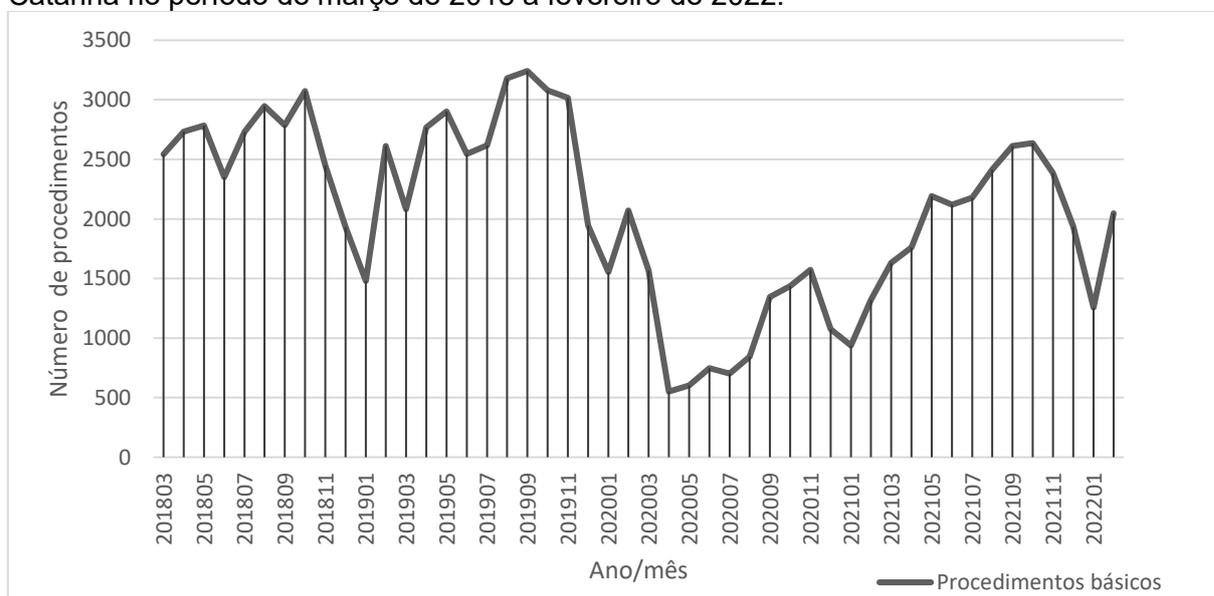
Quadro 8 – Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina segundo o tipo, adesão a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD) e regionalização, 2022.  
(conclusão)

CEO	Tipo	Adesão a RCPD (Sim/Não)	Regionalizado (Sim/Não)
Tubarão	2	sim	Sim
Urussanga	1	não	não
Videira	1	sim	sim
Xanxerê	1	sim	sim

Fonte: adaptado de DAPS/SES/SC, 2022.

No período de março de 2018 a fevereiro de 2020 (1º período), foram registrados 61.429 procedimentos odontológicos básicos realizados em PNE nos CEO de Santa Catarina. Em contrapartida, no período de março de 2020 a fevereiro de 2022 (2º período), foram identificados 37.869 procedimentos odontológicos básicos, o que significa uma queda de 38,4% na produção ambulatorial especializada para PNE. O gráfico 1 ilustra a distribuição do quantitativo de procedimentos odontológicos básicos registrados nos CEO de Santa Catarina ao longo do período analisado.

Gráfico 1 – Distribuição dos procedimentos odontológicos básicos nos CEO de Santa Catarina no período de março de 2018 a fevereiro de 2022.



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), 2022.

Destaca-se, no gráfico 1, a redução a partir das competências de março e abril de 2020, com leve aumento a partir de agosto/2020. Nas competências de dezembro de 2020 e janeiro de 2021 observa-se nova redução na frequência de procedimentos.

A curva atinge o pico nas competências de outubro e novembro de 2021, ocorrendo novamente diminuição importante do número de procedimentos em janeiro de 2022.

Na análise da produção odontológica ambulatorial especializada segundo as categorias, os Procedimentos Preventivos e Tratamento Periodontal Básico foram os grupos de procedimento que apresentaram maior percentual de queda no 2º período analisado (tabela 1). A categoria Tratamento Restaurador apresentou menor percentual de redução (24,6%).

Tabela 1 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos procedimentos odontológicos básicos segundo as categorias no 1º e 2º período em Santa Catarina, 2022.

Categoria	1º Período		2º Período		Redução
	N	%	N	%	
<b>Procedimentos Preventivos</b>	13 882	22,6	6 444	17,0	-53,6
<b>Tratamento Periodontal Básico</b>	14 372	23,4	6 704	17,7	-53,3
<b>Tratamento Restaurador</b>	27 241	44,3	20 540	54,2	-24,6
<b>Extrações dentárias</b>	5 934	9,7	4 181	11,0	-29,5
<b>Total Geral</b>	<b>61 429</b>	<b>100,00</b>	<b>37 869</b>	<b>100,00</b>	<b>-38,4</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Ao analisar os procedimentos odontológicos individualmente, no 1º período em estudo, raspagem alisamento e polimento supragengivais foi o procedimento realizado em maior frequência relativa (15,4%), seguido por aplicação tópica de flúor (14,9%), selamento provisório de cavidade dentária (13,9%), restauração de dente permanente posterior (11,6%) e restauração de dente decíduo (9%). O procedimento que apresentou menor frequência foi pulpotomia dentária (0,8%) (tabela 2).

Tabela 2 – Procedimentos odontológicos básicos registrados nos CEO de Santa Catarina no 1º e 2º período, Santa Catarina, 2022.

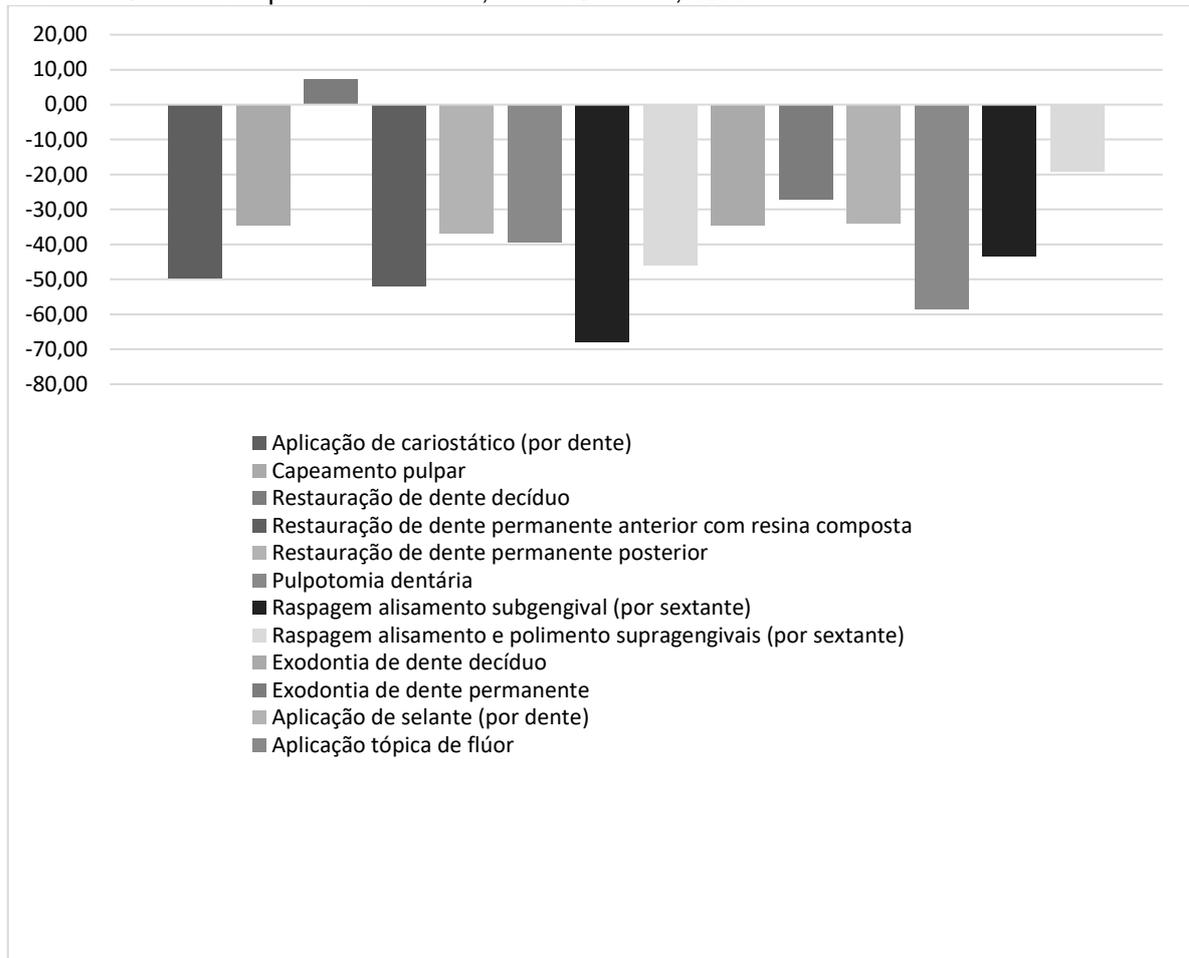
Procedimentos odontológicos básicos	1º período		2º período		Variação
	N	%	N	%	%
Aplicação de cariostático (por dente)	1276	2,1	641	1,7	-49,8
Aplicação de selante (por dente)	603	1,0	398	1,0	-34,0
Aplicação tópica de flúor	9133	14,9	3779	10,0	-58,6
Evidenciação de placa bacteriana	2870	4,7	1626	4,3	-43,3
Selamento provisório de cavidade dentária	8563	13,9	6931	18,3	-19,1
Capeamento pulpar	1120	1,8	733	1,9	-34,6
Restauração de dente decíduo	5550	9,0	5956	15,7	7,3
Restauração de dente permanente anterior com resina composta	4367	7,1	2101	5,5	-51,9
Restauração de dente permanente posterior	7148	11,6	4521	11,9	-36,8
Pulpotomia dentária	493	0,8	298	0,8	-39,6
Raspagem alisamento subgengival	4894	8,0	1572	4,2	-67,9
Raspagem alisamento e polimento supragengivais	9478	15,4	5132	13,6	-45,9
Exodontia de dente decíduo	1888	3,1	1232	3,3	-34,7
Exodontia de dente permanente	4046	6,6	2949	7,8	-27,1
<b>Total Geral</b>	<b>61429</b>	<b>100,00</b>	<b>37869</b>	<b>100,00</b>	<b>-38,4</b>

Fonte: elaborado pela autora.

Com relação aos procedimentos realizados no 2º período analisado (tabela 2), observou-se que selamento provisório de cavidade dentária foi o procedimento registrado em maior frequência relativa (18,3%), seguido por restauração de dente decíduo (15,7%), raspagem alisamento e polimento supragengivais (13,6%), restauração de dente permanente posterior (11,9%) e aplicação tópica de flúor (10%). Pulpotomia dentária foi o procedimento registrado em menor frequência (0,8%). Constatou-se que as exodontias de dentes permanentes representaram 6,6% e 7,8% do total de procedimentos odontológicos básicos realizados, registrados no 1º e 2º período, respectivamente.

Em relação à redução dos percentuais de procedimentos nos períodos analisados, observou-se que raspagem alisamento subgengivais (por sextante) apresentou o maior percentual de queda (67,9%), seguido por aplicação tópica de flúor (58,6%), restauração de dente permanente anterior (51,9%), aplicação de cariostático (49,8%) e raspagem alisamento e polimento supragengivais (45,9%) (gráfico 2). O único procedimento que não apresentou diminuição na produção ambulatorial nos CEO foi restauração de dente decíduo (7,3%) (gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da variação no percentual de procedimentos odontológicos básicos nos CEO de Santa Catarina no período analisado, Santa Catarina, 2022.



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), 2022.

No que diz respeito ao desempenho dos CEO no período analisado, a tabela 3 detalha a média mensal de procedimentos odontológicos básicos encontrada segundo o tipo de CEO e o cálculo do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM).

Tabela 3 - Desempenho dos CEO nos períodos analisados, Santa Catarina, 2022.

CEO	Média encontrada <sup>a</sup>	Prod. Mínima mensal <sup>b</sup>	CGM <sup>c</sup>	Meta atingida (n)	Meta não atingida (n)	Média Equipamentos <sup>d</sup>	Média C.H. Prof. <sup>e</sup>
<b>1º período</b>							
<b>Tipo I (n= 25)</b>	46,0	80	57,5	2	23	2,6	49,6
<b>Tipo II (n= 16)</b>	56,4	110	51,3	2	14	4,2	52,2
<b>Tipo III (n= 4)</b>	150,5	190	79,2	1	3	7,4	86,0
<b>2º período</b>							
<b>Tipo I (n= 25)</b>	35,2	80	44,0	1	24	2,8	54,7
<b>Tipo II (n= 16)</b>	38,9	110	35,3	-	16	4,2	59,0
<b>Tipo III (n= 4)</b>	81,5	190	42,9	-	4	7,7	79,9

Fonte: elaborado pela autora.

<sup>a</sup> Média encontrada: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

<sup>b</sup> Média recomendada: com base na Portaria GM/MS N°. 1464, de 24 de junho de 2011.

<sup>c</sup> Indicador Cumprimento Global de Metas: razão entre a média encontrada e a média recomendada multiplicado por 100.

<sup>d</sup> Média equipamentos: média mensal de equipamentos odontológicos em uso (CNES).

<sup>e</sup> Média Carga Horária profissional: média mensal de horas ambulatoriais dos profissionais registrados com CBO 223280 (cirurgião-dentista clínico geral) e CBO 223288 (cirurgião-dentista odontologia para pacientes com necessidades especiais).

Constatou-se que no 1º período analisado, dos 45 CEO estudados, apenas cinco atingiram a meta preconizada e os CEO Tipo III apresentaram o maior CGM. Já no 2º período, apenas um CEO do tipo I alcançou o CGM.

## 5 DISCUSSÃO

Neste estudo foi analisado investigar como a pandemia de COVID-19 interferiu na produção de procedimentos odontológicos em Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina. Esse grupo é heterogêneo e inclui, além de pessoas com comprometimento sistêmico de saúde e outras condições que afetam o ciclo da vida – como o envelhecimento -, as PcD (BRASIL, 2018).

O principal achado levantado foi de que a pandemia de COVID-19 interferiu na diminuição da produção de procedimentos odontológicos para Pessoas com Necessidades Especiais nos CEO de Santa Catarina. A redução no número de procedimentos odontológicos realizados no SUS era prevista, tendo em vista as recomendações para os serviços restringirem os atendimentos odontológicos às situações de urgência e emergência, e das orientações quanto à realização de quarentena, distanciamento social e redução de atividades consideradas não essenciais (AQUINO *et al.*, 2020; MATTOS; PORDEUS, 2020).

A redução acentuada nos registros de procedimentos odontológicos nos CEO de Santa Catarina, em março e abril de 2020, coincide com as datas das publicações das orientações dos órgãos oficiais sobre isolamento social e limitação dos serviços de saúde, inclusive os atendimentos odontológicos no SUS. No entanto, Santa Catarina foi o primeiro estado a flexibilizar as restrições e abrir a atividade econômica após pressões do setor (CAPONI, 2020).

Após o aumento no registro de procedimentos, houve redução importante nos meses finais de 2020 e 2021. Estes achados provavelmente estão relacionados às altas nos casos de COVID-19 no estado, causadas pelas variantes Delta e Ômicron, em 2021 e início de 2022, respectivamente (BRASIL, 2022a).

A redução na produção ambulatorial no SUS também tem sido atribuída à dificuldade de acesso e maiores custos dos EPI (LUCENA *et al.*, 2020). O medo de contrair a doença também pode ter influenciado o comportamento dos usuários ao evitar buscar o tratamento para as necessidades odontológicas nos serviços (SARDELLA *et al.*, 2021).

Os achados deste estudo vão ao encontro aos resultados encontrados por Posse *et al.* (2021) que identificaram, de um total de 436 cirurgiões-dentistas, quase

80% dos entrevistados reduziram ou interromperam os tratamentos odontológicos aos pacientes com necessidades especiais devido a pandemia de COVID-19, e 86% deles relataram redução ou fechamento de serviços odontológicos de anestesia geral ou sedação profunda.

O presente estudo não analisou os quantitativos de consultas especializadas nos CEO em virtude da inexistência de códigos de consulta específicos para cada especialidade. O registro das consultas especializadas nos CEO é feito mediante a utilização de dois códigos, um relativo às consultas especializadas eletivas (301010048 - consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada - exceto médico) e outro relacionado ao atendimento de urgências (301060061 - atendimento de urgência em atenção especializada). Assim, não é possível diferenciar as consultas registradas de acordo com as especialidades odontológicas, exceto pelo código de procedimentos, conforme as normativas específicas. No entanto, Cunha *et al.* (2021) ao analisarem a produção odontológica no Sistema Único de Saúde observaram que entre 2019 e 2020 houve declínio de 68,1% nas consultas odontológicas especializadas em decorrência da pandemia de COVID-19.

Considerando as orientações restritivas e que os CEO têm o fluxo de atendimento organizado para atender os pacientes mediante encaminhamento da Atenção Primária à Saúde, era esperado que, com a redução das consultas odontológicas programáticas nas UBS, ocorresse também diminuição importante no acesso aos serviços de média complexidade em saúde bucal.

Evidências nacionais e internacionais apontam que as PcD têm um risco aumentado a piores condições de saúde oral em comparação com a população em geral, e maior dificuldade de acesso aos serviços de que precisam (HADDAD; TAGLE; PASSOS, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2013; WATT *et al.*, 2019). Nesse sentido, tornam-se fundamentais ações de educação, prevenção e de promoção da saúde com a realização de procedimentos odontológicos preventivos, e estímulo à autonomia dos indivíduos/cuidadores na rotina dos cuidados de saúde bucal (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Os resultados deste estudo mostraram que o grupo dos procedimentos preventivos e tratamento periodontal básico apresentaram maior percentual de queda com a pandemia de COVID-19, contribuindo negativamente para o agravamento das condições bucais dessa população e das necessidades de tratamento odontológico não atendidas.

Diversas diretrizes foram publicadas para fornecer orientações sobre o atendimento odontológico durante a pandemia de COVID-19 (BANAKAR *et al.*, 2020; BRASIL, 2020a; SES/SC, 2020). Dentre as orientações mais reiteradas estão a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos e a redução na utilização dos instrumentos rotatórios geradores de aerossóis, com preferência à utilização de instrumentos manuais e técnicas minimamente invasivas (BRASIL, 2020a; FRANCO, CAMARGO; PERES, 2020; GE *et al.* 2020).

Estas orientações parecem ter influenciado a conduta dos cirurgiões-dentistas ao prestar a assistência à saúde bucal das PNE nos CEO analisados neste estudo. Foram identificadas mudanças na proporção dos procedimentos odontológicos registrados após o surgimento da pandemia de COVID-19. O procedimento de raspagem alisamento e polimento supragengivais apresentou o maior percentual de registros entre os procedimentos realizados antes da pandemia. Este procedimento pode ser realizado tanto com equipamentos ultrassônicos quanto instrumentos manuais, no entanto, as evidências indicam que os primeiros geram quantidades muito maiores de aerossóis em comparação com as curetas manuais (FALAHCHAI; BABAEI; HASANZADE, 2020).

Contudo, ainda que o uso de instrumentos manuais seja efetivo, o tratamento é mais demorado, exige mais esforço do profissional e é comumente menos aceito pelos pacientes, por isso a preferência dos profissionais por utilizar os instrumentos rotatórios com maior frequência (YAN *et al.*, 2020; DERDILOPOULOU *et al.*, 2007). Os profissionais dos CEO podem ter levado em conta essas evidências no momento de realizar os tratamentos odontológicos durante a pandemia, uma vez que houve considerável redução no registro de procedimentos do grupo tratamento periodontal básico encontrado neste estudo, tanto em relação às raspagens supragengivais quanto subgengivais.

O aumento na proporção de selamento provisório de cavidade dentária (também conhecido como restauração provisória/temporária), no segundo período analisado, pode estar relacionado também às diretrizes que recomendam a aplicação de técnicas minimamente invasivas durante a crise sanitária.

Os procedimentos minimamente invasivos como Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) permitem o controle da doença cárie com menor produção de aerossóis por meio da utilização de instrumentos manuais para a remoção do tecido cariado e posterior selamento da cavidade dentária com material restaurador

temporário (MASSARA *et al.*, 2014). Esta técnica é especialmente indicada em situações clínicas desafiadoras, como o atendimento de crianças, PNE, hospitalizados e acamados e foi amplamente sugerida durante a crise sanitária de COVID-19 (BORGES-OLIVEIRA; AMARAL, 2020; FRANCO; CAMARGO; PERES, 2020; MASSARA *et al.*, 2014). Destaca-se ainda que, embora o TRA seja amplamente utilizado pelos profissionais do SUS, somente no ano de 2020 foi criado o código específico para este procedimento e apenas recentemente incorporado à produção mínima mensal dos CEO para PNE (BRASIL, 2020b, 2022). É provável que o discreto aumento no número de restaurações de dentes decíduos esteja relacionado aos mesmos fatores.

Evidências apontam que as PNE apresentam piores condições bucais e maior risco a receber tratamentos menos conservadores do que as demais pessoas, com consequente maior perda dentária (ANDERS; DAVIS, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2013; QUEIROZ *et al.*, 2021). A proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos preventivos e curativos era um dos indicadores de avaliação e monitoramento dos serviços especializados de saúde bucal (BRASIL, 2013). Os resultados deste estudo mostraram que proporcionalmente, o número de exodontias de dentes permanentes em PNE apresentou um discreto aumento após a pandemia de COVID-19, no entanto, os resultados encontrados estão dentro dos parâmetros estabelecidos para os municípios, que é de 8% (STEIN *et al.*, 2020).

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos serviços não atingiu a produção mínima mensal de procedimentos odontológicos básicos em PNE no período anterior à pandemia de COVID-19. Embora estudos de avaliação de desempenho identifiquem baixa produtividade nos CEO em diferentes regiões do país, os procedimentos odontológicos básicos para PNE apresentam melhor desempenho na maioria dos serviços (FIGUEIREDO; GOES, 2009; GOES *et al.*, 2012; THOMAZ *et al.*, 2016; NETO *et al.*, 2019, CABRAL *et al.*, 2019). Entretanto, os resultados deste estudo demonstraram que houve produção ambulatorial insatisfatória de procedimentos odontológicos básicos nos serviços especializados no estado de Santa Catarina em 2018 e 2019, com agravamento do indicador CGM após o início da pandemia de COVID-19.

Ainda que os critérios utilizados neste estudo sejam diferentes dos aplicados por Couto *et al.* (2021), que analisaram o desempenho da atenção odontológica especializada para PNE em um CEO de Aracaju, no Sergipe, por meio do registro da

produção mensal de procedimentos odontológicos levando em consideração o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) específico para cirurgiões-dentistas especialistas em PNE, os autores encontraram resultado semelhante ao identificar um desempenho insatisfatório do serviço no indicador CGM. Estudos têm demonstrado que a baixa produção encontrada nos CEO pode estar relacionada às características socioeconômicas desfavoráveis dos municípios e aspectos da organização da assistência à saúde que dificultam o cumprimento das metas estabelecidas (CORTELLAZZI *et al.*, 2014; FIGUEIREDO; GOES, 2009; GOES *et al.*, 2012).

O estado de Santa Catarina apresenta o terceiro maior IDH do país, o que indica ser uma região desenvolvida economicamente e com alto grau de qualidade de vida à população (SILVA *et al.*, 2020). No entanto, o estado apresenta dificuldades relacionadas ao provimento da atenção à saúde bucal na RAS. Ao final de 2020, Santa Catarina contava com uma cobertura populacional da ESF de 78,19% e 50,64% de cobertura populacional por eSB (BRASIL, 2021).

Estudo realizado na Região de Saúde da Grande Florianópolis identificou dificuldades da APS em cumprir as atribuições relativas ao acesso do usuário aos serviços odontológicos, bem como a articulação com outros níveis de atenção, consistindo em fragilidades importantes para a garantia do cuidado em saúde bucal (MELLO *et al.*, 2014).

Um outro aspecto a ser considerado ao desempenho inferior dos CEO em Santa Catarina pode estar relacionado à gestão dos serviços e aos incentivos e recursos financeiros destinados aos serviços especializados. Rossi *et al.* (2021) identificaram redução importante nos investimentos dos serviços especializados odontológicos no SUS a partir de 2017, com mudanças nos repasses financeiros pelo Governo Federal aos estados e municípios. Além disso, os autores identificaram que a produção odontológica dos CEO apresentou acentuado decréscimo a partir de 2018 como reflexo da queda dos indicadores de acesso à saúde bucal na APS e consequente referenciamento à atenção especializada (ROSSI *et al.*, 2019). A baixa demanda, a falta de profissionais especializados e a alta quantidade de procedimentos para produção mínima mensal tem sido apontados como fatores que podem influenciar o baixo desempenho desses estabelecimentos de saúde (THOMAZ *et al.*, 2016).

Ainda, falhas nos registros das informações dos procedimentos realizados nos CEO, erros de digitação e de transmissão das informações para o Ministério da Saúde

também se constituem em fatores que podem influenciar os resultados insatisfatórios obtidos neste estudo (MARQUES *et al.*, 2017).

A dificuldade de acesso ao serviço, com longas filas de espera pode contribuir para altas taxas de abstenção, bem como o fato de que os tratamentos odontológicos em PNE podem demandar várias sessões para a resolução do problema de saúde bucal, levando o usuário a desistir do tratamento (THOMAZ *et al.*, 2016). Importante considerar que barreiras físicas, arquitetônicas, culturais e de comunicação são razões associadas à baixa utilização dos serviços odontológicos por PcD (CONDESSA *et al.*, 2020; ROCHA, SAINTRAIN; VIEIRA-MEYER, 2015).

Ainda que o cumprimento de metas tenha sido inferior ao estabelecido por normativas, os CEO tipo III alcançaram indicador maior em relação aos demais antes da pandemia. Resultados semelhantes foram descritos por Queiroz *et al.* (2021), que identificaram que quanto maior o crescimento das metas do CEO, menor a probabilidade do CEO atingir resultados insatisfatórios. Os achados de Goes *et al.* (2012) vão no mesmo sentido, destacando que os CEO tipo III obtiveram melhores resultados de desempenho e cumprimento das metas. Tal resultado pode estar associado ao maior potencial de recursos humanos e de equipamentos em relação aos demais tipos de CEO. No entanto, os achados aqui apresentados demonstram que a pandemia de COVID-19 parece ter intensificado o desempenho negativo dos serviços em relação ao cumprimento das metas em todos os tipos de estabelecimentos analisados. Dos 45 CEO analisados, apenas um serviço odontológico do tipo I atingiu a média mensal de procedimentos para PNE após o surgimento da emergência sanitária.

Mota e Bousquat (2021) observam que, no Brasil, o termo deficiência é usado para indicar duas situações diferentes: tanto um problema no corpo (*impairment*) como para determinar a interação entre um problema físico com a participação e execução de tarefas (*disability*). Acrescenta-se, ainda, que na Odontologia, o termo necessidades especiais (*special needs*) também é empregado, contribuindo para a confusão conceitual e de entendimento na literatura científica da área. Entretanto, como já mencionado neste estudo, os termos não são sinônimos e representam grupos distintos.

Nesse sentido, Chaves *et al.* (2011) pontuam que os procedimentos odontológicos básicos são típicos da APS e não deveriam ser referenciados à atenção especializada, ou deveriam ser referenciados com cautela. Um estudo identificou que

grande parte dos CEO atendem pessoas com deficiência sensorial ou física sem distúrbio de comportamento, bem como gestantes e bebês sem limitação (CONDESSA et. al, 2020).

Assim, é necessário destacar a necessidade de ações de educação permanente para os profissionais da saúde bucal para maior resolutividade dos problemas bucais desta população na atenção básica (HADDAD; TAGLE; PASSOS, 2016; WILLIAMS; SPANGLER; YUSAF, 2015).

Este estudo demonstrou que a confusão conceitual parece refletir no próprio planejamento e execução das políticas públicas para a pessoa com deficiência. Com a política para adesão dos CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a partir de 2012, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de pactuação de metas mínimas de atendimento *a pessoas com deficiência* que deveriam ser monitoradas por meio de indicadores específicos (BRASIL, 2012b).

No entanto, não foram encontrados documentos ou fontes que identificassem os mecanismos para verificação e monitoramento da produção ambulatorial odontológica específica à pessoa com deficiência nos CEO. Dessa forma, neste estudo optou-se por analisar a produção dos procedimentos odontológicos exclusivos ao grupo de pessoas com necessidades especiais realizados nos CEO, contribuindo para a reflexão sobre a assistência odontológica à esta população.

A inclusão da saúde bucal no Plano Viver Sem Limite se deu a partir da identificação da necessidade de se promover o atendimento odontológico à PcD, e para isso, foi formulada política de financiamento aos serviços odontológicos mediante assinatura de termo de compromisso entre gestores (BRASIL, 2012b). Porém, a despeito da adesão à RCPD, não há garantia de que estes serviços estejam cumprindo com os critérios estabelecidos e promovendo o acesso deste público aos serviços odontológicos especializados.

Essa parece ser uma fragilidade da implementação da Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência já encontrada em outros estudos: a de que a política está no papel, mas não se concretiza na vida real, configurando-se, apesar do tempo decorrido desde a sua instituição, como uma política em construção (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018; MOTA, 2020).

Os resultados encontrados neste estudo são associados tanto às questões específicas da implementação da RCPD, quanto às transformações observadas ao longo dos últimos anos na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

No período de 2002 a 2010, a PNSB apresentou avanços importantes na medida em que proporcionou maior acesso da população aos serviços de saúde bucal por meio da implementação das eSB na ESF nos municípios brasileiros, uma das principais medidas de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004; CORRÊA; CELESTE, 2015). Entre outras linhas de ação, houve maior acesso à água fluoretada, importante medida coletiva de prevenção à cárie que tem sido associada à redução da prevalência de cárie no Brasil em crianças de 12 anos de idade, observada no último levantamento epidemiológico em 2010 (AGNELLI, 2015; NARVAI *et al.*, 2014).

No entanto, de acordo com Narvai (2020), o aporte de recursos financeiros para a PNSB foi consideravelmente reduzido após a destituição de Dilma Roussef, em 2016, atingindo em 2018 valores inferiores à média do período 1998-2002, anterior à criação do “Brasil Sorridente”.

Com a eleição de um presidente de um partido de extrema-direita em 2018, propostas de políticas neoliberais com privatizações de empresas estatais e retração do orçamento para políticas sociais agravaram a situação de desmonte das políticas públicas no país, como a RCPD e a PNSB (CARNEIRO, BOUSQUAT; FRAZÃO, 2022).

Considerando as desigualdades preexistentes e o contexto político-social brasileiro até o início de 2020, a pandemia de COVID-19 parece ter agravado as barreiras de acesso aos cuidados odontológicos para as PNE. A redução significativa de procedimentos de saúde, associada à crise econômica e social com aumento do desemprego e menor renda das famílias tendem a um cenário de agravamento de uma situação que já era desfavorável, especialmente aos mais vulneráveis (LUCENA *et al.*, 2020; CUNHA *et al.*, 2021; CHISINI *et al.*, 2021).

Os efeitos da pandemia nos serviços de saúde bucal para PNE exigirão esforços e recursos financeiros para a sua reorganização. A revisão dos protocolos dos CEO, com critérios mais específicos de referenciamento, da pactuação de metas e da capacidade dos sistemas de informação de fornecerem dados específicos sobre o atendimento odontológico às PcD são necessários para a melhoria da qualidade do acesso aos cuidados em saúde bucal. Mais pesquisas que investiguem essa temática são necessárias, tendo em vista a escassa literatura sobre o tema.

As fragilidades deste estudo estão relacionadas ao uso de dados secundários, sujeitos a erros de registro das informações que podem estar sub ou super- relatadas, além da utilização da produção por meio de uma proxy.

## 6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo permite concluir que a pandemia de COVID-19 causou a redução na produção odontológica especializada para as PNE nos CEO do estado de Santa Catarina. A maioria dos procedimentos apresentaram redução no período estudado, sobretudo os procedimentos preventivos e tratamento periodontal básico, em todos os tipos de estabelecimentos.

A análise do cumprimento de metas evidenciou que a maioria dos CEO apresentou dificuldades para alcançar a produção mínima mensal de procedimentos básicos mesmo antes do surgimento da emergência sanitária, em um período sem restrições ou bloqueios. A pandemia de COVID-19 parece ter agravado a situação desfavorável pré-existente às PNE no acesso aos cuidados de saúde bucal.

O poder público deve estar atento às novas emergências sanitárias que porventura ocorram, buscando a pronta resposta do Sistema de Saúde. A população precisa ter seus direitos constitucionais garantidos, e proteção ao acesso à atenção em saúde bucal e serviços odontológicos, em especial os mais vulneráveis (com vistas a equidade), tendo a sua disposição tanto cuidados preventivos quanto reabilitadores.

## REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, M. B. Specialist envy: Is special care dentistry a dental specialty or a dental special interest group? **Special Care in Dentistry**, v. 36, n. 1, p. 3–6, 2016.
- AGNELLI, P. B. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 72, n. 1/2, p. 10–15, 2015.
- ALVES, N. S. *et al.* Analysis of clinical, demographic, socioeconomic, and psychosocial determinants of quality of life of persons with intellectual disability: a cross-sectional Study. **Special Care in Dentistry**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. 307–314, 2016.
- ANDERS, P. L.; DAVIS, E. L. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. **Special Care in Dentistry**, v. 30, n. 3, p. 110–117, 2010.
- ARANHA, M. F. S. Projeto Escola Viva: garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola - necessidades educacionais especiais dos alunos. Brasília, Ministério da Educação, 2005.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, p. 2423–2446, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?lang=pt#>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- BANAKAR, M. *et al.* COVID-19 transmission risk and protective protocols in dentistry: A systematic review. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, 2020.
- BAVARESCO, Caren Serra *et al.* Impact of teleconsultations on the conduct of oral health teams in the Telehealth Brazil Networks Programme. **Brazilian Oral Research**, v. 34, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0011>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- BORGES-OLIVEIRA, A. C.; AMARAL, L. D. **Diretrizes do Atendimento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais em tempos da COVID-19**, 2020.
- BOUSQUAT, A. **Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar**. Projeto de Pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Chamada MS-SCTIE-DECIT/CNPQ nº 35/2018, 2018.
- BRASIL. Decreto Legislativo Nº 186, de 09 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_d\\_e\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_d_e_saude_bucal.pdf)>
- BRASIL. Portaria Nº. 4. 279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências., 2011.

BRASIL. Portaria N° 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012a

BRASIL. Portaria N°. 1.341, de 13 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. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Instrutivo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. 1ª Edição ed. Brasília. Editora MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. 1ª Edição ed. Brasília - DF: Editora MS, 2019.

BRASIL. Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. COVID-19 E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO SUS. n. 5, p. 6, 2020a.

BRASIL. Nota Técnica Nº. 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo corona\*vírus (SARS-CoV-2). 2020b Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28> Acesso em: 27 jul 2022.

BRASIL. Portaria N° 526, de 24 de junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. p. 1–52, 2020c.

BRASIL. Coordenação-Geral de Saúde bucal do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGSb/Desf/Saps) Guia de Orientações para Atenção Odontológica no contexto da COVID-19. 86p, Brasília, 2020d. Disponível em <http://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-orientacoes-para-atencao-odontologica-no-contexto-da-covid-19> Acesso em 31 jul 2022.

BRASIL. Painel Coronavírus. 2022a Disponível em <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 31 jul 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei N°. 13.146/2015 Institui a Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015.

BRASIL. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. 1ª Edição ed. Brasília: Editora MS, 2018.

BRASIL. Portaria N° 43, de 7 de Fevereiro de 2022. Inclui atributo complementar em procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). 2p, 2022b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei N° 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Portaria n° 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Lei N°. 8.080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria N° 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria n° 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022.

CALDAS JR., A.F.; MACHIAVELLI, J. L. **Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência - Introdução ao Estudo**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2013.

CAPONI, S. Covid-19 em Santa Catarina: um triste experimento populacional. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]**. 2021, v. 28, n. 2, pp. 593-598 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000004>>. Acesso em 25 out 2022.

CARNEIRO, J. D. B.; BOUSQUAT, A. E. M.; FRAZÃO, P. Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo de Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 14, 2022.

CARVALHO, A.L.B.; ROCHA, E.; SAMPAIO, R. F.; OUVENERY, A. L. M. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? **Saúde em Debate**, v. 46, n. 1, p. 62-77, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dXLbmGC4sJnJNpFV6XyHJ4n/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

CENCI, M.S. *et al.* Guia Interino para Triagem de Urgências e Emergências Odontológicas. Tradução e Adaptação do Guia da American Dental Association – ADA. UFPEL, 2020. Disponível em:

<https://wp.ufpel.edu.br/godec/files/2020/05/Guia-2-final-GODec.pdf>. Acesso em 31. jul. 2022

CEVIK, M.; BAMFORD, C. G. G.; HO, A. COVID-19 pandemicda focused review for clinicians. **Clinical Microbiology and Infection journal**, v. 26, n. January, p. 842–847, 2020.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 143–154, 2011.

CHISINI, L. A.; COSTA, F. S.; SARTORI, L. R. M.; CORRÊA, M. B.; D'AVILA, O. P.; DEMARCO, F. F.. COVID-19 Pandemic impact on Brazil's Public Dental System. **Brazilian Oral Research**, [S.L.], v. 35, p. 1-11, 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0082>.

CONDESSA, A. M. *et al.* Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2018154, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO 22 de 27 de dezembro de 2001. Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95. Disponível em <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2001/22> Acesso em 15 set 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. O que são urgências e emergências odontológicas? mar 2020a. Disponível em <http://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf> Acesso em 30 jul 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO 226 de 04 de junho de 2020. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. 3p. 2020b. Disponível em <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLUÇÃO/SEC/2020/226> Acesso em 30 jul 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Profissionais e entidades cadastradas. Disponível em <https://website.cfo.org.br/profissionais-cadastrados/> Acesso em 12 ago 2022.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros , 1999 e 2011 Association between coverage by oral health teams in the family health and the increase in dental care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2588–2598, 2015.

CORTELLAZZI, K. L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v. 4, n. January, p. 978–988, 2014.

CRUZ-FIERRO, Norma *et al.* COVID-19: the impact on oral health care. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 8, p. 3005-3012, ago. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022278.03522021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WKKts9RG6ZZc4b9qFLZmQ7K/?lang=en>. Acesso em: 6 ago. 2022.

CUNHA, A. R. D. *et al.* The impact of the covid-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the brazilian unified health system: A syndemic perspective. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

DERDILOPOULOU, F.V.; NONHOFF, J.; NEUMANN, K.; KIELBASSA, A.M. Microbiological findings after periodontal therapy using currettes, Er:YAG laser, sonic, and ultrasonic scalers. **J Clin Periodontol.**, v. 34, n. 7, p. 588-98. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.01093.x.

DINIZ, D. O que é deficiência. 1ª edição. 89p. Editora Brasiliense. São Paulo, 2007a.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 10 pp. 2507-2510, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000025>>. Acesso em 7 set 2021

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 455–467, 2018.

DZIEDZIC, A. Special care dentistry and covid-19 outbreak: What lesson should we learn? **Dentistry Journal**, v. 8, n. 2, p. 10–12, 2020.

ESTEVES, M. G.; MENDES, S.; BERNARDO, M. Estado de saúde oral duma população institucionalizada com deficiência profunda. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac** [s. l.], v. 8, p. 3–9, 2017.

FALAHCHAI, M.; BABAEE, H. Y.; HASANZADE, M. Dental care management during the COVID-19 outbreak. *Spec Care Dentist*, n 40, v 6, p. 539-548, 2020. doi:10.1111/scd.12523

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. DE. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 259–267, 2009.

FRANCO, J. B.; CAMARGO, A. R. DE; PERES, M. P. S. DE M. Cuidados Odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. **Rev Assoc Cir Dent**, v. 74, n. 1, p. 18–21, 2020.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10 pp. 3061-3070, 2016.

GE, Z.Y., YANG, L. M.; XIA, J. J., FU, XH; ZHANG, Y. Z. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. **J Zhejiang Univ Sci B**. v.21, n 5, p. 539-548, 2020.

GOES, P. S. A. DE *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: Uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. SUPPL, p. 81–89, 2012.

GUGEL, M. A. Pessoas com Deficiência e sua relação com a história da humanidade. 2007. Disponível em [https://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD\\_Historia.php](https://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php) Acesso em 13 jul 2022.

HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. DE A. B. Momento atual da odontologia para pessoas com deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v. 70, n. 2, p. 132–140, 2016.

HOUVESSOU, G.M.; SOUZA, T.P.; SILVEIRA, M.F. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. 2021, vol.30, n.1, e2020513. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100025>. Acesso em 25 jul 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Nota técnica 01/2018: Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. **Censo Demográfico 2010: Notas Técnicas**, p. 8, 2018. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e estados. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc.html> Acesso em 16 set 2022.

LEE, Jae-young *et al.* Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea : A propensity score matching analysis. [s. l.], v. 09, n. Md, p. 1–12, 2019.

LUCENA, E. H. G. *et al.* Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada**, v. 20, 2020.

MANDASARI, M. *et al.* Special care dentistry perception among dentists in Jakarta: An online survey study. **PLoS ONE**, v. 16, n. 4, p. 1–12, 2021.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259–281, 2017.

MARQUES, P. L. P. *et al.* Análise de desempenhos de Centro de Especialidade Odontológicas Regional no Ceará, Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, 2017.

MATTOS, F. F.; PORDEUS, I. A. COVID-19 : a new turning point for dental practice Transformative effects of pandemics on the history of settings. **Community Dental Health**, v. 34, p. 1–8, 2020.

MELLO, A. L. S. F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205–214, 2014.

Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2010, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> Acesso em 15 set 2022.

- MENDES, V. L. F. Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. **Divulgação em Saúde para Debate**, n 52, p. 146-152, 2014.
- MENG, L.; HUA, F.; BIAN, Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): emerging and future challenges for dental and oral medicine. **Journal Of Dental Research**, [S.L.], v. 99, n. 5, p. 481-487, 12 mar. 2020. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0022034520914246>. Acesso em: 27 jul. 2022.
- MORAES, R. R. *et al.* COVID-19 challenges to dentistry in the new pandemic epicenter: Brazil. **PLoS ONE**, v. 15, n. 11 November, p. 1–15, 2020.
- MOTA, P.H.S. **Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado.** 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. doi:10.11606/T.6.2020.tde-11032020-132928
- MOTA, P.H.S.; BOUSQUAT, A. palavras, modelos e exclusão. **Saúde em Debate [online]**. 2021, v. 45, n. 130, pp. 847-860. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113021>>. Acesso em 10 ago 2022
- NADANOVSKY, P.; SANTOS, A.P.P. Estratégias para lidar com a pandemia do COVID-19. **Pesquisa Oral Brasileira [online]**, v. 34, e068, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0068>>. Acesso em 25 jul 2022.
- NARVAI, P. C. *et al.* Fluoretação da água em capitais brasileiras no início do século XXI: a efetividade em questão. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 562–571, 2014.
- NARVAI, P. C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional De Saúde Bucal em meados do Século XXI. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 175–187, 2020.
- NEPOMUCENO, M.F. Apropriação no Brasil dos estudos sobre deficiência: uma análise sobre o modelo social. Tese de Doutorado.156p. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte 2019.
- NETO, B. C. B., SANTOS, J. L. A., PIMENTA, R. M. C, SANTOS, L. P. S. Desempenho dos serviços de especialidades odontológicas da Macrorregião de Saúde Leste da Bahia. **Revista Saúde.Com**, v. 15, n 1, p. 1377-1384, 2019.
- NOGUEIRA, G. C. *et al.* Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3131–3142, 2016.
- OLIVEIRA, J. S. *et al.* Intellectual disability and impact on oral health: A paired study. **Special Care in Dentistry**, v. 33, n. 6, p. 262–268, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 22 jul. 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 22 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Considerações sobre pessoas com deficiência durante o surto de COVID-19, p.1-16, 2020c. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52063> Acesso em 30 jul 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Doença do coronavírus. Recomendações para o público. 2020d. Disponível em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> Acesso em 25 jul 22

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra, 2013.

PENG, Xian *et al.* Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **International Journal Of Oral Science**, v. 12, n. 1, p. 1-6, 3 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>. Acesso em: 30 jul. 2022

PEREIRA, R. Diversidade funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. História, ciência e saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 715-728, jul./set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000300009>. Acesso em: 7 dez. 2021.

PEREIRA, J. A.; SARAIVA, J.M. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social/ *The social historical trajectory of persons with disabilities: from exclusion to social inclusion*. **Ser Social**. Brasília, p. 168-185, jan.-jun., 2017.

PEREIRA, L. J.; PEREIRA, C. V.; MURATA, R. M.; PARDI, V.; DOURADO, S. M. P. Biological and Social Aspects of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Related to Oral Health. **Brazilian Oral Research**, v. 34, e041. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0041> Acesso em 25 jul. 2022

PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249–260, 2019.

PHADRAIG, C. M. G. *et al.* The impact of COVID-19 on access to dental care for people with disabilities: A global survey during the COVID-19 first wave lockdown. **Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 26, n. 6, p. e770–e777, 2021.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. 107 p. 2018

PORTUONDO SAO, Miriam. Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 30, n. 4, dic. 2004. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400006&lng=es&nrm=iso). Acesso em 05 set 2022.

POSSE, J. L. *et al.* The impact of the first wave of the covid-19 pandemic on providing special care dentistry: A survey for dentists. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 1–12, 2021.

QUEEN, A. N. Evidence-based Dentistry and Its Role in Caring for Special Needs Patients. **Dental Clinics of North America**, v. 60, n. 3, p. 605–611, 2016.

QUEIROZ, R. C. DE S. *et al.* Oral health care for people with disabilities in Brazil: Transition from the specialized dental services between 2014 and 2018. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 48–57, 2022.

ROCHA, L. L.; SAINTRAIN, M. V. DE L.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Access to dental public services by disabled persons. **BMC Oral Health**, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2015.

ROSA, Saulo V. *et al.* Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. **International Journal of Dentistry**, [s. l.], v. 2020, 2020.

ROSSI, T. R. A. *et al.* Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427–4436, 2019.

SANTOS, J. V. DO N. *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 nos procedimentos odontológicos de exodontias no Brasil / Impact of the COVID-19 pandemic on dental extraction procedures in Brazil. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 113318–113332, 2021.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. (ed.). Redes no SUS: marco legal. In: SILVA, Silvio Fernandes da (org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2ª ed. Campinas: Saberes, 2013. Cap. 2. p. 22-34.

SARDELLA, A. *et al.* Who's afraid of the big bad wolf? The experience of an Oral Medicine Unit in the time of Corona-Virus. **Oral Diseases**, v. 27, n. S3, p. 766–767, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, ESTADO DE SANTA CATARINA. Nota Técnica Conjunta nº. 017/2020 – DIVS/SUV/SES/SC e CRO/SC. Recomendações a respeito dos atendimentos odontológicos prestados à população. 2020a Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NotaTecnicaConjunta-017-2020-DIVS-SUV-SES-SC-CRO-SC.pdf> Acesso em 31 jul 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, ESTADO DE SANTA CATARINA. Nota Técnica Conjunta nº 014/2020 – DAPS/DIVS/DIVE/SES/COSEMS/SC. Recomendações ao atendimento odontológico no SUS em Santa Catarina. 2020b Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NotaTecnicaConjunta014-2020-daps-divs-dive-ses-cosems.pdf> Acesso em 31 jul 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Deliberação CIB/054/CIB/2019 - Retificada, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado em Saúde Bucal**. 79 p. Florianópolis, 2022.

SIMMS, A.; FEAR, N. T.; GREENBERG, N. The impact of having inadequate safety equipment on mental health. **Occupational Medicine**, Londres, v. 70, n. 4, p. 278-281, 25 maio 2020. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqaa101>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7313819/>. Acesso em: 6 ago. 2022.

SILVA, L.L.S. *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. 9, e00185020, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185020>. Acesso em 25 jul 2022.

SILVA, O. M. *A epopéia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje*. São Paulo: Cedas, 1987.

- SINJARI, B. *et al.* The Impact of COVID-19 Related Lockdown on Dental Practice in Central Italy — Outcomes of A Survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 16, p. 5780–5796, 2020.
- STEIN, C. *et al.* Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil Presence of Specialized Dentistry Centers and the relationship with dental extractions in the oral healthcare netw. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1–10, 2020.
- THOMAZ, E. B. A. F. *et al.* Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 4, p. 807–818, 2016.
- TUÑAS, I.T.C. *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19): one preventive approach to dentistry. **Revista Brasileira de Odontologia**, [S.L.], v. 77, p. 1, 17 mar. 2020. Associação Brasileira de Odontologia Rio de Janeiro (ABORJ). Disponível em <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v77.2020.e1776> Acesso em 01 ago 2022.
- VAN DOREMALEN, Neeltje *et al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 382, n. 16, p. 1564-1567, 16 abr. 2020. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmc2004973>. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2004973>. Acesso em: 02 ago. 2022.
- VITTORATI, L. D. S.; HERNANDEZ, M. D. C. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: como “invisíveis” conquistaram seu espaço. **Revista de Direito Internacional**, v. 11, n. 1, 2014.
- WARD, L. M. *et al.* Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 63, n. 11, p. 1359–1378, 2019.
- WATT, R. G. *et al.* Ending the neglect of global oral health: time for radical action. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 261–272, 2019.
- WHO. World report on disability. **Disability and rehabilitation**, Genebra, v. 33, n. 17–18, p. 1491, 2011.
- WILLIAMS, J. J.; SPANGLER, C. C.; YUSAF, N. K. Barriers to dental care access for patients with special needs in an affluent metropolitan community. **Special Care in Dentistry**, v. 35, n. 4, p. 190–196, 2015.
- WILSON, N. J. *et al.* Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: A scoping literature review. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1–16, 2019.
- WU, Y.; CHEN, C.; CHAN, C. The outbreak of COVID-19: an overview. **Journal Of The Chinese Medical Association**, [S.L.], v. 83, n. 3, p. 217-220, mar. 2020.
- YAN, Y.; WANG, X.E.; ZHAN, Y.L, MIAO, L.L., HAN, Y.; ZHANG, C.R., YUE, Z.G.; HU, W.J.; HOU, J.X. Clinical outcomes of ultrasonic subgingival debridement combined with manual root planing in severe periodontitis. **Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban**, v. 52, n. 1, p.64-70, 2020. doi: 10.19723/j.issn.1671-167X.2020.01.010.

## APÊNDICE A – RESUMO EXECUTIVO

### **A INTERFERÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19 NA PRODUÇÃO ODONTOLÓGICA AMBULATORIAL PARA PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE SANTA CATARINA**

A pandemia de COVID-19 provocou mudanças na prática profissional em Odontologia, exigindo novas estratégias para a reorganização do cuidado em saúde bucal. Os impactos da emergência sanitária têm afetado os serviços odontológicos e trazendo consequências severas para as populações mais vulneráveis, como as pessoas com deficiência.

Este estudo teve por objetivo investigar a interferência da pandemia de COVID-19 na produção de procedimentos odontológicos em Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Santa Catarina. Foi realizada pesquisa descritiva com abordagem quantitativa por meio da análise comparativa dos registros de procedimentos odontológicos básicos dos dois anos anteriores à pandemia de COVID-19 (março de 2018 a fevereiro de 2020) e dos primeiros dois anos da pandemia (março de 2020 a fevereiro de 2022), através dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de documentos oficiais locais.

Os resultados deste estudo demonstraram que os procedimentos básicos para as Pessoas com Necessidades Especiais reduziram em 38,4% comparando os períodos analisados. A maioria dos procedimentos apresentaram redução importante no período estudado, sobretudo os procedimentos preventivos e tratamento periodontal básico, em todos os tipos de estabelecimentos. A análise do cumprimento de metas mostrou que grande parte dos Centros de Especialidades Odontológicas não estavam cumprindo a produção mínima mensal no período anterior à pandemia de COVID-19. Este estudo demonstrou que a confusão entre os conceitos de Pessoa com Deficiência (PcD) e Pessoa com Necessidades Especiais (PNE) parece refletir no planejamento e execução das políticas públicas.

A maioria dos CEO do estado aderiram à política da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), assumindo o compromisso de pactuação de metas mínimas de atendimento a pessoas com deficiência que deveriam ser monitoradas

por meio de indicadores específicos. Porém, a despeito da adesão à RCPD, não há garantia de que estes serviços estejam cumprindo com os critérios estabelecidos e promovendo o acesso deste público aos serviços odontológicos especializados, pois não foram encontrados indicadores/ferramentas para verificação e monitoramento da produção ambulatorial odontológica específica à pessoa com deficiência nos CEO.

Dessa forma, na impossibilidade de se obter a produção odontológica ambulatorial para PcD nos CEO do estado de Santa Catarina, neste estudo optou-se por analisar a produção dos procedimentos odontológicos exclusivos ao grupo de PNE, contribuindo para a reflexão sobre a assistência odontológica à PcD. Assim, sugere-se que os sistemas de informação utilizados pelos serviços odontológicos no SUS disponham de mecanismos para a identificação da produção odontológica destinada à PcD, e que sejam lançados do nível local às bases de dados públicas oficiais para fins de monitoramento e avaliação. No mesmo sentido, sugere-se a criação de códigos de consulta por especialidade odontológica para auxiliar na identificação, análise e monitoramento da produção ambulatorial odontológica, facilitando a obtenção dos dados secundários em estudos científicos.

Destaca-se, também, a necessidade de os gestores oportunizarem ações de educação permanente relativas ao tema para os profissionais da saúde bucal em todos os níveis de atenção para maior resolutividade dos problemas bucais desta população.

Por fim, os efeitos da pandemia nos serviços de saúde bucal para PNE exigirão esforços e recursos financeiros para a sua reorganização. A revisão dos protocolos dos CEO, com critérios mais específicos de referenciamento, a revisão da pactuação de metas e reajuste dos incentivos financeiros são necessários para a melhoria da qualidade do acesso aos cuidados em saúde bucal. O poder público deve estar atento às novas emergências sanitárias que porventura ocorram, buscando a pronta resposta do Sistema de Saúde. A população precisa ter seus direitos constitucionais garantidos, e proteção do acesso à atenção em saúde bucal e aos serviços odontológicos, em especial os mais vulneráveis (com vistas a equidade), tendo a sua disposição tanto cuidados preventivos quanto reabilitadores.