

Panorama nacional de acessibilidade e perfil dos pacientes com necessidades especiais via PMAQ-CEO

National panorama of accessibility and profile of special needs patients via PMAQ-CEO

Panorama nacional de accesibilidad y perfil de los pacientes con necesidades especiales via PMAQ-CEO

Recebido: 02/01/2023 | Revisado: 14/01/2023 | Aceitado: 16/01/2023 | Publicado: 18/01/2023

Daniela Brehm Wurzel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1286-5215>
Universidade Luterana do Brasil, Brasil
E-mail: daniela.wurzel@gmail.com

Diógenes Dias Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3806-7684>
Universidade Luterana do Brasil, Brasil
E-mail: diogenes@rede.ulbra.br

Míria Elisabete Bairros de Camargo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3173-7681>
Universidade Luterana do Brasil, Brasil
E-mail: miria.camargo@ulbra.br

Caren Serra Bavaresco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0730-3632>
Universidade Luterana do Brasil, Brasil
E-mail: caren.bavaresco@ulbra.br

Flávio Renato Reis de Moura

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1725-2370>
Universidade Luterana do Brasil, Brasil
E-mail: flavio.moura@ulbra.br

Resumo

O objetivo do estudo foi verificar nas macrorregiões brasileiras a acessibilidade no estabelecimento e o perfil dos Pacientes com Necessidades Especiais (PNE's) com garantia de atendimento nos Centros de Especialidades Odontológica (CEOs). O estudo foi descritivo, a coleta de dados foi realizada na base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO) 2º ciclo e foi organizado no Excel® um banco de dados com as variáveis de interesse. Foi encontrado que mais de 80% dos CEOs possuem características de acessibilidade, 90% dos CEOs da macrorregião sudeste garantem acesso aos PNE's com movimentos involuntários, 60% dos CEOs da macrorregião norte agendam os PNE's em até 15 dias, a nordeste (50,4%) apresentou maior percentual de CEOs com carga horária de 20-39 horas direcionadas ao atendimento de PNE's e a centro-oeste demonstrou maior percentual (77,2%) de encaminhamento de PNE's para atenção hospitalar (média de 1 a 2 pacientes/ano). Com relação perfil dos PNE's, os CEOs das macrorregiões sudeste (89%) e sul (82%) se destacaram, garantindo atendimentos aos pacientes com movimentos involuntários e para pacientes com deficiência visual ou auditiva, de fala ou física sem distúrbios de comportamento, respectivamente. Conclui-se que a acessibilidade aos PNE's está sendo garantida pela maioria dos CEOs em todas as macrorregiões brasileira e a sudeste proporciona maior acesso aos pacientes com perfil de movimento involuntários e a sul para aqueles com deficiência auditiva, visual, na fala ou física. Os investimentos públicos estão sendo bem utilizados nos CEOs quanto a acessibilidade e perfil dos PNE's.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Pessoas com deficiências; Saúde bucal; Atenção secundária à saúde.

Abstract

This study aimed to verify in the Brazilian macro-regions the accessibility in the establishment and the profile of Special Needs Patients (SNPs) with guaranteed care in the Specialized Dental Care Center- SDCC. The study was descriptive, the data was collected from 2nd phase of the National Program form Improving the Access and Quality of SDCC (PMAQ-CEO, in Portuguese) database and it was organized in Excel® a database with interest variables. It was found that more than 80% of CEOs have accessibility features, 90% of the CEOs of the Southeast macro-region guarantee access SNPs with involuntary movements, 60% of the CEOs of the North macro-region scheduled the SNPs until 15 days, the Northeast (50,4%) showed greater percent CEOs with a workload of 20-39 hours to care to SNPs and Center-west showed greater percent (77,2%) of referral of SNPs to hospital care (media 1-2 patients/year). Relationship to SNPs' profile and in highlight, the CEOs of the Southeast (89%) and South (82%) macro-regions

guaranteed care to patients with involuntary movements and patients with visual or hearing impairment, of speech or physical without behavioral disorders, respectively. In conclusion, the accessibility to SNPs is being guaranteed by a majority of the CEOs in all the Brazilian macro-regions and the Southeast macro-region provides greater access to patients with profile involuntary movements and South to those with visual, hearing, speech, or physical disability. Public financial investments are being well used by the CEOs regarding the accessibility and profile of the SNPs.

Keywords: Health services accessibility; Disabled persons; Oral health; Secondary care.

Resumen

El objetivo del estudio fue verificar en los macrorregiones brasileñas la accesibilidad en lo establecimiento y el perfil de los Pacientes con Necesidades Especiales (PNE's) con garantía del atendimento en los Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). El estudio fue descriptivo, la coleta de los datos fue realizada en la base de los datos do Programa Nacional del Melhoría del Acceso y de la Cualidad (PMAQCEO) 2º ciclo y fue organizado en lo Excel® uno banco de dados con las variables del interesse. Fue encontrado que más del 80% de los CEOs tener características del accesibilidad, 90% de los CEOs de la macrorregión sudeste garanten acceso a los PNE's con movimientos involuntarios, 60% de los CEOs de la macrorregión norte programan los atendimientos para os PNE's en até 15 días, la nordeste (50,4%) presento mayor porcentual del CEOs con carga horaria de 20-39 horas direccionadas a los atendimientos del PNE's y la centro-oeste demostró mayor porcentual (77,2%) de encaminamientos del PNE's para atención Hospitalar (media del 1 a 2 pacientes/año). Con relación a lo perfil de los PNE's, los CEOs de los macrorregiones sudestes (89%) e sur (82%) se destacarán, garantiendo atendimientos a los pacientes con movimientos involuntario, respectivamente. Se concluye que la accesibilidad a los PNE's está siendo garantida por la mayoría de los CEOs en todos los macrorregiones brasileños y la sudeste proporciona mayor acceso a los pacientes con perfil de los movimientos involuntarios y la sur para aquellos con deficiencia auditiva, visual, en la fala o física.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud; Personas con discapacidad; Salud bucal; Atención secundaria de salud.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, onde foi legislado, que é dever do Estado garantir a saúde para população. Somente nos anos 2000, foi concebida a Política de Saúde Bucal - o “Brasil Sorridente” com objetivos de ampliar a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) e qualificar a Atenção Secundária (AS) (Foratori-Junior & Pucca Junior, 2021). Assim, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), definidos como Clínicas Especializadas que garantem o atendimento a pacientes com necessidades especiais entre outros, sendo essa uma das especialidades mínimas para sua implementação. Destaca-se que os CEOs não constituem um centro de especialistas e sim de especialidades. Logo, não é obrigatório contar com cirurgião-dentista especialista para atendimento dos PNE's (Brasil, 2017).

As razões para um paciente ser classificado como “Paciente com Necessidades Especiais” (PNE's), vão desde portar doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que podem ocorrer durante a vida (Freire, 2011). Facilitar a acessibilidade é uma questão fundamental que os profissionais da saúde e de escolas tanto de iniciativas do governo quanto da sociedade privada devem considerar como forma de inclusão das pessoas com deficiências, de modo a prestar um atendimento de qualidade (Milbrath, et al., 2009).

No Brasil estimasse que aproximadamente 14,5% da sua população tenha algum tipo de necessidade especial. Logo, é de grande importância contar com cirurgiões-dentistas aptos para atender essa parcela da população, sendo que durante a graduação pouco é abordado o assunto, deixando muitos profissionais inseguros para o atendimento (Gonçalves, 2012).

Com a finalidade de garantir atendimento integral a essa parcela significativa da população com deficiência foram tomadas algumas medidas: primeiramente foi criada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) que serve para garantir a inclusão social dos PNE'S em todos seguimentos da sociedade (Brasil, 2015b). Na sequência foi instituído o Plano Viver sem Limite (Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011) onde consta o aumento em 20% no financiamento do SUS para os CEOs (Fae, 2001). Ainda foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) que permite o município receber um adicional de incentivo, para tanto deverá disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo aos PNE's (Portaria Ministerial nº 1.341 de 29/06/2012).

Em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) com o objetivo de garantir ampliar o acesso e melhoria da qualidade dos CEOs. No mesmo ano, foi realizado um levantamento através dos dados secundários disponíveis pelo programa e foi constatado que apenas 30,4% dos CEOs tinham acessibilidade física referente ao perfil dos usuários PNE's, a maioria que acessava o serviço apresentava distúrbios de comportamento (92,8%), deficiência sensorial ou física (90,0%) e a minoria foram as gestantes e bebês sem limitação (69,9%) (Condessa, et al., 2020).

Com a política Brasil Sorridente, aconteceram avanços da atenção odontológica para os PNE's, no entanto ainda existem lacunas na literatura sobre acessibilidade física e perfil com garantia de atendimento desses pacientes dentro da rede de cuidados da saúde bucal em nível secundário. Logo, é fundamental verificar como PMAQ-CEO contemplou a avaliação da melhora do acesso físico e qualidade da atenção de saúde bucal aos diferentes perfis de PNE's. Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar nas macrorregiões brasileiras a acessibilidade no estabelecimento e o perfil dos PNE's com garantia de atendimento nos CEOs.

2. Metodologia

Caracterização do estudo

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) tem como objetivos incentivar o processo de avaliação da gestão e dos serviços ofertados no SUS. Além disso, ocorre um acréscimo de financiamento federal as unidades que demonstrarem, ao final de processo de avaliação, melhores indicadores de acesso e qualidade. Neste contexto, os Centros de Especialidades Odontológicas foram inseridos. A adesão dos CEOs ao programa, depende da vontade política de cada gestor municipal. Além do que, a adesão estará vinculada a uma série de pré-requisitos como a contratualização de indicadores e participação de uma avaliação externa.

Já foram realizados dois ciclos do PMAQ-CEO. O primeiro ciclo teve seus resultados publicados em 2016 e o segundo em 2018. Seguindo uma estrutura muito similar ao primeiro, o segundo ciclo do PAMAQ-CEO, foi planejado em três Fases Estruturantes e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. A Fase 1 foi de Adesão e Contratualização/recontratualização para os CEOs que não haviam aderido ou não participaram do primeiro ciclo e a recontratualização para os participantes do primeiro ciclo. A Fase 2, foi de Certificação onde foi realizada a avaliação externa por Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). Por fim, a Fase 3 foi a de recontratualização com a institucionalização do processo de avaliação e implantação de novos indicadores. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento foi composto por cinco dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal.

Destacam-se entre os desafios do PMAQ-CEO qualificar a Atenção Especializada em Saúde Bucal analisando a qualidade da estrutura física, a insuficiência de instrumentais e equipamentos nas unidades, grande demanda acumulada e ausência de protocolos de referência e contrarreferência, entre outros (Brasil, 2013).

Delineamento e coleta de dados

O estudo foi do tipo descritivo e foram coletados dados secundários disponíveis no site <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/>, durante o mês de agosto de 2022. Os dados primários foram obtidos durante a realização da Fase 2 de Certificação e na etapa da Avaliação Externa durante o segundo ciclo do PAMAQ-CEO, realizado em 2018. Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) usaram um instrumento específico contendo cinco dimensões: Dimensão I - Gestão Municipal/Estadual para o Desenvolvimento dos CEOs; Dimensão II - Estrutura e Condições de Funcionamento; Dimensão III - Valorização do Trabalhador; Dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de

Trabalho; Dimensão V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário. A partir das dimensões, foi desenvolvido o Instrumento de Avaliação Externa para coleta de dados primários que gerou um extenso banco de dados com acesso público.

O banco de dados foi composto por três módulos e, a partir deles, foram determinadas as variáveis relacionadas ao desfecho do presente estudo. O primeiro módulo, relacionado à Observação no CEO, foram elencadas as variáveis: a carga horária semanal dos cirurgiões-dentistas que atuam na especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais – em número de horas (I.2.6.4), acessibilidade no estabelecimento de saúde, corredores adaptados para cadeira de rodas (I.4.1.1), portas adaptadas para passar cadeira de rodas (I.4.1.2), cadeiras de rodas, em condições de uso, disponíveis para deslocamento do usuário (I.4.1.3), rampas de acesso (I.4.1.4). Por fim, foi verificado se o CEO não tem nenhuma das características observadas – compondo a variável nenhum dos anteriores (I.4.1.5). Todas essas variáveis tinham como alternativa de resposta 1 (sim); 2 (não) e 998 (não se aplica).

No segundo módulo relacionado à entrevista com o gerente do CEO e um cirurgião-dentista, com objetivo de obter informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários, foram elencadas as variáveis de interesse: média de quantos pacientes com necessidades especiais são encaminhados para o nível hospitalar durante o ano (II.9.12), as opções para resposta eram de nenhum (1), 1 a 2 (2), 3 a 6 (3), 7 a 10 (4), mais de 10 (5), não sabe (6) e não se aplica (998). A segunda foi quanto ao tempo estimado de espera para o usuário com necessidades especiais para ser atendido no CEO (II.10.1.3) com resposta livre em dias, não sabe/não respondeu (999), não oferta atendimento nessa especialidade (1) e não se aplica (998). E a terceira e última pergunta referente ao perfil dos pacientes com necessidades especiais que devem ser encaminhados para o atendimento neste CEO (possível marcar mais de uma opção) entre elas: pacientes com movimentos involuntários (II.13.10.1); pacientes com deficiência visual, auditiva, de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento (II.13.10.2); gestantes e bebês sem alguma limitação (II.13.10.3); pacientes autista (II.13.10.4); diabéticos, cardiopatas, idosos (II.13.10.5); Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) positivos (II.13.10.6); pacientes com distúrbio de comportamento (II.13.10.7) e nenhum dos anteriores (II.13.10.8) com opções de resposta para sim (1), não (2) e não se aplica (998).

Por fim, o terceiro módulo era relacionado à entrevista com usuários no CEO que buscava verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização, não sendo utilizada nenhuma variável desse módulo.

Análise estatística

Foi realizado o download do banco de dados do website <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/> em formato Excel. Este banco foi reorganizado elencando apenas as variáveis de interesse. Logo após, foram elaboradas tabelas utilizando a função de Tabelas Dinâmicas do Excel, agrupando os dados por macrorregiões brasileiras, tornando possível a análise descritiva em números absolutos (n) e relativos (%).

Considerações éticas

O presente estudo utilizou dados secundários disponibilizados de forma pública no website “<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/>” em “2- Microdados da avaliação Externa do PMAQ CEO”, não havendo a necessidade de submissão, análise e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

3. Resultados

Participaram do Segundo Ciclo do PMAQ-CEO o total de 1097 CEOS. Na Tabela 1 que corresponde à estrutura e condições de funcionamento do CEO relativo ao módulo I, verifica-se que mais de 80% dos CEOS apresentaram na sua

estrutura corredores adaptados para cadeirantes, sendo a maior taxa da Região Sul (n=118/86,13%). Além disso, a maioria dos CEOS das macrorregiões, também possui portas adaptadas para passagem da cadeira de rodas, o número de estabelecimentos que tem essa adaptação parte de 78,48% (n=62) na Região Centro-Oeste e chega em até 87,59%(n=120) na Região Sul.

Referente a possuir cadeiras de rodas para uso no estabelecimento, metade dos CEOS da Região Norte não contam com esse meio de acessibilidade (50% n=36), em contrapartida a Região Sul apresentou mais de 80% de estabelecimentos com cadeira de rodas em boas condições de uso para descolamento do usuário (83,21% n=114). Dos 1097 (100%) CEOS, verificou-se que 82,04% (n=900) possuem rampas de acesso aos usuários e, somente 12,94% (n=142) as rampas não estão adaptadas, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição dos dados referentes a Estrutura para acessibilidade no estabelecimento de saúde por macrorregião brasileira obtidas a partir do Módulo I – Observação no CEO.

| Variáveis relacionadas à acessibilidade no estabelecimento de saúde | | Macrorregiões Brasileiras | | | | | |
|--|---------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|--------------|---------------|
| | | Norte N/% | Nordeste N/% | Centro- oeste N/% | Sudeste N/% | Sul N/% | Brasil N/% |
| Corredores adaptados para cadeira de rodas | Sim | 61 84,72 | 346 80,47 | 66 83,54 | 316 83,38 | 118 86,13 | 907 82,68 |
| | Não | 5 6,94 | 64 14,88 | 5 6,33 | 48 12,66 | 13 9,49 | 135 12,31 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Portas adaptadas para passar cadeira de rodas | Sim | 57 79,17 | 339 78,84 | 62 78,48 | 312 82,32 | 120 87,59 | 890 81,13 |
| | Não | 9 12,50 | 71 16,51 | 9 11,39 | 52 13,72 | 11 8,03 | 152 13,86 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Cadeiras de rodas, em condições de uso, disponíveis para deslocamento do usuário | Sim | 30 41,67 | 299 69,53 | 47 59,49 | 308 81,27 | 114 83,21 | 798 72,74 |
| | Não | 36 50,00 | 111 25,81 | 24 30,38 | 56 14,78 | 17 12,41 | 244 22,24 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Rampas de acesso | Sim | 55 76,39 | 366 85,12 | 65 82,28 | 309 81,53 | 105 76,64 | 900 82,04 |
| | Não | 11 15,28 | 44 10,23 | 6 7,59 | 55 14,51 | 26 18,98 | 142 12,94 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Nenhum dos anteriores | Sim | 3 4,17 | 16 3,72 | 3 3,80 | 14 3,69 | 1 0,73 | 37 3,37 |
| | Não | 63 87,50 | 394 91,63 | 68 86,08 | 350 92,35 | 130 94,89 | 1005 91,61 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| TOTAL GERAL | | 72 100 | 430 100 | 79 100 | 379 100 | 137 100 | 1097 100 |

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 2 demonstra os dados referentes ao perfil de usuários atendidos no estabelecimento de saúde por macrorregião brasileira com referência ao módulo II – composto pela entrevista com gerente do centro de especialidades odontológicas, com um cirurgião-dentista e a análise de documentos. Verificou-se que os CEOS da Região Sudeste expressaram maior garantia de acesso ao pacientes com movimentos involuntários (n=339/89,45%); da Região Sul o perfil em destaque foi para os pacientes com deficiência visual ou auditiva, de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento (n=113/82,48%); a Região Norte apresentou maior taxa de garantia de acesso ao perfil de gestantes e bebês sem alguma limitação (n=50/69,44%); os pacientes autistas tiveram maior garantia de acesso dos CEOS da Região Sul (n=124/90,51%); os CEOS da Região Norte relataram maior garantia de acesso de pacientes com perfil: diabéticos, cardiopatas e idosos (n=60/83,33%) e HIV positivo (n=52/72,22%).

Finalizando a Tabela 2, verificou-se que a garantia de acesso dos pacientes com distúrbio de comportamento foi maior nos CEOS da Região Sul (n=125/91,24%) e em torno de 2% dos CEOS não garantem acesso a nenhum dos perfis citados.

Tabela 2 - Descrição dos dados referentes à garantia de atendimento de diferentes perfis de PNE's atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por macrorregião brasileira.

| Garantia de atendimento no CEO | | Macrorregiões Brasileiras | | | | | |
|--|---------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|--------------|---------------|
| | | Norte N/% | Nordeste N/% | Centro- oeste N/% | Sudeste N/% | Sul N/% | Brasil N/% |
| Pacientes com movimentos involuntários | Sim | 60 83,33 | 356 82,79 | 64 81,01 | 339 89,45 | 122 89,05 | 941 85,78 |
| | Não | 6 8,33 | 54 12,56 | 7 8,86 | 25 6,60 | 9 6,57 | 101 9,21 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Pacientes com deficiência visual, auditiva, de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento | Sim | 58 80,56 | 350 81,40 | 58 73,42 | 294 77,57 | 113 82,48 | 873 79,58 |
| | Não | 8 11,11 | 60 13,95 | 13 16,46 | 70 18,47 | 18 13,14 | 169 15,41 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 06 4,38 | 55 5,01 |

| | | | | | | | |
|--|---------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Gestantes e bebês sem alguma limitação | Sim | 50 69,44 | 251 58,37 | 46 58,23 | 204 53,83 | 74 54,01 | 625 56,97 |
| | Não | 16 22,22 | 159 36,98 | 25 31,65 | 160 42,22 | 57 41,61 | 417 38,01 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Pacientes autista | Sim | 62 86,11 | 373 86,74 | 69 87,34 | 336 88,65 | 124 90,51 | 964 87,88 |
| | Não | 4 5,56 | 37 8,60 | 2 2,53 | 28 7,39 | 7 5,11 | 78 7,11 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Diabéticos, cardiopatas, idosos | Sim | 60 83,33 | 330 76,74 | 60 75,95 | 269 70,98 | 99 72,26 | 818 74,57 |
| | Não | 6 8,33 | 80 18,60 | 11 13,92 | 95 25,07 | 32 23,36 | 224 20,42 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| HIV positivos | Sim | 52 72,22 | 299 69,53 | 56 70,89 | 241 63,59 | 94 68,61 | 742 67,64 |
| | Não | 14 19,44 | 111 25,81 | 15 18,99 | 123 32,45 | 37 27,01 | 300 27,35 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Pacientes com distúrbio de comportamento | Sim | 59 81,94 | 383 89,07 | 67 84,81 | 339 89,45 | 125 91,24 | 973 88,70 |
| | Não | 7 9,72 | 27 6,28 | 4 5,06 | 25 6,60 | 6 4,38 | 69 6,29 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Nenhum dos anteriores | Sim | 2 2,78 | 12 2,79 | 1 1,27 | 10 2,64 | 3 2,19 | 28 2,55 |
| | Não | 64 88,89 | 398 92,56 | 70 88,61 | 354 93,40 | 128 93,43 | 1014 92,43 |
| | Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| TOTAL GERAL | | 72 100 | 430 100 | 79 100 | 379 100 | 137 100 | 1097 100 |

Fonte: Autoria própria.

Do total de CEOS do Brasil que participaram do estudo, 50% (n=557) apresentou como tempo de espera para o atendimento dos PNE's de até uma semana, com destaque para Região Norte (n=42/58,33%). Em contrapartida, em torno de 20%, dos CEOS das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste apresentaram como tempo de espera ser maior de 15 dias, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Descrição dos dados referentes ao tempo de espera para atendimento especializado no estabelecimento de saúde por macrorregião brasileira.

| Atendimento CEO Tempo de espera para atendimento a PNE's | Macrorregiões Brasileiras | | | | | |
|--|---------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|---------------|----------------|
| | Norte N/% | Nordeste N/% | Centro- oeste N/% | Sudeste N/% | Sul N/% | Brasil N/% |
| Até uma semana | 42 58,33 | 202 46,98 | 40 50,63 | 210 55,41 | 63 45,99 | 557 50,77 |
| De 8 a 15 dias | 11 15,28 | 97 22,56 | 11 13,92 | 47 12,40 | 17 12,41 | 183 16,68 |
| Mais de 15 dias | 8 11,11 | 77 17,91 | 16 20,25 | 87 22,96 | 32 23,36 | 220 20,05 |
| Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Não sabe/Não respondeu | 2 2,78 | 13 3,02 | 3 3,80 | 12 3,17 | 14 10,22 | 44 4,01 |
| Não oferta atendimento nessa especialidade | 3 4,17 | 21 4,88 | 1 1,27 | 8 2,11 | 5 3,65 | 38 3,46 |
| Total Geral | 72 100,00 | 430 100,00 | 79 100,00 | 379 100,00 | 137 100,00 | 1097 100,00 |

Fonte: Autoria própria.

Com relação à Tabela 4, que se refere ao número de horas semanais disponibilizados para atendimento especializado aos PNE's, foi possível verificar que os CEOS da Região Nordeste apresentam maior oferta de atendimento clínico aos PNE'S, com carga horária de 20-39h (n=217/50,47%). Com oferta de mais de 40 horas foi a Região Norte (n=33/45,83%).

Tabela 4 - Descrição dos dados referentes ao número de horas semanais disponibilizados para atendimento especializado aos PNE's no estabelecimento de saúde por macrorregião brasileira.

| Oferta de atendimento clínico para a especialidade PNE's (em horas/semana) | Macrorregiões Brasileiras | | | | | |
|--|---------------------------|-----------------|---------------------|----------------|---------------|----------------|
| | Norte N/% | Nordeste N/% | Centro-oeste N/% | Sudeste N/% | Sul N/% | Brasil N/% |
| 0h | 0 0,00 | 3 0,70 | 0 0,00 | 2 0,53 | 0 0,00 | 5 0,46 |
| <20h | 0 0,00 | 28 6,51 | 7 8,86 | 44 11,61 | 23 16,79 | 102 9,30 |
| 20-39h | 28 38,89 | 217 50,47 | 27 34,18 | 161 42,48 | 52 37,96 | 485 44,21 |
| ≥40h | 33 45,83 | 126 29,30 | 35 44,30 | 131 34,56 | 41 29,93 | 366 33,36 |
| Não se aplica | 11 15,28 | 56 13,02 | 10 12,66 | 41 10,82 | 21 15,33 | 139 12,67 |
| Total geral | 72 100,00 | 430 100,00 | 79 100,00 | 379 100,00 | 137 100,00 | 1097 100,00 |

Fonte: Autoria própria.

Com relação à média de PNE's encaminhados pelos CEOS, para atendimento em nível hospitalar por ano, verificou-se que no Brasil, mais de 70% (72,47% n=795) encaminha de 1 a 2 pacientes. A macrorregião brasileira em destaque é o Centro-Oeste, com 77,22% (n=61). A Sul foi aquela, que em média, não faz nenhum encaminhamento ao ano (n=42/30,66%) seguida da Região Sudeste (n=84/22,16%), conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Descrição dos resultados referentes a média de quantos pacientes com necessidades especiais são encaminhados para o nível hospitalar durante o ano por macrorregião brasileira.

| Em média quantos pacientes com necessidades especiais são encaminhados para o nível hospitalar durante ao ano: | Macrorregiões Brasileiras | | | | | |
|--|---------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| | Norte N/% | Nordeste N/% | Centro-oeste N/% | Sudeste N/% | Sul N/% | Brasil N/% |
| Nenhum | 10 13,89 | 84 19,53 | 10 12,66 | 84 22,16 | 42 30,66 | 230 20,97 |
| 1-2 | 55 76,39 | 311 72,33 | 61 77,22 | 279 73,61 | 89 64,96 | 795 72,47 |
| 3-6 | 1 1,39 | 15 3,49 | 0 0,00 | 1 0,26 | 0 0,00 | 17 1,55 |
| 7-10 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 |
| Mais de 10 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 |
| Não sabe | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 | 0 0,00 |
| Não se aplica | 6 8,33 | 20 4,65 | 8 10,13 | 15 3,96 | 6 4,38 | 55 5,01 |
| Total geral | 72 100,00 | 430 100,00 | 79 100,00 | 379 100,00 | 137 100,00 | 1097 100,00 |

Fonte: Autoria própria.

4. Discussão

Sendo a saúde definida como um direito de todos e dever do estado em provê-la, segundo a constituição federal de 1988 (Brasil, 1988), cabe aos estabelecimentos de saúde garantir o acesso a toda população. Isso inclui, todos os perfis de pessoas com deficiência e também o acesso físico aos bens e serviços, sem que esses usuários encontrem obstáculos arquitetônicos (Li & Jin, 2011). A acessibilidade dos indivíduos deve permitir a entrada e as condições mínimas para a utilização, com segurança e independência, principalmente referentes à utilização de estabelecimentos públicos, obedecendo às legislações e às normas existentes, permitindo condições de ir e vir de forma independente com conforto e segurança (Silva, et al., 2015).

Sabendo da importância da acessibilidade, nossos resultados demonstraram que a maioria dos CEOs de todas as macrorregiões brasileiras (em torno de 80%) possuem infraestrutura adequada que proporcionam acessibilidade, ou seja, nos CEOs existem portas e corredores adaptados bem como rampas de acesso para cadeirantes. No entanto, foi encontrado em 3,37% (N=37) do CEOs não apresentam nenhuma das alternativas referentes a acessibilidade, impossibilitando a independência do usuário. O Ministério da Saúde preconiza que seus estabelecimentos garantam acessibilidade à maior

quantidade possível de pessoas, de diferentes idades, estaturas, deficiências ou dificuldade na locomoção, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente. Para que ocorra a promoção da inclusão social e a materialização da acessibilidade, é necessário que os estabelecimentos de saúde possuam boa estrutura física e adaptações ambientais necessárias para que a pessoa com deficiência possa acessá-los (Brasil, 2007).

As características de infraestrutura referentes à acessibilidade, de órgãos públicos e privados, como no caso de corredores amplos, portas e rampas adaptadas devem seguir as determinações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), afim de promover acesso e restringir possíveis barreiras de acesso aos estabelecimentos (Brasil, 2015a). Nosso estudo demonstrou que no Brasil 142 estabelecimentos de saúde odontológicas da atenção secundária não possuem rampas adaptadas, fator fundamental para garantir acesso aos PNE's na condição de cadeirante. Além disso, as rampas não podem ter pisos escorregadios e obrigatoriamente devem ter corrimãos para evitar quedas (Nunes, et al., 2021). Na sequência, quando analisamos a variável referente a disponibilidade de cadeira de rodas, verificamos que a Macrorregião Norte possui 50% dos CEOS sem disponibilidade da cadeira. Esta constatação pode causar constrangimentos aos usuários (Castro, et al., 2011). Também, pode representar uma barreira para o acesso ao serviço de saúde (Condessa, et al., 2020). Portanto, deve haver alocação de recursos públicos para implementar mudanças na ambiência física dos estabelecimentos e ofertar cadeiras de rodas, para promover acesso dos PNE's aos serviços de saúde e nos órgãos de educação, desta maneira poderá ampliar as oportunidades de emprego (Castro, et al., 2011).

No Brasil existem 24,5 milhões de pessoas com deficiências, desses, 48,1% são portadoras de deficiência visual; 22,9% de deficiência motora; 16,7% de deficiência auditiva; 8,3% de deficiência mental e 4,1% de deficiência física. Segundo o Censo de 2000, a distribuição dessas pessoas com deficiência pelo país, a maior parte se encontra na Região Nordeste (16,8%) e a menor na Região Sudeste (13,1). As menores proporções foram encontradas nos estados de São Paulo (11,3%), Paraná (13,0%) e no Distrito Federal (13,4%) e os maiores estão nos estados do Rio Grande do Norte (17,6%), da Paraíba (18,0%) e do Piauí (17,6%) (Brasil, 2008). Neste contexto, é necessário planejar a distribuição geográficas de unidades de saúde para atender a saúde e a saúde bucal dos PNE's.

Com relação às macrorregiões brasileiras, nossos resultados demonstram que mais de 80% dos CEOS, em todas as macrorregiões, garantem atendimento à pacientes com movimentos involuntários, autistas e com distúrbios do comportamento. Os dados encontrados podem ser justificados pela Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006 que regulamenta a implementação dos CEOS, que deve disponibilizar atendimentos aos PNE's entre outras especialidades, além da Rede de Atenção à Saúde para Pessoas com Deficiência, criada em 2012 pelo Ministério da Saúde, referente a pequena cobertura de atendimento a esse público, com vistas a maiores incentivos financeiros de custeio mensal para os CEOS garantirem o cuidado (Condessa, et al., 2020).

O atendimento odontológico nos CEOS aos PNE's pode impactar socialmente em diversas famílias, sendo que as alterações sistêmicas, as limitações físicas e cognitivas levam ao uso de medicamentos como antidepressivos e anticonvulsivantes que podem influenciar a saúde bucal, como por exemplo: xerostomia, disgeusia, estomatite, sialorreia e falta de controle do biofilme bacteriano pode ocasionar, principalmente, doença periodontal e cárie. Logo, torna-se necessária uma intervenção odontológica eficaz e práticas clínicas efetivas por um profissional melhor preparado (Silva, et al., 2015). Assim, os municípios podem organizar seus serviços de saúde bucal e ofertar atendimento para os PNE's via CEO com a presença de um profissional capacitado.

Com relação a garantia de atendimento às gestantes e bebês sem limitação, nosso trabalho demonstra que a macrorregião Norte (69%) apresentou maior percentual de CEOS que garantem atendimento a este grupo e menor na macrorregião Sudeste (52%). Apesar do PMAQ-CEO ter avaliado este quesito, a APS tem como responsabilidade organizar ações direcionadas às gestantes e bebês incentivada pela Política Previne Brasil (nova forma de financiamento da APS) (Brasil,

2021b). Portanto, disponibilizar serviços no CEO para este grupo de usuários pode ocasionar aumento da demanda de outros perfis de usuários como autistas entre outros (Condessa, et al., 2020). Logo, em destaque, os CEOS da macrorregião Norte, necessitam rever suas ações na APS no que tange a atenção odontológica para gestantes e bebês sem alguma limitação.

Referentes ao tempo de espera para atendimento especializado no CEO por macrorregião brasileira, nossos resultados demonstraram que o tempo de espera para iniciar o atendimento foi de até uma semana com a média no Brasil em 50,77% dos centros. Este resultado mostra bom acesso e adequação do serviço à demanda. Além disso, é similar a um estudo recente, onde foi verificado que 61,3% dos CEOS agendavam os usuários em até 7 dias, tendo como fatores potencializadores: entrar em contato com os usuários com antecedência ou agendar um número maior de usuários. O estudo também enfatiza que a comunicação dentro da rede de saúde aumenta em 1,5 vezes a probabilidade de diminuir o tempo de espera para iniciar o tratamento especializado (Cavalcanti, et al., 2022).

Segundo o site do Conselho Federal de Odontologia (CFO), acessado em 01/11/2022, atualmente existem 810 profissionais especialistas em atendimento aos PNE's (inscritos no conselho) quando comparado com as demais especialidades mínimas para compor um CEO – cirurgia e traumatologia buco maxilo faciais 6.791, endodontia 17.612, estomatologia 1.044 e periodontia 10.434. Considerando este dado do CFO, a extensão territorial brasileira e de não haver exigência do cirurgião-dentista ser especialista para trabalhar nos CEOS é importante que os Cursos e as Faculdades de Odontologia do Brasil oportunizem formação com vistas ao atendimento odontológico aos PNE's como declara as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia (Brasil, 2021a). Sendo assim, com essa dinâmica de aprendizagem durante a graduação, poderá haver maior disponibilidade de profissionais habilitados para realizar atendimento aos PNE's (Macêdo, et al., 2018) em CEOS do interior do Brasil.

Mesmo com diversos incentivos, como por exemplo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, onde os CEOS cadastrados devem disponibilizar 40 horas semanais para atendimento exclusivo as pessoas com deficiência, nem todos os CEOS que contam com o atendimento para PNE's ofertam atendimento 40 horas semanais, deixando de receber a parcela de incentivo financeiro extra. No Brasil, mais de 100 (N=102 9,30%) estabelecimentos oferecem menos de 20h semanais a este público. A carga-horária menor disponível para atendimentos aos PNE's pode ser considerada como um dos fatores responsáveis pela baixa produtividade de atendimentos a esse público (Andrade, et al., 2022).

Nossos resultados apontam que a maioria das macrorregiões brasileiras (acima de 70%) encaminham de 1 a 2 PNE's, em média, para atendimento em ambiente hospitalar. É fundamental que os CEOS possua um serviço de referência hospitalar, pois muitos PNE's necessitam de atendimento odontológico em hospitais com anestesia geral em função das alterações sistêmicas e/ou comportamentais. Neste contexto, um estudo realizado no estado de Minas Gerais referente ao atendimento odontológico a PNE's em nível hospitalar, verificou que a taxa de cobertura está longe da necessária e pode ser devido a restrição de leitos e a recente inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar (Macêdo, et al., 2018).

O atendimento hospitalar é indicado para pacientes com doenças sistêmicas não controladas, com deficiência mental, comprometimentos neuromotores, síndromes e necessidades especiais adquiridas, entre outras alterações. O ambiente hospitalar tem vantagens como: maior segurança no atendimento de pacientes com risco cirúrgico, atendimento às solicitações e interpretação de exames complementares, controle de infecções, potencial para disponibilizar atendimentos com anestesia geral e equipe multidisciplinar. Logo, é imperativa a inserção do cirurgião-dentista no corpo clínico dos hospitais, tendo em vista que alguns procedimentos tornam-se inviáveis em ambulatorios, necessitando de mais recursos tecnológicos encontrados na atenção terciária (Paula, et al., 2009).

Nosso trabalho apresenta como potencialidades o uso dos dados públicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, obtidos pelas IES que participaram do PMAQ-CEO segundo ciclo. Ainda, o PMAQ-CEO representa uma importante forma de avaliação dos serviços da Atenção Secundária em Saúde bucal no Brasil, e, o estudo explorou os dados relativos à

acessibilidade e perfil dos PNE's que necessitam de atenção por parte de gestores, trabalhadores e representantes do controle social no sentido de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde bucal. Como limitações o estudo apresenta a falta de teste de hipóteses, e por fim, a falta de adesão de alguns CEOs ao PMAQ-CEO que poderiam modificar alguns dos resultados encontrados.

O PMAQ-CEO é um instrumento de reflexão e avaliação própria, que auxilia no planejamento e organização da gestão. É um momento de autoanálise com identificação de problemas e formulação de estratégias para intervenção, buscando meios de acompanhamento e avaliação do funcionamento das unidades em busca de melhorias (Rodrigues Galvão & Roncalli, 2021). Senso assim, é vital a continuidade de novos ciclos do PMAQ-CEO, onde deve ser considerado meios para ampliar a adesão dos CEOs e seguimentos dos que já participam. Ademais, futuros estudos serão fundamentais para comparar os resultados entre as versões realizadas e, relatar as melhorias atingidas e projetar o que deve ser recuperado e inovado.

5. Conclusão

O presente trabalho demonstra, com dados do PMAQ-CEO, que mais de 80% dos CEOs possuem características de acessibilidade, 90% dos CEOs da macrorregião Sudeste garantem acesso aos PNE's com movimentos involuntários, 60% dos CEOs da macrorregião Norte agendam os PNE's em até 15 dias e a Nordeste apresentou maior percentual de CEOs com carga horária de 20-39 horas direcionadas ao atendimento de PNE's. Por fim, a macrorregião Centro-oeste demonstrou maior percentual de encaminhamento de PNE's para atenção hospitalar. Nestas circunstâncias dos excelentes resultados encontrados, ainda existem no Brasil, CEOs que apresentam limitações de acessibilidade e não garantem atenção odontológica a todos os perfis de PNE's. Neste contexto, verificou-se que a grande maioria dos CEOs no Brasil apresentam potencialidades de acessibilidade e atendimento a um vasto perfil de PNE's. Contudo, ainda há necessidade de maiores investimentos públicos nos CEOs referente a estrutura física e os gestores em nível municipal, estadual e nacional devem qualificar ainda mais o processo de gestão intencionado maior acesso e qualificação aos serviços de saúde bucal ofertados aos PNE's.

Referências

- Andrade, R. A. R., Fonseca, E. P., & Amaral, R. C. do. (2022). Barreiras no acesso dos pacientes com necessidades especiais aos serviços odontológicos especializados / Barriers in the access of patients with special needs to specialized dental services. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 26355–26368. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-239>
- Brasil. (2007). A Pessoa Com Deficiência E O Sistema Único De Saúde. *Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*, 16.
- Brasil. (2008). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. 1–72.
- Brasil. (2013). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO) Manual Instrutivo*.
- Brasil. (2015a). ABNT NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. *Associação Brasileira de Normas Técnicas*, 16.
- Brasil. (2015b). *Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. 1–30.
- Brasil. (2017). *Portaria de consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde*.
- Brasil. (2021a). *Ministério da Educação. Resolução Nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências*. 61.
- Brasil. (2021b). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento do APS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família*. – B. 1–59. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf
- Castro, S. S., Lefèvre, F., Lefèvre, A. M. C., & Cesar, C. L. G. (2011). Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Revista de Saude Publica*, 45(1), 99–105. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>
- Cavalcanti, R. P., da Silva, R. O., Martelli, P. J. de L., Sobrinho, J. E. de L., Pucca Júnior, G. A., da Silveira Gaspar, G., & de Lucena, E. H. G. (2022). Factors associated with the waiting time for access to specialized oral healthcare services in Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 50(1), 58–66.

<https://doi.org/10.1111/cdoe.12720>

Condessa, A. M., Lucena, E. H. G. de, Figueiredo, N., Goes, P. S. A. de, & Hilgert, J. B. (2020). Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 29(5), e2018154. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500001>

Fae, R. D. A. (2001). *A Internacionalização da Odontologia Brasileira*. 29, 3–5.

Foratori-Junior, G. A., & Pucca Junior, G. A. (2021). Brasil Sorridente: reconhecendo a história para reforçar a constante luta pela equidade em Odontologia. *Research, Society and Development*, 10(10), e75101018745. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18745>

Freire, A. L. A. e S. de S. (2011). Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local. In *Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica Biblioteca de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz*. <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2550>

Gonçalves, J. B. (2012). *Atendimento Odontológico À Pacientes Com Necessidades Especiais: Uma Revisão De Literatura*. 1–23.

Li, D., & Jin, R. (2011). Constituição da República Federativa do Brasil. *Journal of Computers*, 6(9), 1903–1912. <https://doi.org/10.4304/jcp.6.9.1903-1912>

Macêdo, G. L., Lucena, E. E. S., Lopes, I. K. R., & Batista, L. T. O. (2018). Acesso Ao Atendimento Odontológico Dos Pacientes Especiais: a Percepção De Cirurgiões-Dentistas Da Atenção Básica. *Revista Ciência Plural*, 4(1), 67–80. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2018v4n1id13839>

Milbrath, V. M., Soares, D. C., Cecagno, D., Amestoy, S. C., & Siqueira, H. C. H. de. (2009). Inserção social da criança portadora de necessidades especiais: A perspectiva materna. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 311–317.

Nunes, P. H. cardoso silva, Lima, G. S., Silva, K. O. da, Carmo, G. fróes, Aguiar, J. A., Viana, A. S., Silva, B. M. S., Santos, T. R. dos, Carvalho, G. S. de, Pereira, D. M., Santos, N. S. Dos, Filho, D. F. C., Silveira, G. X., Santos, R. S. E. dos, & Pitangueira, C. M. F. C. (2021). Acessibilidade para cadeirantes nas unidades básicas de saúde. *Rev. Graduação Em Movimento., Edição Sup*, 1–9.

Paula, A., Godoi, T. De, Ristori De Francesco, A., Duarte, A., Pricila, A., Kemp, T., & Silva-Lovato, H. (2009). Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 38(2), 105–109.

Rodrigues Galvão, M. H., & Roncalli, A. G. (2021). Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. *Cadernos de Saude Publica*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184119>

Silva, D. C. N., Silva, T. M., Nogueira, M. S., Mendonça, R. M. C., Valente, P. H. F., Araújo, R. F., Alves, A. G., & Alves, F. A. V. de B. e. (2015). Acessibilidade de portadores de deficiência física ou mobilidade reduzida na Unidade Básica de Saúde Jonas Manoel Dias em São Luís de Montes Belos - GO. *Revista Faculdade Montes Belos*, 8(3), 37–179.