

Assistência à Saúde para Pacientes Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas

Sérgio SPEZZIA¹

Resumo

Na Odontologia é considerado paciente portador de necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Os pacientes com necessidades especiais detêm características clínicas peculiares e abrangem grande parcela do contingente atendido pelos Centros de Especialidades Odontológicas, possuindo papel de destaque, dentre os atendimentos prestados. O objetivo do presente artigo foi o de averiguar como procede o atendimento odontológico aos pacientes especiais nos centros de especialidades odontológicas. Existem alguns critérios que devem ser obedecidos quando se opta por encaminhar os pacientes com necessidades especiais para os centros de especialidades odontológicas. Concluiu-se que, devido à complexidade dos casos comumente apresentados, deve-se primar pelo atendimento feito de forma correta na atenção secundária, em nível de média complexidade nos centros de especialidades odontológicas, dessa forma pode-se propiciar melhores condições para atendimento e concomitantemente possibilitar melhores condições e qualidade de vida.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Atenção Secundária à Saúde. Qualidade de Vida.

¹Cirurgião Dentista. Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Submetido: 02/06/2017 - **Aceito:** 20/06/2017

Como citar este artigo: Spezzia S. Assistência à Saúde para Pacientes Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas. R Odontol Planal Cent. 2017 Jan-Jun;7(1):25-32.

- O autor declara não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Sérgio Spezzia
Endereço: Rua Silva Bueno, 1001. São Paulo – SP, Brasil
CEP: 04208-050
Telefones: + 55 (11) 96925-3157
email: sergiospezzia@hotmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Pacientes Especiais. Saúde Coletiva

Introdução

Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), existem alguns termos que são empregados normalmente na abordagem de pacientes especiais, são eles: *impairments* (deficiências), *disabilities* (incapacidades) e *handicaps* (desvantagens)¹.

A classificação proposta em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é complementar a CID-10 e foi denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)².

O termo específico “necessidades

especiais” surgiu em 1990, no intuito de substituir o termo “deficiência”. Posteriormente com o artigo 5º da Resolução da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional da Educação (CNE/CEB) no. 2 de 11/09/01, o termo “necessidades especiais” foi inserido também para designar alunos com necessidades educacionais especiais^{3,4}.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Brasil foi instituída pela Portaria no. 1060/2002 do Ministério da Saúde, definindo pessoas com deficiência, em conformidade com as classificações propostas pela OMS, como sendo aquelas que são detentoras de forma permanente de perdas ou anormalidades em sua estrutura ou função anatômica, psicológica ou fisiológica, que originem incapacidades para a realização de funções consideradas normais para o ser humano⁵.

A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência, das quais: 5% é portadora de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual; e 1% de deficiência múltipla. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 24,5 milhões de pessoas portadoras de deficiência⁶.

O termo “portadores de necessidades especiais” é a definição dada pela International Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health. O Ministério da Saúde, entretanto emprega o termo “portador de deficiência”⁷.

Esses pacientes estão cada vez mais presentes na prática diária do cirurgião dentista, devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida⁸.

Na Odontologia é considerado paciente portador de necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras, incluindo desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais e envelhecimento, entre outros. Esse conceito é amplo e no Brasil abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos Leis 3296/99 e 5296/04), que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial⁹.

Os pacientes com necessidades especiais em Odontologia podem ser classificados em 9 grupos: deficiência mental; deficiência física (como a paralisia cerebral, acidente vascular encefálico, lesão medular); anomalias congênitas (malformações, deformidades, síndromes malformativas); distúrbios comportamentais (autismo); transtornos psiquiátricos (esquizofrenia); distúrbios sensoriais e de comunicação (deficiência auditiva, visual e de fala); doenças sistêmicas crônicas (diabete melito, cardiopatias, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica); doenças infectocontagiosas (pacientes HIV-positivos, hepatites virais, tuberculose); condições sistêmicas (pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço, pacientes submetidos a transplante de órgãos, pacientes imunossuprimidos por medicamentos)¹⁰.

Convém salientar, que foram normatizadas as abordagens clínicas do

cirurgião dentista no atendimento a esses pacientes. Em conformidade com a Resolução nº.25/2002, Art. 4º, do Conselho Federal de Odontologia (CFO), publicada no Diário Oficial da União são áreas de competência do especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento e emocionalmente perturbados; prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas de nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas¹¹.

O objetivo do presente artigo foi o de averiguar como procede o atendimento odontológico aos pacientes especiais nos centros de especialidades odontológicas.

Foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados: Pubmed, Lilacs, envolvendo estudos acerca da assistência pública odontológica realizada aos pacientes especiais nos centros de especialidades odontológicas.

Como critérios de inclusão, considerou-se artigos de periódicos nacionais e internacionais, publicados de 2005 a 2016, nos idiomas inglês e português. Foram considerados válidos ainda, apontamentos de monografias, dissertações e teses sobre esse mesmo conteúdo.

Excluiu-se estudos que versavam sobre o atendimento assistencial odontológico público também a nível de atenção primária e terciária.

Revisão da Literatura

No atendimento ambulatorial do paciente especial, faz-se necessária uma reunião prévia com o responsável pelo paciente. O propósito dessa reunião é esclarecer como é feito o atendimento ao paciente especial na clínica privada ou no serviço público. É importante que sejam explicadas as condições para realização do tratamento e os cuidados preventivos em saúde bucal. Antes do atendimento ser iniciado, o planejamento do tratamento deve ser apresentado ao responsável pelo paciente

com a estratégia para a sua execução. É fato ainda, que pode haver a necessidade ou não de contenção física ou química no transcorrer do manejo do paciente. É importante, nesta etapa, que o consentimento esclarecido seja apresentado aos responsáveis para que possa ser assinado. Esse termo, como de praxe, será de fácil compreensão e apresentará o objetivo do tratamento proposto¹¹.

Percebe-se, por outro lado, que não há uniformidade nas informações acerca do acesso ao tratamento odontológico de pacientes portadores de necessidades especiais, fazendo com que seus cuidadores prefiram locais diversos para atendimento, que na maioria das vezes não comportam a alta demanda que lhes é imposta. Essa situação pode ilustrar falha na prática do acolhimento a esses pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, o acesso deficiente. O acolhimento é mais do que um fenômeno linguístico, do discurso verbal, devendo ser traduzido em intencionalidade de ações. Ele possibilita a captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e dispara imediatamente na instituição de um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades captadas¹². O cirurgião-dentista, sendo, por atribuição primária, o promotor maior da saúde bucal precisa estar apto a acolher corretamente pacientes desse grupo^{13,14}. Face ao exposto, nota-se a importância de averiguar como ocorre o acesso e o acolhimento, bem como verificar a funcionalidade do sistema de referência e contrarreferência para esses usuários^{15,16}.

Referência pode ser designada como o trânsito do nível menor para o de maior complexidade e a contrarreferência pode ser compreendida como o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade¹⁷. No serviço público, quando o paciente se enquadra no conceito de paciente com necessidades especiais, o formulário de referência deve conter as seguintes informações: as datas de pelo menos duas tentativas de atendimento e a justificativa para o encaminhamento¹¹.

Pessoas com necessidades especiais apresentam problemas bucais de grande importância e enfrentam inúmeras dificuldades para encontrar os serviços

apropriados às suas demandas, destacando-se, entre outras causas, barreiras arquitetônicas, limitações financeiras, medo, ignorância ou negligência em relação à saúde bucal e, principalmente, carência de profissionais qualificados e interessados em tratar tais pacientes¹⁸⁻²⁰.

No contexto da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e dos princípios norteadores novos propostos, as ações de saúde bucal com maior grau de complexidade, portanto, deveriam ser encaminhadas aos CEO. Os CEO são estabelecimentos de saúde com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que são classificados como sendo uma Clínica Especializada ou um Ambulatório de Especialidades⁹.

A principal estratégia na atenção secundária são os CEO, serviços públicos mais conhecidos dentro do enfoque da atenção odontológica especializada, que é composta pelos níveis secundário de atenção ou de média complexidade (serviços disponibilizados nos Serviços Odontológicos de Urgência – SOU; Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia – SADT e CEO) e terciário de atenção, para casos de alta complexidade.

Os pacientes com necessidades especiais, detêm características clínicas peculiares e abrangem grande parcela do contingente atendido pelo CEO, possuindo papel de destaque, dentre os atendimentos prestados. Os CEO agem complementarmente as ações preconizadas pela Atenção Básica. Possuem serviços especializados em diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico do câncer bucal, empreendo procedimentos que abrangem periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. O CEO visa propiciar a integralidade nos atendimentos prestados à população^{9,21}.

Classificam-se os CEO em tipo 1 e 2, em conformidade com os requisitos descritos no anexo I da Portaria GM 1570, de 29 de julho de 2004, publicada em 15/09/04. No tipo 1, têm-se centro de especialidades odontológicas com 3 ou mais cirurgiões-dentistas, que no total abrangem 120 horas semanais de atendimento e 1 auxiliar de consultório dentário para cada cirurgião dentista, contando ainda com um pessoal

mínimo na parte administrativa com recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo. No tipo 2, têm-se 4 ou mais cirurgiões dentistas, que no total abrangem 160 horas semanais de atendimentos; 1 auxiliar de consultório para cada dentista e pessoal para a parte administrativa, incluindo recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.

Em conformidade com o número de cadeiras odontológicas presentes, os CEO podem ser de tipo I, II ou III. No tipo I existem 3 cadeiras odontológicas, no tipo II, têm-se número de 4 a 6 cadeiras odontológicas e no tipo III, têm-se 7 ou mais cadeiras odontológicas²¹.

Para encaminhamento e primeira consulta nos CEO, o cirurgião-dentista que atua nas Unidades de Saúde da Atenção Primária de Saúde deve proceder ao preenchimento de documento de referência e contrarreferência em duas vias, assinalando em que especialidade o paciente necessita ser tratado. Nesse documento deve-se agregar o máximo de informações acerca das condições clínicas do usuário e o motivo pelo qual foi feito o encaminhamento. Fica a cargo da equipe de saúde bucal (eSB) a marcação da consulta inicial, que é feita por intermédio do sistema de marcação vigente (Central de Marcação / SISREG) para o CEO de referência da sua unidade de saúde dentro das especialidades de Periodontia, Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. No que tange as especialidades de Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais o atendimento é aberto e pode ser realizado em qualquer CEO do município, bastando para tal que a Unidade de Saúde agende o mesmo pelo sistema de marcação vigente⁹.

Existem alguns critérios que devem ser obedecidos quando opta-se por encaminhar os pacientes com necessidades especiais para os CEO. São eles: pacientes, que passaram pela unidade básica de saúde, foram avaliados pelo cirurgião dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico, e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional; pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;

pacientes com deficiência mental, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica; pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física, quando associadas aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica; pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento; pacientes com distúrbio neurológico grave (ex. paralisia cerebral); pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica; pacientes autistas; pacientes com outros desvios comportamentais que tragam dificuldade de condicionamento; pacientes com outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional²².

A meta mensal por subgrupo para cada tipo de CEO foi firmada pelas Portarias no 600/GM de 2006 e 1464/GM de 2011: CEO tipo I – 80 procedimentos do subgrupo básico; 60 procedimentos do subgrupo periodontia; 35 procedimentos do subgrupo endodontia; e 80 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor; CEO tipo II – 110 procedimentos do subgrupo básico; 90 procedimentos do subgrupo periodontia; 60 procedimentos do subgrupo endodontia; e 90 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor e CEO tipo III – 190 procedimentos do subgrupo básico; 150 procedimentos do subgrupo periodontia; 95 procedimentos do subgrupo endodontia; e 170 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor.

Conforme essas portarias (Portarias no 600/GM de 2006 e 1464/GM de 2011), o subgrupo voltado para procedimentos básicos em qualquer um dos três tipos de CEO fica encarregado do atendimento a pacientes com necessidades especiais com finalidade de monitoramento de produção²³.

Discussão

Anteriormente houve muitas resoluções que primavam por estruturar o atendimento à saúde dos pacientes com

necessidades especiais nas várias áreas da saúde através de equipe multidisciplinar.

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) deferiu a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências, por intermédio de sua resolução no. 542 de 09 de dezembro de 1975. As diretrizes aprovadas versavam sobre o respeito devido à pessoa com deficiência, assim como delineavam que esses indivíduos deviam ter direito ao gozo de uma vida digna. O artigo seis assegurava que pessoas com deficiência teriam direito a tratamento médico, psicológico e funcional, reabilitação médica e social, além de outros serviços que auxiliassem no processo de integração social. Essa declaração feita pela ONU solicitava aos Estados membros que adotassem medidas em planos nacionais e internacionais para o apoio e proteção dessas pessoas²⁴.

Em 2000 nos Estados Unidos, foi elaborado um importante documento técnico do serviço público de saúde que relatou algumas disparidades na área da saúde bucal, que afligiam as populações mais carentes do ponto de vista socioeconômico. Nesse contexto, os indivíduos com necessidades especiais eram dotados de condições de saúde bucal piores, quando comparados aos demais pacientes atendidos, além de possuírem caracteristicamente dificuldades para acesso ao tratamento odontológico²⁵.

O Tratado Internacional aprovado na Assembleia Geral ONU, em dezembro de 2006, específico para as pessoas com deficiência e assinado pelo Brasil em 2007, bem como ratificado pelo Congresso Nacional em 2008, designado Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, tem o intuito de “promover, proteger e assegurar o pleno gozo de direitos e respeito à dignidade inerente a todas as pessoas com deficiência no mundo”. Na própria Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), existem diferentes ações que almejam promover saúde bucal às pessoas com deficiência, e concomitantemente, capacitar profissionais para atender estas pessoas com segurança e eficiência, assegurando assim o direito à saúde, dignidade e vida plena²⁶.

Conforme ficou estabelecido na CDPD de 2008, Decreto Legislativo no. 186 de 09 de julho de 2008, reconhece-se a essas pessoas com necessidades especiais, direitos de

equiparação, no intuito de influenciar a promoção, formulação e avaliação de políticas, planos, programas e ações em níveis nacional, regional e internacional, visando seu benefício. Na Convenção foi ressaltado que é importante que se traga questões relativas à deficiência ao centro das preocupações da sociedade como parte integrante das estratégias relevantes do desenvolvimento sustentável. Nesse contexto, essas pessoas devem ter oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e a políticas, inclusive as que lhes dizem respeito diretamente. Em seu artigo²⁶ voltado para os aspectos de saúde, Estados Partes reconhecem que essas pessoas têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível. Em especial os Estados Partes: devem oferecer as pessoas com deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos as demais pessoas; propiciarão os serviços de saúde para essas pessoas de que elas necessitem especificamente em virtude da deficiência, incluindo diagnóstico e intervenções precoces; propiciarão esses serviços o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural e exigirão dos profissionais de saúde que dispensem a essas pessoas a mesma qualidade de serviços prestada as demais. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado de forma a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades da pessoa com deficiência²⁷.

Portanto, existem intrinsecados nos aspectos legais em vigência, os parâmetros necessários para promover a organização dos serviços de saúde para atendimento. No setor de atendimento odontológico para pacientes especiais, entretanto, falta empreender essa organização na prática do atendimento clínico. Faltam também atividades de formação dos cirurgiões dentistas, visando transmitir conhecimento acerca desses pacientes e sobre suas necessidades²⁸.

Em nosso país a situação da saúde bucal desses pacientes especiais mostra-se precária, e a assistência odontológica inacessível, advindo de alguns motivos

causadores, como: existência de poucos centros especializados na assistência desses pacientes; escassez de cirurgiões dentistas que aceitam tratar desses pacientes nos consultórios particulares; falta de profissionais capacitados para atender a demanda; onerosidade do tratamento odontológico, que pode envolver procedimentos curativos, restauradores ou cirúrgicos com falta de condições financeiras do paciente e parecer da família desses indivíduos relacionado as condutas a serem tomadas frente a saúde bucal dos mesmos, que é dotado de falta de motivação, interesse e de educação ou de informações ou esclarecimentos acerca dos fatos²⁹.

Relacionado à saúde bucal, existe grande heterogeneidade nesse grupo, o que dificulta a quantificação e a qualificação da demanda por atendimento especializado. Procede a falta de dados epidemiológicos nacionais capazes de identificar o perfil do paciente especial que efetivamente precisa de atendimento diferenciado, o que torna dificultosa a elaboração de políticas públicas para esse grupo³⁰.

Pessoas portadoras de deficiência possuem direito à saúde, como qualquer outro cidadão, sendo este assegurado pela Constituição de 1988, a qual afirma em seu artigo 23, Capítulo II, “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cuidar da saúde e assistências públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”³¹. Apesar disso, o próprio Ministério da Saúde afirma que 98% dessas pessoas não têm acesso aos serviços de saúde³².

Em um passado recente, a Odontologia para Pacientes Especiais não tinha ainda estruturas científicas e era praticada de uma forma que tendia para a caridade. Atualmente, tal prática visa buscar as soluções bucais para os pacientes portadores de necessidades especiais, colaborando na resolução dos problemas médicos, integrando-se a equipes, técnicas de reabilitação³³.

Conforme as orientações descritas no Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal (número dezessete), para que o portador de necessidade especial venha a receber tratamento odontológico, seu cuidador deve primeiramente procurar a unidade básica de

saúde, a qual acolhe, avalia, trata e/ou encaminha o paciente. A primeira necessidade básica, no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, é o termo de consentimento, autorizando o tratamento, feito pelos pais ou responsáveis, posteriormente à explanação de todas as informações necessárias sobre o procedimento ao qual será submetido o paciente. Tal orientação está de acordo com o preconizado pelo Código Civil Brasileiro (2002), em seu artigo 3.o: “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”. E segue também o artigo 5.o, em seu parágrafo único: “Cessará, para os menores, a incapacidade: I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos”^{34,35}.

Conclusão

Concluiu-se que, devido a complexidade dos casos comumente apresentados, deve-se primar pelo atendimento feito de forma correta na atenção secundária, em nível de média complexidade nos centros de especialidades odontológicas, dessa forma pode-se propiciar melhores condições para atendimento e concomitantemente possibilitar melhores condições e qualidade de vida.

Special Patient Health Care at Dental Specialties Centers

Abstract

In dentistry, a patient with special needs is considered to be a user with one or more temporary or permanent limitations of a mental, physical, sensorial, emotional, growth or medical order that prevent him or her from being subjected to a conventional dental situation. Patients with special needs have peculiar clinical characteristics and cover a large part of the contingent attended by the Dental Specialties Centers, having a prominent role, among the services provided. The objective of this article was to find out how dental care is performed for special patients in dentistry specialty centers. There are some criteria that must be obeyed when choosing to refer patients with special needs to the dental specialty centers. It was concluded that, due to the complexity of the cases commonly presented, it should be emphasized by the care given in a correct way in the secondary care, at a medium complexity level in the dental specialty centers, in order to provide better conditions for care and concomitantly conditions and quality of life.

Descriptors: Disabled Persons. Secondary Care. Quality of Life.

Referências

- World Health Organization (WHO). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 10ª ed. vol. 1. São Paulo: Ed USP; 1997.
- Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(2):324-35.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, 2001. 79 ps. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acessado em 18 de janeiro de 2017.
- Sasaki RK. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. *Rev Nac Reabilit.* 2002;24(5):6-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no. 1060 de 5 de junho de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html Acessado em 18 de janeiro de 2017.
- Organização das Nações Unidas (ONU). Normas sobre Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência – Resolução 48/96 – Assembléia Geral das Nações Unidas de 20 de dezembro de 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial. Brasília: Ministério da Saúde, SNAS, 1992. 23p.
- Silva ZCM, Pagnoncelli SD, Weber JBB, Fritscher AMG. Avaliação do Perfil dos Pacientes com Necessidades Especiais da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS. *Rev Odontol Ciênc Fac Odontol PUCRS.* 2005;20(50):313-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratório Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para o seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Sabbagh-Haddad A, Magalhães MGH. Introdução. In: Sabbagh-Haddad A. *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.* São Paulo: Santos; 2007. p. 5-10.
- Resolução Conselho Federal de Odontologia (CFO) – 25/2002, p. 2. *Diário Oficial da União.* Seção I, de 28/05/2002. p. 148-9.
- Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e Análise do Acolhimento: uma Contribuição para o Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):143-51.
- Peres AS, Peres SHC, Silva RHA. Atendimento a Pacientes Especiais: Reflexão sobre os Aspectos Éticos e Legais. *Rev Fac Odontol Lins.* 2005;17(1):49-53.
- Fernandes APTA. Atendimento Cirúrgico-Odontológico ao Paciente Portador de Necessidades Especiais. [Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2011.
- Pucca Jr. G. Por um Brasil Sorridente. *Rev ABO Nac.* 2004;12(2):73-9.
- Fernandes IMS. Acolhimento a Portadores de Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de João Pessoa – PB. 2009. [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2009.
- Witt RR. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Rev Gaúch Enferm.* 1992;13(1):19-23.
- Nunn JH, Murray JJ. Dental Care of Handicapped Children by General Dental Practitioners. *J Dent Educ.* 1988;52(8):463-5.
- Waldman HB, Perlman SP. Children with disabilities are aging out of dental care. *ASDC J Dent Child.* 1997;64(6):385-90.
- Mouradian W, Corbin S. Addressing Health Disparities through Dental - Medical Collaborations, part II. Cross-special Themes in the Care of Special Population. *J Dent Educ.* 2003;67(12):1320-6.
- Portaria no. 1570/GM de 29 de julho de 2004. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/Suvisa/doc/DOC00000000024937.PDF> Acessado em 21 de novembro de 2016.
- Freire ALASS. Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria no 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *Diário Oficial da União, Brasília,* 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html Acessado em 16 de fevereiro de 2017.
- United Nations. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Declaration on the Rights of Disabled Persons. Proclaimed by General Assembly Resolution 3447 of 9 December 1975. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsofDisabledPersons.aspx> Acessado em 20 de janeiro de 2017.
- United States of America. US Department of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.

26. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. 100 p.
27. Brasil. Decreto Legislativo no. 186 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm Acessado em 19 de janeiro de 2017.
28. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ministério da Justiça e Cidadania. Pessoa com Deficiência. Legislação, 2008. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia/legislacao>. Acessado em 19 de janeiro de 2017.
29. Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Louzada LPA, Saito TE. Eficiência de um Programa para a Educação e a Motivação da Higiene Buco-dental Direcionado a Pacientes Excepcionais com Deficiência Mental e Disfunções Motoras. Rev Fac Odontol Lins. 2000;12(½):16-23.
30. Tomita NE, Fagote BF. Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais. Odontol Sociedade. 1999;1(1/2):45-50.
31. Brasil. Constituição. Constituição: República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico. 1988, 292p.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde. Brasília, p. 48, 1993.
33. Fourniol A A. Odontologia para Pacientes Excepcionais. São Paulo. Panamed, 1981.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 17. Brasília, p. 9-84, 2006.
35. Brasil. Código Civil 2002. Código Civil Brasileiro e Legislação Correlata. 2a. ed. - Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.