



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

“Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local”

por

Ana Lúcia A. e S. de Souza Freire

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Rosana Magalhães

Rio de Janeiro, Março de 2011



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Esta tese intitulada,

“Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local”

apresentada por

Ana Lúcia A. e S. de Souza Freire

Foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Dr^ª. Maria da Encarnação Perez Requejo da Costa

Prof. Dr. Marco Antônio de Albuquerque Senna

Prof. Dr. Rafael Arouca Höfke Costa

Prof^ª. Dr^ª. Regina Cele de Andrade Bodstein

Prof^ª. Dr^ª. Rosana Magalhães

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

F866 Freire, Ana Lucia Araujo e Silva de Souza

Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local. / Ana Lucia Araujo e Silva de Souza Freire. -- 2011.

254 f.

Orientador: Magalhães, Rosana

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

1. Saúde Bucal. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Políticas Públicas. 4. Programas Nacionais de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 617.601

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo respeito e apoio às minhas escolhas durante toda a vida.

Ao meu filho João, pela paciência e pela compreensão diante das minhas ausências.

Ao meu marido Lucho, pelo apoio, amor, tranquilidade, suporte emocional nestes anos e principalmente pelo exemplo de superação.

Às minhas queridas amigas, Rosinha, Patty, Rosana, Nena e Scheila, conselheiras, professoras, irmãs e colegas de trabalho

À minha orientadora, professora Rosana Magalhães pela oportunidade de ingressar nesta Escola, e pela orientação competente em todas as etapas desta pesquisa

À minha coorientadora, professora Anna Maria de Castro pelos conselhos, aulas particulares e pelo apoio nos momentos difíceis.

Aos professores do curso de doutorado, pelo empenho dispensado às aulas, sempre colocadas com muita seriedade e disposição em dar o melhor de si, especialmente à professora Eliane de Hollanda, pelo carinho e dedicação.

À professora Maria Cristina Guillan, pela forma firme, objetiva e ao mesmo tempo carinhosa e positiva de lidar com os problemas, e sobretudo pela confiança depositada em mim.

À Marize Cidade pelos conselhos e pela disponibilidade em cooperar.

Às minhas colegas de turma Milena, Angela Virginia e Cristiane e Maria Rita pelos momentos de descontração e apoio.

Ao professor João Batista Oliveira e Ivone Oliveira, pelo suporte técnico competente e carinhoso.

A todos os participantes voluntários do estudo, gestores, e profissionais, que me receberam tão bem e se dispuseram a contribuir, destituídos de quaisquer interesses imediatos.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o processo de implementação do Programa Brasil Sorridente com foco na atenção odontológica ao paciente com necessidades especiais em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) localizado no Município do Rio de Janeiro. A pesquisa dialogou teórica e metodologicamente com o campo da avaliação de programas e políticas sociais e de saúde. Trata-se de um estudo de caso único com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com atores vinculados à coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, à gestão do CEO, à coordenação da área de planejamento 3.1 e profissionais envolvidos com o atendimento local durante o período de dezembro de 2009 e abril de 2010. Concluiu-se que há uma frágil articulação entre os diversos níveis de atenção comprometendo a integralidade e a intersetorialidade das ações no que se refere à saúde bucal de portadores de necessidades especiais. Frente aos desafios da equidade e da garantia de maior acesso e efetividade dos serviços, o estudo apontou a necessidade de priorizar a maior convergência entre a Estratégia Saúde da Família e demais políticas sociais no cenário local.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Pacientes com Necessidades Especiais; Análise de Implementação; Políticas Públicas.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the implementing process of the program Brasil Sorridente focused on patients with special needs dental care in a Center Dental Specialties (CEO) located in the Rio de Janeiro city. The research method and theory, held talks with program evaluation and social policies and health field. This is a unique case study with a qualitative approach. Interviews were conducted semi-structured interviews with actors linked to the coordination of Oral Health of the Municipal Health Secretary, the management of the CEO, the coordination of the planning area 3.1 and professionals involved with the local service during the period between December 2009 and April 2010. It was concluded that there is a weak linkage between different levels of attention to compromise the integrity and intersectoral actions in relation to oral health of people with special needs. Facing the challenges of equity and ensuring greater access to and effectiveness of services, the study identified the need to prioritize the greater convergence between the Family Health and other social policies on the local scene.

Keywords: Oral Health; Patients with Special Needs; Implementation analysis ; Public Policy

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APOPE	Associação de Professores de Odontologia para Paciente Especial
BPC	Benefício da prestação Continuada
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP 3.1	Coordenação de Área Programática
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-Dentista
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handcap
IPP	Instituto Pereira Passos
MS	Ministério da Saúde
NAIDI	Núcleo de Atenção Integrada ao Desenvolvimento
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSPPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
PSF	Programa de Saúde da Família
PS	Posto de Saúde
PAMNANC	Posto de Atendimento Médico
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
BPC	Benefício da Prestação Continuada
OIT	Organização Internacional do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Classificação Internacional de Funcionalidades	45
Quadro 2	Dimensões de Acessibilidade segundo Fekete (1996)	93
Quadro 3	Organização do Fluxo de Pacientes no Subsistema Ilha do Governador	168
Quadro 4	Protocolo Básico de Atendimento em Centro Cirúrgico(CRO-DF)	180
Quadro 5	Tabela de Códigos de Procedimentos de AB em PNE	187

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I	30
DEFICIÊNCIA:ASPECTOS CONCEITUAIS	
1.1 – O Conceito de Deficiência	30
1.2 – A Magnitude do Problema	45
1.3 – Deficiência e Pobreza	50
CAPÍTULO II	
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	58
2.1 – Antecedentes da Política Nacional de Saúde Bucal	58
2.2 – A Saúde bucal no Sistema Único de Saúde	65
2.2.1 – Programa de Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais	68
2.3 –As diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal: Programa Brasil Sorridente	75
2.4 – Acesso dos Pacientes com Necessidades Especiais à Saúde Bucal	93
2.5- Condições de Saúde Bucal de Pacientes com Necessidades Especiais	105
CAPÍTULO III	
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	111
3.1 –Implementação de Programas e desafio da avaliação	111
3.2 – Caracterização do Estudo	127
3.2.1 A Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro	127
3.3 – Seleção de Entrevistados	137
3.4 – Coleta de Dados	137
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS E DISCUSSÃO	141
4.1 – Contexto local de implementação: singularidades e desafios	142
4.1.1 – Fluxo de encaminhamento para o CEO/PAMNAC	145
4.1.2 – Estratégias de divulgação e fluxo de informações	155
4.1.3 – Barreiras de acesso ao atendimento integralizado	160
4.1.4 – Acolhimento	169
4.1.5 – Marcação de consultas e regulação de vagas	171
4.1.6 – Referência e contra-referência	177
4.1.7 – Limites de atuação em cada nível de complexidade	182
4.1.8 – Intersetorialidade	189
4.2 – Incentivos financeiros para implantação e funcionamento do CEO	192
4.3 – Adequação do espaço para atendimento a pacientes especiais	195
4.4 – Recursos Humanos para a atenção ao PNE	198
CONSIDERAÇÕES FINAIS	212
BIBLIOGRAFIA	220

INTRODUÇÃO

Nem sempre os problemas sócio políticos culturais estiveram presentes no meu universo profissional. Durante a graduação em odontologia poucas vezes tomei contato com o debate sobre as dificuldades singulares enfrentadas pelos pacientes com necessidades especiais. A ênfase dada aos aspectos curativos da prática profissional contribuiu para uma atuação isolado em consultório. Mesmo no mestrado permaneceram fortes lacunas no que se refere à discussão mais abrangente do campo da saúde pública.

Escapava ao meu conhecimento, uma visão mais abrangente do papel social que o cirurgião-dentista poderia desempenhar. Somente após vivenciar o cotidiano de atendimento na rede básica de atenção no Município do Rio de Janeiro é que pude compreender a importância de ampliar meus horizontes.

Assim, trabalhando há 16 anos como cirurgiã-dentista em diversas unidades básicas de saúde e mais recentemente em um Hospital de grande porte no Município do Rio de Janeiro, foi possível acompanhar mudanças positivas na oferta e na qualidade dos serviços de saúde bucal na atenção básica para a população de uma forma geral. A elaboração de protocolos de atendimento e de implementação de serviços especializados em diversas áreas revelou o esforço de aprimoramento das ações na área. Contudo, na minha percepção o acolhimento aos pacientes com necessidades especiais permaneceu frágil.

Ao perceber as dificuldades da implementação efetiva do atendimento aos pacientes com necessidades especiais, o número insuficiente de profissionais habilitados, a complexidade da assistência multiprofissional e os desafios para alcançar a integralidade das ações, fui estimulada à estudar no Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública, a dinâmica da atenção odontológico aos pacientes com necessidades

especiais em um Centro de Especialidades Odontológicas no Município de Rio de Janeiro. Esperando, assim, contribuir para as práticas e ação pública na área.

Neste processo percebi que a questão dos Pacientes com Necessidades Especiais no campo da saúde Bucal estava fortemente relacionada com o debate mais amplo sobre pessoas com deficiência e equidade em saúde.

Segundo relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), existem cerca de 600 milhões de pessoas com deficiência no mundo, ou seja, uma de cada dez pessoas (Organização Mundial da Saúde, 2003). No Brasil, pelos dados do Censo Demográfico de 2000, aproximadamente 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população) apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência (IBGE, 2002). Deste significativo número de pessoas, estima-se que apenas 2% tenham as suas necessidades de saúde atendidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Entendemos saúde não apenas como ausência de doença, mas como resultado de múltiplos fatores relacionados com as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, acesso a terra e, sobretudo, acesso aos serviços de saúde. A Constituição Brasileira de 1988 estabelece, no seu Artigo 196, que o Estado deve não apenas garantir serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando-se, deste modo, o risco de adoecer. Ter acesso à saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros.

Infelizmente, um dos traços mais marcantes de nossa sociedade é que parcela importante da população não tem acesso aos bens aqui produzidos, caracterizados pela subnutrição, pela falta de saneamento, além de condições mínimas de trabalho. Estamos diante de uma população extremamente carente de saúde e de recursos para recuperá-la. Grupos que historicamente necessitam de atenção do poder público sobre direitos e bens sociais, como pobres, negros, mulheres e índios, pois vivem situações

de preconceito, discriminação, violência e exclusão, quando são deficientes têm multiplicadas estas condições (Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2001).

A forma como se organiza a vida social foi apontada pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde do Brasil (CNDSS, 2006) como um dos principais determinantes das desigualdades em saúde. De acordo com Mackenbach e Kunst (1997), as desigualdades definem-se pela prevalência ou incidência dos problemas de saúde entre os indivíduos do mais alto e mais baixo *status* socioeconômico. Destacam os autores que as desigualdades se interligam ao *status* socioeconômico do grupo ao qual pertencem os indivíduos (VIANNA, 2003).

Segundo o *Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation* Chetre (2000), o conceito de equidade se traduz no direito ao acesso por diferentes pessoas a recursos de saúde suficientes para suas necessidades, e o nível de saúde observado entre estas pessoas não deve ser influenciado por fatores além do seu controle. Como consequência, a iniquidade ocorre quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas, como renda, educação ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde (*health status*). Essas diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas (CHETRE, 2000).

Na Constituição de 1988, a questão de equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades (NERI, 2002). Segundo o autor, é importante distinguir os conceitos de equidade em saúde e no consumo de saúde, visto que o primeiro avalia as diferentes oportunidades de estratos populacionais distintos

adquirirem morbidade ou mortalidade, enquanto que o conceito de equidade no consumo ou uso dos serviços de saúde analisa as diferentes condições de acesso a esses serviços.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades, em demanda e destas em uso (OJANUGA & GILBERT, 1992 & PUENTES-MARKIDES, 1992 *apud* NERI, 2002). Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso, pois ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso (MARCUS & SIEGEL, 1982; PUENTES-MARKIDES, 1992; NCHS, 1996).

Travassos (1997) defende que, ao avaliar a equidade, não se deve apenas considerar questões relacionadas com o acesso, utilização de serviços e alocação de recursos, enfatizando a necessidade de considerar as desigualdades das condições de vida, que exporiam as pessoas, de maneira diferente, a fatores determinantes na produção de saúde e doenças.

Ainda discutindo o conceito de equidade, West (1979) distingue duas formas: a horizontal (tratamento igual para iguais), que supõe o princípio da igualdade, e a vertical (tratamento desigual para desiguais), que supõe que tratamentos iguais nem sempre são equitativos. Segundo a autora, há dificuldade em operacionalizar o conceito de equidade horizontal, uma vez que, em se tratando de questões relativas à saúde, dificilmente são encontrados pacientes em situações iguais; neste caso, sempre será mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente mais vulnerável. De acordo com o princípio de equidade vertical, os serviços de saúde deveriam ser distribuídos segundo a necessidade de cuidados com a saúde, independente das características socioeconômicas individuais (NERI, 2002).

Sabe-se que pessoas com deficiência não constituem um grupo homogêneo. No Brasil, dos portadores de deficiência, 48,1% têm deficiência visual; 28,8%, motora; 16,7%, auditiva; 8,2%, mental; e 4,1%, física (IBGE, 2000). Cada grupo vai apresentar características diversas na necessidade de assistência, de acordo com sua incapacidade ou sua doença de base e das limitações que lhe são impostas por ela; estão sujeitos também a todos os quadros infecciosos e problemas gerais, inclusive as doenças mais prevalentes na cavidade bucal.

Para fins de assistência odontológica, o Ministério da Saúde utiliza-se do conceito de paciente com necessidades especiais que é:

“todo usuário que apresenta 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 e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc. Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial” (Cadernos da Atenção Básica, 2004)

Entendemos que nem todos os pacientes com deficiência, assim como nem todos os pacientes com necessidades especiais vão necessitar de atenção odontológica diferenciada, contudo grande parte destes indivíduos que não se adequam ao conceito de “normalidade” tendem a experimentar dificuldades e vulnerabilidades no que se refere às condições de educação, lazer, trabalho e acesso a serviços de saúde:

De acordo com Michel Oliver

[...] todos os deficientes experimentam a deficiência como uma restrição social, não importando se estas restrições ocorrem em consequência de ambientes inacessíveis, de noções questionáveis de inteligência e competência social, se da

inabilidade população em geral em utilizar a linguagem de sinais[...] (OLIVER, 1990).

Por este motivo, estes devem representar grupos prioritários no campo da proteção social por meio de políticas focalizadas que busquem o desenvolvimento de estratégias que proporcionem ampliar a inclusão social.

A classificação do paciente com necessidade especial em odontologia é dada segundo os comprometimentos e/ou áreas comprometidas pela patologia, presentes no paciente, sendo, portanto, classificados em: desvios de inteligência, defeitos físicos e congênitos, desvios comportamentais e psíquicos, deficiências sensoriais e de audiocomunicação, doenças sistêmicas crônicas e endócrino-metabólicas, além de desvios sociais e estados fisiológicos especiais (MUGAYAR, 2000). Cabe ressaltar que um grande número de pacientes que necessitam de atendimento odontológico diferenciado, como os pacientes portadores de perturbações ou doenças mentais (autismo, neurose, esquizofrenia e psicose), não foram considerados no Censo de 2000 como portadores de deficiência mental. Este dado contribui ainda mais para a dificuldade em conhecer as necessidades de saúde destes pacientes especiais e conseqüentemente formular políticas públicas para este grupo.

Pessoas com deficiência têm sido negligenciadas quanto aos aspectos de assistência à saúde específicos da sua condição, assim como têm estado em situação de desvantagem com relação à assistência a doenças e agravos comuns a qualquer outro cidadão. Grande parte destas pessoas, além de sofrer mais necessidades de internações hospitalares, sofre mais doenças crônicas, submetem-se também a menos consultas ambulatoriais, entre elas, as consultas odontológicas. Estudo realizado por Castro (2006), em municípios de São Paulo, registra que os pacientes deficientes físicos fizeram 24 vezes menos consultas odontológicas que os pacientes não deficientes. As principais razões apresentadas foram a dificuldade de acesso aos consultórios e clínicas

odontológicas, o despreparo dos profissionais para lidar com a deficiência, além de dificuldades financeiras. A assistência odontológica a este grupo populacional tem sido historicamente realizada de forma esporádica, sem acompanhamento sistemático e, na maior parte das vezes, em instituições de caráter filantrópico, razão pela qual a situação de saúde bucal destes pacientes é praticamente ignorada (Ministério da Saúde, 1992).

Partimos do pressuposto que: *“saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando esta diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.”* (1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1986). Ter saúde bucal, implica ainda na possibilidade de uma pessoa exercer plenamente funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento, estando esta, diretamente vinculada à qualidade de vida (NARVAL, 2003; Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2004). Apesar de dores e infecções bucais terem o potencial de agravar a condição sistêmica do paciente com deficiência, infelizmente a saúde bucal ainda é vista com baixa prioridade quando comparada aos demais cuidados médicos dedicados a estes indivíduos (OLIVEIRA, 2007).

Ao mesmo tempo, sabemos que condição bucal não permite apenas um registro quantitativo: possui também uma história vivida. Pessoas em posição de desvantagem social carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva e outra subjetiva, velada, pouco estudada. Essa condição bucal desfavorável reforça o estigma do portador e tende a ampliar seu sentimento de exclusão. Ao olhar para alguém e perceber dentes cariados, ausências dentárias, próteses desgastadas ou fístula externa de abscesso, pode-se já identificar concepções que norteiam a forma pejorativa de relacionar-se com este indivíduo (MOREIRA *et al*, 2007). Grande parte das pessoas com deficiência está submetida a uma dupla exclusão, que é social (pobreza, fome,

desemprego etc.) e, ao mesmo tempo, fruto da limitação física, sensorial e mental (ALMEIDA, 2005). É importante perceber que o adoecimento individual não pode ser visto como um fenômeno apenas físico; este é quase sempre um sintoma de fenômenos sociais de alcance mais amplo que, no caso das pessoas com deficiência, torna-se mais agudo diante de uma situação crônica de desvantagem.

Um fato concreto é que a pessoa com deficiência, na nossa sociedade, ainda é objeto de discriminação e preconceito, pois a condição de “diferente” significa, neste caso, ser inferior, desviar-se da média, sobressair-se de forma "negativa", tornando-se, assim, objeto de preconceitos. Desse modo, no plano social, a diferença transforma-se em desigualdade e coloca o portador de deficiência em desvantagem, em relação aos demais membros da sociedade.

A atenção à saúde das pessoas com deficiência é um dos aspectos fundamentais na inclusão destas na sociedade e caminha em estreita relação com outros aspectos das condições de vida, como educação, trabalho e lazer. Neste sentido, promover a inclusão social significa tomar como recurso teórico-conceitual a categoria equidade (CARNEIRO JÚNIOR e SILVEIRA, 2003). A equidade, na implementação de políticas, significa não tratar de forma igual os desiguais, uma vez que a idéia de igualdade não se sustenta em si, mas é impregnada de valores morais e historicamente contextualizada (RAWLS, 1992; VITA, 1992). Assim, a busca pela equidade dar-se-ia através da criação de programas que privilegiem os grupos populacionais mais despossuídos para favorecer-lhes o acesso aos serviços, entendendo-se que este deve ser o objetivo fundamental das políticas públicas de saúde (CARNEIRO JUNIOR & SILVEIRA, 2003).

Para Carneiro Júnior *et al* (2007):

”A atenção integral e o cuidado dispensado aos grupos que sofrem as consequências dos processos de exclusão social devem rejeitar a visão de que as diferenças criadas, e normalmente incorporadas por meio do estigma e da rejeição, constituam barreiras

às ações em saúde, enfim, a inclusão social, essencial à vida, deve prevalecer nas concepções e nas práticas dos serviços, produzindo ações que mantenham a saúde de forma integral”.

Este estudo situa-se no campo da análise de políticas públicas, e nesta direção foi importante reconhecer no que se refere à saúde bucal de portadores de necessidades especiais o que era possível definir como política entendendo que esta corresponde aos direitos assegurados constitucionalmente, programas que estabelecem os objetivos gerais e específicos focados no atendimento a este grupo e ações que são estabelecidas pelo programa com vistas ao alcance de determinado objetivo,

Em outras palavras, para a concretização dos direitos à saúde deste grupo, garantidos na Constituição Federal, faz-se necessário a articulação das políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência, por meio de programas específicos, de caráter multidisciplinar que resultem em ações e atividades voltadas para a atenção integral que tenham por objetivo a inclusão social e melhoria da qualidade de vida destes cidadãos.

A atenção aos pacientes com necessidades especiais, portanto, deve ser realizado por um odontólogo, inserido em uma equipe multidisciplinar, engajada em programas de saúde que observem não só os aspectos ligados à deficiência em si, mas também os aspectos psicológicos que permeiam as inter-relações profissional-deficiente-família, as condições de vida e o contexto social no qual o deficiente e seus familiares estão inseridos, prestando-lhes atendimento integral em todos os níveis de complexidade. Cabe ressaltar que a integralidade da atenção à saúde exige que, além da indispensável assistência aos pacientes, sejam desenvolvidas, ao mesmo tempo, ações destinadas a impedir o aparecimento de doenças diminuindo a magnitude da assistência necessária (NARVAI, 2003). Desta forma, a integralidade em saúde relaciona a

necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde.

Sabemos que integralidade, universalidade, equidade, participação social e descentralização são princípios do SUS, previstos no Artigo 198 da Constituição de 1988 e no Artigo 7º do Capítulo II da Lei nº 8.080/1990. O princípio da integralidade propõe que: *“o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade”* (OLIVEIRA, 2007).

Com relação à dimensão organizativa, Teixeira (2003) acredita que, ainda que as mudanças nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, seja pelo estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica (referência e contra-referências), seja pela modificação nas proporções entre os diversos níveis de produção do serviço, configurem-se como estratégias de racionalização de custos, podem, ainda assim, contribuir para a indução de práticas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde.

Embora a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior integralidade, ela é bem mais do que isso. Para Costa (2004):

“O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos” (COSTA, 2004).

A atenção universal à saúde bucal, inclusive ao paciente com necessidades especiais, esteve em destaque no relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde

Bucal, realizada em setembro de 2003, como deliberação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que salientava a garantia à:

“assistência integral em todos os níveis e faixas etárias” e propunha ainda “garantir que os portadores de deficiência física, mental e motora ou múltipla, ou de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas tenham seu atendimento básico executado em qualquer Unidade Básica de Saúde da rede SUS que deverá contar com concepção arquitetônica adequada, normas e rotinas de biossegurança e recursos humanos devidamente capacitados para tal fim” (CFO, 2003).

No entanto, no que se refere à inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS, esta se deu, durante muitos anos, de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (Cadernos de Saúde Bucal 2006). Neste sentido, Guerra (2009) atenta para a falta de importância dada à saúde bucal no contexto da saúde brasileira, salientando que o primeiro movimento para a sua entrada na agenda federal ocorrera na era de Fernando Henrique Cardoso, por meio da Portaria GM /MS nº 1.886, de dezembro de 1997, em que a saúde bucal fora tida como meta no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), somente seis anos após seu lançamento. De acordo com a Portaria, os Agentes Comunitários podiam realizar, entre suas contribuições, atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil (BRASIL, 1997).

Apesar de, desde o final dos anos 90, haver registro de vários municípios, como Curitiba e Distrito Federal (RONCALLI, 2000), que contavam com uma rede de serviços públicos odontológicos que asseguravam acesso universal na Atenção Básica, (MELO *et al.*, 2006), a grande maioria dos municípios brasileiros desenvolveu ações de promoção, prevenção e tratamento para a faixa etária escolar de 6 a 12 anos, enquanto, para adultos e idosos, o acesso se dava basicamente em serviços de urgência, com a realização de procedimentos, em sua maioria, mutiladores. Com relação ao

atendimento a pacientes com necessidades especiais, apesar de haver o registro, no ano de 1992, de um Programa de Assistência Integrada ao Paciente Especial com comprometimento severo, que tinha por meta a criação de núcleos de capacitação profissional e pólos para a assistência odontológica em todas as Unidades Federadas, historicamente o atendimento aos pacientes especiais tem-se dado de forma descontinuada, em caráter predominantemente emergencial, em hospitais e instituições de caráter filantrópico (Ministério da Saúde, 1992). Segundo Inácio (2007), a saúde bucal só se insere como Política Nacional de Saúde Pública nos princípios e diretrizes do SUS, em 28 de dezembro de 2000, com a publicação da Portaria n.º 1.444 (Ministério da Saúde), que passou a estabelecer incentivos financeiros para a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) (INÁCIO, 2007).

A inserção das ESB no PSF visava à ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e à consequente melhoria de seus indicadores epidemiológicos. Embora já houvesse discussões por parte de Instituições de alcance nacional, tais como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o CONASSEMS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais), para a inclusão de outras categorias profissionais e, conseqüentemente, outras ações básicas em saúde no PSF desde o ano de 1994 (ZANETTI, 2000), o plano de inclusão da saúde bucal no PSF somente se consolidou em 1998. As ESB se inserem no PSF após o então Ministro da Saúde José Serra ter acesso aos resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD 1998), que atestavam que 18,7% da população, aproximadamente 29 milhões de brasileiros, nunca haviam feito uma consulta ao dentista. A constatação de que essa porcentagem era nove vezes superior para as pessoas com renda de até 1 salário-mínimo, quando comparadas com

as que recebiam mais de 20 salários mínimos, revelou os aspectos perversos da exclusão no acesso aos serviços odontológicos em todo o país (ZANETTI, 2000).

A entrada das ESB no PSF, além de ter representado um aumento na centralidade da saúde bucal no conjunto da agenda do Ministério da Saúde dando início a um processo de fortalecimento da saúde bucal como uma política específica (GARCIA, 2006), representou também a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Segundo Calado (2002), havia relatos de 76 experiências de incorporação do cirurgião-dentista nas equipes de saúde da família no país, anteriores à inclusão oficial¹ da saúde bucal no PSF. Num intervalo de apenas dois anos após a divulgação da Portaria de incentivos, em fevereiro de 2002, segundo o Ministério da Saúde, o número de municípios com equipe de saúde bucal aumentou substancialmente para 1.526 em todo o Brasil. Em janeiro de 2007, esse número era de 15,7 mil ESB (DATASUS, 2009).

Analisando as políticas de saúde bucal de âmbito nacional, Garcia (2006) reconhece três marcos na trajetória recente das políticas de saúde bucal no Brasil, apresentados entre os anos 2000 e 2004; o primeiro, já citado, instituiu-se com a edição da Portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais no Programa Saúde da Família (PSF); o segundo ocorreu com a publicação das “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (PNSB), em janeiro de 2004, que apontou caminhos para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis

¹ Em março de 2006, com a publicação da Portaria n° 648/GM, que aprova e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorganizar a atenção básica e assim o Programa de Saúde da Família passa a ser doravante denominado de Estratégia Saúde da Família (ESSF).

de atenção; e o terceiro, com a construção do Programa Brasil Sorridente, também em 2004, que efetivou a saúde bucal enquanto política pública na esfera nacional.

O documento das “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” foi apresentado como o eixo político básico das estratégias para reorganização da atenção em saúde bucal, em todos os níveis de atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No campo da assistência, a PNSB tinha por metas:

"a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção" (Política Nacional de Saúde Bucal, 2004).

No que se refere à ampliação do acesso e qualificação da atenção básica, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal propunham duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e 2) por condição de vida. A primeira previa o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, entre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos, definindo as políticas para a intervenção governamental, segundo as linhas de cuidado ou condição de vida (Ministério da Saúde, 2004). A organização deste modelo prevê a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referências). Implica na ausência de barreiras de acesso ao usuário, que deve conhecer cada lugar que compõe a estrutura do serviço, a partir da sua vivência nele (MS, 2006).

Com relação à organização por ciclo de vida, mais especificamente no que se refere ao paciente especial, o Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal do MS recomenda que:

“Os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da atenção primária (porta de entrada), devendo haver Unidades de Referência Especializada e Hospitalar para os casos de maior complexidade e os que necessitem de atendimento sob anestesia geral. O atendimento a estas pessoas, por requerer uma atenção em todos os níveis de complexidade, impõe a necessidade de um rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde” (Cadernos da Atenção Básica, 2006).

A proposta de inserção transversal nos diferentes programas está em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, aprovada pela Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002, pelo Ministério da Saúde. Entre outras medidas, esta política propõe a articulação com a Atenção Básica para a elaboração de estratégias e ações a serem desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e a articulação com a Coordenação de Saúde Bucal objetivando o atendimento à pessoa portadora de deficiência no *Programa Brasil Sorridente* (CHAGAS, 2006). Esta política preconiza que o atendimento odontológico ao PNE deve ser realizado em regime ambulatorial especial ou em regime de internação se a origem da seqüela assim exigir.

O *Programa Brasil Sorridente* foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” e estabeleceu cinco frentes de ação: a ampliação do atendimento na rede básica através do aumento das ESB no PSF, a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), ações educativas, implantação de laboratórios regionais de prótese e fluoretação das águas (MOYSÉS, 2007, NARVAL, 2007).

Os CEOs foram criados com o objetivo de ampliar a rede assistencial especializada (média complexidade), uma vez que esta não acompanhou a expansão da Atenção Básica. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), em 2002, indicavam que estes atendimentos não correspondiam a mais que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos no Brasil. Estes dados evidenciavam a baixíssima cobertura neste nível de atendimento, o que comprometia o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência entre os demais níveis (LOPES, 2006).

A assistência ao paciente especial, em nível de média complexidade, foi garantida, então, pela Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que define que os CEOs devem oferecer obrigatoriamente à população, no mínimo, os seguintes serviços (Ministério da Saúde, 2004):

- ✓ Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca;
- ✓ Periodontia especializada;
- ✓ Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- ✓ Endodontia;
- ✓ Atendimento a portadores de necessidades especiais.

A proposta é de garantia da continuidade do trabalho realizado na atenção básica, inclusive pelas ESB, estabelecendo o fluxo de atendimento em um sistema de referência e contra-referência. Desta forma, a porta de entrada de atenção aos pacientes com necessidades especiais deverá ser a Unidade Básica de Saúde (UBS), que deve buscar que estes pacientes tenham seu atendimento preferivelmente realizado em seu âmbito. Apenas pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo devem ser encaminhados para o CEO, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar em nível de alta complexidade. Assim, os CEOs fariam o atendimento clínico especializado que não pudesse ser executado nas unidades básicas

de saúde (Ministério da Saúde, 2004) e as necessidades de saúde seriam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados, a partir do fluxo ordenado de usuários, racionalizando o atendimento (CECÍLIO, 2001).

Em 2010, após seis anos da implantação dos primeiros CEOs, tem havido, sob forte incentivo do Governo Federal, em um sistema de parceria com os Estados e Municípios, um rápido aumento no número de unidades em diversos municípios do país, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região. Segundo dados do MS, até agosto de 2008, havia 672 CEOs implantados em todo o Brasil, e a meta é de implantação de 950 até o ano de 2010 (MS, 2009).

Apesar do rápido aumento de unidades credenciadas em todo o Brasil, frequentemente divulgado pela mídia, Werneck (2008) afirma que não existe um sistema de avaliação, controle e auditoria para os CEOs. O autor atenta para a necessidade de analisar-se o processo de implementação dos CEOs nas dimensões macro e micropolíticas.

Cabe-nos indagar, do ponto de vista da análise desta intervenção, em que medida a implantação dos CEOs tem contribuído para a ampliação do acesso de pacientes especiais aos serviços de saúde bucal para maior resolubilidade e integralidade das ações e para a diminuição das iniquidades.

Sabemos que a implementação das políticas, em nível local, está sujeita às especificidades desta realidade. Neste sentido, Bodstein (2002) aponta para a questão da complexidade de coordenar, em nível local, o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade, pelo fato de grande parte dos municípios ainda apresentarem fragilidades na estruturação da rede de atendimento básico. Estudo realizado em Belo Horizonte por Franco e Magalhães Junior (2003) sobre integralidade na assistência à saúde, voltado para a área médica, indicou que a média e a alta complexidade, em geral, constituem um ponto de

estrangulamento importante nos serviços de saúde. Isto se deve à existência de uma grande demanda reprimida por estes recursos assistenciais e uma baixa oferta que gera longas filas de espera para alguns procedimentos. Na atenção odontológica, começam a surgir estudos que apontam, para um importante estrangulamento em nível de média complexidade, existindo grande demanda reprimida para algumas especialidades, devido a uma baixa oferta que gera grandes filas de espera.

Estudo realizado por Ferraz (2008), com avaliação da referência e contra-referência dos CEOs de Teresina, verificou uma grande demanda reprimida, principalmente para a especialidade de endodontia, com baixa resolubilidade dos casos e grandes filas de espera. Com relação ao atendimento ao PNE, algumas experiências de implementação nos CEOs, em diferentes municípios, têm demonstrado uma diversidade de experiências marcadas por singularidades e especificidades concernentes ao desenho do programa e de sua inserção no sistema local de saúde. Problemas como inadequação dos espaços para atendimento, encaminhamentos indevidos, falta de integralidade nas ações, falta de preparo e de envolvimento dos profissionais, assim como características próprias dos gestores, foram identificados como fatores que influenciaram na caracterização do serviço prestado (FONSECA, 2006). Neste ponto, alguns autores têm acentuado a importância da influência das variáveis contextuais, nas quais a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção (DENIS & CHAMPAGNE 1997, HARTZ, 2000). A justificativa para as incongruências encontradas entre o planejamento da intervenção e o efetivamente implantado recaem sobre os atores envolvidos no processo, os conflitos entre interesses diversos e o cenário político-institucional.

Na visão de Bardach (1997), a implementação configura-se como um jogo entre implementadores em que há negociação de papéis, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre os atores são objeto de barganha. Arretche (1999) afirma que *“a implementação efetiva tal como se traduz para os diversos beneficiários, é*

sempre realizada com base nas referências que os implementadores de fato adotam para desempenhar suas funções”.

Esta perspectiva de análise do processo dinâmico da implementação de uma intervenção, em nível local, em que as variáveis citadas têm papel fundamental no sucesso ou fracasso de uma dada intervenção, abre espaço para uma investigação empírica, tendo o estudo de caso como possibilidade metodológica. Assim, enfocaremos uma intervenção e seu contexto na vida real (YIN, 2005), entendendo que a conformação da implementação é fortemente influenciada pelo contexto organizacional (SENNA, 2004).

Este estudo investiga o caso de um Centro de Especialidades Odontológicas implantado no Município do Rio de Janeiro que realiza atendimento em todas as atividades obrigatórias desde o seu credenciamento. Segundo Lopes (2006), trata-se de um dos municípios pioneiros na solicitação de credenciamento ao Ministério da Saúde para instalação de um CEO. A habilitação ao recebimento dos incentivos para implantação e custeio mensal das ações realizadas pelos CEOs ocorreu em 8 de outubro de 2004 pela Portaria nº 2.192 (Ministério da Saúde, 2004) e tem sido desde então, repassados mensalmente fundo a fundo. A implantação desses Centros ocorreu entre 2004 e 2005, habilitando-se, ao todo, 18 CEOs.

No Município do Rio de Janeiro, conforme dados do Instituto Pereira Passos (2005), 828 mil cariocas, ou seja, 14,8% da população eram portadores de algum tipo de deficiência. Embora saibamos que esta população conta com políticas que prevêm a atenção a sua saúde, o que ainda se observa, na prática, em relação aos serviços de assistência odontológica voltados para o atendimento de pessoas que necessitam de atenção especial, é que são serviços isolados, não constituindo um sistema, dificultando ou até mesmo impedindo a articulação entre os diversos níveis de complexidade (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2005).

Essa constatação evidencia a necessidade de ampliar a integração dos vários serviços que oferecem assistência odontológica aos portadores de necessidades especiais, nos diversos níveis de complexidade, de forma a estruturar-se um sistema que seja capaz de oferecer uma atenção integral. A porta de entrada no sistema de saúde não deve ser apenas a Unidade de Saúde, mas também o domicílio, em situações em que os indivíduos encontrem-se impossibilitados (de forma temporária ou permanente) de buscar os cuidados em saúde de que necessitam (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2005).

Pretendemos, através dessa estratégia, examinar o processo de implementação do atendimento ao paciente especial, com uma perspectiva de integralidade da atenção, buscando observar se esta política tem atingido o público alvo do programa e se revela possibilidades de contribuir para redução das iniquidades na atenção à saúde desses pacientes. Propomo-nos também identificar possíveis obstáculos ao longo do processo e produzir recomendações que possam contribuir para a formulação de políticas pertinentes.

Este percurso de investigação e pesquisa é apresentado aqui em cinco capítulos. No primeiro, abordamos os aspectos relacionados à terminologia, conceituação e magnitude da deficiência, enfatizando a importância desta discussão para a construção das políticas de saúde. No segundo, apresentamos a Política Nacional de Saúde Bucal a partir do contexto histórico de construção do SUS;—analisamos aspectos ligados ao acesso da população à Saúde Bucal; e destacamos a adesão do Município do Rio de Janeiro ao Programa Brasil Sorridente, particularmente no que se refere ao atendimento ao Portador de Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas. No terceiro, enfocamos as Políticas de Saúde para os Portadores de Deficiências e, em particular, as políticas voltadas à Saúde Bucal, suas condições de atendimento e acessibilidade. No quarto, apresentamos a Trajetória Metodológica, envolvendo a

caracterização do estudo, o lugar da pesquisa, a seleção dos entrevistados, a coleta de dados e considerações éticas. No quinto capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa de campo e os principais contornos de uma experiência aspectos de implementação local. No último tópico apresentamos as considerações finais sobre as fragilidades na articulação das ações para pacientes com necessidades especiais no diferentes níveis de complexidade, neste contexto específico, apontamos as limitações deste estudo e sugerimos algumas questões para serem investigadas no futuro

CAPÍTULO I DEFICIÊNCIA: ASPECTOS CONCEITUAIS

1.1 – O conceito de deficiência

Para melhor compreensão de como a concepção acerca da deficiência vem-se transformando ao longo da história, é necessário entender um conjunto de valores e percepções atribuídas ao deficiente, em diferentes épocas, nas diferentes sociedades. Dessa forma, como Pereira (2006) afirma, cada cultura e cada época vão apresentar concepções distintas a respeito da deficiência. Dependendo de como a questão é tratada, esta vai resultar numa diversidade de procedimentos que podem variar, tais como: segregação social, eliminação sumária, divinização, acolhimento ou indiferença. Entendemos assim, como o autor, que, independentemente da concepção que se tem da deficiência, ela e tudo o que a ela se vincula são partes inseparáveis de uma cultura e de uma sociedade.

Segundo Silva (1986), desde a pré-história, existem estudos antropológicos que indicam que a deficiência fazia parte do cotidiano dos povos. É provável, contudo, que as condições naturais adversas a que estavam submetidos, forçados a deslocamentos constantes em busca de alimentos, inviabilizassem a sobrevivência de indivíduos que não reunissem as condições físicas necessárias ao próprio sustento (GUGEL, 2007).

Na Antiguidade, existiam visões contraditórias sobre a deficiência e a possibilidade de integração social. Segundo Gugel (2007), existem indícios de que, em algumas culturas, o deficiente integrava-se na sociedade. Como exemplo desta situação, há evidências arqueológicas de mais de cinco mil anos, oriundas do Antigo Egito, que indicam a plena integração do deficiente em diferentes estratos sociais (faraó, nobres, altos funcionários, artesãos, agricultores e escravos). Algumas formas de expressão, como as artes e a escrita punham em relevo a aceitação desses indivíduos na sociedade (GUGEL, 2007).

Diferentemente, na Grécia Antiga, as crianças que nasciam com alterações na forma física eram consideradas sub-humanas e eram eliminadas ou abandonadas, uma vez que não correspondiam aos ideais estéticos, culturais e políticos da época (PESSOTTI, 1984). Foi também na Grécia que se originou o conceito de *estigma* expressando os sinais corporais visíveis que desqualificavam moralmente seus portadores. Segundo Goffman (1988), “*Os homens que traziam essas marcas, geralmente escravos, criminosos ou traidores, deveriam ser evitados no espaço público*”. O autor enfatiza também que, mais tarde, os cristãos vão acrescentar à categoria de sinais que representavam distúrbios físicos uma outra que considerava os sinais como metáforas da graça divina. Neste sentido, a pessoa com deficiência carregava em menor ou maior grau os sinais de diferença.

No Império Romano as leis também não favoreciam as pessoas com deficiência. Crianças nascidas com deformidades físicas podiam ser eliminadas por seus pais pela prática do afogamento ou abandonados em cestos por seus pais no Rio Tibre, ou em outros lugares sagrados. Os que conseguiam sobreviver eram explorados nas cidades por “esmoladores”. A literatura da época é marcada por exemplos de situações onde os anões e os corcundas são tratados como focos de diversão dos mais abastados (GUGEL, 2007).

A partir do início da Era Cristã e da difusão da doutrina, o deficiente passa a ser reconhecido como alguém que tem alma. Nesse momento, a Igreja incentiva a caridade e a piedade com os anormais, preservando-lhes o direito à vida. Neste contexto, as causas da excepcionalidade conectavam-se à crença do pagamento de pecados. No entanto, apesar de terem o direito à vida preservado, não era facultado ao deficiente o direito à participação da vida em sociedade. Estas pessoas deveriam permanecer segregadas em mosteiros e instituições, à margem do processo social (PADILHA, 2006).

Na Idade Média, a superstição e o obscurantismo marcaram o olhar sobre a deficiência. Nesta época, eram precárias as condições de vida e de saúde das pessoas (PORTUONDO, 2004). A população ignorante atribuía o nascimento de pessoas com deficiência ao castigo divino. Já os supersticiosos atribuía a elas poderes especiais de feiticeiros ou bruxos (GUGEL, 2007).

No final do século XIV e princípios do século XV, inicia-se a época do Renascimento. Este período foi marcado pela volta da cultura greco-romana, com progressos nas artes, literatura e ciências, grandes descobertas e a racionalidade. A expansão do comércio entre os povos favoreceu o acesso à informação e ao início do movimento humanista (valorização do homem e da natureza em oposição ao divino e sobrenatural (PORTUONDO, 2004). De acordo com Silva e Dessen (2001), é nesta época que a concepção de deficiência se amplia e passa a ter uma vinculação mais direta com a questão da produtividade econômica *vis a vis* a hegemonia idéias liberais. Neste momento histórico, iniciava-se também o interesse pelo estudo do comportamento dos portadores de deficiência, mais especificamente no enfoque da deficiência como doença, digna de tratamento e complacência. Essa mudança de paradigma teve por referência os estudos de Celso e Cardano, médicos que pesquisaram a natureza da deficiência mental, publicada na obra “Sobre as Doenças que Privam os Homens da Razão” (PADILHA, 2007). Estes e outros médicos, como Félix Platter e Thomas Wills, contribuíram para uma visão organicista da deficiência em detrimento da visão espiritualista (PORTUONDO, 2004). Nesta época, começam a surgir os primeiros hospitais psiquiátricos, que se caracterizavam por instituições de confinamento e não de tratamento de pacientes que fossem considerados doentes, que causassem transtornos à sociedade, ou ambos (ARANHA, 1995).

Durante os séculos XVII e XVIII, houve grande desenvolvimento no atendimento às pessoas com deficiência em hospitais, principalmente no que diz

respeito aos serviços de reabilitação, como a assistência especializada em ortopedia para os mutilados das guerras e para pessoas cegas e surdas (GUGEL, 2007).

A Revolução Francesa com seus ideais de igualdade, liberdade e fraternidade alcançaram as pessoas com deficiência, e estas passaram a ser vistas e tratadas como enfermos (PORTUONDO, 2004). Um dos precursores desta transformação foi o médico Philippe Pinel, que liberou de suas cadeias os pacientes com problemas mentais do hospital de Bicêtre, em 1793, defendendo que pessoas com perturbações mentais deveriam ser tratadas como doentes, ao contrário do que acontecia na época, quando estes eram tratados com violência e discriminação (PORTUONDO, 2004). Referências fundamentais para este processo de metamorfose do hospital para loucos (e outros) em hospício são *“A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienista”*, de Robert Castel (1978) e *“O nascimento da clínica”*, de Foucault (1977), que expõem a forma pela qual o espaço asilar é trabalhado, desde pioneiros como Pinel, com isolamento dos doentes para melhor observação dos sintomas, a serem enquadrados em diversas síndromes comportamentais, que definirão as diferentes alas institucionais a serem criadas para o tratamento dos casos catalogados como semelhantes. Michel Foucault, considera o fim do século XVIII e o início do XIX como a época em que despontou a clínica médica articulando o discurso médico, que inaugura e embasa o campo de atuação e de produção científica da disciplina médica dentro de fatores sociais, políticos, econômicos, tecnológicos e pedagógicos, e que evidencia as relações discursivas que "fabricam" a doença e seu tratamento. Dessa maneira, o discurso médico recebe uma ordenação estabelecida pelos critérios de cientificidade e fundamenta as práticas que organizam a Medicina moderna. O corpo torna-se, assim, motivo de controle disciplinar e tecnológico. Em sua obra faz uma comparação entre o médico pré e pós-Revolução Francesa, demonstrando que a ruptura que se processou no saber médico não foi devida a um refinamento conceitual, nem a utilização de

instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança no nível de seus objetos, conceitos e métodos. Assim, o médico adquiriu status de magistrado, vigilante da moral e da saúde pública. A pessoa com deficiência tornou-se alvo do poder médico, cujo principal objetivo era torná-lo normal. O hospital passa a ser, então, um local para os doentes sem família e para os enfermos contagiosos ou portadores de patologias complexas ou desconhecidas, adquirindo, assim, características de uma indispensável medida de contenção (PEREIRA, 2006). Difundem-se também os orfanatos, os asilos e os lares para crianças com deficiência física

Pereira (2006) chama a atenção para a importância da Revolução Industrial e dos desdobramentos sociais decorrentes desta fase que influenciaram a concepção da deficiência. Nesta fase, a valorização da produtividade torna-se mais intensa, e o reconhecimento e a valorização do indivíduo na sociedade ficam cada vez mais atrelados à sua capacidade de produção. Segundo o mesmo autor, neste novo conceito de trabalho, o deficiente, que já possuía o estigma da invalidez e incapacidade, foi sumariamente excluído deste processo.

O Século XIX, ainda sob a influência das ideias humanistas da Revolução Francesa, ficou marcado, na história das pessoas com deficiência, por uma atitude de responsabilidade pública em frente das necessidades do deficiente. Os impedimentos físicos, sensoriais ou cognitivos da pessoa com deficiência, vistos antes como uma expressão de azar ou do pecado, passaram a ser explicados com base na embriologia e na genética, e surgiram soluções nos campos da cirurgia ou da reabilitação (HUGUES, 2002). Houve, naquele momento, um aumento da percepção de que, além de hospitais e abrigos, o deficiente necessitava de atenção especializada. É nesse período que se inicia a constituição de organizações para estudar os problemas de cada deficiência.

No século XX, difundem-se os estudos sobre a deficiência em diversos campos de conhecimento, sobretudo na área da saúde, como medicina, fonoaudiologia, terapia

ocupacional, fisioterapia, técnico em órtese e prótese, contribuindo para a construção do “modelo médico da deficiência”. Esse modelo tende a considerar a deficiência como um “problema” do indivíduo, causado por uma doença, injúria ou outra condição de saúde e que requer cuidados médicos na forma de tratamento e reabilitação individual com vista a obter-se a cura ou a adaptação da pessoa ao ambiente (AMIRALIAN, 2006). Em meados do século XX, principalmente após as duas Grandes Guerras, a questão da integração social do deficiente torna-se mais intensa. Surge, nos países escandinavos, o princípio da normalização, preconizando que as pessoas com deficiência poderiam viver uma vida mais “normal”. Este princípio determinava que a sociedade deveria processar ajustes para interagir com deficientes: “paradigma integracionista”. Nesta época, o termo comumente utilizado para designar pessoas com deficiência era “incapacitado” para retratar as sequelas físicas e mentais dos combatentes.

O fim da 2ª. Guerra Mundial provocou uma mudança do modelo tradicional de eliminação e confinamento estabelecidos aos deficientes, pois resultou em muitas pessoas com deficiência física, ex-combatentes, que exigiram tratamento para reabilitação. E assim surgiu o paradigma médico e biológico no trato à questão da deficiência. Na Europa, surgem iniciativas voltadas aos portadores de deficiências, como a Confederação das Organizações Mundiais Interessadas na Pessoa Deficiente, que agregava associações, tais como Reabilitação Internacional, vinculada ao Rotary Internacional, Federação Mundial de Veteranos, Conselho Mundial para o Bem-Estar dos Cegos, Sociedade Internacional de Medicina Física, Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais, Confederação Mundial de Fisioterapeutas (SILVA e SALAZAR y de AGÜERO, *apud* SOARES, 1991). Estas instituições se organizam, inicialmente, através da Liga das Nações e, depois, da ONU (Organização das Nações Unidas), do UNICEF (Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças), da

OIT (Organização Internacional do Trabalho), da OMS (Organização Mundial de Saúde) e da UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura).

Segundo Pereira (2006), na última metade do século XX ocorreu uma grande mobilização da sociedade principalmente no Estados Unidos em todos os seus segmentos, no sentido de integrar a pessoa com deficiência. Nesta época, já havia, movimentos organizados em prol da pessoa com deficiência. Isto se deu pelo aumento significativo de pessoas mutiladas em decorrência dos conflitos bélicos em que o país se envolvera e que haviam desencadeado mudanças sociais e políticas para enfrentamento da questão da deficiência.

A trajetória da luta pela inclusão social foi bastante longa. Os primeiros movimentos nos países desenvolvidos, em prol da inclusão e da não marginalização das pessoas com deficiência, tiveram, como marco inicial, a proclamação, em 10 de dezembro de 1948, da “Declaração Universal dos Direitos do Homem” pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Esta declaração garantia a proteção do ser humano pelas suas características de humanidade e não somente como ser produtivo. Entre outros, assegurava o direito à não discriminação, à instrução, ao trabalho e o direito à segurança social. Em 20 de dezembro de 1971, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou os direitos das pessoas mentalmente retardadas (termo utilizado na época), que lhes garantia igualdade de direitos aos de qualquer outro cidadão e também os protegia de qualquer forma de abuso, exploração ou tratamento degradante. Com relação à saúde, em seu artigo 2º, salienta o direito à atenção médica e tratamento físico e reabilitação. Os mesmos direitos foram garantidos às pessoas com deficiência com a proclamação, em 9 de dezembro de 1975, dos Direitos das Pessoas Deficientes (termo utilizado na época), pela mesma Assembleia. Nestes, ficava estabelecido: *“o termo pessoa deficiente refere-se a qualquer pessoa incapaz de*

assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não em suas capacidades físicas ou mentais”.

Com referência à terminologia, segundo Telford e Sawrey (*apud* PEREIRA, 2006), até os anos 60, não havia nenhuma padronização no campo da deficiência. Sobre este assunto, Sasaki (2006) atenta para o fato de não haver um termo único que possa ser considerado correto, uma vez que os termos utilizados são compatíveis com o entendimento que as sociedades têm da questão em diferentes momentos históricos. Segundo o mesmo autor, até os anos 80, os termos “inválidos”, “incapacitados”, “excepcionais”, “deficientes” e outros eram utilizados com naturalidade, inclusive em documentos oficiais. Desde os anos 90 até o início do século XXI, a designação, compreendida como adequada pelos próprios integrantes deste segmento, é “pessoas com deficiência”, uma vez que define, com precisão, a sua desvantagem sem iludi-la (SASSAKI, 2006).

Sabemos que um marco no movimento social das pessoas com deficiência em defesa de seus direitos, em nível internacional, ocorre em 1981, ano em que a Organização das Nações Unidas proclamou o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD). Com o lema “Participação Plena e Igualdade”, as questões relacionadas com a deficiência receberam destaque na agenda internacional. Para Ribas (1983), a despeito dos esforços das organizações internacionais em eliminar termos considerados inadequados e incoerentes para referir-se a pessoas com deficiência, o novo termo “pessoa deficiente”, proposto no documento citado acima, é muito forte, uma vez que se opõe à condição de “eficiente” (RIBAS, 1983).

Com a divulgação, em 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, passou-se a defender-lhes não só o direito à igualdade, em relação a toda a população, mas também o usufruto equitativo da melhoria das condições de vida

resultante do desenvolvimento social e econômico. O documento estabelecia também diretrizes nas áreas de saúde, educação, trabalho e seguridade social para todas as pessoas com deficiência.

Neste século, as pessoas portadoras de deficiência começam, mesmo que de maneira assistencial, a ser consideradas como cidadãos com direitos e deveres de participação na sociedade (PEREIRA, 2006).

Com a perspectiva da participação social das pessoas com deficiência na sociedade, o modelo médico predominante na concepção da deficiência, até então, já não bastava para definir o amplo espectro da deficiência. Esta passa a ser compreendida, sob uma perspectiva social, como um problema criado e determinado socialmente que atribui as desvantagens individuais e coletivas das pessoas com deficiência principalmente à discriminação institucional, sugerindo que a solução para a incapacidade estaria na reestruturação da sociedade (AMIRALIAN *et al*, 2000).

Estes conceitos entram em confronto mais intensamente a partir da publicação, em 1980, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de um catálogo oficial de lesões que buscava sistematizar a linguagem biomédica relativa às deficiências e lesões: a Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handcap (ICIDH), semelhante à Classificação Internacional de Doenças (CID). Este catálogo baseou-se no modelo médico de deficiência e estabeleceu uma abrangência e hierarquia de intensidades, uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, propondo que sejam utilizados com a CID pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social.

Quadro1: Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF).

Deficiência (<i>impairment</i>):	perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais
Incapacidade (<i>disability</i>):	restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra.
Desvantagem (<i>handicap</i>):	prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de papéis, de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se com as dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

A publicação deste catálogo sofreu intensas críticas, da Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (UPIAS) localizada no Reino Unido, onde havia na década de 80, uma grande discussão conceitual sobre o modelo social de deficiência (DINIZ, 2007).

Segundo Diniz (2007): “*Acreditava-se que a tensão entre deficiência como questão individual e deficiência como questão social teria implicações no*

estabelecimento de prioridades políticas tanto na esfera da saúde pública quanto na dos direitos humanos”. A visão da deficiência como tragédia individual significava a priorização de ações medicalizantes e não de proteção social ou de reparação de desigualdades (DINIZ, 2007).

Na tentativa de dirimir parte dessa controvérsia conceitual, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma revisão da classificação terminológica sobre deficiência em 2001. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), “as deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo com um desvio importante ou perda” (p. 21). Para a CIF, a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo são resultados da interação entre os estados de saúde e o meio ambiente, em que a deficiência é resultado de uma interação complexa das pessoas com a sociedade.

No modelo atual (OMS, 2004), o termo *incapacidade* foi substituído por *limitação de atividade* que significa “dificuldade que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades”. Uma limitação de atividade pode variar de um desvio leve a grave em termos de quantidade ou da qualidade na execução comparada à maneira ou extensão esperada de pessoas sem esta condição de saúde (OMS, 2004).

Em relação à classificação das deficiências, embora haja vários tipos de deficiência, a Organização Mundial de Saúde adota uma classificação, aparentemente simples, que abrange os tipos de deficiência mais frequentes: mental, motora, auditiva, visual e múltipla (OMS, 2003).

A Classificação Internacional de Funcionalidade acaba por identificar e classificar os indivíduos que diferem, de alguma forma, da maioria da população que apresenta algum desvio. Neste sentido, para Velho (1981), o grande paradoxo da sociedade moderna é gerar a diferenciação e somente conviver com ela por meio de mecanismos discriminatórios. A coerção normalizadora, a fabricação ininterrupta de

desviantes, entre outras práticas, são resultado dessa realidade. A questão da deficiência, embora muito anterior ao surgimento das sociedades complexas, se enquadra nessa dificuldade de assimilação e integração do diferente; daí, a necessidade de neutralizar a diferença encobrindo-a por meio de uma falsa integração, que não a respeita.(VELHO, 1981).

É importante destacar que, a despeito de toda esta discussão conceitual, que ocorre intensamente nas diversas áreas de conhecimento, o poder de emitir laudos, com finalidade médica, na área de reabilitação ou para fins de seguridade social, cabe exclusivamente ao médico que realiza a perícia (PEREIRA, 2006). À pessoa com deficiência, que deveria ser o foco desta discussão, não cabe nem receber informações (PEREIRA, 2006).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.060/2002) define como pessoa com deficiência aquela que apresenta, de modo permanente, perdas ou anormalidade em sua estrutura ou função anatômica, psicológica ou fisiológica que levem a incapacidades para o desempenho de funções que possam ser consideradas normais para o ser humano, conforme definições utilizadas pelas classificações da OMS. Já o Censo 2000, realizado pelo IBGE, diverge, no seu texto, da legislação federal, em relação à categorização das deficiências: considera-as como mental, física, visual, auditiva e motora (ALMEIDA, 2004).

É importante salientar que o termo “necessidades especiais”, surgiu inicialmente em 1990 para substituir o termo “deficiência”; contudo, após o artigo 5º da Resolução da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação CNE/CEB nº 2, de 11/09/01, o termo “necessidades especiais” passou a ser utilizado para caracterizar educandos com necessidades educacionais especiais. (SASSAKI, 2005, CNE, 2001). Sem dúvida a controvérsia conceitual permanece revelando

múltiplos pontos de vistas a abordagens as quais por sua vez informam o desenho das iniciativas.

Durante a década de 1990, o surgimento de expressões, como: *crianças especiais, alunos especiais, pacientes especiais*, mostram o claro objetivo de contornar a contundência da palavra “deficiente”. O termo “necessidades especiais” passou então a ser utilizado em áreas diversas, como a educação, para referir-se a pessoas com necessidades especiais em educação, e na área da saúde, particularmente na odontologia, para designar pessoas que demandam necessidades diferenciadas de atendimento odontológico quando comparadas aos demais indivíduos (SASSAKI, 2005).

Em odontologia, o termo “pacientes com necessidades especiais” foi proposto pela *International Association for Disability and Oral Health* (IADH) em 2001, em comum acordo com associações odontológicas de todo o mundo, inclusive nacionais, em substituição aos termos “pacientes com deficiência” e “excepcionais” por ser considerado mais abrangente, uma vez que inclui, além dos portadores de deficiência, pessoas com restrições de capacidades advindas da idade ou de agravos adquiridos, os quais limitam a função intelectual, física ou social (FIGUEIREDO, 2002), que demandam tratamento odontológico diferenciado.

No âmbito do Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial, paciente especial é:

“todo indivíduo que apresenta desvios de normalidade, de ordem física, mental, sensorial, de comportamento e crescimento tão acentuadas a ponto de tal indivíduo não poder se beneficiar de programas rotineiros de assistência. Para que goze de saúde bucal, exige setores, pessoal e serviços especializados, capazes de atender às suas necessidades específicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Este Programa foi elaborado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em 1992, sob a coordenação do Dr. Benedito Elias Waquim, com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Universidades e a Sociedade Civil e tinha por princípio a Política Nacional de Saúde Bucal (maiores detalhes no capítulo 3). Em sua introdução, chamava a atenção para o desconhecimento, quase que absoluto, das condições de saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais, com graves limitações, e tinha por proposta o seu atendimento; daí, a criação institucional de núcleos de capacitação profissional e pólos integrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

A definição proposta por Guedes-Pinto (1993) está em sintonia com o modelo social de deficiência, uma vez que enfatiza a necessidade de transformação das condições de atendimento para superar as dificuldades de condução do tratamento tirando o foco da deficiência do paciente:

“Pacientes com necessidades especiais são aqueles indivíduos que necessitam de cuidados especiais por um tempo indeterminado ou por parte de sua vida, e seu tratamento odontológico depende de eliminar ou de contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação, seja na área emocional, intelectual ou social” (GUEDES-PINTO, 1993).

A definição utilizada, a partir da publicação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, para fins de atendimento público, está contida nos Cadernos da Atenção Básica em Saúde Bucal, publicado pelo Ministério da Saúde (2004), que define paciente com necessidades especiais como:

“Todo usuário que apresenta 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” (CABSB, 2004).

O documento destaca ainda que este é um conceito amplo e abrange diversos casos que requerem atenção odontológica diferenciada, ou seja, não diz respeito apenas às pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3.296/99 e 5.296/04), que, por sua vez, não necessariamente, precisam ser submetidas à atenção odontológica especial (CABSB, 2004). Cabe ressaltar que o conceito de deficiência assumido pelo Estado tem impacto direto na construção de políticas públicas de saúde, pois é o principal critério de inclusão ou exclusão de beneficiários dessas políticas.

Entre estes conceitos, percebe-se que o termo especial é amplo e relativo; amplo porque gera uma série de definições que se complementam e se reforçam; relativo porque está em função das visões de normalidade que prevalecem numa determinada sociedade, as quais, por sua vez, determinam ações necessárias em relação a quem se desvia da norma. Além disso, o que constitui normalidade varia, naturalmente, de acordo com condições culturais, históricas e econômicas (KEOGH, 1975).

A classificação do paciente com necessidade especial em odontologia é dada segundo os comprometimentos e/ou áreas comprometidas pela patologia, presentes no paciente, sendo, portanto, classificados em: desvios de inteligência, defeitos físicos e congênitos, desvios comportamentais e psíquicos, deficiências sensoriais e de audiocomunicação, doenças sistêmicas crônicas e endócrino-metabólicas, além de desvios sociais e estados fisiológicos especiais (MUGAYAR, 2000). Ressalte-se que um grande número de pacientes que necessitam de atendimento odontológico diferenciado, como os pacientes portadores de perturbações ou doenças mentais, como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose, não foram considerados no Censo de 2000 (IBGE, 2000) como portadores de deficiência mental. Este dado contribui ainda mais

para a dificuldade em conhecer as necessidades de saúde destes pacientes especiais e consequentemente formular políticas públicas para este grupo.

1.2 – A Magnitude do Problema

Acredita-se que a dificuldade em quantificar o número de pessoas com algum grau de limitação ou deficiência está relacionada com a complexidade de se conceituar e classificar os indivíduos segundo seus graus e tipos de limitações ou necessidades e à diversidade de procedimentos metodológicos, tais como dificuldades na coleta de dados e critérios da definição de amostra (BODSTEIN *et al*, 2003, FONSECA, 2006).

Algumas definições de deficiência tendem a superestimar o número real de deficientes, uma vez que têm maior probabilidade de classificar pessoas sem deficiência como deficientes (falsos deficientes). Já as definições de maior especificidade tenderiam a subestimar a prevalência de deficientes, uma vez que não reconheceriam algumas deficiências como tal (falsos não deficientes) (BODSTEIN *et al*, 2003). Outro fator que contribui para as distorções estatísticas, citado por Castro *et al* (2008), refere-se à deficiência autorreferida ou aferida.

Em sua revisão de literatura sobre as estimativas de deficientes no mundo, Romeu Sasaki (1998) concluiu que, a despeito dos diferentes parâmetros utilizados para quantificar pessoas com deficiência, prevalece, ainda hoje, a estimativa de 10% da população, divulgada em estudo de 1969 pela *Rehabilitation International*. Esta rede mundial de pessoas com deficiência é provedora de serviços a órgãos governamentais, destinada a melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Sasaki (1998) cita ainda o estudo realizado pela OMS na década de 70 e publicado no 6º Relatório sobre a Situação da Saúde no Mundo, abrangendo o período de 1973 a 1977; a Carta para a Década de 80, aprovada no Congresso Mundial da *Rehabilitation International*, realizado no Canadá, em 1980; e outros estudos que confirmam a ampla aceitação da

proporção de 1 : 10 pessoas com deficiência no mundo. Esta proporção é aceita como referência para a formulação e implementação de políticas públicas para a equiparação de oportunidades para este grupo (SASSAKI, 1998). Organizações Internacionais de expressão, assim como o Banco Mundial, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que existam cerca de 650 milhões de pessoas com deficiência no mundo, ou seja, uma de cada dez pessoas (Instituto Observatório Social, 2007). A distribuição das deficiências era de cerca de 5% de deficiência mental, 2% de deficiência física, 1,5% de deficiência auditiva, 0,5% de deficiência visual e 1% de deficiência múltipla. Cerca de 1,5% da população dos países necessita de algum tipo de reabilitação (OMS, 1980).

No que se refere aos inquéritos domiciliares nacionais realizados em 1872, em 1900 e no Censo Demográfico de 1920, foram investigadas apenas as pessoas com deficiência sensorial (cegos e surdos-mudos). Nesses inquéritos, a taxa de cegos era maior nos três períodos analisados (15.848/11.595; 18.813/7.361; 29.874/26.214, respectivamente). Com o passar do tempo, o Censo Demográfico de 1940, além de investigar os cegos e surdos-mudos, procurou contemplar as causas das diferentes deficiências sensoriais e avaliar a fase da vida em que essas acometiam os indivíduos.

No Brasil, ao longo da década de 80, alguns municípios (como Bauru e Santo André, no Estado de São Paulo) realizaram inquéritos domiciliares com o objetivo de quantificar as pessoas com deficiência e saber qual tipo de deficiência elas tinham. De um modo geral, os resultados estatísticos giravam em torno dos 10%, confirmando a estimativa mundialmente aceita (SASSAKI, 1998). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada em 1981, ampliou o universo dos deficientes investigando aspectos das deficiências, como: cegueira, surdez, surdo-mudez, falta de membro(s), paralisia total, paralisia de um dos lados do corpo, outros tipos de deficiência, pessoas com mais de um tipo de deficiência e retardamento mental,

calculando-se que 1,78% da população brasileira, no referido ano, era constituída de pessoas com deficiência.

Foi somente a partir da promulgação da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que as questões sobre deficiência se tornaram obrigatórias no Censo (Instituto Pereira Passos, 2005). Em 1991, o Censo Demográfico levantou apenas as deficiências mais graves e encontrou 1,14% de sua população com deficiência, correspondendo a 1,7 milhão de indivíduos (CHAGAS, 1998). Entre os anos de 1992 e 1999, o Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem em 11 cidades de diferentes regiões do País, utilizando-se a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS. Esses estudos indicaram percentuais de pessoas portadoras de deficiência que variaram de 2,81%, em Brasília, a 9,60%, em Feira de Santana/BA (Ministério da Saúde, 2006).

Já em 2000, na formulação das perguntas do Censo Demográfico, utilizou-se o conceito de limitação de atividade para avaliar as incapacidades. Este conceito permitiu distinguir graus de incapacidade de enxergar, ouvir e locomover-se. Foi também pesquisado o contingente de deficientes mentais e físicos. Assim, os percentuais de pessoas com deficiência se aproximaram das estatísticas internacionais (Instituto Pereira Passos, 2005). Segundo dados deste Censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), 24,6 milhões, ou seja, 14,5% da população brasileira apresentavam algum grau de limitação ou deficiência. Este número, bastante superior ao encontrado em levantamentos anteriores – 1% (PNAD de 1981) e 1,14% (IBGE, 1991), segundo Neri *et al* (2003) – não se deveu ao aumento das deficiências, e sim, a uma mudança nos instrumentos de coleta de informações, que seguiram, neste último Censo, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), incluindo, na contagem, muitos idosos que apresentavam dificuldades de locomoção, visão ou audição. Ao considerarem-se apenas as pessoas com limitações

mais severas (autopercepção de incapacidade), o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população, ou seja, 4,3 milhões de pessoas (Ministério da Saúde, 2009). Com a modificação do conceito de deficiência no Censo 2000 e a inclusão, como deficientes, de pessoas com dificuldade de ver, ouvir e caminhar, a deficiência mental deixou de ocupar o primeiro lugar como causa de deficiência. Para este censo, a maior causa de deficiência na população brasileira foi alguma dificuldade de enxergar, atingindo 57,16% das pessoas com deficiência. As outras causas, em ordem decrescente, foram: alguma dificuldade de caminhar (22,7%); alguma dificuldade de ouvir (19%); deficiência mental (11,5%); grande dificuldade de enxergar (10,5%); grande dificuldade de caminhar (9,54%); falta de um membro ou parte dele (5,32%); grande dificuldade de ouvir (4,27%); incapacidade de caminhar (2,3%), ouvir (0,68%) ou enxergar (0,6%); tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia (0,44%) (NERI *et al*, 2003). Com relação a ocorrência de deficiências por sexo, no Censo 2000, encontramos uma prevalência de mulheres, o que está relacionado com a maior expectativa de vida para o sexo feminino, tornando possível para pessoas deste sexo adquirirem deficiências, como dificuldade para ver, ouvir ou caminhar no curso do envelhecimento (NERI *et al*, 2003).

O mapeamento territorial de pessoas com deficiência é importante para o planejamento de recursos e o desenvolvimento adequado de ações de prevenção terciária para este público, como previsto pelas políticas do Ministério da Saúde e pela CORDE (Ministério da Saúde, 1993; 1994; 2003a). Segundo o Censo de 2000, existem 24,6 milhões de deficientes; desses, o maior percentual encontra-se na Região Nordeste, notadamente nos Estados da Paraíba (18,7%), Rio Grande do Norte (17,6%), Piauí (17,6%), Pernambuco (17,4%) e Ceará (7,3%). O menor percentual situa-se nos Estados de São Paulo (11,3%), Roraima (12,5%), Amapá (13,2%), Paraná (13,5%) e

Distrito Federal (13,4%). Aproximadamente 19,8 milhões estão domiciliados em áreas urbanas e 4,8 milhões na área rural (IBGE, 2000).

Neste mesmo Censo, para o Estado do Rio de Janeiro, em uma população de cerca de 14,3 milhões de pessoas, o IBGE encontrou um percentual de 14,3% de pessoas com deficiências; para o Município do Rio de Janeiro, com aproximadamente 6 milhões de habitantes, 828 mil cariocas, ou 14,8% da população, declararam possuir alguma deficiência; portanto, um em cada sete cariocas ou brasileiros era portador de deficiência (IPP, 2005). Os resultados, para a cidade do Rio de Janeiro, no Censo de 1991, eram de apenas 1,1 % de pessoas com deficiência. Neste ano, apenas as deficiências mais graves foram contabilizadas.

Procurando traçar um perfil do portador de deficiência residente na cidade do Rio de Janeiro a Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula (FUNLAR), vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (PMRJ), apoiada pela UNESCO, solicitou a uma Equipe de Pesquisa do Departamento de Ciências Sociais (DCS), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que elaborasse uma pesquisa utilizando, como base de dados, o cadastro das pessoas que haviam solicitado à Rio Ônibus o passe livre em transportes urbanos (RIOCARD). Estes dados não se referem, portanto, à totalidade da população carioca com deficiência física ou doenças crônicas, nem às 114.554 pessoas com esses atributos que solicitaram o RIOCARD, mas apenas às 81.759 pessoas que efetivamente receberam o benefício (Instituto Pereira Passos, 2006).

Esta pesquisa forneceu informações relevantes sobre tipo de deficiência, renda, escolaridade e moradia dos deficientes residentes na cidade do Rio de Janeiro. Relativamente ao tipo de deficiência, a maior parte (60%) dos deficientes beneficiados relata ter deficiência física (32%) ou mental (28%). Entre os doentes crônicos, 4%

relataram portar HIV e 3% possuem doença renal crônica. A baixa escolaridade desta população ficou evidente: a maior parte das pessoas têm até o Ensino Fundamental (55%); 17% do total são analfabetos; 17% dispõem do Ensino Médio; e apenas 5%, do Ensino Superior. Verificou-se que as maiores taxas de analfabetismo estão entre as faixas de 7 a 14 anos e de 15 a 25 anos de idade, o que amplia a vulnerabilidade destas pessoas, seja no que diz respeito a perdas na sua sociabilidade, seja no que se refere à inserção no mercado trabalho (IPP, 2006).

Com relação às áreas urbanas do Município do Rio de Janeiro, o estudo dos beneficiários do RIOCARD indicou que a maior parte das pessoas com deficiência e doenças crônicas da municipalidade, residem na Área de Planejamento 3 (AP3)² ou na Área de Planejamento 5 (AP5) – respectivamente, 41% e 23% do total –, o que acompanha a proporção das pessoas residentes nestas áreas. Observou-se também que a situação familiar, especialmente importante para a população com limitações físicas, era de que a grande maioria dos beneficiários (87%) convive com pessoas com ou sem laços consanguíneos ou conjugais, e 6% vivem sós. Do total da população usuária, somente 41% são totalmente independentes, mas 49% afirmaram necessitar de acompanhante, principalmente os mais jovens e mais idosos (IPP, 2006).

1.3 – Deficiência e Pobreza

Segundo Stiefel (2002), existe uma relevante associação entre aspectos socioeconômicos desfavoráveis e pessoas com deficiência, particularmente naqueles com deficiência severa de causa desconhecida. O estreito vínculo entre deficiência e pobreza é visto como um “ciclo vicioso”. Neste sentido, Elwan (1999) sugere que:³

“Há um reforço mútuo entre risco ou condição de pobreza e deficiência”

² Área de planejamento 3 engloba 80 bairros, de cada 5 cariocas 2 moram nesta área de planejamento.

³ Elwan(1999) procurar pg *“It is a two way relationship-disability adds to the risk of poverty and condition of poverty increase the risk of disability”* tradução livre

O resultado deste ciclo de pobreza e deficiência é que pessoas com deficiência estão usualmente entre os mais pobres (ELWAN, 1999). Estimativas do Banco Mundial atestam que um de cada cinco habitantes mais pobres do mundo tem uma deficiência. Nesse sentido, Bieler (2000) atenta para além da relação mutuamente reforçadora entre pobreza e deficiência, salientando a relação entre capacidade e exclusão. Dessa relação, resulta que, além de serem particularmente vulneráveis à exclusão social, as pessoas com deficiência são pobres em grande proporção e que, entre as pessoas pobres, a presença da deficiência é bastante alta (BIELER, 2000).

Embora Bieler (2000) afirme que esta situação ocorra em quase todos os países, segundo o Relatório da OIT, estima-se que 80% das pessoas com deficiência vivam em países em desenvolvimento e que, entre elas, existam cerca de 426 milhões que vivem abaixo da linha da pobreza. Estes indivíduos, com frequência, fazem parte do contingente de 15 a 20 por cento dos mais vulneráveis e marginalizados entre os pobres nestes países (O'REILLY, 2007), uma vez que a deficiência limita o acesso à instrução e ao emprego conduzindo-os à exclusão econômica e social (NERI, 2002).

No Brasil, o rendimento familiar, considerado no Censo de 1991, foi proveniente da soma de rendimentos dos componentes do domicílio (remuneração bruta). Do total de Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD), 46,77% estavam inseridas em famílias cujo rendimento mensal situava-se na faixa de até 2 salários-mínimos, e 73%, em famílias de até 5 salários-mínimos, denotando a precária situação econômica desta população específica. As famílias com rendimento per capita inferiores a 1/4 de salário-mínimo correspondiam a 18,88%, que teriam direito ao benefício de prestação continuada.

No Censo de 2000, a renda domiciliar das pessoas com deficiência concentrava-se nas faixas de renda de até 3 salários mínimos e, em especial, na faixa de 1 a 3 salários mínimos (32,02%), (sinalizando a importância do recebimento do

benefício assistencial de 1 salário mínimo na composição da renda domiciliar). Com renda familiar na faixa de 1SM, o percentual de pessoas com deficiência era de 18,84%. Este mesmo Censo demográfico de 2000 (IBGE, 2000) indicou que 29% dos deficientes viviam em situação de miséria. Chagas (2006), ao analisar e comparar a prevalência da população sem deficiência e com deficiência, acima de dez anos, que declarara não possuir rendimentos, verificou que 44,5% pertenciam ao primeiro grupo, percentual significativamente superior ao da população com deficiência, que fora de 31% (IBGE, 2000), sugerindo que os benefícios sociais têm forte peso na renda das famílias com deficiência.

Outro dado importante diz respeito à maior proporção de domicílios com renda acima de 10, de 20 e de 30 salários mínimos que não têm pessoas com deficiência entre os seus integrantes, o que denota que a renda é fator de prevenção de deficiências na ausência de políticas governamentais que a compensem nas áreas de saúde e alimentação e que a existência de deficiência nas famílias compromete a possibilidade de maiores ganhos entre os seus membros.

O Benefício de Prestação Continuada é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e tem respaldo legal, através de direito garantido pela Constituição Federal Brasileira de 1988, regulamentada em 1993 pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742, de 7/12/1993), complementada e retificada pelo Decreto Federal nº 1.744, de 8/12/1995, pela Medida Provisória nº 1.426/96, posteriormente Lei nº 9.720, de 30/11/98. A partir de uma nova concepção da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2004, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) passou a constituir parte integrante da Proteção Social Básica (BRASIL, 2006a). O objetivo principal do programa é fornecer

às pessoas idosas e/ou com deficiência acesso às condições mínimas de uma vida digna.

Os elegíveis ao BPC são todas as pessoas com 65 anos ou mais de idade que não possuem direito à previdência social e as pessoas com deficiência que não podem trabalhar e levar uma vida com independência e que recebem até 1/4 de salário mínimo como renda familiar per capita. O BPC substituiu a Renda Mensal Vitalícia que, no âmbito da Previdência Social, concedeu, entre 1975 e 1996, uma renda a pessoas idosas e com deficiência que comprovassem sua incapacidade para o trabalho.

O BPC impacta positivamente nas condições de vida dos beneficiários, já que representa uma possibilidade concreta de aumento de aquisição e consumo de bens e serviços. Por meio do recebimento deste benefício, é possível investir em compra de remédios, alimentos, vestuário, mobiliário etc., de modo a assegurar maior nível de bem-estar individual e para a sua família. No plano simbólico, aponta-se para o impacto do BPC sobre a auto-estima de muitos idosos e deficientes através da sua autonomização (LOBATO *et al*, 2007). Santos (2007) acrescentam que o BPC é um instrumento capaz de proteger os beneficiados e suas famílias da situação de vulnerabilidade social resultante da pobreza ou desemprego, muito embora as mães das crianças deficientes saiam do mercado de trabalho para exercer o cuidado diário dos filhos e não recebem nenhum tipo de proteção social por parte do Estado. O BPC é o primeiro mínimo social não contributivo garantido constitucionalmente a todos os brasileiros, independente da sua condição de trabalho, atual ou anterior, mas dependente da condição atual de renda (SPOSATI, 2004, p. 125). Segundo Fleury (2007), com relação aos Programas de transferência de renda, estudos do IPEA (2007) concluem que o BPC tem mais impacto na redução da pobreza do que o Programa Bolsa Família, que atinge 11,1 milhões de famílias.

De acordo com Chagas (2006), aproximadamente 1,5 milhão de pessoas com deficiência recebem o Benefício da Prestação Continuada (BPC) e a Renda Mensal Vitalícia (RMV) (CHAGAS, 2006). Estes benefícios seriam responsáveis pela predominância de pessoas com deficiência (31,9%) com rendimentos de até um salário-mínimo, em face das sem deficiência (15%) – da mesma forma que explicaria o predomínio de pessoas com deficiência com menor rendimento. Quando comparadas às pessoas com deficiência e sem deficiência com renda acima de cinco salários-mínimos, a situação se inverteia com percentuais de 9,4% e 11,6%, respectivamente. A proporção maior de domicílios com renda familiar acima de 10, 20 e 30 salários-mínimos sem integrantes com deficiência sugere que a renda pode representar um fator de prevenção a deficiências na ausência de políticas compensatórias na área de saúde e alimentação (CHAGAS, 2006). No Rio de Janeiro, dados do Instituto Pereira Passos (2006) registram que, dos portadores de deficiência beneficiados com o RIOCARD³, 46% declararam não receber nenhum outro benefício social, nem mesmo o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o que indicava a grande vulnerabilidade social da pessoa com deficiência. Concluiu-se, neste mesmo estudo, que as pessoas com deficiência ou doenças crônicas vivenciam também outras situações de vulnerabilidade social, como indicam os altos índices de exclusão do mercado de trabalho, a baixa escolaridade (17% dos beneficiários são analfabetos) e o alto percentual (46%) dos que não recebem nenhum outro tipo de benefício (IPP, 2006). Outro dado importante referente à renda de pessoas com deficiência diz respeito à origem dos rendimentos que, na maioria das vezes, não é resultante do trabalho, e sim, proveniente de aluguéis, doações, pensões, aposentadorias e outras rendas assistenciais, indicando serem estes componentes essenciais à estratégia de sobrevivência destas pessoas (CHAGAS, 2000).

Com relação à inserção no mercado de trabalho, segundo Neri (2002), do universo de 26 milhões de trabalhadores formais ativos, apenas 537 mil são pessoas com deficiência, cerca de 2% do total. O Censo de 2000 apontou que, dos 24,6 milhões de deficientes, somente cerca de 9 milhões estavam no mercado de trabalho. A taxa de ocupação das pessoas com deficiência era em torno de 11% inferior à ocupação das pessoas sem nenhum tipo de deficiência, com o agravante de estes trabalhadores receberem cerca de R\$100 (cem reais) a menos que a média salarial dos brasileiros (CHAGAS, 2006), embora os membros deste grupo tenham jornadas de trabalho maiores e possuam menor possibilidade de conseguir um emprego (NERI, 2002). No Município do Rio de Janeiro, 25% das pessoas se declararam aposentadas ou pensionistas; 20% delas declararam que não trabalhavam; apenas 9% dos beneficiários têm emprego formal, enquanto 3% se declararam autônomos, 5%, biscoiteiros, e 1%, empregados informais. Com relação à renda familiar dos beneficiados pelo Programa RIOCARD, 15% disseram não possuir renda e 53% referiram faixa salarial inferior a 3 salários mínimos (IPP, 2006).

Segundo Gomes *et al* (2008), a relação íntima entre pobreza e deficiência tem gerado distorções nos programas estatais de emprego de vários países que procuram resolver o problema da pobreza, uma vez que transferem recursos – tanto para deficientes quanto para não deficientes –, sem levar em consideração que a deficiência aumenta o risco de demissão ou de acesso a novos postos de trabalho e, em consequência, aumenta a probabilidade de se encontrarem pessoas com deficiência abaixo da linha de pobreza.

A desigualdade de renda, como se vê, tem influência não só no padrão e na incidência de deficiências, mas também na renda das famílias colocando-as sistematicamente num patamar inferior à da média do conjunto de famílias das áreas do estrato de renda em que se inscreve (SOUZA e CARNEIRO, 2007), seja pela

precária inserção do deficiente no mercado de trabalho seja pela dedicação exigida de um dos membros da família, em geral, a mãe, que poderia estar economicamente ativa (CHAGAS, 2006; SOUZA e CARNEIRO, 2007). Neste sentido, Amartya Sen (1992) assinalou: *“A linha da pobreza para as pessoas com deficiência deve levar em conta os gastos adicionais nos quais incorrem quando traduzem suas rendas em possibilidades de viver bem”*.

Contudo, segundo Carneiro e Souza (2007):

“(...) a disparidade de renda monetária não responde, por si só, pela desigualdade na qualidade de vida dos portadores de deficiência, nem pela diversidade de suas limitações e incapacidades, nem pela disparidade de gênero que lhes é inerente. A degradação da qualidade de vida desses sujeitos está atrelada a outros fatores, como a (des) educação, o desemprego, a criminalidade e a violência, o impacto da poluição sobre o meio ambiente e as dificuldades de acesso a serviços de saúde, fatores esses que afetam, sobretudo, os mais pobres”.

Por estes motivos, as pessoas com deficiência representam grupos prioritários no campo da proteção social. A adoção de políticas focalizadas que busquem avançar no desenvolvimento de estratégias voltadas à inclusão e melhoria da qualidade de vida dos portadores de deficiência mostram-se, portanto, cruciais para a superação dos desafios da equidade e da consolidação da cidadania. Estão aí incluídos o direito à saúde e à assistência social, além da adoção de programas que lhes propiciem a integração social.

Especificamente no que se refere à saúde bucal, o Brasil vem desenvolvendo desde o ano de 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, Esta Política aponta para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de

uma forma mais abrangente (BRASIL, 2006b, p. 13).

No que se refere aos pacientes com necessidades especiais esta política prevê de forma inédita o atendimento integral a esta população em todos os níveis de atenção. Rompendo com o histórico abandono deste grupo pelo serviço público.

CAPÍTULO II POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

2.1 – Antecedentes da Política Nacional de Saúde Bucal

A assistência em saúde bucal no Brasil caracterizou-se, ao longo da história, por atividades centradas na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada individualmente pelo cirurgião-dentista, no espaço sempre restrito da clínica, com ações fundamentadas no paradigma Flexneriano⁴. Segundo Roncalli (2003), este modelo permaneceu hegemônico até o final da Segunda Guerra Mundial, momento que alguns autores apontam como um marco inicial das atividades da odontologia no setor público com o surgimento dos primeiros programas de Odontologia Sanitária desenvolvidos, a partir de 1952, pelo Serviço Especial de Saúde Pública-SESP⁵ com base em um convênio de cooperação técnica estabelecido entre o Governo Brasileiro e o Governo dos Estados Unidos (NARVAI, 2006, RONCALLI, 2000).

No Brasil, entretanto, os primeiros registros sobre práticas referentes à odontologia datam do século XVI e restringiam-se quase que exclusivamente às condutas mutiladoras (extrações dentárias). Nesta época, as técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene. O barbeiro ou sangrador devia ser forte, impiedoso, impassível e rápido. Os médicos (físicos) e cirurgiões, diante de tanta crueldade, evitavam esta tarefa, alegando riscos

⁴ O modelo flexneriano, é baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde.

⁵ Programa desenvolvido na 2ª Guerra Mundial para o governo norte-americano, com a tarefa de desenvolver políticas sanitárias nas regiões produtoras de matérias-primas estratégicas para a indústria bélica, como a Amazônia e o vale do Rio Doce.

para o paciente (possibilidade de morte), hemorragias e inevitáveis infecções. Os barbeiros eram geralmente ignorantes e tinham baixo conceito diante da sociedade (ROSENTHAL, 2001, p. 148).

O referido autor, ao descrever a história da odontologia no Brasil em uma de suas obras, registra que, com a vinda da Família Real Portuguesa para o país, foram criadas, em 1808, a Escola de Cirurgiões no Hospital São José, na Bahia, e a Escola Anatômica e Médica no Hospital Militar e da Marinha, no Rio de Janeiro. Segundo Cunha (1952), existe o registro da criação, em 1809, no Hospital Militar da Corte, do cargo de cirurgião-sangrador, que cumpria o papel de cirurgião-dentista, conforme a norma da época, e realizava extrações. Segundo o mesmo autor, pelo menos até final do século XIX, boa parte da atuação da Odontologia era realizada através da assistência inserida nas Forças Armadas (RONCALLI, 2000).

Há também relatos que fazem referência à atuação odontológica, no século XIX, nas Santas Casas de Misericórdia. Estas instituições mantinham, em 1880, um gabinete dentário destinado à realização de extrações dentárias (CARVALHO & LOUREIRO *apud* RONCALLI, 2000).

Embora haja registros de iniciativas pioneiras isoladas de assistência odontológica a escolares, como a fundação, em 1912, das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo, posteriormente transformada na Associação Paulista de Assistência Escolar, e a criação do Departamento de Assistência à Saúde, destinado a escolares, em 1940, em Belo Horizonte (WERNECK, 1994 *apud* RONCALLI), boa parte dos autores considera estas iniciativas rudimentares, principalmente quanto à organização e à qualidade dos serviços prestados (RONCALLI, 2000).

Segundo Garcia *et al* (2005), há evidências da assistência pública odontológica de cunho previdenciário na década de 1920, oferecida por meio das Caixas de

Aposentadorias e Pensões (CAP), e na década de 1930, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), na Era Vargas. Naquele momento, atendiam-se os trabalhadores urbanos segurados pela Previdência Social utilizando-se a contratação de serviços privados.

Concordamos com Zannetti (1993) e Roncalli (2000) que a assistência odontológica, até 1952, era caracterizada pela falta de planejamento (livre demanda) e avaliação, pela inexistência de uniformidade na metodologia de trabalho e utilização de técnicas, pela inadequação do preparo profissional para a execução das tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão. Entendemos, como afirma Calado (2002), que os profissionais reproduziam, no serviço público, a lógica interna da assistência prestada em consultórios particulares. Apesar da presença, nos ambientes escolares, de profissionais preocupados com a educação em saúde, não havia nenhuma iniciativa de atuação organizada ou fundamentada em bases epidemiológicas. Neste sentido, Narvai (2006) observa que, embora houvesse uma tentativa de desenvolver ações educativas, as práticas clínicas refletiam as condutas praticadas nos consultórios. Para ele:

“A abordagem era individual e não se lograva realizar, em bases epidemiológicas, um diagnóstico de situação em termos populacionais e, menos ainda, se utilizava qualquer tecnologia de programação resultante de um processo de planejamento que considerasse a saúde bucal da população como um todo” (NARVAI, 2006).

Nessa época, segundo Garcia (2006), não existia, no Ministério da Saúde (MS), um órgão responsável pelas ações de saúde bucal, ficando esta responsabilidade a cargo da Fundação SESP. É, portanto, com a criação da Seção de Odontologia no SESP, em 1951, que se estabelecem duas modalidades inovadoras de práticas estatais programáticas: a fluoretação das águas de abastecimento público nas Companhias Municipais de Águas e Esgotos, administradas pelo próprio SESP, e a implantação de

um modelo de assistência a escolares, que tinha, como vertente ideológica, o movimento da “Odontologia Sanitária” e, como proposta programática, o “Sistema Incremental” (RONCALLI, 2000, CALADO, 2000). Outras inovações dizem respeito à introdução de pessoal auxiliar e ao uso de substâncias fluoradas para prevenção de cáries (NARVAI, 2000).

O Sistema Incremental se caracterizava pela incorporação gradativa de indivíduos no atendimento, a partir das menores idades, e era realizado por meio de um tratamento intensivo e em poucas sessões (ZANETTI, 1993). Pinto (2000) definiu este sistema como *“um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”*.

Embora desenvolvido para ser aplicado em quaisquer populações, o sistema tornou-se um exemplo de assistência aos escolares de 6 a 14 anos de idade. A escolha desta faixa etária se deu por ser considerada epidemiologicamente mais vulnerável, com uma maior incidência de cárie com lesões em fase inicial, além de dispor de um grupo, na maioria das vezes, constante para atendimento (RONCALLI, 2000). Havia a compreensão de que esta era uma população mais sensível à intervenção pública (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Para Narvai e Frazão (2008), esta *“nova modalidade estatal de produção de serviços odontológicos”* significava um importante marco das políticas públicas, pois o Estado brasileiro passava a intervir, de forma inédita, na área da odontologia, munido de uma política focada na proteção da saúde bucal da população, através do desenvolvimento simultâneo de ações preventivas e reabilitação.

A teoria da “Odontologia Sanitária” foi difundida nacionalmente por dois conceituados dentistas sanitaristas, Paulo da Silva Freire e Mário Chaves, através de suas publicações. Mário Chaves definiu-a conceitualmente, em sua obra “Manual de

Odontologia Sanitária”, como “a disciplina da Saúde Pública que tem como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade” (CHAVES, 1962).

O “Sistema Incremental” constituiu-se a principal ferramenta teórica na qual a odontologia sanitária se embasou para o enfrentamento dos problemas de saúde bucal da população (NARVAI, 2006). Roncalli (2000) observa que, a despeito das diversas tentativas de adaptação e aperfeiçoamento do “Sistema Incremental” à realidade brasileira, este sempre esteve voltado para as populações com idade escolar, em geral, de 6 a 14 anos. Zanetti (1996) assevera que, embora se tratasse de um modelo programático, com potencial de aplicabilidade a qualquer clientela circunscrita, o “Sistema Incremental” acabou tornando-se sinônimo de modelo assistencial a escolares e manteve-se hegemônico durante mais de quatro décadas. Embora tenha representado um grande avanço para a assistência odontológica da época, já no início dos anos 70, o modelo mostrara-se superado, tanto do ponto de vista de sua eficácia quanto de sua abrangência e cobertura (ZANETTI, 1996).

No primeiro caso, os profissionais, por problemas de ordem estrutural da sociedade e do sistema educacional, foram, aos poucos, abandonando as características preventivas do programa, concentrando sua atenção nas ações de caráter curativo-restaurador, o que não provocou nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal (SOUZA *apud* NARVAI e FRAZÃO, 2008). Quanto à abrangência, a priorização de escolares com idades entre 7 e 14 anos, deixando outros grupos de fora, tornava o modelo altamente excludente (NARVAI, 1994; LIMA *et al*, 1996).

Houve críticas também com relação à forma como o modelo fora implantado, não respeitando as diferenças entre a realidade brasileira e a americana. Neste sentido, Narvai (1994), ao referir-se ao sistema incremental, salienta que este foi “transformado em receita, reproduzido acriticamente” e, em “contextos de

precariedade gerencial, falta de recursos e enfoque epidemiológico dos programas”, acabou por tornar-se ineficaz.

Apesar das críticas ao “Sistema Incremental”, é fato que, desde a sua implementação nos anos cinquenta até o final dos anos oitenta, a assistência odontológica no Brasil ficou caracterizada por proporcionar assistência prioritariamente a escolares, restando aos outros grupos atendimento disperso em diversas instituições, entre elas, as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais e entidades de caráter filantrópico (ZANETTI, 1993; NARVAI, 1994; ZANETTI *et al*, 1996) Segundo Narvai (1994), a Odontologia Sanitária, com destaque para o “Sistema Incremental”, teve influência decisiva nas iniciativas do Estado durante todo este período.

A partir de meados dos anos 1960, com a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que deu origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorre uma extensão da cobertura previdenciária e a expansão da assistência odontológica no plano estatal. Segundo Bartole (2007), a partir daí, consolidou-se o modelo Médico Assistencial Privatista em detrimento da saúde pública, e a odontologia seguiu as bases deste modelo.

A expansão da assistência odontológica torna-se mais intensa no ano de 1981, com a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD) pelo CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), através do Decreto nº 86.329, de 2/9/1981. A partir desse momento e com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), deu-se “a criação e o desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o País” (NARVAI e FRAZÃO, 2008). Apesar deste crescimento quantitativo da rede estatal, não houve mudanças significativas na lógica de assistência

odontológica, permanecendo a prática flexneriana e um modelo centrado na livre demanda (ZANETTI *et al*, 1996).

Segundo Roncalli (2002), mesmo tendo surgido algumas alternativas, a partir dos anos 1970, como a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral, que foram copiadas em todo o País, estes modelos (que, na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do Incremental) não se consolidaram, a não ser em algumas experiências pontuais. Essas experiências, contudo, trouxeram inovações, como a introdução de tecnologias de prevenção e a da idéia de equipes de saúde bucal com a inclusão de pessoal auxiliar como Técnicos de Higiene Dental (THDs) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACDs) (ZANETTI, 1996).

No entender de Frazão e Narvai (2008), a teoria da odontologia sanitária sob a perspectiva da promoção à saúde e da prevenção da cárie dentária deu origem a propostas de iniciativas intersetoriais envolvendo o uso de substâncias fluoradas em sistemas públicos de abastecimento de águas e em unidades escolares. A partir dos resultados obtidos nas primeiras iniciativas de ajuste dos níveis de flúor nas estações de tratamento e após alguns estados e municípios adotarem a medida, foi aprovada a Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que obrigou a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando da existência de estação de tratamento e, ainda, a adoção e planejamento destas medidas nos projetos destinados à construção ou à ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água. Com a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, os modelos assistenciais em saúde geral e de saúde bucal, em particular, de abrangência municipal, passaram a ter uma importância maior com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde.

A partir de 1990, segundo Bartole (2006), a evolução da saúde bucal começa a ganhar espaço em conjunto com a consolidação do SUS. Surgem, com o processo de municipalização, a que boa parte dos municípios aderira modelos gerenciais mais

racionais (tecnicamente) e de maior acesso às ações e serviços de proteção sanitário-bucal. Os principais exemplos, divulgados por meio de publicações científicas, revistas, encontros da área e congressos, são os das prefeituras de Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Diadema (SP), Ipatinga (MG), São Paulo (SP), Santos (SP) e o Distrito Federal. (CORDÓN, 1992; LIMA *et al*, 1996; OLIVEIRA, 1998; RONCALLI, 2000).

A partir de 1991, apesar do surgimento dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) como programas de governo que incluíam ações de saúde, como a vigilância em saúde e a busca ativa nas residências de usuários, a saúde bucal só se insere nestes programas a partir de 1997, com a promoção de saúde bucal em atividades de educação em saúde direcionadas às famílias, com foco nas crianças e realizado por agentes comunitários de saúde (BARTOLE, 2006).

Segundo a autora, até esta época, não havia a inclusão de odontólogos nas Equipes de Saúde Bucal nem uma Política Nacional de Saúde Bucal em consonância com os princípios da universalidade da atenção, integralidade e descentralização das ações e controle social (BARTOLE, 2006).

2.2 – A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

Segundo Frazão e Narvai (2008), a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde tem sido marcada por conflitos, ambiguidades e contradições. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 12 de outubro de 1986, proclamava a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e responsabilizava o Estado por sua promoção e manutenção, ao proporcionar melhorias nos fatores condicionantes, fossem eles políticos, sociais ou econômicos, para todos os indivíduos. Os autores observam que, apesar da clara proposta dos delegados

participantes da conferência da inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde por meio de um “Programa Nacional de Saúde Bucal, que deveria estar em consonância com as diretrizes da área, compondo um sistema universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal, os governos que se sucederam não se esforçaram no sentido de pôr em prática esta decisão (FRAZÃO e NARVAI, 2008).

Em 13/06/1989, num contexto político de mudanças na área da saúde, com a Reforma Sanitária e a criação do SUS, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Bucal pela Portaria GM/MS nº 613, do Ministério da Saúde, publicada em 30 de junho de 1989, em ação conjunta com o Ministério da Previdência e Assistência Social e cinco entidades profissionais de Odontologia, em âmbito nacional, lançando-se, então, o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD). Esta política fundamentou-se nos princípios da universalização, participação da comunidade, hierarquização, regionalização e integração institucional e propôs a obtenção de melhores níveis de saúde bucal da população por meio da ampliação do acesso aos serviços odontológicos disponíveis.

Apesar de ampliar o leque de oferta de serviços para a população em geral, prevendo ações de promoção e prestação de cuidados essenciais (alívio da dor e controle da infecção) a toda a população, na verdade, reafirmou as práticas odontológicas excludentes, hegemônicas no país, uma vez que priorizava grupos etários oferecendo atenção clínica aos grupos epidemiologicamente prioritários (crianças de 6 a 12 anos) e reservava aos adultos e outros grupos apenas procedimentos mutiladores e em caráter emergencial. Sua aprovação se deu num contexto de redução de gastos com a saúde, pois coincidiu com a eleição direta à Presidência da República de Fernando Collor de Mello, que deu início a uma onda neoliberal no país. Como consequências para saúde bucal, extinguiram-se dois programas nacionais

preexistentes à sua gestão, o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes (PNCCSF) e o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD), além de não explicitar, em seu governo, uma Política Nacional específica para a área de saúde bucal (NARVAI, 2007).

O autor observa que, com o *impeachment* do Presidente Collor, em 1992, e a assunção do Presidente Itamar Franco, houve expressivo declínio nas ações de saúde bucal, no âmbito do Ministério da Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal. Esta situação seguiu praticamente irrelevante durante os anos 90, atravessando o governo de Itamar Franco e os dois governos de Fernando Henrique Cardoso, sem qualquer renovação.

Zannetti (1993) destaca o caráter inovador da Política Nacional de Saúde Bucal, concebida de forma conjunta; considera, porém, que não houve discussões suficientes a respeito das prioridades programáticas federais que lhe permitissem o necessário avanço. Assim, diante de um conjunto de restrições de ordens políticas, administrativas e financeiras, a PNSB/89, sob o ponto de vista operacional, não pode ser considerada exitosa. As forças políticas que geraram a PNSB/89 não foram fortes o suficiente para sustentar os projetos de democratização das relações subsetoriais e para organizar a rede básica de ações e serviços de proteção sanitária bucal (ZANETTI, 1993).

2.2.1 Programas de Saúde Bucal para o Portador de Necessidades Especiais

Com relação à saúde bucal de Paciente com Necessidades Especiais embora não seja possível afirmar que existe uma política específica para este grupo, constatamos a existência de registros referentes ao ano de 1992, da criação pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal, à época chefiada pelo Dr. Benedito Elias Wanquim, com a participação de especialistas e da Sociedade Civil Organizada de um Programa de Assistência Integrada de Saúde Bucal ao Paciente Especial com comprometimento severo. Este

Programa tinha como meta a criação de Núcleos de capacitação profissional e Pólos para a assistência odontológica em todas as Unidades Federadas e consoante com os princípios da Política Nacional de Saúde Bucal (MS,1992). Este documento evidencia o desconhecimento das condições de saúde bucal desta população e o caráter esporádico e benemérito da assistência que é oferecida (MS, 1992).

O funcionamento pioneiro do serviço de atendimento a pacientes especiais na Unidade de Odontologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no Distrito Federal, coordenado, em 1986, pelo cirurgião-dentista Dr. José Ferreira Chaves, que priorizava pacientes com Síndrome de Down e Deficiência Mental, parcela historicamente excluída da assistência bucal, é uma evidência da implantação local desse programa. O serviço foi reconhecido, em 1992, pelo Ministério da Saúde como pólo de atenção para “Pacientes Especiais” e treinamento de cirurgiões-dentistas e pessoal auxiliar, e deu origem a outros atendimentos similares nos Hospitais Regionais de Taguatinga, Sobradinho e Ceilândia, também pertencentes à rede pública. Nesse período, observa-se um avanço significativo com vista à inclusão também dos portadores de Paralisia Cerebral, Hidrocefalia, Deficiência Auditiva, Mielomeningocele, Autismo e diversas outras síndromes genético-congênicas às ações públicas de saúde bucal (COSTA *et al*, 2007).

Apesar desta relevante iniciativa, historicamente o atendimento em saúde bucal aos pacientes especiais vinha dando-se de forma desorganizada, descontinuada, em caráter predominantemente emergencial, em hospitais e instituições de caráter filantrópico (Ministério da Saúde,1992). A insuficiência de dados que demonstrem a amplitude da implementação deste programa talvez seja reflexo da inexpressividade das ações da Política Nacional como um todo.

A atenção à saúde bucal a todos os cidadãos, de acordo com os princípios do SUS, inclusive ao paciente com necessidades especiais, esteve em destaque no

relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em setembro de 1993, como deliberação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que salientava a garantia à “assistência integral em todos os níveis e faixas etárias” e propunha ainda garantir que os portadores de deficiência física, mental e motora ou múltipla, ou de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas tivessem seu atendimento básico executado em qualquer Unidade Básica de Saúde da rede SUS, que deveria contar com concepção arquitetônica adequada, normas e rotinas de biossegurança e recursos humanos devidamente capacitados para tal fim (CFO, 1993). Nesta Conferência, o modelo de saúde bucal vigente foi classificado como ineficaz, elitista, descoordenado, mutilador, individualista, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação (2ª CNSB, 1993). A Conferência reafirmou a importância de um modelo de atenção integral em saúde bucal que levasse em conta as carências da comunidade assistida, de acordo com o perfil epidemiológico de cada agrupamento populacional (BRASIL, 1993).

Embora o Ministério da Saúde (MS) tenha normatizado as ações de saúde bucal na atenção básica no Sistema Único de Saúde, mediante as Normas Operacionais Básicas 96 (NOB-96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2001), essas ações não se constituíram em universalização de acesso da população brasileira, por direcionar suas prioridades à população restrita de 0 a 14 anos e gestantes (INÁCIO, 2003). A saúde bucal, segundo Inácio (2007), só se insere como Política Nacional de Saúde Pública nos princípios e diretrizes do SUS, em 28 de dezembro de 2000, com a publicação da Portaria n.º 1.444 pelo Ministério da Saúde, que passou a estabelecer incentivos financeiros para a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) (INÁCIO, 2007).

O Programa Saúde da Família teve por antecedente o Programa de Agentes Comunitários (PACS), lançado em 1991. Foi incorporado pelo Ministério da Saúde em

1994, inicialmente em caráter complementar à atenção básica. Expandiu-se gradualmente por todo o território nacional e atualmente, no início do século XXI, configura-se como a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial do Sistema de Saúde brasileiro. Tem por princípios básicos ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais, com território definido e a adscrição de clientela em unidades básicas de saúde. A proposta é de uma abordagem interdisciplinar comum e enfoque comunitário, compreendendo a saúde para além dos aspectos puramente biológicos, considerando-se também as implicações sociais, culturais, políticas e econômicas. As ações desenvolvidas objetivam diminuir os riscos à saúde, prevenir doenças, acompanhar, intervir e encaminhar o mais rápido possível os pacientes e melhorar as condições de saúde da população em geral. Dentro desta perspectiva, a atenção à saúde da pessoa com deficiência, no Programa Saúde da Família, objetiva a inclusão dessa população em todos os níveis assistenciais e a sua inclusão em outros serviços e atividades da comunidade.

A inserção das ESB no PSF visava à ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a consequente melhoria de seus indicadores epidemiológicos. Cabe salientar que a entrada das ESB no PSF se deu sete anos após o início da implantação do mesmo, razão pela qual, segundo Garcia (2006), não se pode considerar o processo de inserção da saúde bucal como uma extensão natural do PSF; pode ter representado, contudo, um aumento da centralidade da saúde bucal no conjunto da agenda do MS. Desde então, gradativamente, a saúde bucal vem recebendo maior atenção do Governo Federal. A Portaria GM nº 267, de 6 de março de 2001, aprovava normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na estratégia saúde da família e dispunha sobre as atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal na SF. No que se refere à saúde bucal, o programa

propunha, ainda, um redirecionamento no processo de trabalho, baseado na interação com uma equipe multiprofissional, visando às práticas mais resolutivas e integrais, dentro da perspectiva da vigilância à saúde. Estas ações objetivavam a recondução da lógica assistencial, buscando superar as intervenções voltadas para a cura individual, orientando, para tanto, o uso da epidemiologia como eixo estruturante das ações coletivas.

Este modelo de atendimento buscava romper com a lógica de atendimento curativo, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro do consultório, e abrangia a utilização de espaços coletivos para a realização de eventos de cunho preventivo e de promoção da saúde, além de incluir as visitas domiciliares como rotina obrigatória na agenda da equipe⁶, abrindo perspectivas para uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais (RONCALLI, 2000). Entre as responsabilidades da ESB estão a criação e manutenção do vínculo entre comunidade e profissionais. Este vínculo, a ser estabelecido pelo acompanhamento, percorre o sentido longitudinal das famílias, permitindo a execução da dimensão decisiva desta estratégia, que é o cuidado. Cuidar é mais que vigiar; portanto, é também ampliar o conceito de vigilância à saúde bucal, que, para tanto, deve estar embasado em três pilares: território, problemas de saúde e a intersetorialidade (MENDES, 1996). Entre as ações de saúde bucal previstas na estratégia de saúde da família estão o acolhimento, a avaliação dos problemas de saúde, o tratamento ou encaminhamento, quando necessário, para níveis de maior complexidade, por meio da articulação de um sistema de referência e contra-

⁶ As equipes de uma unidade de Saúde da Família devem ser compostas no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As 5 Equipes ampliadas devem contar com Equipes de Saúde Bucal compostas na modalidade I por 1 dentista e 1 ASB e na modalidade II por 1 CD, 1 TSB e 1 ASB.

referências aos serviços de maior complexidade do Sistema Único de Saúde (MS, 2004).

Outro dado importante que reflete o gradativo aumento da importância da saúde bucal no conjunto das ações em saúde do MS diz respeito à publicação da Portaria GM n° 673, em julho de 2003, em que foram garantidos incentivos do Governo Federal para a incorporação de quantas ESB fossem necessárias, desde que não se ultrapassasse o número existente de ESF. Mais recentemente, através da Portaria 302, do MS, publicada no Diário Oficial de 18 de fevereiro de 2009, ficou estabelecido que os profissionais de Saúde Bucal da ESF poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Isto significa que os municípios poderão implantar quantas ESB considerarem necessárias, indicando um maior reconhecimento da saúde bucal como aspecto indispensável à saúde da população (CFO, 2009)⁷.

Percebemos, então, que a estratégia de atenção básica em saúde, proposta pelo Programa Saúde da Família (PSF) e, por consequência, das ESB nele inseridas, representa a perspectiva de consolidação de uma política pública de saúde focada no cuidado integral, que vem ao encontro das recomendações para atendimento de PNE e de suas famílias e possibilita ainda a criação, em parceria com os equipamentos sociais do município, de uma proposta de inserção e intervenção comunitária baseada numa perspectiva de inclusão de grupos sociais geralmente esquecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

⁷ As equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família são implantadas de duas maneiras, que podem ser: uma equipe formada por 1 Cirurgião Dentista/CD e 1 Auxiliar de Consultório Dentário/ACD ou 1 Cirurgião Dentista, 1 Auxiliar de Consultório Dentário e 1 Técnico de Higiene Dental/THD. De acordo com a Portaria GM n° 74, de 20 de janeiro de 2004, as equipes compostas pelo THD deverão receber do Ministério da Saúde um equipamento odontológico completo para utilização do Técnico de Higiene Dental.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal teve por foco a exclusão social e salientava que as péssimas condições de saúde bucal da população, constituía um dos mais significativos sinais desta exclusão, pois, através das manifestações de doenças e necessidades de tratamento odontológico, pode-se registrar o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas de todo o país. É importante salientar alguns pontos específicos para o PNE, como o Eixo 1 – Educação e Construção da Cidadania, item 47: (3ºCNSB, 2003). [...] implantar no Programa da Saúde da Família (PSF) uma política de atendimento a pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas e de deficiência e incentivar as equipes a realizarem ações de educação e cidadania no ambiente domiciliar (Ministério da Saúde, 2004, p. 33).

No item 61, orienta a criação do prontuário de Saúde Bucal (SB), vinculado à Unidade de Saúde que atenda as necessidades de PNE (Ministério da Saúde, 2004). No Eixo 2, Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal, item 34, salienta a articulação que deve existir nas ações conjuntas entre Conselhos de Saúde, Conselhos Tutelares, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho de Segurança Alimentar, entidades como a Pastoral da Criança, SOS Criança, Varas da Infância e Adolescência e outros, nas três esferas de governo, buscando o compromisso de pais/responsáveis nos cuidados relacionados à saúde da criança através de apoio e suporte social com acompanhamento de famílias com crianças em situação de risco e PNE (Ministério da Saúde, 2004). No eixo 3.1 – Formação e Desenvolvimento em Saúde Bucal, item 37: “Capacitar profissionais para o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais e portadores de deficiências e transtornos mentais, [...]” (Ministério da Saúde, 2004, p. 65). No Eixo 4.1 – Financiamento em Saúde Bucal, item 14-L: “[...] adotar como critério, a cobertura de grupos vulneráveis e especiais, tais como indígenas, idosos e pessoas portadoras de deficiências, doenças crônico-degenerativas e necessidades especiais” (Ministério da

Saúde, 2004, p. 94). Por fim, Eixo 4.2 – Organização da Atenção em Saúde Bucal, item 45: [...] garantir que os usuários portadores de deficiência física, mental, motora, múltiplas ou de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas tenham o seu atendimento preventivo-promocional através de procedimentos coletivos nos grupos programáticos, com entrega de kits contendo escova, pasta e fio dental, assim como atenção curativa individual executada na esfera SUS regional (Ministério da Saúde, 2004, p. 125).

Esta 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal enfatizou que:

“A banalização da situação de exclusão social no Brasil dificulta a explicitação pública, como questão política, da absurda falta de garantias de acesso à atenção em saúde bucal. Há que se denunciar, com indignação, essa enorme dificuldade de acesso à atenção em saúde bucal, independentemente do modelo em que essa atenção atualmente se pauta”.

Salientou, ainda, a necessidade de reverter o atual modelo (cirúrgico, restaurador, ineficiente, monopolizador, de tecnologia densa, de alto custo e elitista) em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal que leve em conta as necessidades de cada comunidade, de acordo com seu perfil epidemiológico, e de reorganizar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos com os quais se construiu a atenção em saúde bucal da população brasileira, redefinindo os papéis da União, dos estados e dos municípios no processo da atenção.

Condenou a precariedade das condições de saúde bucal da população, evidenciada no último e mais completo levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB-Brasil 2003 – que constatara que as metas propostas pela OMS para o ano de 2000, concernentes à melhoria da saúde bucal da população, somente tinham sido alcançadas na população infantil, na faixa de 12 anos. Com relação às demais faixas etárias, o quadro de enfermidades bucais permanecera

praticamente inalterado quando comparado a levantamentos anteriores (MEDEIROS, 2006).

Nestes levantamentos, dado o recorte privilegiado e metodologia adotada, a qual evitou possíveis desvios probabilísticos, as escolas exclusivas com classes especiais para pessoas com deficiência não foram incluídas. Apenas escolas que continham classes de educação regular e especial poderiam de ser sorteadas:

“Para o exame dos indivíduos nas idades de 5 e 12 anos serão sorteados estabelecimentos de ensino correspondentes a cada idade. Todos os estabelecimentos de ensino que incluem crianças nessas idades devem ter chance de ser sorteados, inclusive as escolas rurais, as particulares e as que contenham classes de educação especial. Deverão ser excluídos do sorteio somente as escolas de educação especial em que a totalidade das classes é destinada à população portadora de deficiência” (BRASIL, 2001c).

A inexistência de dados epidemiológicos fidedignos sobre as condições de saúde bucal de pacientes com necessidades especiais constitui-se um importante dificultador na elaboração de estratégias de intervenção e de elaboração de políticas públicas para este segmento populacional (TOMITA e FAGOTE, 2006).

2.3 – As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: Programa Brasil Sorridente

A proposta de atenção integral em saúde bucal em todos os níveis de atenção para toda a população no Sistema Único de Saúde se concretizou a partir da publicação, em 2004, pelo Ministério da Saúde, das “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” – *Programa Brasil Sorridente*. Segundo Garcia (2006), este momento representa um marco histórico em que a saúde bucal alcança, de forma inédita, a centralidade na agenda do Governo Federal. Este documento apontava para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis tendo o conceito do

cuidado como eixo norteador. A proposta é de mudança de um modelo centrado na assistência aos doentes para um baseado na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004).

No campo da assistência, a PNSB tinha como metas:

"[...] a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção" (Política de Saúde Bucal, 2004).

No que se refere à ampliação do acesso e qualificação da atenção básica, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal propunham duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e 2) por condição de vida. A primeira previa o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, entre outras.

Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida (Ministério da Saúde, 2004). O modo de fazer isto, ou seja, o processo de trabalho destacado como transversal às linhas de cuidado, é interdisciplinar e multiprofissional, buscando a integralidade, estimulando a intersetorialidade, a ampliação e a qualificação da assistência e propiciando condições de trabalho adequadas e, assim, assegurando a dignidade dos profissionais e a dos usuários. A organização deste modelo prevê a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar

(referência e contra-referências). Implica na ausência de barreiras de acesso ao usuário que deve conhecer cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele (MS, 2006).

Com relação à organização por ciclo de vida, mais especificamente no que se refere ao paciente com necessidades especiais, o Caderno de Atenção Básica de saúde bucal do MS recomenda que:

“Os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da atenção primária (porta de entrada), devendo haver Unidades de Referência Especializada e Hospitalar para os casos de maior complexidade e os que necessitem de atendimento sob anestesia geral. O atendimento a estas pessoas, por requerer uma atenção em todos os níveis de complexidade impõe a necessidade de um rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde” (Cadernos da Atenção Básica, 2006).

Esta proposta de inserção transversal nos diferentes programas está em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência aprovada na Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002, pelo Ministério da Saúde. Entre outras ações, esta política propõe a articulação com a Atenção Básica para a elaboração de estratégias e ações a serem desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e a articulação com a Coordenação de Saúde Bucal objetivando o atendimento à pessoa portadora de deficiência no Programa Brasil Sorridente (CHAGAS, 2006).

No que se refere à atenção ao paciente especial na atenção básica, o Caderno da Atenção Básica em Saúde Bucal, publicado pelo MS em 2006, previa atendimento a este paciente e preconizava ainda que os serviços de saúde deviam realizar uma busca criteriosa dos usuários com deficiência, cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento. Para isto, recomenda-se que as ESB estejam capacitadas, a fim de que possam, em nível local, estarem aptas ao atendimento destes usuários, em níveis, crescentes de complexidade de atendimento. Havia ainda a recomendação da

elaboração de protocolos, com a definição, em cada nível de atenção, dos cuidados a serem tomados (de acordo com diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais de cada paciente) (Caderno da Atenção Básica, 2006). No que se refere às famílias, o CAB enfatiza ainda que os familiares merecem uma atenção especial no sentido de que possam ser colaboradores no cuidado (informação e prevenção) com estes usuários.

Como forma de viabilizar a atenção em nível de média complexidade, as ações previstas pelo Brasil Sorridente incluíam a criação de Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004), uma vez que, dados do SUS contabilizavam que apenas 3,3 % dos procedimentos odontológicos realizados eram especializados, evidenciando a baixíssima capacidade de oferta destes procedimentos e o comprometimento do adequado sistema de referência e contra-referências entre os diferentes níveis de atendimento.

Segundo a Portaria GM-MS nº 599, de 23/06/2006, poderão credenciar-se como CEOs quantas unidades forem necessárias para atender à demanda da região/microrregião de saúde, dentro dos limites financeiros do MS. No que se refere aos incentivos, a implantação dos CEOs funciona numa relação de parceria financeira entre as esferas governamentais, isto é, o Ministério da Saúde repassa os recursos disponíveis, cabendo aos Estados e Municípios a contrapartida necessária para a viabilidade do empreendimento⁸. É importante registrar que o repasse federal representa apenas uma parte dos recursos necessários ao custeio dos CEOs, cabendo

⁸ O Ministério da Saúde repassa R\$ 40 mil para a construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos para cada CEO do tipo 1, R\$ 50 mil para custeio de um CEO tipo 2 e R\$ 80 mil para o CEO tipo III Além disso o gestor recebe R\$ 6,6 mil mensais para despesas do CEO tipo 1, R\$ 8,8 mil por mês para CEO Tipo II e R\$ 15 mil para o CEO tipo III.

aos estados e aos municípios a responsabilidade da complementação do custeio destes serviços. Os incentivos repassados para a implantação dos CEOs poderão ser utilizados para a construção/reforma/ampliação do local em que funcionará o Centro e para a compra de equipamentos/materiais permanentes. O Ministério da Saúde condicionou o seu repasse financeiro de custeio a uma produção mensal mínima que está discriminada por especialidade nos Cadernos de Atenção Básica publicado em 2006 pelo MS. Além dos incentivos de custeio, as ações realizadas nos CEOs são faturadas pela tabela de procedimentos SIA/SUS, de acordo com os tetos financeiros.

Para o credenciamento dos CEOs, estados e municípios deveriam cumprir uma série de requisitos básicos estipulados em várias portarias⁹, entre eles, a obrigatoriedade de promover atendimento especializado ao PNE que não puder ser atendido na Atenção Básica e de avaliar e encaminhar os casos mais complexos para atendimento em nível de alta complexidade. Desta forma, caracterizava-se a possibilidade de atenção em níveis crescentes de complexidade, criando fluxos assistenciais que implicassem em ações resolutivas das equipes de saúde, buscando a integralidade da atenção. Isto reforçava o princípio de hierarquização que define os três níveis de atendimento do SUS (WITT, 1992, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004).

Os CEOs constituem-se por estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, e são classificados, em função de seus recursos físico-estruturais, como CEO tipo I (com três cadeiras odontológicas), CEO tipo II (de quatro a sete cadeiras odontológicas) e CEO tipo III (com mais de sete

⁹ A Portaria N.º1.063/GM, de 04 de julho de 2005, define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas, e a Portaria n.º 1.069/GM, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas para os CEOs

cadeiras), com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

- I. Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- II. periodontia especializada;
- III. cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV. endodontia
- V. atendimento a portadores de necessidades especiais.

A proposta de atendimento é dar continuidade ao trabalho realizado na atenção básica, inclusive pelas ESB, integrados ao processo de planejamento loco-regional, respeitando um sistema de referência e contra-referências, de modo que a porta de entrada de atenção aos pacientes com necessidades especiais sejam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que dão prioridade ao atendimento dos pacientes nestas unidades. Apenas pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo devem ser encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas, mediante relatório detalhado justificando a referência e assinado pelo profissional que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral. A Unidade de Referência deve desenvolver procedimentos da atenção básica, com abordagem multiprofissional, para estabelecimento de assistência integrada e fazer os encaminhamentos necessários para recondução na Unidade Básica ou, se necessário, a recomendação para tratamento em alta complexidade (CAB, 2006). Neste caso, é importante avaliar se o profissional que promoverá o atendimento ao PNE está habilitado para este atendimento, assim como se dispõe de equipamentos e pessoal auxiliar necessário para realizar os procedimentos adequados. A realização deste atendimento deve ocorrer após a avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do PNE (Diretrizes da Política Nacional de Saúde

Bucal, 2004). Segundo Fonseca (2006), esta especialidade será incluída nos centros dos municípios que já fazem atendimento aos pacientes com necessidades especiais.

De acordo com o CABS (2006), os profissionais que referenciam são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e, consoante as necessidades especializadas e casos mais complexos, são encaminhados aos centros especializados reforçando o princípio de hierarquização que define os três níveis de atendimento em diferentes graus de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (WITT, 1992).

A complexidade dos serviços odontológicos está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como à sua relação com outros fatores, tais como: características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados, buscando-se a otimização do atendimento, articulando a ação multiprofissional no diagnóstico e na terapêutica, de forma que implique diferentes conhecimentos e formas de reabilitação oral (MS, 2005).

Esta proposta se articula com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, que preconiza que a UBS se constitua como o local por excelência do atendimento à pessoa portadora de deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante; para isso, é necessário que esta UBS esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades. Esta política enfatiza ainda que o atendimento em nível secundário seja realizado por profissionais especializados. Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contra-referências. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, 2006).

É importante observar que os pacientes que, no entender do Ministério da Saúde, devem ser encaminhados aos CEOs (Anexo 2), são aqueles que apresentam, em sua maioria, distúrbios de comportamento como fator impeditivo na cooperação com o tratamento ou que, devido ao seu grande comprometimento sistêmico, necessitam de colaboração de outras especialidades e de profissionais de diversas áreas capazes de dar suporte ao seu diagnóstico e tratamento.

Esta categoria de pacientes especiais irá necessitar, de forma inequívoca, de atendimento diferenciado, realizado por profissional especializado, em unidades que possam contar com profissionais e estrutura multidisciplinar que lhes propiciem, de forma segura, o atendimento integral.

Para a adoção deste protocolo restrito de atendimento ao paciente especial nos CEOs, preconizado pelo MS, parte-se do pressuposto que os profissionais da AB estão habilitados para atender ao paciente com necessidades especiais em todas as suas particularidades e que apenas os que apresentam desvios de comportamento devem ser encaminhados aos CEOs. Isto, na prática, pode não se confirmar, uma vez que estudos têm demonstrado que os profissionais relutam em prover, de um modo tradicional, cuidados aos portadores de deficiência (GURNEY & ALCORN, 1978, RAVAGLIA, 1997). A falta de preparo educacional e experiência no tratamento, medo e falta de compreensão quanto às condições físicas destes pacientes, assim como inabilidade para desenvolver relações interpessoais satisfatórias, sentimento de incompetência quanto ao sucesso do tratamento, repulsa física pelo paciente, má vontade em aceitar baixos rendimentos têm sido citados como barreiras ao atendimento destes pacientes (GURNEY & ALCORN, 1978). Shenkin *et al* (2001) afirmam que apenas 20% dos odontólogos sentem-se confortáveis, demonstrando boa vontade em atender pacientes especiais.

Alguns autores como Waldman & Perlman (1998) buscaram enumerar as possíveis razões para o não atendimento por dentistas de pacientes com necessidades especiais como: (1) insuficiente qualificação, tanto na Graduação quanto na Pós-Graduação, o que resulta em profissionais pouco preparados e desinteressados em tratar desses pacientes; (2) o deslocamento dos pacientes até os locais de atendimento é difícil e exige grandes despesas; (3) as limitações financeiras; (4) a ignorância e/ou a negligência em relação à saúde bucal, tanto das instituições que os acolhem como dos pais e/ou responsáveis; (5) esses pacientes alteram a rotina do consultório, requerem tempo adicional, que não é remunerado e, por último, podem assustar ou perturbar os demais pacientes.

No que se refere ao preparo profissional de cirurgiões dentistas (qualificação e motivação) vinculados à instituições governamentais, pesquisa realizada no Estado Unidos, em que foram entrevistados 300 cirurgiões dentistas verificou que 80% dos profissionais sentiram-se pouco capacitados e desinteressados em tratar essas pessoas; desses, 9% admitiram não ter nenhuma preparação e 90% manifestaram interesse em adquirir maior conhecimento para atender de forma adequada às necessidades dos pacientes (STIEFEL, D. J.; TRUELOVE, E. L.; JOLLY, D. E, 1987). Já Campbel & MacCaslin (1983) afirmam que um adequado programa de educação na graduação para atenção a pacientes especiais tem aumentado substancialmente e disponibilidade de dentistas propensos a aceitar pacientes com necessidades especiais

Figueiredo (2002), em sua revisão da literatura sobre o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais, declara que 80% dos profissionais não se sentem aptos a realizar este atendimento. O autor ressalta que a falta de profissionais treinados para atender essa população e o limitado suporte na provisão de serviços especializados complicam ainda mais a resolução deste entrave. Ao mesmo tempo, identifica que nem todas as universidades apresentam disciplina

voltada ao atendimento desta parcela da população, cujo treinamento ocorre normalmente em cursos de pós-graduação.

Estudo realizado por Smitley *et al* (2009) em 142 faculdades de odontologia da América Latina e Caribe para avaliação do grau de ensino sobre a atenção às pessoas com necessidades especiais, verificou que mais da metade das escolas que responderam à pesquisa afirmaram que seus estudantes recebiam menos de 5 horas de treinamento didático e menos de 5 horas de treinamento clínico para a atenção a pacientes com necessidades especiais. Das 142 faculdades estudadas, 23% e 30%, respectivamente, declararam que não necessitam de horas curriculares para o treinamento didático ou clínico focado no atendimento exclusivo a pacientes com necessidades especiais. Uma das maiores dificuldades citadas no estudo sobre desenvolvimento de programas específicos para estes pacientes foi a falta de professores com experiência nesta área de atuação (SMITLEY *et al*, 2009).

Já Fassina (2006) ao analisar a disciplina de pacientes especiais de 175 Faculdades de Odontologia do Brasil em 2005, verificou que das 55 (31,43%) faculdades que responderam aos questionários 31 (56,36%) afirmaram ter o conteúdo de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais em seus programas para graduação. Do universo de 31 faculdades foram encontradas 18 diferentes formas para a nomenclatura adotada na disciplina, sendo as mais freqüentes, Pacientes Especiais (06) e Odontologia para Pacientes Especiais (05). Quanto à vinculação da disciplina, quando existente, em 22 (70,97%) apresentam a modalidade obrigatória e 9 (29,03%) a modalidade optativa. O número de alunos em média que cursam a disciplina, é de: quando obrigatória 46 alunos; quando optativa 22 alunos. O formato da disciplina na maioria das faculdades é semestral sendo que sua localização temporal na grade curricular apresenta maior concentração entre o oitavo e décimo semestre.

Quanto à questão da formação acadêmica dos profissionais de saúde no Brasil, têm-se discutido propostas de mudanças curriculares por entender-se que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com os ideais do SUS. Segundo Cordeiro (2002), há uma crescente demanda por novas formas de organização dos cuidados de saúde que sejam capazes de trabalhar em regime de cooperação na equipe de saúde. Esta relação está para além da soma de competências individuais: representa a construção de um processo coletivo que tem por resultante a prestação do cuidado de saúde com maior resolubilidade e qualidade (CORDEIRO, 2002). Para Teixeira (2003), a despeito dos investimentos feitos até aqui, um grande contingente dos profissionais de saúde continua ingressando no campo de trabalho com os limites de uma formação curricular restrita aos princípios da atenção médico-curativa, fragmentada e dissociada de um contexto social.

Nesse sentido, o Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB – Brasil, 2004) reconhece as limitações na formação do odontólogo afirmando que *“a formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal”* (p. 55). Mais especificamente com relação aos cuidados que devem ser tomados no atendimento de pessoas com necessidades especiais, esse relatório aponta aspectos que devem ser abordados pelas universidades e pelo profissional da área da saúde, tais como:

- ✓ *“Organizar os planos de cursos de odontologia de modo que as necessidades especiais dos pacientes (situações epidêmicas, crônico-degenerativas, deficiências genéticas, nutricionais, físicas, mentais e outras) sejam abordadas na sua integralidade”* (p. 61);
- ✓ *“Capacitar profissionais para o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais e portadores de deficiências e transtornos mentais”;*

- ✓ *”Capacitar os profissionais da rede básica para atendimento ao idoso e aos portadores de deficiência e necessidades especiais”* (p. 65)

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), reconhecendo a necessidade de capacitar os cirurgiões-dentistas para atender as peculiaridades do paciente especial, regulamentou a especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (CFO, 2008) pela Resolução nº 25/2002, publicada no Diário Oficial da União (DOU), em 28/05/2002. Esta especialidade tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como perceber e atuar dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de área correlatas com o paciente (CFO, 2002).

No que concerne às áreas de competência, esta especialidade deve prestar assistência odontológica às pessoas portadoras de necessidades especiais em nível clínico-ambulatorial, em serviço público ou privado e, quando necessário, em domicílio; em nível de hospital, sob anestesia geral, sob sedação e sob acompanhamento médico. Para isto, este profissional deve aprofundar estudos para abordagem de pacientes que apresentam complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social (CFO, 2002).

Apesar destas medidas, existe ainda um número muito reduzido de especialistas em face do número de pacientes com necessidades especiais de atendimento (CFO, 2008). Ao contrário do grande número de cirurgiões-dentistas no Brasil (189.359), dados do Conselho Federal de Odontologia apontam para menos de 500 profissionais registrados como especialistas em pacientes especiais; no Estado do Rio de Janeiro, são 41 profissionais especialistas e, no Município do Rio de Janeiro, do total de 25.805 dentistas inscritos, somente 21 são profissionais especialistas nesta área (CFO, 2008). O

processo de seleção de cirurgiões-dentistas para o serviço público, de uma forma geral, não se faz segmentado por especialidades. Os concursos específicos, por especialidade, ainda não são uma regra, como no caso das especialidades médicas.

O processo de implementação do atendimento a pacientes especiais nos CEOs é bastante recente, razão pela qual os estudos que avaliam este atendimento e o perfil do paciente atendido nos CEOs são ainda incipientes. Fonseca (2006) realizou estudo em CEOs de cinco municípios localizados na Região Metropolitana de São Paulo e observou que ser “especial” era a condição única para pacientes serem encaminhados para tratamento com os profissionais designados ao atendimento especializado, não importando se essa condição especial era mínima, no sentido de a dificuldade oferecer tratamento convencional em ambulatório, como, por exemplo, uma deficiência física em membros superiores.

Nesta condição, o paciente poderia ser atendido por qualquer cirurgião-dentista da atenção básica, sem maiores prejuízos à qualidade do serviço prestado. Nestes casos, o CEO não estaria contribuindo para ampliar o atendimento ao paciente com necessidade especial reduzindo as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, e sim, contribuindo para estreitar a porta de entrada para o paciente que realmente necessita de cuidados especializados em odontologia.

A justificativa para o atendimento nos CEOs de todos os pacientes especiais, dentro ou fora da norma preconizada pelo MS, tem recaído sobre a falta de demanda para os CEOs desta clientela específica. Desta forma, dar-se-ia então, quantitativamente, o cumprimento das metas designadas pelo MS¹⁰. Neste sentido, Fonseca (2006) levanta várias questões referentes ao processo de implementação do atendimento que podem explicar a baixa demanda, como a falta de conhecimento sobre a existência do serviço, a dificuldade de acesso e locomoção destes indivíduos, o fato de

¹⁰ As metas são detalhadas mais adiante.

não ser rotina ir ao dentista, fazendo com que os pacientes somente procurem o serviço em casos extremos, a existência de outros serviços em instituições e entidades que também realizam esses atendimentos.

O desconhecimento por parte de profissionais da Atenção Básica e usuários dos procedimentos ofertados nos CEOs foi relatado, como justificativa para a falta de demanda, em estudo realizado por Medeiros (2007) em um Centro de Especialidades Odontológicas de Natal. A autora verificou que as especialidades de Periodontia e Cirurgia apresentavam baixa procura, a despeito de os problemas periodontais figurarem entre as doenças de maior prevalência na cavidade bucal. Nesta pesquisa, os usuários entrevistados relataram ter tomado conhecimento do serviço através de amigos, ou mesmo “por acaso”, e não pelos profissionais. Afirmaram, ainda, que, apesar de utilizarem o serviço, não sabiam diferenciá-lo da AB. Com relação aos profissionais da AB, verificou-se que alguns desconheciam as especialidades ofertadas no CEO e o seu funcionamento; outros relataram conhecer o serviço tendo, inclusive, participado da inauguração do CEO. Estes últimos profissionais eram os que mais realizavam referenciamento. A autora do estudo enfatiza a importância da comunicação na utilização ou não dos serviços oferecidos e afirma que este constitui-se uma ferramenta útil em todas as etapas de implementação de um programa (MEDEIROS, 2007).

Em 2010, passados seis anos da implantação dos primeiros CEOs em nível nacional, é possível verificar que as ações especializadas em saúde bucal estão sendo expandidas sob forte incentivo do Ministério da Saúde. Segundo dados do MS, haviam sido implantados, até o mês de agosto de 2008, 672 CEOs no país. Outros 241 CEOs já foram credenciados à antecipação do recebimento do recurso para implantação. De acordo com avaliação do Conselho Nacional de Saúde existiam em 2010, 832 unidades

em funcionamento (CRO, PE 2010)¹¹ não atingindo a meta estabelecida para este ano que era de 950 CEOs em funcionamento no país (CFO, 2007). Dados do MS indicam que o número de procedimentos odontológicos especializados aumentou em 250% entre 2003 e 2008. Em 2003, foram 5 milhões de procedimentos no SUS e, em 2008, esse número passou para 17,5 milhões, ou 11,5% do total (MS,2009)¹².

Como forma de incentivar as prefeituras e premiar anualmente o município brasileiro que mais se destacar no atendimento odontológico da rede pública de saúde, o Conselho Federal de Odontologia criou, através da Resolução nº 065/2005, o "Prêmio Brasil Sorridente". Entre os critérios para a premiação, estão a implantação do maior número de CEOs e LRPD e o melhor desempenho na promoção a saúde bucal do escolar, dos pacientes com necessidades especiais, do idoso, da gestante, do bebê, prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamento para tratamento do câncer bucal (Conselho Federal de Odontologia, 2008).

Apesar do rápido aumento de unidades credenciadas em todo o Brasil, frequentemente divulgado pela mídia, como já vimos Werneck (2008) aponta a ausência de um sistema de avaliação, controle e auditoria para os CEOs. O autor atenta para a necessidade de analisar-se o processo de implementação dos CEOs nas dimensões macro e micropolíticas. A primeira refere-se ao Brasil Sorridente, seus princípios, diretrizes e portarias que o normatizam, o apoio técnico e político aos estados e

¹¹ CRO, PE 2010:

http://www.crope.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=222:cns-avalia-implantacao-da-politica-nacional-de-saudebucal&catid=7:noticias&Itemid=63

http://www.crope.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=222:cns-avalia-implantacao-da-politica-nacional-de-saudebucal&catid=7:noticias&Itemid=63

¹²http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11102

municípios e aos instrumentos de regulação, controle, auditoria e avaliação dos CEOs. A micropolítica refere-se aos aspectos operacionais para a efetivação das ações, tais como: conhecer o território, instituir um processo de planejamento e gestão dos serviços, estabelecer uma relação de trabalho consultiva e propositiva entre os três níveis de gestão do SUS e trabalhar sempre junto às instâncias de controle social (WERNECK, 2008).

Segundo Hartz & Camacho (1996), a ausência de uma rotina de monitoramento das atividades e programas constituem-se um desafio para avaliação, assim como a análise dos efeitos intermediários, que buscam conhecer o grau de implantação e de adequação de um programa ao contexto local. Embora haja grande escassez de dados, uma avaliação de desempenho, seguindo a proposta e os parâmetros para monitoramento estabelecidos pelo Ministério da Saúde, foi realizada por Forster *et al* (2007) nos CEOs implantados em 31 municípios do Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC) e Paraná (PR), que haviam entrado em atividade até dezembro de 2005. O autor verificou que, no primeiro ano após a implantação dos CEOs avaliados, 64,5% dos municípios (n=20) estavam aquém dos parâmetros preconizados pelo MS e 35,5% dos municípios (n=11) atendiam às exigências. O estudo constatou, ainda, que, do ponto de vista quantitativo, a maioria dos municípios que implementaram CEOs até 2005 não atingiram a produtividade esperada pelo MS (FORSTER *et al*, 2007).

Situação semelhante foi encontrada em estudo realizado por Ferraz (2008), em que foram avaliados o sistema de referência e contra-referências e o cumprimento de metas do serviço odontológico dos dois CEOs implantados na cidade de Teresina, em que foram verificadas 2.725 fichas referenciadas e contra-referenciadas, no período de 1º de julho de 2006 a 30 de junho de 2007. Neste estudo, verificou-se que a referência de atendimento nos CEOs difere do recomendado pelo Ministério da Saúde, pois o próprio paciente se responsabiliza pelo seu agendamento, e a contra-referências não

ocorre de maneira adequada. Constatou-se também que a meta de 1.040 novas vagas por mês, proposta pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina, não foi alcançada.

Com relação à produtividade mínima mensal exigida para o tratamento de pacientes com necessidades especiais, o CAB (2006) determina os quantitativos de 80 procedimentos para CEO tipo I, 110 procedimentos para CEO tipo II e 190 procedimentos para o CEO tipo III. Devem ser encaminhados pacientes que não permitam o atendimento clínico ambulatorial convencional ou após duas tentativas frustradas de atendimento na USB: pacientes com movimentos involuntários, portadores de sofrimento ou deficiência mental, deficientes sensoriais e físicos, usuários com patologias sistêmicas crônicas associadas a distúrbios de comportamento, deficientes neurológicos graves, autistas, crianças de zero a dois anos com cárie aguda ou crônica, que não colaboram com o atendimento ou qualquer outro desvio comportamental, que geram dificuldade de condicionamento (BRASIL, 2006b) (Anexo 2).

O cumprimento dos protocolos de encaminhamento dos pacientes especiais carece de instrumentos que monitorem o perfil do paciente especial atendido nos CEOs, uma vez que os códigos de procedimentos básicos realizados nos CEOs¹³ para pacientes especiais não discriminam o tipo de necessidade que o paciente apresenta, o que faz com que não seja possível identificar o perfil do paciente especial que tem sido atendido nos centros de especialidades odontológicas.

No que se refere à regulação das vagas para tratamento, no Estado de São Paulo, é recomendado que as UBS tenham cotas de vagas previamente acordadas com a Central de Regulação e Saúde Bucal e, havendo necessidade, pela especificidade do caso, a UBS deverá recorrer à Central da região. Recomenda-se ainda um número de

¹³ *3 O CAB (2006) determina que os procedimentos de atenção básica (03000001-1 grupo 03- ações básicas em odontologia) em CEOs cujos subgrupos se encontram descritos abaixo só se justificam na realização de atendimento a pacientes especiais – procedimentos preventivos subgrupo 03020.00-2, dentística básica subgrupo: 03.030.00-8, Odontologia cirúrgica básica subgrupo 03040.00-3

agendamentos novos mensais para cada especialidade; no caso dos pacientes com necessidades especiais, são sugeridos 10 novos pacientes por mês (São Paulo, 2006)

No que se refere à integralidade das ações, encontramos o relato de três experiências municipais consideradas exitosas. A primeira, na Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante (RN), que buscou analisar, no espaço de três anos, em que medida a criação do CEO vinha sendo capaz de responder às demandas por ações especializadas para subsidiar as ações das ESB na ESF, especificamente no atendimento ao Paciente com Necessidades Especiais. Foi possível verificar-se a importância da parceria ESB/CEO, de forma sensível, no comportamento das famílias acolhidas pelo serviço e, por consequência, pela comunidade na qual estas famílias estavam inseridas (RODRIGUES e RODRIGUES, 2009).

A segunda experiência deu-se no Município de Pedras de Fogo (PB), em que o autor buscou analisar a integralidade das ações de saúde bucal para PNE, nos diferentes níveis de complexidade, entre os anos de 2006 a 2009. Os pacientes foram encaminhados pelas ESF e pelos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) para o Centro de Especialidades e, se necessário, encaminhados para a alta complexidade, esta última implementada no Hospital Municipal de Pedras do Fogo (HMPF). Os autores consideraram que o CEO cumpriu a sua função de promover saúde bucal a esta população ofertando tratamento em nível de média complexidade, assim como cumpriu seu papel social resgatando a dignidade destes cidadãos, integrando-os na sociedade e contribuindo para o seu bem-estar (RAMALHO e MENDONÇA, 2009).

A terceira experiência relatada por Mello *et al* (2009) diz respeito à integração de um CEO tipo II, localizado no interior do Hospital Municipal Rocha Maia, no Município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 2.1, que serve como referência para o atendimento de pacientes especiais internos do Hospital Phillipe Pinel (HPP), hospital de referência para pacientes psiquiátricos, neuropatas, dependentes químicos e

autistas, e geograficamente localizado em frente ao CEO. Após a avaliação e constatação das precárias condições de saúde bucal destes pacientes, o cirurgião-dentista passou a atuar integrado à equipe multidisciplinar envolvida no tratamento deles, melhorando, por consequência, sua condição de saúde bucal. Segundo os autores, os pacientes deixaram de receber tratamento apenas mutilador e em caráter emergencial, sentindo-se acolhidos e tratados com dignidade (MELLO *et al*, 2009).

Sabemos que a implementação do Programa Brasil Sorridente e dos CEOs nos municípios ocorre num contexto de amplo processo de descentralização do SUS, o que implica sua articulação com níveis subnacionais de governo. Neste sentido, os municípios são dotados de importante gradiente de autonomia e poder decisório que, de certa forma, podem reconfigurar os rumos da intervenção, uma vez que, neste processo, ocorrem frequentemente conflitos de interesses entre os diversos atores envolvidos. Desta forma, o campo de implementação de políticas é influenciado pelas vontades, interesses e concepções ideológicas dos seus formuladores, os executores, os grupos de interesses e os usuários. Dificilmente um programa é posto em prática tal como idealizado. Em especial, quanto maior e mais profunda for a proposta de mudança, maior será a adaptação da idéia formulada (ARRETCHE, 2001; VIANNA,1996). Um programa é o resultado de uma combinação complexa de decisões de diversos agentes.

2.5 – Acesso de Pacientes com Necessidades Especiais à saúde bucal

Para Travassos e Martins (2004), o conceito de acesso é complexo, é frequentemente empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. A definição de acesso varia entre autores ao longo do tempo e em conformidade com os diferentes contextos em que é empregada. Quanto à terminologia, alguns autores utilizam o termo acessibilidade (DONABEDIAN, 1984, FEKETE,

1996); outros utilizam o termo acesso como sinônimo (TRAVASSOS e MARTINS, 2004); outros ainda fazem distinção entre os termos utilizando acessibilidade em referência a aspectos da oferta de serviços e acesso referindo-se ao modo como os indivíduos vivenciam a experiência de acessibilidade (STARFIELD, 2002, VELLOSO, 1993).

Autores como Donabedian (1984), Unglert (1990), Fekete (1996) e Starfield (2002) compreendem o conceito de acesso como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Neste sentido, Fekete (1996) identifica 4 dimensões de acessibilidade:

Quadro2: Dimensões de acessibilidade segundo Fekete(1996).

Geográfica	aspectos físicos impeditivos do acesso, distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos
Organizacional	obstáculos originados no modo de organização do serviço, que podem ser internos, tais como demora na obtenção da consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento, etc
Sociocultural	apreciação dos fenômenos que determinam a busca do serviço de saúde. Pode-se analisar acessibilidade sob a perspectiva: Do usuário- consideram-se a percepção que o indivíduo tem da sua saúde, etiologia da doença, tipo de tratamento e nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos quanto aos cuidados com a saúde; e vergonha, no caso de doenças sexualmente transmissíveis ou estigmatizantes Do sistema de saúde : consideram-se a formação de profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população; a falta de preparo das equipes de saúde e das instituições diante da diversidade de pacientes com distintas características socioculturais; e a incipiência dos processos de participação dos usuários nas organizações dos serviços.
Econômico	despesas das famílias com serviços de saúde, incluindo consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência.

Travassos e Martins (2004) fazem distinção entre o conceito de acesso e de uso, entendendo que o primeiro refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário, e o último representa todo contato direto (consultas, e hospitalizações) e indireto (exames e diagnósticos) com os serviços de saúde, podendo ser determinado por fatores relativos às necessidades de saúde.

Nos aspectos exclusivamente concernentes à análise da obtenção do cuidado pelo indivíduo que dele necessita, o acesso pode ser confundido com a utilização de serviços; contudo, quando existem necessidades importantes para esta utilização, o conceito de acessibilidade, relacionado aos obstáculos existentes à obtenção dos serviços por parte dos usuários, tem grande importância (VIEIRA DA SILVA, 2005).

O acesso aos serviços permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por atendimento e a utilização de serviços de saúde. Estes três elementos, quando organizados sequencialmente, indicam que as “necessidades” das pessoas em termos de saúde, entendida como expressão numérica dos problemas de saúde de uma dada população, transformam-se em “demanda”, que se refere a uma ação dirigida, caracterizada por uma situação de “alguém que precisa de algo, a procura de outrem que esteja capacitado a oferecer soluções adequadas” (BELLARDINELLI, 1987), que, por sua vez, gera a “utilização” dos serviços, desde que garantido o acesso a eles (MANHÃES e COSTA, 2004).

Desta forma, a utilização de serviços de saúde constitui-se um comportamento complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, as características sociodemográficas dos usuários, o perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de serviços (RIBEIRO *et al*, 2006).

Andersen & Newman (1973) propuseram um modelo para conceituar e operacionalizar o uso de serviços de saúde, que tem sido bastante utilizado para estudar os fatores associados ao uso de serviços médicos, como consultas e hospitalizações. Neste modelo, os diferenciais no uso de serviços de saúde são explicados através de características de predisposição, de facilitação e de necessidade. As características de predisposição consideram a propensão do indivíduo para usar serviços de saúde. Nesse grupo, estão incluídas variáveis demográficas (idade, sexo e estado civil), estrutura social (escolaridade, etnia, ocupação, religião e tamanho da família) e atitudes ou opiniões (valores em relação à saúde e conhecimento sobre a doença).

Os fatores que facilitam o uso de serviços de saúde incluem características familiares (renda, plano ou seguro de saúde e fonte regular de cuidados com a saúde) e características da comunidade (preço dos serviços de saúde, região do país e área urbana ou rural). As características de necessidade (sintomas, diagnóstico e estado de saúde) incluem a condição de saúde e a percepção dessa condição, que motiva a procura pelo cuidado com a saúde (MATOS e LIMA-COSTA, 2007).

Ribeiro *et al* (2006) basearam-se em dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios de 2003 (PNAD, 2003) para analisar as características sociodemográficas dos indivíduos que procuraram atendimento nos 15 dias anteriores à pesquisa, mas não foram atendidos, e verificaram uma maior dificuldade de acesso entre os indivíduos com piores condições socioeconômicas. Entre as variáveis analisadas, esta foi a mais fortemente associada à probabilidade de utilização de serviços do SUS (RIBEIRO *et al*, 2006). As desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde já haviam sido apontadas por Viacava *et al* (2001), que, utilizando dados da PNAD de 1998, concluíram que indivíduos com maior escolaridade, empregadores ou assalariados com carteira assinada e os brancos apresentam chances mais elevadas de procurar serviços de saúde. Como estas classificações condizem com as classes de renda mais

favorecidas, os autores concluíram que a desigualdade social no acesso aponta nesse sentido, isto é, é contrária aos mais pobres.

Em outro estudo, Travassos *et al* (2006), comparando dados da PNAD de 1998 e de 2003, com relação às desigualdades sociais e geográficas no acesso aos serviços de saúde, atestaram que, embora tenha havido uma tendência de redução em todas as regiões do Brasil, as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde ainda permanecem evidentes, confirmando que o acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem.

A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso. Barreiras de acesso, portanto, originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde (TRAVASSOS, 2006).

O acesso irrestrito, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde por toda a população são garantias asseguradas pelo princípio da universalidade que, junto com os princípios da integralidade e da equidade, compõem os alicerces fundamentais do SUS. Além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania (ABREU-DE-JESUS e ASSIS, 2006). Embora o artigo 23, inciso II, da Constituição Federal de 1998 garanta o cuidado à saúde e assistência pública, a proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência, tais garantias não asseguram que estes cidadãos estejam, de fato, protegidos (BERNARDES *et al*, 2009).

A definição de acesso, enquanto porta de entrada, está relacionada ao entendimento do papel da Equipe de Saúde da Família como o primeiro nível de atenção e também à existência de um sistema de referência e contra-referências adequado para outros níveis do sistema de saúde, o que permite haver maior

resolutividade do cuidado prestado. Estudo realizado para analisar este papel, no entanto, mostrou que, na maior parte dos municípios pesquisados, as Unidades de Saúde da Família ainda não são porta de entrada de um sistema de saúde integrado (GIOVANELLA *et al*, 2003). Apesar disso, entendendo-se o PSF como uma das portas de entrada na rede de saúde hierarquizada do SUS e com uma comunidade residente em um território delimitado sob sua responsabilidade, a equipe está em situação privilegiada para conhecer as necessidades da mesma e permitir o acesso a cuidados adequados de saúde. Isto também é verdade quando o paciente em questão é um indivíduo com deficiência. Todos os profissionais envolvidos, de algum modo, com o sistema de saúde devem considerar-se como portas de entrada para o sistema, numa perspectiva voltada para a integralidade (MATTOS, 2007).

Entendida como um dos componentes do processo de avaliação, a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

No que se refere ao estudo da acessibilidade em seu sentido mais restrito, visando determinar o grau de ajuste entre as características de uma determinada UBS, observa-se que o principal entrave à sua análise encontra-se na forma de organização dos serviços de saúde. Apesar dessas dificuldades, qualquer definição de um sistema de assistência à saúde deve considerar as dimensões da acessibilidade, a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial, se transformem em práticas no interior dos serviços.

A integralidade das ações de saúde é uma consequência da acessibilidade aos seus serviços. A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar, nessas esferas, não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural para romper com formas

crystalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

A questão da integralidade remete, sem dúvida, a uma antiga problemática da saúde: o trabalho em equipe. Duas importantes contribuições passam a reestruturar a questão da equipe de forma nova: a de que as ações técnicas não são apenas a realização de um produto no trabalho cotidiano, mas também, trocas intersubjetivas e de comunicação e a de que as ações técnicas não são só dependentes do conhecimento e dos setores específicos mas são momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas. A integralidade não se resume, pois, a uma interdisciplinaridade, e esta não é a mesma coisa que trabalho em equipe, o qual deve conter a comunicação interprofissional.

No Brasil, a questão do acesso aos serviços de saúde bucal ainda se constitui um grande desafio para a saúde coletiva. O relatório final da 3^a Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada de 29 de julho a 31 de agosto de 2004, em Brasília, enfatizava:

“A banalização da situação de exclusão social no Brasil dificulta a explicitação pública, como questão política, da absurda falta de garantias de acesso à atenção em saúde bucal. Há que se denunciar, com indignação, essa enorme dificuldade de acesso à atenção em saúde bucal, independentemente do modelo em que essa atenção atualmente se pauta. É preciso reverter o atual modelo (cirúrgico, restaurador, ineficiente, monopolizador, de tecnologia densa, de alto custo e elitista) em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal, que leve em conta as necessidades de cada comunidade, de acordo com seu perfil epidemiológico, e reorganizar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos com os quais se construiu a atenção em saúde bucal da população brasileira, redefinindo os papéis da União, dos estados e dos municípios no processo da atenção”.

Em 1998, foi introduzida, como tema suplementar à Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio daquele ano, uma investigação a respeito dos serviços de saúde. Foram avaliados diversos aspectos relativos a este tema, entre os principais, o acesso e utilização de serviços de saúde. Com relação a este, foi incluída a verificação

da utilização de serviços odontológicos através do questionamento de se o indivíduo já havia sido ou não atendido por um dentista em toda a sua vida. Em caso positivo, era verificada a época da última consulta realizada, se há menos de 1 ano, de 1 a 2 anos ou há 3 anos ou mais (FIBGE, 2000). Esta pesquisa foi repetida no ano de 2003 e foi possível verificar melhorias sob vários aspectos.

Dados comparativos dos módulos sobre o acesso a serviços de saúde bucal, incluídos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizados nos anos de 1998 e 2003 e 2008, apontam para uma melhoria no acesso aos serviços de atenção em saúde bucal, apesar da alta proporção de brasileiros que nunca consultaram o dentista 18,7 % (em 1989) e 15,9% (em 2003) e 12% em 2008. Com relação ao acesso a serviços de saúde bucal por faixa etária, o último e mais completo estudo epidemiológico em saúde bucal de base nacional – Projeto SB-Brasil – conduzido pelo MS em 250 municípios de todas as regiões do País e concluído em 2003, verificou que mais de 13% da população de 15 a 19 anos nunca tinham ido ao dentista. Entre a população adulta, quase 3% nunca fora ao dentista e, na população idosa, este número chegava a aproximadamente 5,8% (SB-Brasil 2003). As desigualdades regionais no acesso à saúde bucal também ficaram evidentes neste inquérito, uma vez que, na Região Sul, 6% dos adolescentes relataram nunca ter ido ao dentista enquanto que esta percentagem chegou a quase 22% na Região Nordeste (SB-Brasil, 2003).

Apesar de, nos últimos anos, ter havido avanços neste sentido, as desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde bucal ainda permanecem. A relação direta entre renda e acesso aos serviços de saúde bucal ficou evidente nas duas PNADs, de 1998 e 2003. Barros e Bertoldi (2002), ao analisarem os microdados disponíveis pela PNAD/ 98, verificaram que, na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a proporção de pessoas que nunca consultaram dentista foi 16 vezes maior no grupo constituído pelos 20% mais pobres da população quando comparados com os 20% mais

ricos (BARROS e BERTOLDI, 2002). No grupo de 0-6 anos, as crianças mais ricas consultaram o dentista, no ano anterior à entrevista, cinco vezes mais do que as pobres.

Nos dados da PNAD de 2003, foi constatado que 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica, enquanto, entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a vinte salários mínimos, essa proporção caiu para 3%. Dados semelhantes foram encontrados no Levantamento de Saúde Bucal (SB-Brasil, 2003), onde mais de 13% da população de 15 a 19 anos nunca tinham ido ao dentista. Entre a população adulta, quase 3% nunca tinham ido ao dentista e, na população idosa, este número chegou a aproximadamente 5,8%. (SB-Brasil, 2003).

Melhorias no acesso foram constatadas na PNAD de 2008, que verificou que 17% da população com rendimento até 1 SM nunca haviam consultado um dentista, já para a população que recebe mais de 5 salários mínimos esta proporção caiu para 2% (PNAD, 2008).

Com relação à percepção de gestores municipais sobre a assistência odontológica e universalização, Leal e Tomita, em pesquisa realizada no ano de 2006, em dois municípios de médio porte da região Oeste do Estado de São Paulo, com mais de 40 mil habitantes integrantes do SUS, sob a forma de gestão plena na atenção, coletaram depoimentos sobre o acesso da população à assistência odontológica e as principais dificuldades e as possibilidades de enfrentá-las. Os autores concluíram que os gestores têm a percepção do acesso escasso e desigual e consideram a baixa efetividade do sistema devido às filas de usuários à espera de atendimento. Apontam, ainda, a necessidade de reordenação da prática odontológica.

No que se refere à organização da rede de assistência de saúde bucal para o usuário com deficiência, o Caderno de Atenção Básica (2006) preconiza que as

unidades de Saúde, básica ou especializada, devem estar preparadas para receberem estes usuários, com rampas de acesso, banheiros acessíveis e outras modificações no ambiente, conforme a NBR 9.050/1994.

Com relação aos recursos humanos, o mesmo documento prevê a presença de profissionais capacitados para o acolhimento, esclarecidos quanto à forma de comunicação dos pacientes com deficiência auditiva, ou da mobilidade dos pacientes com deficiência visual e física. Deve-se contar ainda com profissionais capacitados para o uso de técnicas de estabilização para segurança e conforto do paciente com distúrbio neuromotor (CAB, 2006).

A garantia destes direitos depende dos recursos materiais e tecnológicos disponíveis, assim como da oferta de serviços em locais de fácil acesso a pessoas com deficiência. A escassez de recursos públicos, no entanto, em conjunção com o aumento dos custos dos equipamentos médicos e dos medicamentos, tem sido a tônica do sistema de saúde brasileiro. Assim, em uma conjuntura extremamente desfavorável, resta definir de que maneira distribuir esses recursos (CASTRO, 2002). Segundo dados do IBGE divulgados por Neri (2002), os investimentos do Governo Federal em políticas de amparo ao deficiente vem diminuindo a cada ano. Em 1997, ele foi de 30,2 milhões de reais caindo para 15,9 milhões de reais em 2000. Dados referentes aos recursos liberados e executados da proposta orçamentária da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), entre os anos de 1995 e 2003, apontam para reduções tanto nos valores propostos como para os valores liberados (CHAGAS, 2006).

Como já vimos anteriormente, a Constituição Federal de 1998 assegurou o acesso universal à saúde e aos serviços de habilitação e reabilitação como forma de garantir igualdade de acesso aos indivíduos com as mesmas necessidades de saúde; contudo, diferentes inquéritos de saúde (PNAD, 1998, 2003) têm apontado que pessoas

com maior poder aquisitivo têm diferentes cuidados com a saúde, bem como condições de acesso diferenciadas. Neri e Soares (2002) avaliaram, além da existência da desigualdade na utilização de serviços de saúde entre pobres e não pobres, a oportunidade de procurar serviços de saúde, dadas certas características específicas (individuais, domiciliares e regionais). Os autores constataram que *“os indivíduos mais pobres têm pior acesso a seguro, necessitam de maiores cuidados com a saúde, mas consomem menos os serviços, o que acaba por aprofundar o quadro de desigualdade dos rendimentos”* (NERI & SOARES, 2002). Os mesmos autores concluíram que o consumo de serviços de saúde no Brasil está fortemente relacionado ao acesso a esses serviços, numa perspectiva de que a oferta teria caráter imperativo sobre a demanda na determinação do consumo.

Com relação às necessidades de saúde de pessoas com deficiência, Castro (2006) realizou estudos sobre a prevalência de deficiências e estado de saúde de deficientes em diferentes cidades de São Paulo e verificou que pessoas com deficiência sofriam mais internações hospitalares, além de sofrerem maiores necessidades de acompanhamento médico periódico, sofrerem mais doenças crônicas e terem apresentado maior morbidade nos 15 dias anteriores à entrevista quando comparados às pessoas sem deficiência. Da mesma forma, Souza e Carneiro (2007), em estudo realizado no Município de Betim (SP) verificaram que 40% dos deficientes desta cidade haviam sido internados, pelo menos uma vez no ano de 2005, em razão de problemas ligados às suas deficiências.

No tocante à utilização de serviços de saúde por pessoas com e sem deficiência, dados da PNAD, de 1981, demonstraram que pessoas com deficiência utilizaram mais os serviços de internação hospitalar públicos que a média nacional.

As Pesquisas Nacionais por Amostragem de Domicílios de 1998 e 2003 não fizeram avaliações das pessoas com deficiência, mas sim, de populações que servem de

proxy deste universo, isto é, pessoas que relataram ter dificuldade de subir escadas ou de caminhar (NERI, 2002). Nestes inquéritos, é possível aproximar pobreza ao acesso e consumo de serviços de saúde entre a população de pessoas com deficiência. As populações *proxy* de PPDs, que se encontram no estrato mais rico da população, com dificuldades de subir escadas, têm melhor avaliação de saúde que as mais pobres. Há também maior evidência de problemas de coluna, artrite e reumatismo entre a população *proxy* de Pessoas Portadoras de Deficiência (PPDs) mais pobres, superando a média da população (NERI, 2002, PNAD, 2003).

Com relação ao acesso público aos serviços de saúde por pessoas com deficiência, a Lei 8.069/90 (CORDE, 1998) garante medicamentos, próteses e outros recursos relativos à reabilitação e habilitação. O acesso físico a uma unidade de habilitação e reabilitação é de incumbência da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade, que deve ofertar esses serviços nas comunidades urbanas e rurais. Já o atendimento domiciliar de saúde para pessoas com deficiência grave foi garantido pela Lei Federal 7.853/89, que também prevê o encaminhamento para um município que conte com estrutura para seu atendimento, na ausência de serviços no município onde a pessoa com deficiência vive (NERI, 2002).

As Leis nº 10.485 e nº 10.985, ambas de 2000, estabelecem as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Essas leis foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296/2004, que dispõe sobre o atendimento prioritário a pessoas com deficiência, trata da implementação da acessibilidade arquitetônica e urbanística, do acesso aos meios de transporte, do acesso à informação e à comunicação, da tecnologia assistiva e estabelece o Programa Nacional de Acessibilidade e o Comitê de Ajudas Técnicas (CORDE, 2005).

Embora garantida por lei, ainda existem muitas barreiras à acessibilidade a serem vencidas, como sugere estudo realizado por Siqueira *et al* (2009). Os autores descrevem as condições de 240 unidades básicas, escolhidas aleatoriamente em 41 municípios, com mais de 100 mil habitantes, dos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina (Região Sul) e de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí (Região Nordeste), em relação às barreiras arquitetônicas para idosos e portadores de deficiência, constatando a inadequabilidade de 60% dessas unidades: presença de degraus e falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para cadeirantes e salas de espera adequadas às necessidades.

Apesar do Brasil contar com um moderno arcabouço legal para a garantia dos direitos das pessoas com necessidades especiais, estudo de opinião realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa de Pessoas Portadoras de Deficiência (IBDD) sobre as condições de vida das pessoas com deficiência no Brasil, em que foram entrevistadas 10.273 pessoas com deficiência em todas as regiões do Brasil no ano de 2010, atestou que 77% dos entrevistados afirmaram que estes direitos não são respeitados (IBDD, 2010)

2.6 – Condições de Saúde Bucal do Portador de Necessidades Especiais

Apesar dos avanços com relação aos conhecimentos e ações concernentes a este grupo, no que se refere à saúde bucal ainda não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude dos problemas dos portadores de necessidades especiais. Ravaglia (1997) afirma que, embora, pessoas com deficiência contem com cobertura de serviços de saúde e programas de reabilitação em medicina, o mesmo não acontece em relação à saúde e reabilitação bucal deste grupo. Segundo dados da OMS (1981), dois terços da população mundial de portadores de necessidades especiais não recebem nenhuma atenção em saúde bucal e, em decorrência da grande variação na

proporção de incapacitados nas diversas localidades, os aspectos de saúde integral para este grupo populacional não incluem sua reabilitação buço-dental (RAVAGLIA, 1997).

Como não tem sido sistematicamente estudada, a atual situação dos pacientes com necessidades especiais carece de dados de amplitude nacional, o que acarreta uma escassez de dados fidedignos (TOMITA e FAGOTE, 1999). Este desconhecimento das reais necessidades de saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais tende a limitar a definição dos recursos humanos e dos materiais necessários, bem como o planejamento de estratégias de intervenção. Os fatores de risco aos quais os grupos de pacientes com necessidades estão expostos já são, contudo, bastante conhecidos, e a importância dos programas de prevenção eficazes é amplamente documentada na literatura (WEDDELL *et al*,1995, TOMITA e FAGOTE, 1999).

Como parte da complexidade do conhecimento das necessidades de atenção dos pacientes especiais está o fato de estes, além de apresentarem características próprias muito diversificadas, estarem sujeitos a todos os quadros infecciosos e problemas gerais inclusive às doenças mais prevalentes na cavidade bucal. Apesar de a cárie dentária, a gengivite e as lesões na mucosa bucal estarem presentes em indivíduos com e sem comprometimento sistêmico, estudos apontam para uma maior prevalência delas no primeiro grupo de pacientes (DONATSKY *et al*, 1980, SANTOS *et al*, 2003). O maior número de lesões pode ser explicado pelo grande número de fatores de risco a que este grupo está exposto. Entre os fatores mais importantes estão o tipo de alimentação, a baixa autonomia para realização de higienização adequada, ingestão crônica de medicamentos via oral (CAMPOS, 2006), assim como hospitalizações prolongadas (COSTA, 2007).

Fourniol Filho e Facon (1998) ressaltam que Pacientes Portadores de Necessidades Especiais recebem usualmente tratamento diferenciado dos familiares, que pode variar da superproteção à rejeição. Isto se reflete nos hábitos alimentares,

pois muitos pais traduzem seu carinho em forma de alimentos açucarados e de ingestão frequente. Estes pacientes, de um modo geral, possuem uma alimentação mais pastosa, usam mamadeira por mais tempo, apresentam deglutição atípica e utilizam medicamentos contendo sacarose ou medicamentos que podem causar xerostomia (diminuição da salivação), reconhecidamente fatores de risco para doenças bucais.

De um modo geral, os estudos realizados em diversos como Cuba e Brasil apontam para um acúmulo de necessidades de tratamento nestes pacientes, traduzido por cáries extensas com comprometimento pulpar e grande perda de estrutura dental, doença periodontal e maloclusões. A demora em encaminhar o paciente com necessidades especiais para tratamento odontológico não se constitui um caso raro. A desestruturação familiar diante das demandas de uma pessoa com necessidades especiais, assim como a urgência de outros tratamentos de saúde (médicos, fonoaudiológicos, fisioterapêuticos e outros) levam ao adiamento ou mesmo ao negligenciamento dos cuidados em saúde bucal (SCHMIDT, 2003). A informação e a orientação constituem-se peças-chave nas ações odontológicas de prevenção e devem ser extensivas a toda a equipe interdisciplinar envolvida no atendimento ao paciente especial, uma vez que a desatenção quanto à importância da saúde bucal para a saúde e bem-estar geral destes indivíduos, por parte dos profissionais de outras áreas, tende a contribuir para o acúmulo de suas necessidades (MAIA, 2003).

Estudo realizado por Fernandez *et al* (2005), na província de Camagüey, em Cuba, em que foram examinadas 87 crianças com deficiência mental, encontrou 100% de crianças afetadas por doenças bucais; destas, 81% tinham cárie, 73% doença periodontal e 65% maloclusão, sendo que 54% estavam gravemente afetadas. No Brasil, estudo realizado por Costa *et al* (2007), no Distrito Federal, sobre as condições de saúde bucal de 67 pacientes com paralisia cerebral, com idades entre 2-38 anos, verificou que 75% destes pacientes, ao realizarem a primeira consulta odontológica, já

apresentavam grande acúmulo de necessidades ou estavam em situação de urgência e emergência.

Outra avaliação realizada em Campo Grande-MS por Souza (2006), em uma escola da Associação Pestalozzi, com pacientes entre 7 e 38 anos de idade, com deficiências mentais, indicou alta prevalência de cárie, com apenas 17,65% de deficientes livres de cárie, alto acúmulo de placa bacteriana e sangramento gengival. Outro levantamento sobre as necessidades em saúde bucal de estudantes de 11 escolas municipais e estaduais para crianças especiais, realizado em Belo Horizonte, no ano de 2005/06, em que foram examinados 2.474 pacientes, encontrou 64% de destes com dentes permanentes ou decíduos cariados e 232 indivíduos que, apesar de estarem com a cárie dentária controlada, apresentavam a doença periodontal como maior problema de saúde bucal. Em apenas uma destas escolas, havia uma lista de 130 pacientes que necessitavam de atendimento odontológico sob anestesia geral (CAVALCANTE *et al*, 2006).

Com relação à necessidade de atendimento sob anestesia geral, Resende *et al* (2005) destacam a importância da qualificação profissional no atendimento ao PNE. Estes autores verificaram que, dos pacientes atendidos em um convênio entre a Associação Mineira de Reabilitação (AMR) e a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, entre 1996-1998, que visava atender principalmente indivíduos portadores de deficiências neuropsicomotoras em tratamento no setor de reabilitação desta instituição, bem como alunos da Escola Estadual Dr. João Moreira Salles, dos que foram encaminhados para anestesia geral, cerca de 48% podiam ser atendidos na cadeira odontológica com algumas modificações na condução das técnicas restauradoras e de abordagem dos pacientes, sem comprometimento da qualidade do trabalho (RESENDE *et al*, 2005).

Estes resultados chamam a atenção para a necessidade da inserção da odontologia e, por consequência, dos aspectos relacionados à saúde bucal nos programas de saúde direcionados à atenção integral ao paciente especial como forma de prevenir e/ou reduzir os danos causados pelas doenças bucais.

Com relação aos índices de cárie da população de uma forma geral, no Brasil, assim como em outros países do mundo, tem-se observado uma tendência de queda consistente na experiência da doença (medida pelo CPO-D – dentes cariados perdidos e obturados) (NARVAI, 2000). São apontadas como possíveis causas para o declínio da doença, medidas como a adição de flúor à água de abastecimento público, o emprego de dentifrícios fluoretados em larga escala a partir dos anos 80, aspectos alimentares como modificações no padrão e quantidade de consumo de açúcar, associados à melhoria nas condições de vida (NADANOVSKY, 2000). Roncalli (2006) acrescenta ainda a estes fatores o maior acesso, no Brasil, à atenção em saúde bucal coletiva e a ampliação das ações de promoção e educação em saúde bucal decorrentes do aumento das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (RONCALLI, 2006).

Apesar disto, estudos de Nadanovsky (2000), Pinto (1997) e Weyne (1997) constataam que a melhoria do nível global dos indicadores de cárie dentária foi acompanhada pela polarização do agravo nos grupos de população mais submetidos à privação social. Em outras palavras, têm-se observado grupos específicos de população que permanecem com elevada prevalência de cárie dentária; de modo geral, a especial vulnerabilidade ao agravo está associada à exposição mais intensa aos fatores de risco e à privação (BARBOSA, KRIGER, MOYSES, 2007). Neste sentido, a condição social tem sido enfatizada, nas últimas décadas, como importante determinante das condições de saúde bucal (MARTINS *et al*, 1999; NADANOVSKY, 2000, JONES & WORTHINGTON, 2000; MARCENES & BONECKER, 2000; PERES *et al*, 2000).

A OMS, em publicação sobre as condições de saúde bucal no mundo, reforçou que as doenças bucais são influenciadas por fatores sociais, ambientais e comportamentais, que podem agir como fatores de risco – no caso de desigualdades sociais, consumo de bebidas alcoólicas e cigarro, entre outros; ou como fatores de proteção – no caso da exposição a produtos fluoretados. Essas doenças são ainda consideradas como problemas de saúde pública por suas elevadas prevalências e incidências no mundo e pelos efeitos que produzem em relação a dor, sofrimento, deficiência funcional e deterioramento da qualidade de vida (WHO, 2003).

Como já foi constatado, uma parcela significativa de PNE encontra-se nas camadas mais pobres da população constituindo-se de pessoas com menor acesso aos serviços de saúde bucal. Estes pacientes, quando conseguem ter acesso aos serviços públicos, o grande acúmulo de necessidades e a falta de profissionais habilitados condena-os a tratamentos mutilantes (puramente cirúrgico-restaurador), sob anestesia geral, como forma de resolução rápida e definitiva.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 – Implementação de Programas e desafio da avaliação

O objetivo deste estudo foi avaliar o processo de implementação do atendimento odontológico ao paciente portador de necessidades especiais em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) localizado no Município do Rio de Janeiro buscando captar os limites e as potencialidades das ações na área. Os CEOs foram implantados a partir da nova Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, no entanto ainda são tímidos os esforços para avaliar seus alcances e principais desafios nos diferentes contextos locais.

O estudo, nesta perspectiva, dialogou teórica e metodologicamente com o campo da avaliação de programas e políticas sociais e de saúde. Sabemos que este campo é marcado por diferentes matrizes e abordagens. Para Patton (1982), em função da falta de clareza conceitual para a avaliação como campo de trabalho, o papel do avaliador não possui uma definição nítida, assim como existem divergências na utilização dos conceitos da área; além disso, com frequência, surgem novas concepções que redundam numa imensa diversidade terminológica.

Com relação ao tipo de intervenção que uma avaliação pode sofrer Contandriopoulos *et al* (2000) fazem distinção entre dois modelos. Elas seriam do tipo normativo, em que se busca estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, e a pesquisa avaliativa, que, por meio de um procedimento científico, procura examinar as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção. Para Contandriopoulos *et al* (2000) avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Assim, a avaliação é

entendida como instrumento investigativo que produz conhecimento sobre uma ação social (ação humana organizada) e como instrumento político, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, o que a caracteriza como uma ciência social aplicada.

A primeira distinção clássica de avaliação, segundo a função que ela deve cumprir (CANO, 2006), foi estabelecida por Scriven (1967) como sendo: avaliação somativa e avaliação formativa. A primeira busca responder se o programa atingiu, com sua implementação, os resultados pretendidos. É normalmente realizada ao final do trabalho, com o objetivo de prestar contas a um órgão financiador ou gestor. Sua importância se dá na tomada de decisões quanto à continuidade ou interrupção de um programa. É avaliação orientada para o julgamento e segue quatro passos: seleção de critérios; seleção de níveis de performance; mensuração da performance; e síntese dos resultados por meio de um julgamento de valor. É claramente uma abordagem dedutiva.

Já a avaliação formativa tenta responder como é possível melhorar o programa adequando e superando aspectos problemáticos durante as etapas de implementação, ao examinar, entre outros aspectos, seu desenvolvimento, a qualidade da sua implementação e o contexto, pessoal, estruturas e procedimentos organizacionais, intervenção ou política pública (CANO, 2006). Neste sentido, a avaliação formativa é sensível ao contexto dinâmico de um programa, e busca melhorar a desordem que constitui uma parte inevitável de programas complexos e multifacetados num contexto político fluido.

Patton (1997), ao discutir a utilização da avaliação (*utilization-focused evaluation*), afirma que a avaliação orientada para o julgamento (somativa) e a avaliação orientada para o desenvolvimento do programa (formativa) envolvem o uso instrumental dos resultados. O uso instrumental ocorre quando decisões ou ações originam-se, pelo menos em parte, da avaliação. Outra utilização da avaliação consiste

no uso conceitual dos resultados (*conceptual use of findings*), ou seja, os resultados contribuem para o desenvolvimento do conhecimento.

Segundo Cano (2006), dependendo da atenção que é dada à teoria, as avaliações podem ser divididas em vários grupos. De um lado, temos os modelos que analisam os efeitos de processos chamados de "caixa-preta", com o único objetivo de saber se a intervenção funciona ou não, mesmo que os mecanismos para o alcance dos resultados sejam ignorados. Embora o autor saliente o impacto benéfico deste modelo para a sociedade, reforça a importância do conhecimento do que faz uma intervenção funcionar, uma vez que a noção dos mecanismos permite distinguir entre os componentes essenciais e incidentais de um programa. Concordando com estas premissas, Denis e Champagne (1997) entendem que, na prática, os programas são uma mistura resultante de várias influências: de outros serviços, dos gestores, das políticas e dos sujeitos envolvidos no processo (trabalhadores, usuários etc.), o que torna sensivelmente inadequado o modelo dicotômico da caixa-preta. Por esta razão, vários autores têm proposto uma abordagem conceitual de avaliação que leve em conta a teoria graças à qual o programa funciona (CANO, 20026).

Vários especialistas têm concordado que todo programa ou política possui uma teoria, e a avaliação representa o teste desta teoria. (CHEN, 2005, HARTZ, 2005, WEISS, 1997). Os avaliadores necessitam entender os pressupostos teóricos em que o programa se baseia, ou seja, como se acredita que determinadas ações conduzem a determinados resultados para os beneficiários do programa. Neste sentido, todo programa se baseia em premissas ou hipóteses testáveis sobre os meios necessários para atingir determinados fins (CHEN, 2005, HARTZ, 2005, WEISS, 1997).

Para conhecer ou formular a teoria implícita de um programa ou política, o avaliador parte para compreender as idéias e premissas que ligam os inputs (insumos) do programa aos objetivos pretendidos. Chen (2005) afirma que a Teoria do Programa

busca identificar recursos, atividades e possíveis resultados desejados com o programa e a especificação de uma cadeia causal de premissas ligando tais elementos. Desta forma, a análise, com base na teoria do programa, procura avaliar em que medida as atividades desencadeadas pelo mesmo provocam um conjunto específico de respostas para seus atores e beneficiários, permitindo comparar os estágios de formulação e implantação. Neste sentido, as análises centradas na Teoria tendem a enfatizar a análise dos mecanismos que levam à mudança e não as atividades de funcionamento do programa e como estas tendem a gerar benefícios ou não para os seus clientes. Somente depois da análise do modelo teórico implícito no programa é que se decide que dados coletar.

Um estudo de avaliação com base na teoria do programa teria por ponto de partida a formulação de um conjunto de teorias alternativas sobre atividades e mecanismos a serem testados empiricamente. A construção de uma teoria do programa inclui as seguintes atividades: a) os inputs (insumos); b) as atividades operacionais, as quais representam o modo específico pelo qual o programa é implementado; c) resultados obtidos, que representam a cadeia de respostas para cada atividade; e d) os resultados esperados com a implantação (CANO, 2006).

A avaliação orientada pela teoria surgiu como movimento contrário à avaliação centrada na metodologia. A utilização de modelos teóricos na avaliação possibilita a ampliação da visão avaliativa para as questões políticas e organizacionais, algo que não ocorre na avaliação orientada apenas por métodos, esta última denominada de avaliação do tipo “caixa-preta” (MEDINA *et al*, 2005).

O conteúdo da caixa preta é a intermediação entre os objetivos explicitados e os resultados alcançados pelo objeto em avaliação. Conforme Furtado (2001, p. 169):

“a abordagem centrada na teoria do programa permite a análise do conteúdo da caixa preta ao evidenciar os fatores e os processos que originam os efeitos observados. [...] o avaliador, juntamente com o grupo de implicados busca, de forma empírica, construir um modelo teórico relativo ao funcionamento do programa e/ou

de seus efeitos e que servirá de referencial básico para as outras etapas da avaliação, sejam de caráter quantitativo ou qualitativo”.

Nesta abordagem, estudiosos da avaliação de programas destacam a importância de se partir da análise de sua teoria, não só para identificar o que o programa espera alcançar, mas para entender como espera alcançar. Para tanto é necessário articular uma explícita descrição das idéias, hipóteses e expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento esperado (CASSIOLATO, 2010).

Para Patton (1997):

“o foco sobre o processo envolve olhar para como algo acontece apesar ou além de analisar investimentos e resultados. Avaliações variam na sua ênfase no processo, em parte porque os programas variam na sua atenção ao processo”. Este autor enfatiza a adequação da pesquisa qualitativa para o estudo de processo, uma vez que: “(1) descrever o processo exige descrição detalhada de como as pessoas se envolvem umas com as outras; (2) a experiência do processo varia tipicamente para diferentes pessoas; portanto, suas experiências precisam ser capturadas em suas próprias palavras; (3) o processo é fluido e dinâmico, de modo que não pode ser resumido em uma escala única em um ponto e tempo; (4) as percepções dos participantes são consideradas um processo chave”.

No entender de Patton (1997), a avaliação de processo tem o objetivo de elucidar e compreender a dinâmica interna de como um programa, organização ou relacionamento atuam. Em outras palavras, é empregada para avaliar a operacionalidade de um problema, para descrever como os serviços estão sendo realizados, mas não sua efetividade. Está centrada no monitoramento das atividades do programa e nas pessoas que as executam (NCR, 1993), utilizando recursos administrativos e informações operacionais já existentes.

No decorrer do desenvolvimento de um programa, o processo de avaliação exige sensibilidade para avaliar mudanças tanto qualitativas quanto quantitativas, o que significa o acompanhamento da implementação do programa. O processo de avaliação

não apenas olha para as atividades formais e resultados esperados, mas também investiga padrões informais e interações não previstas. Uma variedade de perspectivas pode ser vistas de pessoas com relações diferentes com o programa, isto é, dentro e fora das fontes (PATTON, 1997).

Processar dados permite julgamentos sobre a extensão em que o programa ou a organização está operando, no sentido de que, supondo-se estar em funcionamento, se identifique em que áreas esta relação pode ser melhorada, bem como se destaquem os pontos fortes que devem ser preservados. Descrições de processo também são úteis para as pessoas que não estão intimamente envolvidas no programa, por exemplo, financiadores externos, funcionários públicos e agências externas, levando-as a entender seu funcionamento.

As avaliações formativas destinadas à melhoria do programa dependem fortemente dos dados do processo. Finalmente, as avaliações de processo são particularmente úteis para divulgação e reprodução de modelos de intervenção onde um programa tenha servido como projeto de demonstração, ou é considerado como modelo, não permitindo, inclusive, ser intimamente envolvido em um programa, por exemplo, como um projeto de demonstração, ou considerado como um modelo digno de replicação em outros locais. Ao descrever e compreender os detalhes do programa e da dinâmica dos processos, é possível isolar os elementos críticos que contribuíram para os sucessos e fracassos do programa (PATTON, 1997).

Ao referir-se às situações particularmente adequadas ao estudo de processo, Patton (1997) recomenda sua utilização quando as seguintes considerações são feitas acerca de alguma intervenção, relacionamento, organização ou programa:

“ A natureza do nosso processo é o que nos torna únicos. Precisamos gastar mais tempo no processamento do que está acontecendo. Estou tendo problemas para obter um identificador sobre o processo. O que é processo? É a mesma coisa para todos? É o processo de trabalho para as pessoas? ”

As abordagens avaliativas de programa, mais ricas do ponto de vista conceitual, enfatizam a implantação e o processo de implementação, nos quais o envolvimento, a aceitação e o compromisso dos atores constituem o foco.

Entre os objetos passíveis de avaliação, as práticas de saúde podem ser constituídas como tais e podem ser avaliadas em suas diversas dimensões, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, passando pela avaliação de programas, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde (SILVA e FORMIGLI, 1994 *apud* SILVA *et al*).

Patton (1997), ao desenvolver uma abordagem de avaliação denominada “*avaliação focada para a utilização*”, cita que uma importante forma de estudar a implementação de programas é recolher informação descritiva detalhada sobre o que o programa está fazendo. Segundo o autor, avaliações de implementação respondem aos seguintes tipos de pergunta: “O que os clientes experimentam no programa? Que serviços são proporcionados aos clientes? O que o Staff faz? Como é estar no programa? Como o programa é organizado? Como estas perguntas indicam a avaliação da implementação, inclui a atenção aos insumos, aos processos, às atividades e às estruturas” (PATTON, 1997).

Tomando por base as classificações referidas, podemos afirmar que a presente avaliação, realizada no CEO, corresponde a pesquisa de avaliação de aspectos do processo de implementação de um Programa, o Brasil Sorridente, mais especificamente, do atendimento ao paciente portador de necessidades especiais em um contexto restrito ou recortado. Interessa-nos saber que atividades, de fato, foram implementadas, como funcionam, se, de fato, atingem o público-alvo desta política.

Sobre a confiabilidade de estudos qualitativos, predomina entre os autores a noção de que as percepções e as relações sociais, objetos desse tipo de operação, são dinâmicas e impossíveis de se repetirem integralmente. Além disso, são frutos do

caminho interpretativo, eminentemente intersubjetivo (PASSERON, citado por ASSIS e colaboradores).

Segundo Silva *et al* (1999), programas de ação pública têm duas dimensões, que podem ser analiticamente desagregadas, i) objetivos e ii) uma metodologia ou estratégia pela qual, entre outras alternativas possíveis, pretende-se que estes objetivos sejam atingidos.

Para Mazmanian & Sabatier (1989), “a fase de implementação de uma política consiste em levar adiante uma decisão básica de política, usualmente incorporada em um estatuto, mas que também pode tomar a forma de importantes ordens executivas ou de decisões judiciais. Idealmente, essa decisão identifica os problemas a serem tratados, estipula os objetivos a serem perseguidos e, de diversas maneiras, “estrutura” o processo de implementação”. O início deste processo se dá a partir da aprovação do estatuto básico e é seguido pelas decisões das agências implementadoras, da concordância dos grupos-alvo com essas decisões, do impacto real desses resultados, os impactos percebidos das decisões da agência e revisões importantes no estatuto básico (MAZMANIAN e SABATIER, 1989). Desta forma, entendemos que esta dinâmica modifica e orienta novas políticas.

Para melhor entendimento do que é objeto da implementação de uma política ou programa, Mazmanian & Sabatier (1989) preconizam que é necessário compreender os eventos que se passam após a aprovação do programa pelas autoridades; o esforço de administração por parte dos atores responsáveis pelo programa; a percepção dos impactos desse programa nas pessoas e em outros fatos que decorrem, direta ou indiretamente, de eventos políticos, econômicos e sociais, os quais dependem das condutas de todos os envolvidos (MAZMANIAN & SABATIER, 1989). Nesta perspectiva, Pressman e Wildavsky (1984) analisam que as sequências aparentemente simples dos acontecimentos dependem de cadeias complexas de interação recíproca,

uma vez que, quanto maior a cadeia de elos, mais numerosas são as relações recíprocas entre eles e mais complexa se torna a implementação. Dessa forma, o dilema da implementação reside no envolvimento de vários atores em vários níveis de decisão. Ter em mente as consequências institucionais destes fatores é de fundamental importância para aumentar a probabilidade de sucesso de programas de larga escala. (MARTES *et al*, 1999).

Para Lindblom (1981), ainda que a etapa de implementação se constitua em processo fundamentalmente administrativo, um problema da burocracia, as decisões tendem a ser alteradas, pois os administradores estariam em situação de participantes no processo decisório. As justificativas de tal afirmação, segundo o autor, são as seguintes:

- ✓ Nenhum formulador pode enunciar completamente as políticas, pois o texto legal, normalmente, não cobre todas as contingências em todos os aspectos;
- ✓ A disponibilidade de recursos pode não ser condizente com as necessidades do projeto, levando administradores a priorizar alguns projetos em detrimento de outros;
- ✓ Os executores de políticas, muitas vezes, recebem instruções conflitantes de mais de uma fonte;
- ✓ A existência de políticas conflitantes, a cargo dos administradores, pode levá-los a estabelecer suas próprias políticas;
- ✓ Os burocratas estão sujeitos a um certo desvio, em razão de incentivos pessoais que podem ser divergentes com a regra da obediência.

Ao abordar a questão da implementação de programas públicos, Arretche (2000) atenta para a grande distância entre objetivos e o desenho de programas, tal qual foi concebido por seus formuladores originais, e a materialização dessas concepções em

intervenções públicas. Esta condição é vista como contingencial ao processo de implementação e pode ser explicada por decisões tomadas por uma cadeia de implementadores que operam em diferentes contextos econômicos, políticos e institucionais e estão sujeitos a eles (ARRETCHE, 2000). A influência relativa dos agentes encarregados da implementação, assim como os recursos e prioridades que caracterizam o ambiente de implementação (ROSSI & FREEMAN, 1993, p. 28), estão em constante mutação para além do controle dos implementadores. Neste sentido, Mitnick & Backoff (1984, p. 59) acrescentam que mesmo as ações de um agente [implementador] obediente podem produzir resultados imprevistos e talvez indesejados uma vez que a implementação de um programa supõe sua inserção em “uma rede ou sistema complexo”.

Magalhães *et al* (2007) definem a implementação como um processo complexo e dinâmico que tende a combinar, permanentemente, diferentes estratégias voltadas à diminuição de conflitos e construção de compromissos. Este esforço de implementação envolve um mosaico de interesses nem sempre convergentes, onde a busca por consenso e compromisso assemelha-se a um jogo onde prevalecem a troca, a negociação, a barganha, o dissenso e a contradição quanto aos objetivos (BARDACH, 1997).

Outro aspecto importante diz respeito à autonomia deste processo decorrente do amplo caráter discricionário do executor, onde decisões cruciais são tomadas e não só “implementadas”, de tal forma que a adesão às normas do agente implementador de decisões constitui-se uma variável importante no sucesso do programa (SILVA e MELO, 2000). Desta forma, a grande autonomia decisória dos atores (técnicos, agentes administrativos e outros) afeta os resultados da implementação, que podem ser diferentes da concepção original. Nesta perspectiva, o sucesso da implementação estaria então associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte

político dos afetados por ela. Neste sentido, Silva *et al* (1999) acrescentam que a burocracia encarregada da implementação pode, por exemplo, ter (mesmo que subjetivamente) preferência por uma parcela dos beneficiários potenciais que não corresponda à população-alvo do programa.

Além de ser um processo de adaptação em função das mudanças do contexto, a implementação envolve decisões e, nesse sentido, é um processo que pode criar novas políticas (MENICUCCI, 2006). Para Lindblom & Woodhouse (1980), “a construção da agenda pública e a implementação de um programa combinam-se permanentemente na medida em que durante o desenvolvimento das ações institucionais emergem novos problemas e desafios não previstos que reestruturam e modificam tanto a pauta de prioridades como a concepção original da intervenção” (MAGALHÃES *et al*, 2007).

Para obter algum nível de adesão às normas do programa, as autoridades centrais devem desenvolver uma eficiente estratégia, implícita ou explícita, de incentivos (SILVA *et al*, 1999).

Mazmanian & Sabatier (1989) abordam o processo de implementação de políticas através de duas perspectivas: por um lado, a dos executores, interessados no processo de pôr em prática e que pretendem definir os fatores capazes de fazer um programa funcionar – os executores mantêm o foco de sua preocupação nos aspectos práticos, sem se importar com questões culturais ou subjetivas –; por outro, a dos cientistas sociais, sensíveis ao fato de que todos estariam submetidos a fatores sociais, econômicos e políticos durante a colocação em prática de uma política ou programa. Neste caso, o foco é dirigido à análise do comportamento humano e da organização social.

Estes autores defendem que, para analisar o processo de implementação de uma intervenção, o pesquisador deve estar ciente das características da sociedade na qual a implementação terá lugar; conhecer os vários pontos de acesso onde implementadores e

formuladores podem influenciar o decorrer dos eventos; e reconhecer que fatores sociais e institucionais influenciam um esforço específico de implementação, que dificilmente são afetados pelas ações atuais, por situações como o aumento dos recursos-base dos implementadores, por queixas relativas às sanções legais por desobediência, fatores esses mais receptivos à intervenção no curto prazo (MAZMANIAN & SABATIER, 1989).

Desta forma, Mazmanian & Sabatier (1989) propõem a incorporação de fatores considerados críticos para uma mudança social consciente pelos cientistas sociais, como recursos disponíveis, capacidade econômica, experiência tecnológica e prescrição de regras (constitucionais) políticas à estrutura adotada na análise de implementação. Os mesmos autores salientam que, apesar de as características socioeconômicas e de contexto de uma comunidade não poderem causar ou predeterminar a política, nem serem suficientes para pôr a “governança” em movimento, elas estabelecem os limites possíveis da ação.

A avaliação da implantação de um serviço, estratégia ou programa representa o que Schraiber (2000) denomina politização da técnica, ou seja, submeter o plano, como proposição técnica, às tensões sociais do cotidiano. Os padrões esperados de ação serão atualizados como deslocamento do enunciado, no sentido de vivificar a teoria e recriar suas elaborações técnicas diante da situação particular e concreta em que se implanta.

Com relação aos pacientes especiais, embora o Brasil conte com uma das legislações mais avançadas no que se refere aos direitos deste grupo, ainda existe uma grande dificuldade na implantação destas políticas. As diferentes metodologias utilizadas para quantificar esta população dificultam a caracterização deste grupo-alvo como percentagem da população. No que se refere à saúde bucal, a situação não é diferente: a grande heterogeneidade deste grupo contribui para a dificuldade em quantificar e qualificar a demanda por atendimento especializado. A falta de dados

epidemiológicos nacionais que identifiquem o perfil do paciente especial que realmente necessita de atendimento diferenciado dificulta ainda mais a elaboração de políticas focalizadas para este grupo específico. As dificuldades técnicas para o atendimento a este público traduzem-se pela necessidade de um ambiente acessível, de equipamentos adequados, assim como de profissionais qualificados para o atendimento.

Em referência às variáveis não legais, um dos aspectos cruciais para o alcance dos resultados de um programa, no entender de Mazmanian & Sabatier (1989), são o comprometimento e a capacidade de liderança dos funcionários envolvidos. A capacidade de liderança seria a habilidade dos funcionários para realizar suas prioridades, de modo a superar as expectativas na gestão dos recursos disponíveis, através de sua capacidade criativa. Nesta perspectiva, torna-se fundamental a identificação do nível de comprometimento e de prioridade dado a uma intervenção, em função de leis, normas, valores pessoais e apoio de grupos de interesse para o sucesso da intervenção (MAZMANIAN & SABATIER, 1989).

O estudo da implementação do Programa Brasil Sorridente com foco no atendimento a pacientes especiais em um Centro de Especialidades Odontológicas no Município do Rio de Janeiro buscou apontar os pontos críticos deste processo em nível local, por entender que o contexto da prática é o lugar onde a política é submetida à interpretação e recriação e onde, através de seus efeitos e consequências, pode gerar transformações significativas na política original. Buscou ainda mostrar que este processo está sujeito a mudanças de rumo e adaptações em função da complexa dinâmica empreendida pelos diferentes agentes implementadores que atuam em agências governamentais distintas sob diferentes contextos.

A estratégia de pesquisa escolhida foi a metodologia de estudo de caso único, que, segundo Denis e Champagne (2001), pode particularmente ser aplicado na área de implantação para o estudo do funcionamento de um programa que envolve uma

problemática pouco desenvolvida. Sob esta perspectiva, esta metodologia mostra-se adequada a este estudo, uma vez que possibilita tratar, em profundidade, as experiências em curso, contribuindo para a melhor compreensão da intervenção, buscando responder a questões exploratórias do tipo “como” e “por que”.

Segundo Patton (1990), uma análise qualitativa de estudo de caso baseia-se em uma estratégia específica de coleta, organização e análise de dados. A análise de casos abrange a organização dos dados através de casos específicos no aprofundamento do estudo.

Yin (2001) define estudo de caso como “uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas”.

Embora haja grandes áreas de sobreposição entre as estratégias de investigação, particularmente entre o método histórico e o Estudo de Caso, este último caracteriza-se pela “(...) *capacidade de lidar com uma complexa variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações*” (YIN, 2001). O autor enfatiza que a preferência pelo uso do Estudo de Caso deve ser dada quando do estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível fazerem-se observações diretas e entrevistas.

Yin (2001) apresenta cinco fundamentos lógicos pelos quais um projeto se ajusta ao Estudo de Caso Único: (1) o caso único, que pode representar importante contribuição à base do conhecimento e à construção da teoria; (2) o caso representa um caso raro ou extremo; (3) caso representativo ou típico, em que as lições que se aprendem fornecem muitas informações sobre a pessoa ou a instituição usual; (4) o caso revelador, em que o pesquisador tem a oportunidade de observar um fenômeno antes

inacessível à investigação científica; (5) caso longitudinal, em que o pesquisador estuda o mesmo caso em dois ou mais pontos diferentes no tempo.

Este mesmo autor salienta que a validade da construção do estudo de caso é quase sempre percebida como um ponto fraco deste tipo de estudo. Para minimizar este problema, Denis e Champagne (1997) propõem algumas atitudes que consistem em: (1) definir bem os procedimentos que queremos observar e sua coerência com os objetivos teóricos; (2) recorrer a múltiplas fontes de dados e observação de sua convergência; (3) buscar a apreensão de uma cadeia de evidências ou ligações lógicas entre diferentes observações; e (4) contar com a participação de informantes-chave na revisão das observações, em busca de maior veracidade dos fatos e procedimentos.

Segundo Yin (2001), um estudo de caso de um programa específico pode, dependendo da perspectiva das diferentes pessoas envolvidas, revelar variações na definição do programa, além de revelar componentes do programa que existiam antes da designação formal do mesmo. Desta forma, ao realizar-se um estudo de caso de qualquer programa, faz-se necessário confrontar estas condições ao delinear as unidades de análise.

Nesta pesquisa, tomamos como unidade de análise, o estudo do processo de implementação do atendimento ao paciente especial num Centro de Especialidades Odontológicas situado no Município do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva dos atores da periferia e da organização, ou seja, dos atores/funcionários diretamente relacionados à implementação municipal do programa.

3.2 – Caracterização do Estudo

3.2.1 A Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro

No que se refere à política de atenção ao indivíduo com deficiência, o papel do município é crucial, já que está muito mais próximo da vida da população, diferente do que ocorre em outros níveis de governo, e por possuir autonomia política, administrativa e financeira. A garantia dos direitos dos deficientes, em todos os planos, programas e projetos municipais, é de vital importância para a concretização das ações em benefício deste grupo. Neste sentido, foi criada, no Município do Rio de Janeiro, na estrutura básica do Poder Executivo, através da Lei nº 4.595, de 20 de setembro de 2007, a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD), consolidada, efetivamente, a partir de janeiro de 2008. Esta Secretaria originou-se da diretização da Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula – FUNLAR RIO (municipalizada, em 1983) pela Prefeitura do Rio de Janeiro, como resultado de uma intensa mobilização da comunidade, funcionários e usuários da FUNLAR, devido a dificuldades enfrentadas pela instituição na época. A SMPD tem por missão *“promover socialmente as pessoas com deficiência, através do fortalecimento da transversalidade nas ações dos órgãos municipais, interagindo, impulsionando e executando programas específicos, mediante a implementação de políticas públicas próprias”*. Dedicar-se, ainda, a articular e promover políticas públicas garantidoras do processo de inclusão social das pessoas com deficiência e seus familiares.

As responsabilidades do Gestor Municipal de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2006), são, entre outras:

- ✓ Coordenar e executar as ações decorrentes desta Política definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo;
- ✓ Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado;
- ✓ Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde destas pessoas;
- ✓ Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;
- ✓ Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde destes pacientes na conformidade das diretrizes estabelecidas no Plano;
- ✓ Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando à promoção da qualidade de vida dos deficientes;
- ✓ Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

Como parte integrante e indissociável da saúde geral do indivíduo, a saúde bucal e a assistência odontológica estão previstas na PNSPD acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros; em casos específicos, esta prevê ainda que o atendimento deva ser feito em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, 2002).

No que se refere à Saúde Bucal, o município do Rio de Janeiro desde o ano de 2001, já vinha desenvolvendo a Política Municipal de Saúde Bucal-*Programa Carioca*

Rindo à Toa. Este programa buscava, em consonância com as diretrizes nacionais para reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis, ampliar a oferta de serviços, qualificando a atenção básica, desenvolvendo protocolos de atendimento e ofertando serviços para todos os cidadãos independente da faixa etária ou condição de vida aproximando-se assim, das diretrizes do Sistema Único de Saúde. O atendimento em saúde bucal está organizado segundo a filosofia e protocolos deste programa, que preconiza além do atendimento a todas as faixas etárias, atenção em todos os níveis de complexidade.

De acordo com Mendes (2006), em 2001, o Município já contava com uma rede de atenção básica estruturada (nos aspectos de infra-estrutura, normatização do funcionamento e protocolos de atendimento) e volume de produção dentro do esperado, considerando o número de profissionais lotados. Contudo no que se refere à média complexidade, apesar das iniciativas para a estruturação de pólos de atenção por meio da elaboração de protocolos para algumas especialidades como endodontia, ortodontia preventiva, estomatologia e cirurgia, além da realização de levantamentos das unidades que poderiam abrigar os pólos de especialidades, este processo se deu de forma descontinuada devido às conhecidas limitações de recursos financeiros. Havia grandes intervalos, em alguns casos de quase um ano, entre as reuniões de discussão com grupos de especialistas para a estruturação do atendimento, tornando-se um impeditivo para a ampliação destes pólos.

No ano de 2010, os serviços odontológicos estavam estruturados com 1187 cirurgiões-dentistas, 125 técnicos de saúde bucal e 74 auxiliares de saúde bucal, distribuídos em 352 clínicas. Essas clínicas estão localizadas em:

- ✓ Postos de Assistência Médica (PAM);
- ✓ Unidades Integradas de Saúde (UIS);
- ✓ Postos de Saúde (PS) "CIEPS";

- ✓ Equipes do Programa Saúde da Família (PSF);
- ✓ Hospitais e Institutos;
- ✓ Centros Municipais de Saúde (CMS).

De acordo com a Superintendente da Secretaria Municipal de Saúde o Município do Rio de Janeiro possui 20 centros municipais de saúde, 46 postos de saúde, 15 policlínicas e 63 unidades de Postos de Saúde da Família, com 220 equipes trabalhando.

Para Calado (2002) uma das principais dificuldades encontradas pelos municípios para a integralidade do desenvolvimento das atividades em saúde bucal, era a não existência e/ou indefinição de um sistema de referência para atendimentos a especialidades odontológicas pela rede de serviços.

Desta forma, de acordo com a coordenadora de Saúde Bucal do RJ quando houve a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, esta foi muito bem recebida pois, além de estar em sintonia com a Política Municipal, era a primeira vez que o Ministério da Saúde desenvolvia uma política de incentivos para a saúde bucal.

Na medida em que, o município já realizava esforços voltados para a estruturação da atenção à saúde bucal nos níveis de média e alta complexidade, quando a Política Nacional de Saúde Bucal foi lançada, o Município cumpriu as exigências para o credenciamento e habilitou, de uma única vez, 18 Centros de Especialidades Odontológicas.

Desta forma, a implantação dos CEOs em 2004 foi facilitada e o Município esteve entre os pioneiros a solicitar credenciamento ao Ministério da Saúde dos Centros de Especialidades Odontológicas. A habilitação para o recebimento dos incentivos para implantação e custeio mensal das ações realizadas pelos CEOs ocorreu em 8 de outubro de 2004, por meio da portaria nº 2.192 (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo a Portaria GM/MS nº 1063 de 14/07/05, o critério de seleção dos CEOs deve ser orientado pelo maior percentual de cobertura das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa Saúde da Família. Entretanto, de acordo com dados do TCMJ (2009) com base em dados do MS de março de 2009, o número de ESB no Município é ainda muito baixo a cobrir, atualmente, cerca de 5,60% da população. Verificou-se ainda que 75% do total de ESB existentes estão concentradas nas Áreas de Planejamento 3.1, 5.1, 5.2, 5.3, sendo a 5.2 mais representativa.

De acordo com a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde/RJ (CSB/SMS/RJ), a implantação de uma rede de serviços de média complexidade em Saúde Bucal, foi condicionada à presença de serviços que ofertassem procedimentos de saúde bucal em nível de Atenção Básica na região como forma de garantir articulação com toda a rede de serviços.

Ainda como estratégia inicial de implantação, a coordenação buscou habilitar pelo menos um CEO em cada uma das 10 Áreas Programáticas em que o Município está dividido¹⁴. Em algumas APs com maior densidade populacional, foram habilitados mais de um CEO por região. De acordo com a coordenação de saúde bucal do município, não houve planejamento baseado em critérios epidemiológicos para a alocação dos CEOs como preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal. Para a escolha das unidades que receberiam os CEOs, procurou-se utilizar critérios de

¹⁴ A Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Resolução nº 431, de 14 de abril de 1993, criou Áreas de Planejamento Sanitário (APS), buscando viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro. Foram criadas dez áreas de planejamento de acordo com o tamanho do território e a concentração populacional. Estas APS por sua vez, foram divididas em 32 regiões administrativas que agregam 157 bairros.

acessibilidade pelos usuários, assim como, aspectos relacionados à estrutura física e de recursos humanos e equipamentos já existentes nas unidades.

No entanto, apesar de ter cumprido os requisitos básicos para a implantação dos CEOs existem lacunas no que se refere à compreensão da implementação das ações nas diferentes realidades locais.

No que se refere ao atendimento a pacientes com necessidades especiais, neuropatas ou com transtornos psiquiátricos, não houve a elaboração de protocolos de atendimento, nem tampouco reuniões com profissionais especialistas em PNE, contudo, o *Programa Carioca Rindo à Toa* trazia em suas diretrizes, recomendações, de que a porta de entrada deste paciente no sistema fosse preferencialmente a AB que deveria resolver a maioria dos casos, e que somente casos de maior complexidade deveriam ser encaminhados para a atenção especializada. Por atenção especializada entendia-se atenção em nível de alta complexidade visto que à época não havia atendimento em média complexidade para o paciente especial.

Para identificarmos quais dos 18 CEOs apresentavam condições de serem analisados, com relação ao atendimento ao paciente com necessidades especiais, foram realizadas pesquisas documentais e investigações preliminares. Isto porque, embora os Centros de Especialidades Odontológicas estivessem credenciados desde 2005, e de haver a previsão de expansão com o credenciamento de uma instituição de ensino (Faculdade São José) como CEO III e, para até 2011, de mais 10 unidades, quando foi iniciado o levantamento sobre os CEOs para esta pesquisa em 2008, apenas 7 Centros apresentavam, profissionais com capacitação para este atendimento. Destes sete CEOs, três policlínicas (PAM Rodolfo Rocco, PAM Newton Betlem, PAM Curicica) estavam em obras de adequação estrutural para abrigar o CEO; um estava instalado em um Centro de Cidadania (Rinaldo Delamare), que, em sua estrutura física, não apresentava especialidades médicas que propiciassem atendimento integral ao paciente com

necessidades especiais; um estava instalado no interior de um Hospital de Reabilitação (Hospital Pedro II), no qual a totalidade da clientela é de pacientes com necessidades especiais; e um estava instalado em um Hospital-Geral (Hospital Municipal Rocha Maia). O Centro de Especialidades Odontológicas, instalado no interior do PAM Newton Alves Cardoso, não havia feito obras de adequação e realizava atendimento a pacientes especiais desde a sua habilitação em 2005.

A escolha do Centro de Especialidades Odontológicas a ser estudado levou em consideração o fato deste, já realizar este atendimento mesmo antes do seu credenciamento, em 2005, e por contar com um odontólogo com especialização em odontopediatria e com atualização em pacientes com necessidades especiais. Além disso, está instalado no interior da maior Policlínica da Rede Municipal de Saúde, que serve como Unidade de Referência para o Tratamento de Hipertensão Arterial Severa, Diabetes Mellitus e Insulino Dependente e é Pólo Secundário do Programa Pé Diabético. O grande leque de especialidades médicas oferecidas, entre elas, a saúde mental, e não médicas, como fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição, além de laboratórios de análises clínicas, favorecem, em nosso entender, a integralidade das ações e o atendimento multiprofissional do qual o PNE necessita. A Policlínica Newton Alves Cardoso foi considerada adequada para receber o CEO, por sua localização estratégica, recursos humanos e de estrutura física. Além disso, esta unidade já estava cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como policlínica, desde 30 de novembro 2001, sob o nº 2270064.

Localizada no bairro da Ilha do Governador, o PAMANAC, em conjunto com o Hospital Municipal Paulino Werneck, Hospital Municipal Nossa Senhora do Loretto, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG), CMS Necker Pinto, PS Madre Teresa de Calcutá e CAPS Ernesto Nazareth, o Subsistema Ilha do Governador, da Coordenadoria de Saúde, da

Área Programática 3.1. (TEIXEIRA *et al*, 2003). A Área Programática 3.1 é uma das dez áreas em que a Cidade do Rio de Janeiro foi dividida pelo Sistema de Ações Integradas de Saúde que está sendo implantado no País.

Com relação à odontologia, o PAMNAC já oferecia atendimento em nível de Atenção Básica antes do credenciamento como CEO. O Centro de Especialidades Odontológicas foi credenciado, em 8 de outubro de 2004, como CEO tipo II. Com relação aos equipamentos e recursos humanos, de acordo com a Portaria GM-MS nº 599, de 23/06/06, este Centro deve possuir, no mínimo, 4 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor), 4 ou mais dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário, por consultório, funcionando num espaço distinto da Atenção Básica. Segundo informações preliminares coletadas no local, este CEO conta com 14 dentistas com especialidade em estomatologia, endodontia, periodontia, cirurgia e com atualização em pacientes especiais e 6 equipamentos odontológicos.

De acordo com a portaria nº 1570/GM de 29 de julho de 2004, para a sua habilitação, o CEO deve especificar para qual região ou microrregião serve como referência funcionando como contra-referências do Programa de Saúde da Família (PSF) e da atenção básica (AB). Desta forma o tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas deve se caracterizar como a continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica, reforçando o princípio de hierarquização que define os três níveis de atendimento em diferentes graus de complexidade caracterizando o sistema de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde (SUS) (WITT, 1992).

O CEO do PAMNAC é referência em média complexidade para o subsistema da Ilha do Governador que possui uma população residente de aproximadamente 220 mil habitantes e segundo dados do Censo de 2000 (IBGE) 12,8% dos moradores desta

região eram portadores de alguma deficiência. Segundo dados do Conselho Regional de Odontologia, este posto faz 960 atendimentos/mês (CRO, 2008).

Para a realização desta pesquisa houve um primeiro contato, no início do ano de 2009, com o chefe do serviço de odontologia e com o diretor do PAMNAC, que se mostraram receptivos em colaborar com a pesquisa.

A abordagem metodológica fundamentou-se na pesquisa qualitativa, a partir de fontes múltiplas de informação, representativas do objeto de estudo. Esta abordagem permitiu o melhor entendimento do processo de implementação, das interações entre atores, dos valores, crenças e atitudes em relação ao atendimento a pacientes especiais por parte de gestores e profissionais de saúde.

Assim, estudamos a implementação desta intervenção por meio de pesquisa documental, observação direta e de entrevistas com atores estratégicos. Foram entrevistados os coordenadores de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, a coordenadora dos CEOs, o responsável pelo CEO a ser estudado, os cirurgiões-dentistas e profissionais envolvidos no atendimento ao paciente especial, além de usuários do serviço ou seus responsáveis. A capacidade de uma pesquisa dessa natureza fornecer generalizações a outras populações está diretamente relacionada à robustez e capacidade de explicação da teoria, no seu confronto com a realidade empírica.

Neste sentido, o uso da entrevista como fonte de informação para construir uma visão geral da dinâmica política local, no período estudado, tem por característica apreender tal processo, a partir da maneira pela qual estes indivíduos, que o vivenciaram, interpretaram-no.

O roteiro de entrevistas foi semi-estruturado e buscou apreender as motivações dos agentes de implementação e de profissionais envolvidos no atendimento, interesses,

conflitos e negociações em torno da implementação do atendimento ao paciente especial no Centro de Especialidades Odontológicas.

Neste estudo, como forma de entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos dos usuários e seus familiares, com relação à implementação deste atendimento, estava prevista a realização, em caráter complementar, entrevista com um grupo de familiares de portadores de necessidades especiais. Contudo o pequeno número de pacientes especiais que estava em tratamento à época da realização das entrevistas impossibilitou a realização desta etapa da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas, e os dados e informações coletados somente serão utilizados no âmbito da pesquisa e divulgados, com o consentimento dos participantes, através de relatórios oficiais ou de artigos e publicações científicas assinadas pelos pesquisadores envolvidos, visando, exclusivamente, contribuir para o debate científico e o enfrentamento das questões investigadas. Preservar-se-á o anonimato dos entrevistados e dos participantes dos grupos focais.

Apesar da garantia de anonimato, alguns atores correm o risco de serem identificáveis, uma vez que seus relatos e experiências são únicos, em decorrência da posição que ocupam no processo de implementação da política em questão. No que diz respeito ao uso e à destinação final dos dados e/ou materiais coletados, será garantido sigilo absoluto das informações fornecidas, que serão armazenadas em “bancos de dados” físicos e magnéticos. O acesso a estes dados somente será permitido ao pesquisador e ao orientador da pesquisa.

A escolha do atendimento ao paciente especial como foco deste estudo centrou-se em nosso entendimento de que se trata de um grupo bastante heterogêneo, não só nas suas características mas também na complexidade de suas necessidades específicas de serviços de saúde, dos quais tem sido historicamente excluído, representando um grande desafio na articulação de ações multiprofissionais e interdisciplinares nessa área.

3.3 – Seleção de Entrevistados

O mapeamento dos atores chave se deu através da técnica de "bola de neve", ou seja, os primeiros entrevistados que estavam diretamente envolvidos na implementação do programa como o gestor do CEO/PANMANC e a Coordenadora de Saúde Bucal do Município indicaram outros participantes. O gestor indicou os profissionais que realizavam atendimento a pacientes especiais e a Coordenadora de Saúde Bucal, indicou os assessores de saúde bucal da CAP 3.1, até que foi atingido o "ponto de saturação teórico". O "ponto de saturação" é atingido quando os novos entrevistados começam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHO, 1994).

Foram entrevistados:

- ✓ Coordenadora de Saúde Bucal do Município do Rio de Janeiro;
- ✓ Dois Assessores de Odontologia da Área de Planejamento AP 3.1 (assessor 1 e 2);
- ✓ Gestor do Centro de Especialidades (gestor);
- ✓ Cirurgião-dentista 1 (CD 1);
- ✓ Cirurgião-dentista 2 (CD2);

3.4 – Coleta de Dados

Técnicas e instrumentos de pesquisa

As técnicas utilizadas neste estudo foram a pesquisa e análise documental; observação direta e entrevistas semi-estruturadas. Todos os dados foram coletados pela própria pesquisadora utilizando os respectivos instrumentos de pesquisa, o que garantiu certa homogeneidade em suas aplicações. No que se refere à pesquisa documental um dos passos iniciais da pesquisa foi lançar mão das portarias, diretrizes, e normas técnicas dos programas da Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da

Saúde, para subsidiar a investigação em seus aspectos mais gerais, sobretudo na caracterização dos CEOs. Os documentos encontrados e analisados foram: mapas com divisões das áreas de planejamento, bairros e rede assistencial; documentos oficiais (portarias, normas, diário oficial do município, ofícios, minutas, etc.), protocolos de atendimento da política municipal de saúde bucal e registro de dados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) para a Cidade do Rio de Janeiro, fornecidos pelo DATASUS. Foram consultados também dados de auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro em todos os CEOs do Município no ano de 2008, e dissertações de mestrado com destaque para Bartole (2006), Garcia (2006) e Guerra (2009), Medeiros (2007), Fonseca (2008), Ferraz (2008) e Souza (2009).

Foi feito um levantamento bibliográfico sobre Pacientes Especiais, aspectos relacionados à legislação existente (Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal, Política Nacional de Saúde Bucal), levantamentos epidemiológicos, e inquéritos de saúde obtidos em diversos bancos de dados (IBGE, PNAD, Instituto Pereira Passos).

A observação direta foi realizada no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), durante o período de dezembro de 2009 e abril de 2010, com duração total de aproximadamente 10 dias. Aspectos importantes foram abordados nesta observação, tanto no que diz respeito à estruturação (espaço físico, equipamentos e materiais, serviços de apoio, logomarcas do programa, etc.) quanto ao funcionamento (recursos humanos, atividades desenvolvidas e metas, agendamentos, demandas, acesso, etc.) desta unidade, para que fosse possível o aprofundamento do estudo.

A importância da técnica de observação, para MINAYO (1998), reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos, que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade,

transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. As impressões obtidas pela observação não se configuraram neste estudo, como principal técnica de coleta, embora tenha contribuído na descrição e análise do objeto em estudo.

Entrevistas semi-estruturadas: a entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre atores sociais e suas situações em contextos específicos. Pode desempenhar papel vital no estudo de determinado objeto, mas, como foi feito nesta pesquisa, melhor que seja combinada a outros métodos. Haguette (1992) refere-se ao assunto dizendo que, para haver um controle de qualidade sobre os dados obtidos através da entrevista, é preciso usar, sistematicamente, dados de outras fontes relacionadas com o fato observado, a fim de que se possa analisar a consistência das informações e sua validade.

Utilizou-se a entrevista e a observação direta como instrumentos de coleta de dados, tendo por guia roteiros específicos para cada grupo de entrevistados (Apêndices 1, 2, 3). Compõem-se de perguntas dirigidas e abertas sobre o tema em questão, elaboradas a partir de aproximações com o campo, leituras em literatura apropriada e das impressões da pesquisadora, acumuladas durante o processo de investigação. Buscou-se, através dos depoimentos dos profissionais, da coordenadora de saúde bucal e gerentes locais, dados sobre a realidade, foco do processo. O conteúdo das entrevistas permitiu construir uma visão geral do processo de implementação do atendimento ao paciente com Necessidades Especiais, a partir das informações e percepções dos atores chave envolvidos no processo estudado. O roteiro das entrevistas buscou apreender motivações, conflitos, interesses estratégicos em torno do atendimento ao PNE no contexto desta região. As dimensões privilegiadas foram as características do contexto local como o fluxo de encaminhamento da Atenção Básica para o CEO/PAMNAC, estratégias de divulgação e o fluxo de informações e capacitação de recursos humanos para o atendimento ao paciente com necessidades especiais assim como as Barreiras de

acesso aos serviços de saúde bucal. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados e ocorreram nos meses de dezembro de 2009 a abril de 2010.

Este estudo foi submetido à análise e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO I) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) (ANEXO II), da FIOCRUZ, por tratar-se de um estudo realizado com humanos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município do Rio de Janeiro, desde 2001 a atenção em saúde bucal para pacientes com necessidades especiais vem sendo desenvolvida através do Programa Carioca Rindo à Toa. O programa, alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde para a reorganização da Saúde Bucal reitera a Atenção Básica como principal porta de entrada para o atendimento dos usuários com necessidades especiais na medida em que tende a favorecer a atenção continuada, o vínculo e a maior responsabilização de profissionais e técnicos. As Unidades Básicas de Saúde (USB) e as Equipes inseridas na Estratégia da Saúde da Família são responsáveis pela atenção básica.

Neste nível de atenção, o município conta ainda com o Programa Saúde na Escola, que realiza: ações educativas para estudantes da rede de ensino, tratamento restaurador seguindo a técnica minimamente invasiva (Técnica ART) e encaminhamentos para atendimento de maior complexidade para as Unidades Básicas de Saúde. Os procedimentos odontológicos especializados são oferecidos de forma complementar aos cuidados da atenção básica através dos mecanismos de referência e contra-referência envolvendo os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). O leque de especialidades ofertadas compreende além do atendimento ao paciente Portador de Necessidades Especiais, as especialidades de Endodontia, Periodontia Especializada, Cirurgia Oral Menor e Estomatologia (obrigatórios para o credenciamento dos CEOs), havendo ainda as especialidades de Ortodontia Preventiva e Interceptativa e Prótese Total e Parcial em alguns pólos de especialidades.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, ao ter seu problema de saúde resolvido na média complexidade, o usuário deve ser reencaminhado para sua Unidade de Atenção Básica de origem para o acompanhamento e manutenção de seu estado de

saúde. Caso haja necessidade de atendimento em nível da alta complexidade, de acordo com o protocolo de atendimento do *Programa Carioca Rindo à Toa*, pacientes neuropatas e psiquiátricos devem ser encaminhados para as Unidades de Referência Hospitalar; que são o Hospital Municipal Jesus para pacientes até 12 anos, e para pacientes acima desta idade, o Hospital Municipal Barata Ribeiro.

Para conhecermos melhor como vem se dando a implementação da Atenção ao Paciente com Necessidades Especiais no contexto do Município do Rio de Janeiro e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) situados no contexto metropolitano do RJ, selecionamos o CEO vinculado ao Subsistema da Ilha do Governador, zona norte. Esta região, de acordo com a lógica de organização em subsistemas, é constituída por pelo menos, um hospital (geral, maternidade ou de emergência), uma policlínica e centros de saúde, formando uma rede de equipamentos de saúde nos três níveis de atenção, que em tese, contribui para a reorganização do perfil assistencial das Unidades de Saúde e a definição de redes de referência e contra-referência.

Os resultados encontrados foram ordenados de modo que entendamos como tem se dado o atendimento ao paciente portador de necessidades especiais em um CEO no contexto específico do subsistema Ilha do Governador.

4.1- Contexto local de implementação: singularidades e desafios

A formação de uma rede assistencial, de acordo com o conceito de integralidade preconizado por Hartz e Contandriopoulos (2004), reconhece a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. A “rede” então, deve ser compreendida como estrutura organizacional, voltada para a produção de

serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Como já explicitado anteriormente, o CEO do PAMNAC é referência em média complexidade para o subsistema da Ilha do Governador, que é estruturado em uma rede de 4 Hospitais, 1 Instituto (IPPMG), 1 Centro Municipal de Saúde (CMS Necker Pinto); 1 Posto de Saúde (PS Madre Teresa de Calcutá), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Ernesto Nazareth) e 1 Policlínica (PAMNAC). Nesta região a rede de AB é composta além do próprio PAMNAC, pelo CMS Necker Pinto; pelo PS Madre Teresa de Calcutá e pela Unidade de Saúde da Família Parque Royal. Em tese, de acordo com a lógica de reordenamento das ações de saúde bucal de forma hierarquizada, esta rede de atenção básica deve identificar acolher e resolver a maior parte dos problemas de saúde bucal dos pacientes com ou sem necessidades especiais, configurando-se como a porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde. Por esta lógica, apenas os casos mais complexos deverão ser encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO/PAMNAC).

Desta forma, as necessidades de assistência das pessoas devem ser trabalhadas em espaços tecnológicos adequados, a partir de um fluxo ordenado de pacientes tanto horizontal como verticalmente através dos mecanismos de referência e contra-referência, possibilitando a racionalização da atenção. Contudo, apesar destas normas estarem especificadas em portarias ministeriais¹⁵, durante a pesquisa, foi possível identificar importantes fragilidades na organização da AB que dificultam a organização e articulação do sistema nos diferentes níveis de complexidade nesta região e que

¹⁵ Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

dificultam o acesso do paciente portador de necessidades especiais aos serviços de saúde nos níveis subseqüentes.

O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio das portarias 1570 e 1571¹⁶, os pré-requisitos que os CEOs deveriam apresentar para seu credenciamento que incluíam: um número mínimo de especialidades, equipamentos e materiais compatíveis com os serviços ofertados, recursos humanos com carga horária mínima de trabalho e outros recursos de natureza física.

No CEO do PAMNAC, existem 7 profissionais que atuam nas especialidades exigidas no art.1§ 1 da Portaria nº599/GM de 23 de março de 2006. Destes profissionais, somente a estomatologista e o endodontista não integravam a equipe de 14 odontólogos da unidade, tendo sido transferidos de outra unidade da rede em 2007.

O CEO/PAMNAC está em operação desde o seu credenciamento no final de 2004, possuindo staff completo, rotinas definidas, e infra-estrutura dentro das exigências estabelecidas pelas Portarias Ministeriais nº1570 e a 1571.

No que se refere ao atendimento a pacientes especiais o Programa sofreu adaptações com relação ao modelo lógico, que são investigadas neste estudo. Neste sentido, PATTON (2008) afirma que “Idéias originais são alteradas em face do que é realmente possível e como se adaptar a diferentes locais de inovação”.

Neste estudo buscou-se analisar no contexto do subsistema Ilha do Governador, as modificações e adaptações mútuas que caracterizam o processo de implementação, visto que nesta dinâmica os objetivos do projeto e os métodos são modificados para se

¹⁶ PORTARIA Nº 1570/GM Em 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. PORTARIA Nº 1571/GM Em 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas

encaixar às necessidades e interesses do staff local e em que o staff muda para atender aos requerimentos do projeto.(PATTON, 2008)

Para entendermos como se operacionalizam os fluxos de pacientes com necessidades especiais no subsistema Ilha buscamos analisar como se organiza a rede desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade para a resolução destas demandas.

4.1.1- Fluxo de encaminhamento para o CEO/PAMNAC

De acordo com o gestor do CEO/PAMNAC, a Atenção Básica em saúde bucal na Ilha do Governador é desarticulada e insuficiente, tendo em vista o pequeno número de Unidades Básicas de Saúde que ofertam serviços neste nível em saúde bucal, frente à histórica demanda reprimida por atendimento odontológico e o grande número de habitantes desta região.

“Você pega um CEO na Ilha do Governador sem cobertura de PSF e praticamente nenhuma Atenção Básica, muito pouca, a gente tem o Madre Teresa de Calcutá que faz o acolhimento de bebês, gestantes e adolescentes, é o perfil que eles fazem muito bem, mas já a população adulta e idosa fica descoberta. E o CMS já ao contrário, atende também essa população idosa e adulta. Mas pra população de cerca de 400 mil habitantes é nada”(gestor).

Apesar da presença de uma maior cobertura populacional de ESB no PSF, ter sido normatizada¹⁷ na Política Nacional de Saúde Bucal, como um dos critérios para a implantação dos CEOs com vistas à ampliação do acesso à saúde bucal na Atenção Básica, isto não foi priorizado como critério para o credenciamento de CEOs no

¹⁷ Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

Município do Rio de Janeiro (GUERRA, 2006). Esta situação foi observada no Subsistema Ilha do Governador, visto que, apesar de existirem duas ESF registradas no PSF-Parque Royal, que atendem aproximadamente 10.000 pessoas, não existem Equipes de Saúde Bucal cadastradas. Não havendo, portanto, estratégias de encaminhamento de PNE para o CEO/PAMNAC.

“Tem o PSF do Parque Royal, que é de uma comunidade super pequenininha e que não tem odontologia. Então como é que eles vão referenciar pra lá?”(CSB).

No que se refere à implantação das Equipes de Saúde Bucal no Município, a Coordenadora de Saúde Bucal admite as dificuldades em estabelecer uma proporção adequada de ESB no PSF. Visto que, embora as normas do Ministério da Saúde preconizem que deve haver 1 ESB para cada ESF (1:1), no Município do Rio de Janeiro só se tem conseguido estabelecer uma relação de 1 ESB para 3 ESF ou no máximo 1: 2. De acordo com auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, apurou-se com base no Plano de Metas dessa nova gestão da SMSDC (2009-2012), que há uma tendência dessa proporção de 3 ESF para cada ESB se consolidar, considerando-se que foi estabelecida uma meta de ampliar até 2012, em 463 e em 1390, o número de ESB e ESF, respectivamente. ($463/1390 = 1/3$). O caso do subsistema Ilha é ainda mais crítico, visto que não há ESB.

Apesar da CSB admitir a frágil articulação das ações, a mesma sugere a possibilidade de haver um contato entre o gestor do CEO e a ESF, para viabilizar a captação de PNE por agentes comunitários de saúde ou por enfermeiros para que seja feito o encaminhamento para o CEO.

“olha só, já que a gente não tem odonto aqui, eu vou fazer essa articulação com o PS mais próximo do Parque Royal, dos agentes comunitários estarem identificando se eu tenho paciente especial ali e vendo quais são as condições de saúde bucal[...]levando esse paciente para o PS, pra uma avaliação preliminar pra ver se dá pra atender ali ou não e dali pro CEO, ou então direto pro CEO, se for o caso” (CSB).

A ausência de ESB no PSF Parque Royal, justifica a afirmativa do gestor do CEO/PAMNAC de que não recebe pacientes especiais referenciados pelo PSF, pois não existe cobertura nesta região, não havendo nenhuma integração entre o CEO e este nível de atenção.

“Não temos cobertura de PFS na Ilha do Governador.[...] Aqui na Ilha esse é um grande problema que a gente enfrenta” (gestor).

Está previsto na Política de Atenção Básica, que os serviços de saúde devem realizar uma busca criteriosa dos usuários com deficiência, cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento (PAB, 2006). Contudo, apesar de estar entre as atribuições do agente comunitário de saúde cadastrar todas as pessoas de sua micro-área, manter os cadastros atualizados e orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, o encaminhamento e orientação dos usuários a outros níveis de assistência mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento e o segmento do tratamento cabe ao Cirurgião Dentista da ESB. Na região da Ilha do Governador, a ausência de ESB tem dificultado o estabelecimento de uma articulação adequada entre as ESF e o CEO, assim como a responsabilização na Atenção Básica pelo paciente.

A relevância das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, foi enfatizada por Barros *et al* (2006) que avaliaram em Lório dos Vales- Alagoinhas-BA, a importância da visita domiciliar como estratégia de cuidado à saúde de pacientes com necessidades especiais. Esta estratégia possibilitou a atenção em saúde bucal a uma parcela da população que não teria acesso a Odontologia tradicional, devido à sua condição peculiar de acamados ou por terem dificuldades psicomotoras. De acordo com os autores, a atuação das ESB permitiu a antecipação do diagnóstico de

lesões bucais, personalização e humanização do atendimento e o estreitamento do vínculo na relação profissional-usuário. Esta prática foi capaz ainda, de provocar mudanças no modelo de atenção assistencial, ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações à comunidade (BARROS *et al*, 2006).

Segundo a CSB, a SMS/RJ vem buscando aumentar a cobertura das ESF no município. De acordo com dados da SMS, em fevereiro de 2005, o Município apresentava baixíssima cobertura do PSF, com 57 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas e quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB) com cobertura de 0,5% da população. No Subsistema Ilha, havia somente duas Equipes de Saúde da Família no PSF- Parque Royal sem ESB. De acordo com a CSB este quadro vem mudando, devido à implantação de Clínicas da Família, que possuem 26 unidades inauguradas em todo o Município, havendo a meta de atingir uma cobertura de 35% da população em 2012. Para o subsistema Ilha, havia a perspectiva de implantação de Equipes de Saúde da Família, na comunidade da Lagartixa e em Tubiacanga e o espaço para a implantação de ESB tem sido negociado:

“Quando foi nessa gestão, agora, em 2009, a gente tinha apenas 3,5% de cobertura pra saúde da família. Esse ano a gente está em torno de 10%, ainda é muito baixo.... Até o final da gestão parece que...a gente tem a meta megalomaniaca de se cobrir 70% da população da saúde da família”(CSB).

Com relação aos encaminhamentos advindos dos demais centros de saúde da região, segundo o gestor, algumas unidades encaminham pacientes especiais para o CEO e em outras isto praticamente não ocorre. Este é o caso do PS Madre Teresa de Calcutá, que oferta serviços de Atenção Básica, e onde não ficou caracterizada a existência de um fluxo de encaminhamento de pacientes especiais para o PAMNAC. Este fato é atribuído pelo gestor do CEO, aos diferentes perfis do usuário atendidos em

cada serviço, visto que o primeiro oferece atendimento à gestantes e crianças e adolescentes e o segundo se caracteriza por ofertar serviços para usuários adultos e idosos, em grande número portadores de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

De fato, há a suposição por parte da assessora de saúde bucal (assessor 1), de que a demanda de crianças com necessidades especiais, esteja sendo absorvida em parte pelo PS Madre Tereza de Calcutá, uma vez que este realiza atendimento em nível de Atenção Básica e funciona como apoio às atividades do Núcleo de Atenção Integrada ao Desenvolvimento Infantil (NAIDI). Esta unidade conta com uma odontopediatra com especialização em pacientes com necessidades especiais dentre os membros da equipe multiprofissional, que realiza atendimento ambulatorial de crianças com desvios desenvolvidos por doenças (DDD), e que segundo a mesma assessora, realiza busca ativa destes pacientes realizando tratamento e prevenção em saúde bucal.

Talvez isto possa explicar em parte a baixíssima demanda por atendimento de crianças com necessidades especiais no CEO/PAMNAC, enfatizado pela odontóloga (CD1) que realiza este atendimento na unidade.

[...]E não tem criança, né. Não tem nenhuma criança pra ser atendida. Criança especial, tá” (CD1).

Com relação às demais UBS que compõem o subsistema Ilha, de acordo com o gestor, os fluxos externos, foram sendo construídos aos poucos, estabelecendo-se parcerias para o encaminhamento de pacientes especiais oriundos do CMS Necker Pinto; do Centro de Atenção Psicossocial Ernesto Nazareth (CAPS) e de convênios com outras Instituições como a Casa do Índio.

“[...] para paciente com necessidades especiais não se tinha esses fluxos estabelecidos. A gente não tinha parcerias, certas unidades que referenciassem e como é novidade para todo mundo a própria rede não conhecia daí então. A gente começou a criar” (gestor).

Para isto, foram realizadas reuniões com as chefias das unidades da região no sentido de divulgar os novos serviços mas, embora o gestor tenha informado que o fluxo de pacientes com necessidades especiais entre as instituições principalmente a Casa do Índio e da CAPs esteja bem estabelecido, a especialista (CD I) afirmou receber poucos pacientes da CAPs, e apenas eventualmente pacientes oriundos da Casa do Índio. Sobre a Casa do Índio ela afirma:

“Tem (convênio), mas eu só tive um paciente de lá” (CD 1)

No âmbito do PAMNAC, já havia atendimento de Atenção Básica em saúde bucal antes mesmo da implantação do CEO e com a criação deste, houve um estrangulamento da porta de entrada com a diminuição da oferta de serviços para este nível de atenção, visto que antes da implantação do CEO, havia 3 consultórios destinados à Atenção Básica que contavam com 14 odontólogos. Após a reformulação para a instalação do CEO, dos 6 consultórios instalados, apenas dois foram destinados para a Atenção Básica, ocorrendo a redução pela metade do número de profissionais e a diminuição da frequência dos dias de acolhimento e do número de vagas.

“Gradativamente a gente foi diminuindo a porta de entrada pra atenção básica. Tanto que, por isso, criou-se um sistema semanal para atenção básica, mas pra especialidades do CEO isso é diário” (gestor).

Desta forma, o ambulatório de odontologia do PAMNAC continua a receber usuários que necessitam de atenção em saúde bucal nos níveis de AB e em nível de média complexidade, sobretudo pacientes oriundos do próprio PAMNAC.

“Porque tanto a gente recebe pela atenção básica, pra iniciar o tratamento odontológico, a questão primária de escovação, de orientação de higiene oral, quanto a gente recebe diretamente para especialidade” (gestor).

Uma importante parcela destes pacientes, possuem doenças crônicas, como diabetes e hipertensão e são em sua maioria integrantes dos programas desenvolvidos no próprio PAMNAC. Os encaminhamentos para a saúde bucal são realizados sobretudo por médicos, seguidos por enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde. Embora por sua condição sistêmica, estes pacientes possam ser considerados pacientes especiais, grande parte destes usuários, não demandam atendimento diferenciado na cadeira do dentista, podendo na maioria das vezes ter seus problemas resolvidos em nível de AB sem necessidade de encaminhamento para o CEO. Este fato é reconhecido por boa parte dos profissionais entrevistados.

“ No PAMNAC não tem PSF que encaminha. Então as demandas de PSF vem sempre pra essas duas unidades(PAMNAC e NECKER PINTO) que acabam tendo um perfil muito voltado pra esse paciente hipertenso, diabético, acabam fazendo a mesma ação que a atenção básica de saúde da família faz só que com um amparo de uma estrutura de uma policlínica, acabam tendo um pouco mais de recurso, mas, é o paciente cooperativo, fazem tudo que a gente enquanto dentista de saúde da família consegue fazer”(assessor 1).

O CABS B enfatiza que, pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, deverão ser atendidos nas unidades básicas de saúde. Desta forma o encaminhamento de pacientes diabéticos, hipertensos controlados ou com doença mental que sejam colaboradores para a média complexidade só se justifica diante da necessidade de atendimento pelas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia ou estomatologia, visto que as condutas para estes pacientes não diferem das de qualquer outro paciente e não requerem grandes modificações na rotina do atendimento. As diferenças na rotina de atendimento resumem-se a um maior

cuidado com a anamnese e ao estabelecimento de um maior contato com médico do paciente.

Já os pacientes que necessitam de atendimento diferenciado na cadeira do dentista, como neuropatas, pacientes psiquiátricos, com síndromes diversas, desvios comportamentais importantes assim como comprometimento sistêmico grave, demandam, além dos cuidados citados, de um profissional treinado, para este atendimento até mesmo para procedimentos de baixa complexidade técnica, como raspagens ou restaurações simples, além de um ambiente, infra-estrutura e pessoal auxiliar diferenciado. Estes pacientes, quando necessitam de procedimentos mais complexos, como, por exemplo, exodontias ou endodontias, tem com maior frequência necessidade de atendimento em nível de alta complexidade.

Durante a pesquisa foi possível identificar que, a maioria dos pacientes do CEO são pacientes encaminhados pelos programas de diabéticos e hipertensos, e ocupam grande parte das vagas ofertadas para PNE, na média complexidade, constituindo-se uma “clientela cativa” que não demanda em sua maioria atendimento diferenciado daquele ofertado na AB. *“Sim, a gente recebe muito” (gestor).*

Embora haja a normatização do perfil do paciente com necessidades especiais que deve ser atendido em nível de Atenção Básica, e quais devem ser encaminhados para o CEO, no PAMNAC esta distinção não orienta a prática cotidiana. Frequentemente as atividades se misturam num mesmo ambiente e algumas vezes são realizadas pelo mesmo profissional (CD 1). Esta profissional acaba por atender qualquer usuário com doença crônica (sistemicamente comprometido), que muitas vezes poderia ser atendido sem nenhum prejuízo à qualidade do tratamento na AB. Neste sentido a CD1 reconhece que não houve nenhuma mudança:

“Nenhuma, porque já atendia antes de se tornar CEO, aqui no posto de saúde..., a gente já atendia, e depois se tornou CEO e continuou o atendimento sendo realizado da mesma maneira.[...]Alguns sim” (CD1).

No contexto do subsistema Ilha do Governador identificamos a grande distância entre objetivos e o desenho do programa tal qual foi concebido por seus formuladores originais, no que se refere ao atendimento para o PNE preconizado nas normas do Ministério da Saúde (CABSB, 2006), e a forma como esta intervenção tem se dado. Isto se dá em parte pelas importantes deficiências de articulação entre os diferentes níveis de complexidade nesta região e também em função de importantes divergências no que concerne ao perfil do PNE que deve ser atendido em cada nível de atenção. Estas discrepâncias e deslocamentos são próprios da natureza dos processos de implementação de políticas, programas e ações e são enfatizados como elementos cruciais na literatura sobre avaliação na área. Como aponta Arretche, os programas operam em contextos concretos onde atores-agentes implementadores- não apenas executam tarefas e normas técnicas mas interagem com o programa, a partir de concepções e referências prévias e também com aspectos próprios de cada realidade local (ARRETCHE, 2000).

Em outras palavras, o rumo tomado na implementação de uma política, programa ou ação pode divergir do pensado originalmente nas etapas de formulação e implantação da intervenção, desta forma como salienta Lindblon a implementação tem o potencial de orientar novas políticas.

A existência de encaminhamentos desnecessários aos CEOs, foi observada no estudo de Souza (2009), em estudo em que foi avaliada a atenção em média complexidade na rede Pública de Natal. A autora verificou que 71% dos dentistas entrevistados, julgavam que alguns usuários poderiam ter seus problemas completamente resolvidos na Atenção Básica. Esta mesma situação foi observada por Medeiros (2006), que verificou em seu estudo em CEOs de Natal, que as justificativas de encaminhamentos para a média complexidade se distanciavam da

necessidade por procedimentos de alta “densidade tecnológica”, como preconizado no modelo hierarquizado. Algumas justificativas referem problemas técnicos, como equipamentos com defeito, falta de material, entre outros, que dizem respeito à gestão das UBSs. Na falta de unidades estruturadas e resolutivas, o CEO acabava por funcionar como “tábua de salvação” para profissionais da rede básica, que encaminham “problemas” não resolvidos (MEDEIROS, 2006).

Sobre esta questão, Cecílio (1997) observa que, a organização de sistemas e redes de serviços de saúde a partir da atenção primária, preferencialmente por modelos assistenciais piramidais, hierarquizados, de base loco-regional, com a garantia de efetividade e qualidade de atenção, teria o potencial de contribuir para redução na demanda por referência para a atenção secundária e terciária. Contudo, esta reorganização poderia apenas estar contribuindo para a transformação da demanda espontânea em demanda referenciada aos serviços de maior complexidade (CECÍLIO, 1997).

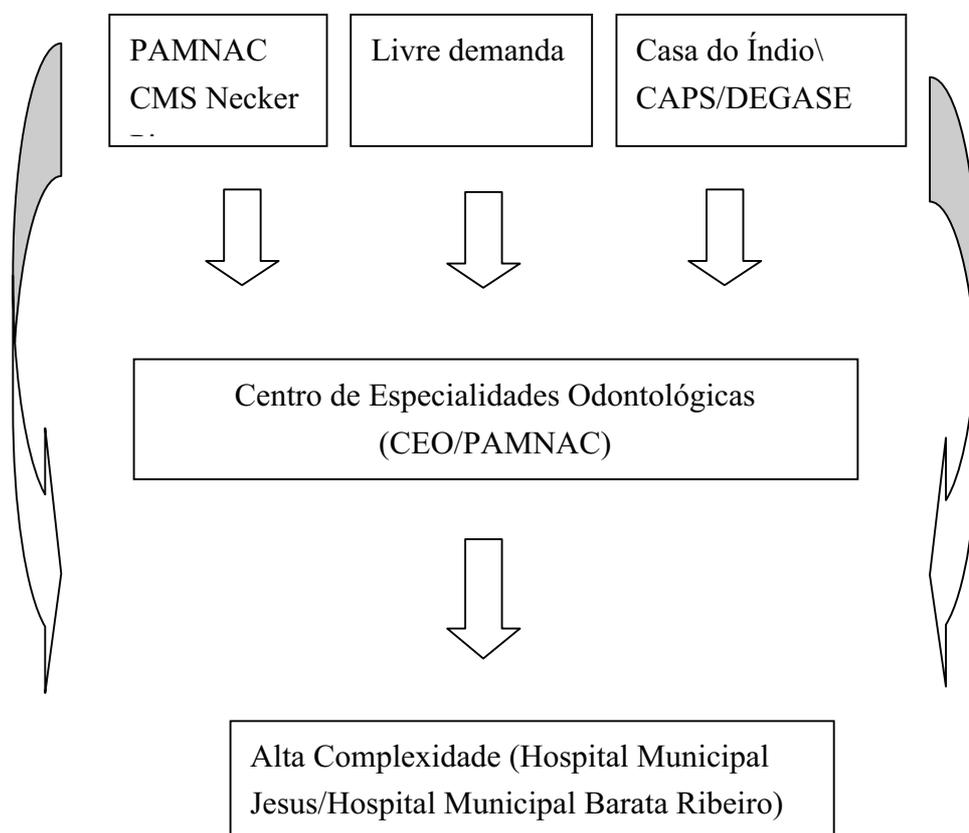
Por outro lado, existe uma parcela menor de pacientes que são atendidos no CEO/PAMNAC que apresentam distúrbios psiquiátricos, distúrbios neuropsicomotores ou síndromes diversas, que vão demandar atendimento diferenciado na cadeira do dentista, e que compõem a parcela de PNE elegíveis para tratamento especializado. Estes pacientes são encaminhados pela CAPs, pelo CMS Necker Pinto e pelo próprio PAMNAC de acordo com a CD1 e com o gestor.

“Na maioria são pacientes psiquiátricos, tem alguns usuários de drogas, pacientes com síndrome de down e os hipertensos e diabéticos” (CD1).

“Pacientes, por exemplo, com comprometimento neurológico. A gente já atendeu alguns casos de autismo, retardo mental, não fala direito, não anda sozinho, tem que ter um responsável. Esse geralmente a gente direciona pra ela”(gestor).

Estes pacientes, ingressam no CEO/PAMANC de diversas formas: (1) mediante encaminhamentos das UBS ou de outras instituições (CAPS, Casa do Índio, DEGASE) por meio de guias de referência ou contato telefônico entre as chefias;(2) por indicação de profissionais de saúde (na maior parte médicos) da própria unidade de pacientes atendidos nos programas de Diabéticos, Hipertensos e de Saúde Mental, ou (3) através de livre demanda de pacientes que souberam do atendimento por acaso ou por meio de outro paciente que foi atendido no serviço e não passam pela AB. Este fluxo está representado no quadro a seguir:

Quadro 5: Organização do fluxo de Pacientes no subsistema Ilha do Governado



De acordo com o Fluxograma dos Cadernos de Atenção Básica em Saúde Bucal, os Pacientes com Necessidades Especiais (anexo) ao terem seus problemas mais complexos resolvidos na Média ou na Alta complexidade devem ser reencaminhados

para a atenção Básica, para acompanhamento das suas condições, contudo como veremos mais adiante isto não tem ocorrido no CEO/PAMNAC.

Curiosamente a despeito da reconhecida necessidade de tratamento diferenciado e do pequeno número de serviços que ofertam este tipo de atendimento, estes PNE são pouco referenciados para o CEO estudado, não havendo filas de espera nem no CEO ou na AB para esta especialidade. Segundo o gestor a única especialidade em que há filas de espera é a endodontia. No CEO/PAMNAC, a demanda de PNE é tão pequena que a profissional atende também pacientes de odontopediatria na Atenção Básica.

Em uma situação ideal poderíamos imaginar que os pacientes com necessidades especiais que chegam à Atenção Básica, estão sendo acolhidos, avaliados e estão tendo a maior parte de seus problemas de saúde resolvidos neste nível de Atenção, não necessitando de encaminhamento para a média complexidade. Contudo o que pudemos verificar durante as entrevistas, é de que eles não estão chegando à Atenção Básica, ou quando chegam à este nível de atenção frequentemente são diretamente encaminhados para a Alta Complexidade.

4.1.2 Estratégias de divulgação e fluxo de informações

Procuramos investigar quais os motivos da baixa demanda de pacientes especiais para atendimento odontológico no CEO estudado, a despeito da histórica ausência de atenção para esta população, e da reconhecida necessidade de atenção em saúde bucal destes pacientes. Uma das questões mais evidentes no discurso dos entrevistados foi o desconhecimento da população sobre o serviço. Esta questão já havia sido vislumbrada durante a fase exploratória de campo, através das visitas realizadas em diferentes CEOs no município do RJ.

No nível central, a Coordenadora de Saúde Bucal (CSB) do Município admite a falta de divulgação para a população dos serviços ofertados pelo CEO para pacientes com necessidades especiais, assim como a ausência de estratégias de captação deste usuários na AB.

“A gente não fez nenhuma grande estratégia de divulgação, não, estou sendo muito honesta. De divulgação, de captação desses pacientes... A gente divulgou em nível de atenção básica, porque a gente divulgou todo o leque de especialidades do CEO pra estar referenciando as atividades de atenção básica pro CEO”.

Esta opinião é compartilhada pela assessoria de saúde bucal (assessor 1) da CAP 3.1 que acredita que os PNE não sabem dos serviços ofertados no CEO ou crêem que não serão atendidos neste nível de atenção quando afirma:

“No CEO, não. Eu acho que eles acreditam que seja uma demanda de hospital. O paciente já vem..“ué, mas eu consigo ser atendido aqui?[...] Eles já vão cientes que serão encaminhados pra um hospital” (assessor 1)

Na região do subsistema Ilha do Governador, o gestor admite a ausência de estratégias de divulgação para o público alvo do programa durante o processo de implantação do CEO.

“Para a população não teve divulgação, não consegui fazer isso na época” (gestor)

Sobre esta questão a especialista (CD1) afirma que a falta de comunicação e de divulgação do serviço para os usuários faz com que os pacientes sequer saibam que ele exista. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf

“Eu acho que não existe muita divulgação pra população. Deveria ser mais divulgado até pra eles... pelo bem estar deles, né? (CD 1).

Através das entrevistas pode-se perceber, que não foram planejadas nem tampouco executadas estratégias de divulgação do serviço para o público alvo do

programa nas diferentes esferas de atuação. Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Medeiros (2007) que avaliou os CEOs da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, e verificou que havia uma baixa procura de usuários pelos serviços ofertados nos CEOs em decorrência do desconhecimento da população sobre os mesmos. Já os usuários que relataram conhecer o serviço afirmaram ter sido informados não pelos profissionais, mas por meio de amigos ou mesmo “por acaso”.

E apesar de fazerem uso deles, desconheciam a natureza do serviço, não fazendo distinção entre o CEO e os demais serviços odontológicos da rede. A autora considerou que a comunicação foi um diferencial importante na utilização ou não dos serviços oferecidos, o que a reforça como ferramenta útil em todas as etapas do processo de trabalho, inclusive nos estágios iniciais de implantação dos programas (MEDEIROS, 2007).

Resultado semelhante foi encontrado por Fernandes (2009), em estudo que avaliou o atendimento ao Paciente com Necessidades Especiais em CEOs de João Pessoa, e concluiu que a despeito de haver pessoal qualificado para atendimento, o número de atendimentos a estes pacientes foi considerado baixo, havendo necessidade e maior divulgação dos serviços ofertados pelos CEO's para maior benefício dessa população.

Procuramos então, indagar aos profissionais que trabalham com os pacientes com necessidades especiais, na opinião deles quais os mecanismos de acesso dos pacientes especiais ao CEO/PAMNAC:

“Eu acho que é do boca-a-boca e que eles vem procurar atendimento aqui, às vezes a mãe vem ser atendida e exige o atendimento pro paciente portador de necessidade especial e até procura marcar pro filho, por exemplo. O vizinho que sabe que aqui tem e manda vir” (CDI).

“[...]agora, já criou-se uma cultura de que um acaba divulgando para o outro, aí eles buscam... porque o meu vizinho conseguiu pro filho que é autista, que é surdo-mudo, que tem uma dificuldade[.]”(gestor).

Para Cecílio (1997), quando a população usuária do SUS não encontra respostas para seus problemas busca “furar” os bloqueios de todas as formas para acessar os cuidados de que necessita. Através de múltiplas entradas, tenta garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria.

De acordo com o gestor do PAMNAC, a única estratégia de divulgação dos serviços que seriam ofertados no CEOs, foi realizada como já citado anteriormente, por ocasião da implantação através de reuniões com gestores das Unidades Básicas de Saúde. Esta estratégia não parece ter se mostrado suficiente para criar um fluxo de atendimento contínuo de PNE no subsistema Ilha do Governador, principalmente daquele paciente com perfil preconizado nos CABS como elegível para atendimento em nível de média complexidade. Neste caso fica claro que as desvantagens que este grupo apresenta para ter acesso aos serviços, requer esforços diferenciados no sentido de buscar equidade de condições para alcançar melhorias na saúde destes usuários. A simples oferta de serviços sem que haja o estabelecimento de mecanismos de busca ativa destes usuários e de articulação entre os diferentes níveis de complexidade e de instituições que prestam atendimento a PNE impossibilita a integralidade na atenção.

Segundo Draibe (2001), é de se esperar que haja um mínimo de divulgação e de circulação de informações entre os agentes que serão mais afetados com o programa sejam eles os implementadores ou os que serão beneficiados com o programa. Neste sentido, a autora considera que uma parcela do êxito na implementação esteja relacionada com a adequação dos meios de divulgação para o público alvo do programa, assim como a informação qualificada entre estes e os agentes implementadores (DRAIBE, 2001). No CEO/PAMNAC além da baixa divulgação para

o público alvo, a profissional responsável pelo atendimento afirma não ter participado de reuniões com a chefia a respeito do atendimento ao PNE no CEO.

Portanto, fica à critério dos profissionais que trabalham nas unidades definir quais os pacientes devem ser atendidos na AB e quais devem ser encaminhados para a média complexidade. Deixando claro o quanto o desconhecimento do modelo lógico do programa por profissionais e *stakeholders* pode afetar a implementação do mesmo. No CEO estudado, não está claro qual o perfil do paciente com necessidades especiais deve ser atendido, não existe protocolo de atendimento e o profissional responsável pelo atendimento desconhece as normas preconizadas no CABS do Ministério da Saúde.

A falta de discussões entre os atores responsáveis pela implementação e a dificuldade em estabelecer contornos mais claros sobre a questão do atendimento a pacientes especiais aumenta a complexidade em definir as competências de cada nível de atenção como o gestor do CEO/PAMNAC reconhece :

“No caso dos pacientes com necessidades é um dos mais problemáticos, é uma coisa quase que subjetiva, deixa quase que a critério do gestor ou de um dos dentistas, que perfil é esse, até onde compete a mim, de média complexidade, a partir de que ponto já é de alta complexidade... e da atenção básica em tese esse paciente ele é de todos” (gestor).

Neste sentido, Lipsky (2010) chama atenção para o papel dos profissionais da ponta – os chamados *street level bureaucrats*- na implementação de políticas e programas. Para o autor, tendo em vista que o espaço de discricção destes agentes é bastante amplo suas decisões podem ser definitivas para o sucesso ou fracasso das ações.

Como já vimos anteriormente, muitos profissionais sequer realizam uma tentativa de atendimento ou um exame clínico inicial em pacientes com necessidades

especiais e encaminham estes pacientes diretamente para a média ou alta complexidade, sobrecarregando estes serviços e comprometendo a integralidade das ações.

4.1.3 Barreiras de acesso ao atendimento integralizado

Além da falta de informações com relação aos serviços prestados nos CEOs, que podem influenciar na baixa demanda de PNE, questões de ordem econômica também podem contribuir para a dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Visto que, apesar da existência de gratuidade e universalidade no Sistema Único de Saúde no Brasil aspectos como a rigidez de horário das consultas ou o custo da passagem para chegar a um posto de atendimento podem representar um custo tão alto para certos indivíduos a ponto de impedir a efetivação da demanda (PALERMO *et al*, 2005). No caso dos pacientes com necessidades especiais, esta questão torna-se ainda mais crítica, uma vez que grande parte desta população encontra-se nos estratos mais desfavorecidos da população.

Sobre este aspecto, a CD1 entende que, além da falta de divulgação, a baixa procura de PNE no CEO/PAMNAC por este serviço tem íntima relação com fatores-sócio-econômicos.

“São pacientes muito, muito humildes, que mal vem ao dentista” (CD1)

Além do reconhecimento de que o atendimento odontológico aos pacientes especiais, na rede pública de saúde, é prejudicado por fatores como situação sócio-econômica baixa. Ravaglia (1997) aponta outros fatores, como a necessidade de grandes deslocamentos, dificuldade de transporte, tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação paralelos ao tratamento odontológico, predisposição que esses pacientes têm de adoecer, associados à falta de compreensão, interesse e resistência dos pais e/ou responsáveis sobre a importância da saúde bucal.

Ferraz (2008), ao avaliar as dificuldades de acesso de usuários aos CEOs de Teresina, verificou que um grande número de pacientes enfrentava dificuldades de transporte para chegar às unidades. Contudo nesta região, o problema de transporte dos PNEs foi amenizado em virtude do serviço de Transporte Eficiente oferecido aos usuários com deficiência pela Prefeitura de Teresina (FERRAZ, 2008). Demonstrando que somente quando há articulação entre as políticas é possível atingir equidade no acesso à saúde para grupos mais desfavorecidos.

A baixíssima demanda de pacientes com necessidades especiais para atendimento no CEO/PAMNAC com o perfil preconizado no CABS durante o período desta pesquisa, impossibilitou a realização de uma das etapas deste trabalho, que era a realização de entrevistas com responsáveis por pacientes com necessidades especiais. Os poucos pacientes que foram atendidos durante o período em que se realizaram as entrevistas não compareciam com frequência às consultas marcadas, as faltas se davam ora por questões decorrentes da sua própria condição de saúde, ora por impedimentos da família ou do cuidador.

Neste estudo, pôde-se perceber que os problemas de acesso aos serviços de saúde bucal por pacientes especiais tem início nas UBS desta região como já enfatizado pelo gestor do CEO. Talvez isto justifique em parte, o baixo número de encaminhamentos e a inconstância no fluxo de encaminhamentos de pacientes oriundos de outras UBS.

As deficiências na oferta na AB, podem na opinião da assessora da CAP 3.1 contribuir para que o PNE que realmente necessita de atendimento diferenciado não esteja sequer chegando à este nível de atenção, esta possibilidade também é considerada pela coordenadora de saúde bucal, que reconhece as deficiências na cobertura da AB e do PSF no município do Rio de Janeiro.

“... acho que o PNE pode sequer estar chegando a nossa unidade de atenção básica. Isso é um fato” (assessor 1).

“Eu acho, assim, empiricamente falando, que a gente está atendendo mais sistemicamente comprometido do que paciente especial ”(assessor 2).

*“O que acontece? Se o paciente especial não chega na atenção básica a gente não tem...a atenção básica não tem como referenciar para o CEO. O problema é como chegar na comunidade, que o paciente especial pode e deve ir a uma unidade de atenção básica tradicional. Você está entendendo **onde é que é o nó?**[...] Acho que o paciente especial clássico não está chegando. Eu não posso imaginar que todo paciente especial do município está procurando, está sendo atendido e está tendo alta, entendeu?”(CBS).*

Existe a expectativa por parte da Coordenadora de Saúde Bucal, de que com o aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família e conseqüentemente das Equipes de Saúde Bucal os PNE comecem a ter acesso a Atenção Básica.

“E aí, acho que quando a gente aumenta a cobertura das equipes de saúde bucal de saúde da família eu tenho busca ativa, porque eu tenho agente comunitário,...isso a gente hoje não tem. Na unidade tradicional eu não tenho isso. [...]Eu acho que com a ampliação da cobertura do PSF a gente vai começar a ter uma captação maior desse paciente. Porque talvez, assim, não tem achismo, isso é meu, uma sensação aqui da coordenação, não é só minha, talvez as mães desses pacientes achem que eles vão chegar numa unidade tradicional e não vão ser atendidos. Então ela nem leve àquela unidade de atenção básica”(CSB).

Contudo, apesar da CSB acreditar que com o aumento da cobertura das ESB haverá maior captação de PNE, outros subsistemas da CAP 3.1 como o Leopoldina (Norte e Sul) que possuem um grande número de ESF com ESB que poderiam estar fazendo esta captação de PNE não estão. Na opinião da coordenadora, há a necessidade de capacitar os agentes comunitários para esta função.

“é uma tampa de uma panela de pressão que a gente destampa, mas que é necessário destampar . Porque é isso, não está captando”(CSB).

Esta declaração da coordenadora de saúde bucal, resume bem um sentimento que é percebido nas entrevistas quanto às questões referentes ao atendimento ao paciente especial, há uma demanda necessitada “*escondida*”, excluída dos níveis primário e secundário de atenção, “*é uma panela de pressão*” que como veremos mais adiante “*explode*” na alta complexidade.

Chaves *et al* (2010), ao analisarem os fatores relevantes para a integralidade na assistência à saúde bucal em 4 CEOs do estado da Bahia, apontaram a ESF como melhor forma de organização do sistema de saúde municipal, com ênfase em uma rede de serviços estruturada e articulada, capaz de operacionalizar a referência e contra-referência de usuários. Embora isto, não tenha se constituído garantia da realização de um dado procedimento na atenção básica, tampouco a análise da qualidade desse encaminhamento. Outro fator relevante observado em seu estudo para a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal nos CEOs, diz respeito à maior cobertura da atenção primária no território em que o serviço especializado se situa (CHAVES *et al* 2010).

Já Figueiredo e Góes (2009), ao avaliarem o desempenho dos CEOs de Pernambuco por meio de um indicador Global de Metas verificou que uma maior cobertura equipes de saúde bucal no PSF, pareceu não influenciar no melhor desempenho dos CEOs. Os achados mostraram que, o grupo de municípios com cobertura populacional superior a 50% teve os piores resultados. Para estes, 53,8% dos serviços tiveram desempenho ruim, ao passo que para os municípios com cobertura inferior a 50% da população, 77,8% dos Centros de Especialidades Odontológicas obtiveram desempenho de bom a ótimo no que se refere ao cumprimento de metas

Sobre esta questão, os assessores de saúde bucal da CAP 3.1, apesar de admitirem a dificuldade de articulação entre a AB e o CEO, enfatizam que embora haja a preocupação em realizar busca ativa dos PNE pelas ESF (do subsistema Leopoldina

norte e sul), a distância geográfica entre os PSFs que possuem Equipes de Saúde Bucal nesta Área Programática (AP 3.1) para o CEO/PAMNAC não possibilita o encaminhamento para esta Unidade. Como reconhece a CSB:

"Porque imagina, você acha que alguém vai sair da Penha pra ser atendido lá no Nilton Alves Cardoso?" (CSB).

O assessor 2 afirma ainda, que os outros CEOs mais próximos dos PSF com Equipes de Saúde Bucal, que são a Policlínica José Paranhos Fontenele e o PAM Maria Cristina Paumgarten, não contam com profissionais capacitados para este atendimento e acabam por não absorver esta clientela, pois possuem as mesmas limitações técnicas e de recursos humanos das unidades básicas de saúde.

"[...] O especial não tem como assumir essa demanda, porque não tem profissional pra estar respondendo. Então fica difícil" (assessor 1).

"Quando eu encaminhava para lá, ela(coordenadora) respondia que acabava atendendo as mesmas demandas que a gente, porque ela não tinha um profissional capacitado para atender um paciente descompensado, com todas as demandas especialíssimas, e encaminhava para as outras unidades, como o Barata Ribeiro(alta complexidade)"(assessor 2).

Desta forma, muitas vezes o paciente especial vem encaminhado da AB para o CEO e não encontra atendimento adequado devido a falta de profissional capacitado para o atendimento e acaba sendo reencaminhado para a alta complexidade.

"É que muitas das vezes chega à média complexidade e essa demanda continua sem assistência" (assessor 2).

Segundo o assessor de saúde bucal (1), apesar do reconhecimento da existência de uma demanda para o CEO de PNE na região da AP 3.1, os pacientes acabam por ser encaminhados diretamente para a alta complexidade (Hospital Barata Ribeiro e

Hospital Jesus) em decorrência da falta de profissionais capacitados para este atendimento nos CEOs.

“Porque, a dificuldade que nós encontrávamos na atenção básica era a mesma dificuldade que o CEO tinha, por não ter tecnologias, nem de formação, como também não ter os recursos necessários”[...] E acaba que esse grupo que está à margem da política, quando ele acessa, ele acessa o nível terciário, e acaba se agregando à política de uma forma desnecessária para o que ele tem. Quando o paciente que poderia ter seu problema resolvido na atenção básica ou na média complexidade é encaminhado para anestesia geral” (assessor 1).

A insuficiência de oferta de UBS na região da Ilha, acentuada pela baixa cobertura de Equipes de Saúde da Família, a escassez de recursos, assim como a limitada capacidade técnica dos profissionais da Atenção Básica prejudica a hierarquização do sistema comprometendo a resolubilidade das ações. Isto faz com que embora haja a recomendação do Ministério da Saúde de que o CEO sirva de referência para a Atenção Básica, este funcione muitas vezes como porta de entrada do PNE no SUS.

Neste sentido, o problema do acesso se inicia na “porta de entrada” dos serviços onde deveria ocorrer a resolução da maioria dos problemas de saúde da população. A população uma vez que não encontra resposta às suas necessidades, onde supostamente deveria encontrar, acaba por pressionar os demais níveis de atenção em busca de soluções para aplacar o seu sofrimento (CECÍLIO, 1997). Isto fica evidente no CEO estudado visto que muitos dos pacientes com deficiências que são atendidos no CEO oriundos de outros serviços ou do próprio PAMNAC nem sequer passaram pela AB, embora pudessem ter em grande parte, seus problemas resolvidos neste nível de atenção. Já os pacientes especiais que realmente necessitam de atenção, podem estar sequer alcançando a AB, sendo diretamente encaminhados para a alta complexidade.

De acordo com a Política Municipal de Saúde Bucal e o CABS, apenas os pacientes que necessitam de atendimento sob anestesia geral, devem ser encaminhados para atendimento em nível de alta complexidade.

Segundo o protocolo Básico de Atendimento em Centro Cirúrgico, desenvolvido pelo Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal publicado em 2008, as indicações da anestesia geral em pacientes com necessidades especiais baseiam-se em três fatores fundamentais (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA-DF, 2008).

Quadro 6: Protocolo Básico de Atendimento em Centro Cirúrgicos (CRO-DF)

Condições Clínicas	paciente com severo comprometimento físico, distúrbio neuromotor, neuropsico- motor ou deficiência mental do tipo severa ou profunda
Condições Bucais	tratamento odontológico muito extenso, extração de dente não irrompido, extrações múltiplas, hiperplasias, cistos, tumores e cirurgias de porte maior
Condições comportamentais	pacientes extremamente ansiosos, não cooperativos por problemas cognitivos, distúrbios comportamentais (autismo, Síndrome do X-Frágil e hiperatividade) ou psiquiátricos (Esquizofrenia, Síndrome do Pânico), demências e procedimentos cirúrgicos em crianças de tenra idade
Outras condições	Necessidades de tratamento acumuladas em pacientes residentes em áreas afastadas, que não possuem esse tipo de atendimento

Para este nível de complexidade, segundo o protocolo do Programa Carioca Rindo à Toa, a referência especializada para pacientes especiais (neuropatas e psiquiátricos) com até 12 anos para todo o Município do RJ e Municípios vizinhos é o Hospital Municipal Jesus que está localizado na AP 2.II. Para pacientes acima de 12 anos a referência é o Hospital Municipal Barata Ribeiro, localizado na no bairro da Mangueira, que serve de referência para pacientes com necessidades especiais de todo o Município.

De acordo com a CSB, este nível de atenção constitui-se um grande nó crítico para o Paciente Especial, visto que existe uma grande demanda por atendimento e deficiência de leitos que geram grandes filas de espera.

“Uma das coisas que a gente precisa melhorar, quando o paciente é do centro cirúrgico, por exemplo, a gente hoje só tem centro cirúrgico no Jesus, até 12 anos e no Barata Ribeiro, acima de 12 anos. A gente tem poucas vagas no centro cirúrgico, a gente tem poucos dias de centro cirúrgico, a gente tem poucos anestesiastas e, assim, a gente está...tem fila de espera” (CSB).

Segundo a CSB, é somente neste nível de atenção que a questão sobre o atendimento ao paciente especial vem à tona, pois segundo a entrevistada causa problemas aos gestores dos CEOs, fora esta questão, o atendimento ao PNE não está em discussão.

“O paciente especial não é uma coisa que dá muito problema pra eles. Dá problema quando em tenho a questão da cirurgia. Aí dá problema: pra onde encaminho? encaminhei e não consegue operar, aí dá problema, aí surge o problema, mas não é o maior dos problemas deles, com certeza não é” (CSB).

Não há dúvidas, de que uma parcela significativa de pacientes com necessidades especiais passíveis de serem atendidos na AB e nos CEOs tem sido encaminhada inadequadamente para a alta complexidade, sobrecarregando este nível de atenção. Sobre esta questão CSB enfatiza a necessidade de reduzir os encaminhamentos indevidos para a alta complexidade:

“A gente quer reduzir ao máximo aqueles pacientes que vão pro centro cirúrgico, porque a gente entende que tem algumas dessas indicações estão absolutamente equivocadas, que a gente pode resolver a nível ambulatorial, ou na atenção básica ou no CEO, entendeu?” (CSB).

Desta forma, fica claro que a avaliação de um profissional capacitado sobre as possibilidades de atendimento de pacientes especiais em nível ambulatorial, a

confeção de protocolos de atendimento e uma melhor organização do sistema de atenção são fatores que poderiam contribuir para a diminuição de encaminhamentos inadequados para os demais níveis de complexidade do sistema.

Ainda assim, o número de pacientes que realmente necessita de atendimento neste nível de atenção, é bem maior do que a oferta de vagas. Sobre este aspecto, a CSB afirma que mesmo com o “*enxugamento*” desta fila, ainda existe insuficiência de vagas.

“Mas a despeito disso, a gente tem uma carência ainda de vagas no centro cirúrgico. A gente tem que agilizar esse centro cirúrgico, ter mais leitos, mais vagas, mais turnos no centro cirúrgico, isso não está bom” (CSB).

Isto ocorre principalmente, em decorrência da dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de atenção, das deficiências de recursos humanos capacitados e de recursos materiais tanto na AB quanto na média complexidade e da falta de conhecimento da população sobre a possibilidade de atendimento em outros níveis de atenção. Apesar de reconhecer o problema, a CSB afirma não possuir uma estratégia para enfrentar o problema:

“A gente tem que agilizar esse centro cirúrgico, ter mais leitos, mais vagas, mais turnos no centro cirúrgico, isso não está bom. Se você perguntar pra mim o que vocês tem de estratégia pronta, eu vou dizer pra você que eu não tenho uma estratégia pronta” (CSB).

As dificuldades para atendimento em alta complexidade, foram constatadas por Deitos (2009), ao avaliar a atenção especializada em saúde bucal em 56 CEOs localizados em 6 estados do Brasil e verificar, a existência de uma demanda reprimida de PNE para a atenção hospitalar em 25,49% dos ambulatórios de especialidades.

Sobre esta questão, o gestor do CEO/PAMNAC, reafirma o panorama desfavorável diante da necessidade de encaminhamento de PNE para a alta

complexidade. De acordo com o entrevistado, quando existe a necessidade de encaminhamento para a atenção em nível hospitalar é necessário apelar para conhecimentos pessoais entre os gestores das unidades:

“Tudo infelizmente ainda por conhecimento, através do nosso diretor, com a diretora de lá e agente articula, ainda tem essa questão muito sem ser de uma forma institucional, mas de uma forma mais pessoal...o vínculo pessoal fala mais alto do que o vínculo institucional. Se você tentar essa interação por outros meios você não consegue (gestor).

Curiosamente, constatamos em entrevista com profissionais que atuam no centros de referência de alta complexidade, que aproximadamente 80% dos atendimentos realizados nestes locais são realizados em nível ambulatorial, sem grandes recursos técnicos, o diferencial apontado pelos entrevistados foi a formação profissional diferenciada e estrutura hospitalar adequada dando suporte à possíveis intercorrências deste tipo de atendimento.

4.1.4 Acolhimento

A proposta principal do acolhimento é, reorganizar o serviço, garantindo acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, oferecendo sempre que possível uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (FRANCO *et al*, 1999). A forma como se dá acolhimento nas unidades de saúde evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos.

Sobre esta questão, uma vez chegando à unidade da Ilha, o acolhimento ao PNE no CEO/PAMNAC é realizado pelo gestor, semanalmente. São recebidos em média, 30 pacientes especiais a cada mês. Neste contato inicial o gestor realiza a escuta e a avaliação da complexidade do caso e quando necessário, ele solicita a

avaliação de um dos profissionais do CEO. Posteriormente a estas etapas, o PNE é agendado para o profissional responsável pelo atendimento.

“ Eu como coordenador do CEO,....., eu faço, fico responsável”(gestor).

Segundo o entrevistado, o acolhimento dos PNE centrado na sua figura tem aspectos positivos e negativos, como nas suas palavras:

“...eu até em certo momento acho que é uma coisa ruim, tem hora que a minha vontade é jogar toda a regulação pra CAP . É muita pressão, fica muita pressão em cima de mim, mas tem outras horas, outros momentos que isso é positivo” (Gestor).

Ele cita como aspecto positivo, a avaliação caso a caso dos pacientes especiais que permite um atendimento mais humanizado, buscando rapidez e resolutividade e quando necessário encaminhamento para a alta complexidade de casos mais complicados.

“Por exemplo, se eu tenho um paciente desses com grande necessidade especial,... eu obviamente vou pular essa fila, e assim, se ele precisa de uma endodontia ele vai ser absorvido imediatamente, quer dizer, sem muita burocracia. A gente consegue resolver domesticamente”(gestor).

Esta forma de acolhimento do paciente, coloca em foco uma das dimensões em que pode ser pensado o conceito de integralidade, na produção do cuidado integral em saúde bucal preconizada por Botazzo (2009). Este autor, buscou compreender o conceito de integralidade a partir do acolhimento, do cuidado, da escuta atenta, buscando por meio desta compreender as necessidades de saúde do indivíduo, buscando ações mais eficientes.

O acolhimento em serviços de saúde, segundo a lógica preconizada por Merhy (1992) deve se caracterizar como um espaço de encontro entre trabalhador/ usuários, em que a escuta dos problemas se dá para além da troca de informações e do mútuo

reconhecimento de direitos e deveres, conformando-se como um processo que possibilita intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários. A acolhida prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, por meio das tecnologias disponíveis.

Sobre este prisma, é possível perceber que existe a preocupação do gestor do CEO/PAMNAC e do profissional responsável pelo atendimento, com o usuário PNE. Além do compromisso em buscar atender da melhor forma às necessidades deste paciente, os profissionais demonstram ainda a preocupação em não deixar este paciente solto no sistema quando este necessita de atenção em alta complexidade. Já quando se refere à contra-referência aos serviços de menor complexidade veremos adiante que ela não ocorre de forma adequada.

Em estudo realizado por Fernandes (2009), que verificou o acolhimento no SUS realizado por cirurgiões dentistas dos CEOs aos PNE, além de verificar se este sistema comporta de forma adequada a demanda que lhe é imposta no município de João Pessoa – PB, foi constatado que não há uniformidade de informações acerca do acolhimento e do acesso ao tratamento odontológico dos PNE's. Nem tampouco há controle das referências e contra-referências e do destino destes pacientes dentro do âmbito do sistema público de saúde bucal.

4.1.5 Marcação de Consultas e regulação de vagas

Com relação à marcação de consultas e regulação de vagas, existe a recomendação do Ministério da Saúde de que estas sejam realizadas pelas CAPs por meio de uma central que gerencia todo o complexo regulatório da rede, desde a AB à internação hospitalar (SISREG), com vistas à aumentar o controle dos fluxos e

otimizar o uso dos recursos. Apesar desta recomendação, de acordo com o gestor, no CAP 3.1 este sistema ainda não foi implantado.

“aqui da unidade, a gente não tem essa regulação pela CAP, a regulação é toda feita aqui, mas acaba que eu como chefe do serviço passo a ser uma peça fundamental nesse processo de acolhimento, porque eu acabo servindo como se fosse uma espécie de elo entre os componentes”(gestor).

Segundo o gestor, para pacientes especiais não há filas de espera. Após o acolhimento, o PNE é marcado imediatamente na agenda do profissional não havendo obstáculos para o seu atendimento no CEO/PAMNAC. Desta forma o agendamento é feito pelo gestor na agenda do profissional.

“É feito aqui mesmo no posto de saúde na agenda do profissional que atende esses pacientes”(CD 1).

Em estudo sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro municípios, Giovanella *et al* (2009), apontaram a existência de centrais informatizadas como diferencial extremamente positivo no que se refere à integração da Atenção Básica à média complexidade. De acordo com os autores, a implantação do SISREG nos centros de saúde possibilitou a marcação imediata de exames e consultas especializadas, para procedimentos com oferta suficiente, a definição de prioridades clínicas e o monitoramento das filas de espera (GIOVANELLA *et al*, 2009).

No Município do Rio de Janeiro, esta experiência está em curso em algumas áreas de planejamento como a CAP 2.1 e 3.2. Profissionais destas Unidades, tem observado um grande número de faltas às consultas, de pacientes encaminhados pelo SISREG, o que vêm comprometendo a produtividade em algumas especialidades, como a cirurgia e a endodontia. Algumas possibilidades levantadas por estes profissionais para o alto índice de faltas, dizem respeito principalmente à orientação inadequada aos pacientes sobre os locais de atendimento, pelos profissionais do

SISREG. Esta situação foi confirmada em auditoria realizada pelo TCMJ (2008) nos CEOs do Município, que constatou um alto número de faltas de pacientes encaminhados por outras unidades pelo SISREG, em seu relatório final há a sugestão de que a CSB adote mecanismos de avaliação (indicadores) sobre essas ocorrências, para detectar as possíveis causas.

Uma das ferramentas de avaliação de desempenho dos CEOs, diz respeito ao número de procedimentos recomendados por especialidades, estes variam de acordo com o tipo de CEO, se I, II ou III, e foram pré-estabelecidas pelo nível central, a partir da produção mínima trimestral que deverá ser encaminhada ao DAB/SAS/MS. De certa forma, esta produção ditará a permanência ou a suspensão dos incentivos mensais repassados pelo governo federal para custeio dos Centros, podendo inclusive descredenciá-los em caso de descumprimento das mesmas.

Para pacientes especiais, a Portaria n.º. 600/GM¹⁸, que institui o financiamento dos CEOs, define o monitoramento de ações pela análise de uma produção mínima mensal dos seguintes quantitativos de procedimentos de atenção básica nos CEO tipo I - 80 procedimentos/mês; CEO tipo II - 110 procedimentos/mês; e, CEO tipo III - 190 procedimentos/mês. Estes procedimentos de atenção básica (0300000-1 GRUPO 03 - AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA) em Centros de Especialidades Odontológicas, cujos sub-grupos se encontram descritos abaixo, só se justificam na realização de atendimentos aos pacientes com necessidades especiais.

¹⁸ Portaria no. 600/GM, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos CEO, define o monitoramento de ações pela análise de uma produção mínima mensal dos seguintes quantitativos de procedimentos de atenção básica: CEO tipo I - 80 procedimentos/mês; CEO tipo II - 110 procedimentos/mês; e, CEO tipo III - 190 procedimentos/mês

Quadro 4: Tabela de Códigos de Procedimentos de AB em PNE

Procedimentos Individuais preventivos	sub grupo: 03.020.002
Dentística Básica	sub grupo: 03.030.008
Odontologia cirúrgica básica	sub grupo: 03.040.003

No CEO/PAMNAC, os procedimentos realizados em PNE pela CD1, são os mesmos realizados na AB como raspagem supra-gengival, dentística básica, e exodontias simples, a única diferença é de que estes procedimentos quando realizados em pacientes com necessidades especiais recebem um código diferenciado.

Embora o Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal defina estas metas a serem cumpridas por todos os CEOs credenciados, todos os profissionais entrevistados inclusive a CSB, afirmaram não haver metas a serem cumpridas para pacientes especiais.

“Não, paciente especial não tem as metas” (CSB).

“Eu acredito que não tenha meta de pacientes especiais. A gente tem meta de cirurgia, a gente tem meta de periodontia, a gente tem meta de endodontia e a gente tem meta de procedimentos odontológicos”(assessor 2).

“Não. A própria portaria do Ministério estabelece procedimentos pra periodontia, endodontia e cirurgia. Não foi pontuado nada pra estomatologia e nem pra pacientes com necessidades especiais. Pelo o que eu entendi, pelo menos lá em Brasília a lógica do Ministério é incentivar, no caso desses pacientes pra estomatologia e com necessidades especiais que esse atendimento acontecesse”(Gestor).

“Que existe uma cobrança, deve existir, né, mas eu não sei a minha meta de quantos pacientes especiais eu tenho que atender por mês ... Eu não sou informada da minha meta”(CDI).

No CEO estudado, segundo o gestor não existe problema no cumprimento de metas de atendimento de pacientes especiais. Isto ocorre, não só pela ausência de cobranças por metas, mas possivelmente pela indefinição do perfil do paciente com necessidades especiais que deve ser atendido, uma vez que, pacientes que apresentem qualquer doença crônica como diabetes ou hipertensão que recebem atendimento em nível de atenção básica ou média, poderá ter o procedimento realizado, registrado como procedimento de atenção básica realizado em pacientes com necessidade especiais. Desta forma, dificilmente faltará demanda para esta especialidade, visto que diabetes e hipertensão são doenças que acometem cerca de 30% da população adulta no Brasil (IBGE, 2000) e que fazem parte do perfil do usuário desta Policlínica.

“No caso dos pacientes especiais a questão da meta de procedimentos é uma coisa que eu nem me preocupo, isso aí sempre foi atingido, é mais a questão de obedecer a porta...”(gestor).

Uma das limitações do Sistema de Informação em relação à produtividade do CEO, é que a especialidade de PNE possui códigos de AB, iniciando por 03, contudo se há a necessidade de realizar tratamento especializado como por exemplo cirurgia ou tratamento endodôntico em pacientes com necessidades especiais, não há como distinguir se o procedimento está sendo realizado em paciente com necessidade especial ou em um paciente sem necessidades especiais, uma vez que os códigos das demais especialidades não fazem distinção entre estes pacientes. Desta forma, não há como identificar quais as necessidades de saúde bucal mais prevalentes nos pacientes especiais, assim como não existem recursos a não ser consultando os prontuários que identifiquem qual o perfil do paciente especial que está sendo atendido nos CEOs.

De acordo com os profissionais entrevistados, não é possível identificar o perfil do paciente especial atendido nos CEOs através dos códigos de procedimentos, nem tampouco é possível identificar quais as maiores necessidades de saúde desta

população, uma vez que ao serem atendidos em outras especialidades, como por exemplo endodontia, não existe um código que identifique que o procedimento está sendo realizado em um paciente especial.

“Hoje você não avalia. Estatisticamente falando você não tem como mensurar” (CSB).

“Isso é uma coisa que eu não tinha nem atentado. É, com os instrumentos atuais não consegue mesmo, não consegue não” (gestor).

Desta forma, não há mecanismos que avaliem se os Centros de Especialidades Odontológicas estão atendendo aos pacientes especiais que são alvo deste programa, ou se estão atendendo pacientes que poderiam estar sendo atendidos na Atenção Básica. Os profissionais que trabalham nessas especialidades, encaminham sua produção em separado, mensalmente, para a SMS que, através de uma planilha, compila esses dados e envia ao MS, segundo informações locais.

4.1.6 Referência e Contra –referência

Ainda com relação a forma como se operacionalizam os fluxos de usuários na rede assistencial, embora haja a recomendação nos CABS de que a articulação entre as unidades de saúde nos crescentes níveis de complexidade ocorra por meio de um sistema de referência e contra-referência¹⁹, o gestor do CEO afirma que nem sempre os pacientes vem com guia de referência para atendimento, segundo seu relato muitos médicos ainda tem o hábito de mandar o paciente com encaminhamento no receituário.

¹⁹ A referência é compreendida como o trânsito do nível menor para o de maior complexidade e a contra-referência é compreendida como o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

“[...] a gente até aceita, não era pra aceitar, mas...tem médicos que tem mania de fazer no receituário mesmo, alguns mandam uma guia de referência, mais a maioria manda pelo receituário mesmo”(gestor).

Esta situação é confirmada pela CD 1, que afirma que poucos pacientes são encaminhados da AB com guias de referência.

“Não sempre. Pouco”(CD 1).

Outro fato observado sobre os fluxos assistenciais, é que apesar da recomendação do MS²⁰ de que o paciente retorne para a AB que o referenciou após o término do tratamento, os profissionais do CEO/PAMNAC, em sua maioria, não realizam a contra-referência do usuário para a unidade básica. A justificativa segundo a CD1, é de que não há para onde encaminhá-los, em geral, os usuários se encontram “soltos” dentro do sistema, sem vinculação a equipes de saúde que se responsabilizem pelo seu caminhar na rede. Isto impossibilita o acompanhamento de seu estado de saúde de maneira integral e a formação de vínculo.

“Muitos deles não fazem, nenhum outro tipo de acompanhamento aqui. A maioria são muito pobres. Muito, muito pobres e que dá pra ver que não tem nenhum outro tipo de acompanhamento”(CD1).

De acordo com as recomendações do CABS do MS, quando necessário o encaminhamento às especialidades, o profissional deverá preencher a ficha de referência assinada, com o carimbo da unidade de saúde e do profissional, e o especialista, por sua vez, após o término do tratamento, encaminhará o usuário para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o

²⁰ Recomendações para referência e contra-referência aos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. 29 p.

formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamentos realizados.

Quando há a necessidade de atendimento do PNE por outra especialidade odontológica como o endodontia ou o cirurgia no CEO/PAMANC, segundo o gestor, o PNE tem prioridade no atendimento obedecendo às recomendações do CABS. Neste sentido, a CD1 afirma haver uma boa interação entre os demais profissionais, destacando não enfrentar nenhuma dificuldade em encaminhar os pacientes especiais colaboradores para os colegas.

“Profissionais da odontologia não tenho dificuldades, até porque são meus colegas aqui de trabalho e que a gente faz uma interação. Então aqui dentro eu não tenho dificuldade”(CD1).

Já quando há a necessidade de encaminhamento para a alta complexidade, a CD1 foi orientada a encaminhar os PNE com guias de referência para o Hospital Barata Ribeiro. Nestes casos, o gestor assume a responsabilidade de efetuar os contatos necessários para buscar atendimento neste nível de atenção. De acordo com a CD1 cerca de 30% da sua clientela necessita de atendimento sob anestesia geral.

No que concerne à obtenção de exames complementares e laudos médicos, de acordo com o gestor, há facilidade de comunicação entre os demais profissionais de saúde da unidade, para dar início ao tratamento dos PNE. Sobre este aspecto a CD I afirma que a maioria dos pacientes atendidos por ela já chega inclusive ao serviço trazendo laudos e exames.

“Laudo médico eu tenho facilidade. Sempre eles mesmos vão atrás do médico que acompanha, marcam consulta direitinho, eles se preocupam com isso e trazem o laudo de volta pra mim. Agora, com relação a exame, exame de sangue, aqui pra tratamento ambulatorial, eu nunca pedi”(CD1).

Segundo Morris e Burke (2001), a interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve se caracterizar pela: equidade - onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; integralidade - todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; e, finalmente, esta interface deve ser eficiente e eficaz - garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados, a contra-referência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo

No caso do CEO estudado, foi possível identificar importantes barreiras de acesso ao paciente portador de necessidades especiais, tanto no que diz respeito, à falta de articulação adequada com a UBS, à falta de conhecimento dos usuários sobre o serviço, assim como a dificuldade em encaminhar e receber atendimento na alta complexidade. Outro aspecto importante é a falta de contra referência a serviços de menor complexidade.

Sobre o conceito de integralidade, Cecílio (2001) apresenta o conceito de “integralidade focalizada”, aquela identificada no espaço bem delimitado, de um serviço de saúde, referida ao caso de uma experiência de um determinado município ou serviço de saúde, conquistada por meio do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional. Porém, de acordo com o autor a “linha de cuidado” pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde e desta forma a integralidade deve ser pensada de forma ampliada fruto da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições (CECÍLIO, 2001)

Desde modo, no âmbito do PAMNAC embora tenha sido constatada uma boa interação entre os profissionais de saúde bucal do CEO para atendimento aos PNE colaboradores, no que se refere à integração com as demais especialidades existentes

no PAMNAC, esta praticamente não ocorre, a não ser com as especialidades médicas quando há a necessidade de fornecimento de laudos para a realização dos tratamentos odontológicos. Também foi constatado que os profissionais de saúde bucal, não participam de ações de educação e promoção de saúde coletiva nos programas desenvolvidos na Unidade como os programas de diabetes, hipertensão e Saúde Mental. Com exceção apenas para o Programa de Tabagismo,, do qual a estomatologista faz parte. Sobre este aspecto o assessor da CAP 3.1 reconhece a necessidade de maior integração do odontólogo no serviço.

“Esse profissional tinha que estar integrado a uma clínica, a outros serviços de uma policlínica”(assessor 2).

Conquanto, os profissionais de odontologia do CEO/PAMNAC aparentem estar empenhados na resolução dos problemas de saúde pelo qual o usuário buscou atendimento, ainda prevalece na rotina do serviço destes profissionais, o trabalho compartimentalizado, com uma visão fragmentada, tanto do indivíduo quanto dos serviços de saúde. Fica claro que o profissional de odontologia tem dificuldade em perceber seu importante papel na concretização da integralidade da atenção dos pacientes com necessidades especiais .Como atesta o assessor 1:

“Falta a inserção da odontologia na discussão da integralidade do paciente. A odontologia está muito afastada, num espaço próprio dela e aí as pessoas não se aproximam”(assessor 1).

Com relação às equipes multiprofissionais, embora o CEO/PAMNAC esteja no interior de uma Policlínica onde existe a disponibilização de uma grande diversidade de especialidades médicas e não médicas como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos que favorecem à interdisciplinaridade, segundo a CD I, os pacientes

especiais atendidos por ela não fazem nenhum outro tipo de acompanhamento na unidade.

“Muitos deles não fazem, nenhum outro tipo de acompanhamento aqui. A maioria são muito pobres. Muito, muito pobres e que dá pra ver que não tem nenhum outro tipo de acompanhamento” (CD1).

Segundo a formulação original da Reforma Sanitária, as ações de saúde no SUS devem ser desenvolvidas de forma integrada e com a participação dos diferentes atores para que se atinja maior efetividade e impacto sobre a saúde de determinado grupo populacional. Contudo, para Pinheiro (2001), não basta compor equipes com profissionais de outras áreas, para garantir a interdisciplinaridade e sim reconhecer a realidade expressa em termos de acesso a bens em saúde, um conjunto de valores, crenças e idéias calcado na racionalidade médica contemporânea. Isto porque, assim como em outros serviços, a lógica do atendimento está centrada, em sua grande maioria, no atendimento individual realizado pelo médico que é o principal responsável pelos encaminhamentos.

De acordo com Vasconcelos (2002), a formalização das profissões implica em reivindicações de saberes e competências exclusivos, às quais é atribuído um mandato social para realização de tarefas específicas, controle de recursos e responsabilidade legal, cristalizando a divisão social e técnica do trabalho. A institucionalização de organizações corporativas exerce controle na formação, nas normas éticas e na defesa de interesses econômicos e políticos dos respectivos grupos. Assim, as práticas na saúde incorporam estratégias de negociação saber/poder, de competição intra e intercorporativa em processos institucionais e socioculturais que impõem barreiras à troca de saberes cooperativa.

Com relação à articulação do CEO/PAMNAC com demais serviços que prestam atendimento a pacientes com necessidades especiais, ficou evidenciado que as

reuniões entre as Unidades que foram contatadas à época da implantação do CEO, foi incapaz de criar um fluxo contínuo de PNE para esta unidade tanto na AB quanto no CEO. Também não foi possível identificar por parte dos gestores, estratégias imediatas, nem a nível local ou central para a modificar este quadro.

Em nível da Coordenação de área Programática 3.1, o assessor de saúde bucal relata ter havido tentativas locais de criar fluxos de encaminhamento de pacientes especiais, mas de acordo com o entrevistado apesar de identificar o problema falta autonomia para intervir:

“A gente fica num espaço de gestão que a gente fica com pouca governabilidade, né. A gente identifica os problemas, levanta as demandas para as nossas chefias, porque eu, por exemplo, tenho uns 4 chefes, tenho 1 chefe que é o coordenador da CAP, tenho 1 chefe que é coordenador da saúde bucal, tenho 1 chefe que é o coordenador de saúde da família. Então a gente levanta as nossas demandas, a gente tem algumas responsabilidades, que nos são cobradas, mas a gente tem pouca capacidade de articular, de negociar ou, de cobrar, nós enquanto assessores, a gente faz o papel que nos solicitam, que a gente precisa” (assessor 1).

“A gente levanta o fluxo, se existe esse fluxo, então vamos tentar desviar esse fluxo pro Madre Teresa, mas ao mesmo tempo há uma unidade na Ilha, que é de difícil acesso, então o paciente não vai chegar, mas ao mesmo tempo a gente não, poderia de repente pegar um profissional que está aqui e colocar pra não sei onde que seria melhor pra que a gente direcionasse a nossa demanda, isso daí já pode, porque está ao nosso alcance. A gente até poderia fazer isso, mas.. Mas tem que negociar tanto com a coordenação de saúde bucal quanto com a coordenação da CAP. É uma coisa que a gente ainda não fez”(assessor 2).

4.1.7 Limites de Atuação em cada nível de complexidade

A frágil integração das equipes de atenção nos diferentes níveis de complexidade, pode tanto gerar prejuízos para a saúde da população como déficits no financiamento da gestão municipal quanto prejudicar o usuário. Visto que, o grande número de encaminhamentos inadequados para a rede secundária pode gerar distorções

na avaliação da necessidade de destinar recursos para este nível de atenção. Assim como a super utilização causada por estes encaminhamentos, pode aumentar o tamanho das filas de espera e diminuição da resolubilidade dos casos que realmente deveriam ser atendidos em média complexidade (SOUZA, 2009).

Neste sentido, a despeito das normas preconizadas nos CABSBS, a amplitude do conceito de Pacientes Especiais, que abrange uma diversidade de casos que requerem atenção odontológica diferenciada, assim como a falta de consenso com relação aos limites de atuação da AB e do CEO dá margem para, brechas e interpretações conflitantes entre gestores e os profissionais que trabalham na ponta que encaminham e recebem estes pacientes e pode contribuir para que o paciente que realmente necessita de atendimento especial -alvo deste programa- fique sem atendimento adequado, ou mais grave ainda sem atendimento algum.

Embora a Coordenadora de Saúde Bucal reconheça que o paciente especial que ela chama de clássico, não está sendo atendido adequadamente na rede, ela reconhece claramente qual é o perfil do paciente especial preconizado pelo MS que deve ser encaminhado para o CEO.

“Então, é pra atender o paciente especial clássico, é o paciente que tem down, paciente com doença mental, é o paciente cardiopata, é pra atender o diabético grave, é pra atender o cardiopata grave. Esses pacientes que tem algum comprometimento sistêmico grave e que profissional da atenção básica não está capacitado para atender”(CSB).

O gestor do CEO/PAMNAC, aponta importantes pontos de divergência entre profissionais e gestores dos CEOs com relação ao perfil do PNE que deve ser atendido em nível de média complexidade.

“[...] a discussão é tão difícil, porque alguns CEOs entendem que até atendimento de bebê é atendimento especial, gestante é atendimento especial, então realmente ainda não tá fechado, também a gente leva muito pra questão local, as realidades são muito diferentes”(gestor)

O gestor do CEO/PAMNAC, atribui as divergências às diferentes realidades enfrentadas pelo gestores nas diferentes áreas programáticas. Ele cita como exemplo o perfil do paciente atendido no PAMNAC que é em sua maioria de pacientes adultos e idosos portadores de doenças crônicas, já em outras unidades, o perfil é de gestantes, jovens e crianças. Contudo, se as discussões tomassem por base as normas ministeriais e se fossem desenvolvidos protocolos de atendimento certamente haveria maior objetividade na organização do serviço.

Por outro lado, o assessor de saúde bucal (assessor 1), afirma que os profissionais da AB consideram como paciente especial qualquer paciente que apresente Hipertensão ou Diabetes, referenciando pacientes passíveis de serem atendidos na AB para o CEO.

“ a própria atenção básica considerava especial tudo que saía um pouco do seu controle. Aquele paciente hipertenso, que está com a pressão descontrolada, descompensada de qualquer forma, ele considerava esse paciente como especial, que era para ser encaminhado ”(assessor 1).

Souza (2009), constatou em estudo que avaliou os CEOs de Natal, que com a existência dos CEOs, alguns dentistas da AB não mais atendiam as crianças e os portadores de necessidades especiais, encaminhando-os para o CEO sem sequer fazer o exame clínico. Estes dentistas das UBS acabavam por utilizar o CEO como um escape para as atividades que pudessem gerar dificuldades, ou para aquelas que os deixassem menos à vontade para realizar.

Embora o CABSBS como já citado anteriormente, defina o perfil do paciente com necessidades especiais que deve ser atendido na AB e qual deve ser encaminhado para o CEO, poucos profissionais conhecem o seu teor ou têm em suas mãos sequer uma cópia para se guiar, quando precisam realizar os encaminhamentos

dos usuários. Durante esta pesquisa pelo menos um assessor de saúde bucal e todos os dentistas desconheciam as normas preconizadas nos CABSBS para pacientes especiais.

A indefinição com relação ao perfil do paciente especial que deve ser atendido no CEO, é percebida também em nível da coordenação de saúde bucal, pois, apesar desta ter elaborado com grupos de especialistas pertencentes à rede, protocolos de atendimento para as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, ortodontia preventiva e estomatologia, as discussões para a elaboração de protocolos de atendimento ao PNE no Município do Rio de Janeiro ainda estão bastante incipientes. Durante as entrevistas, ficou constatado que este é um entrave para o avanço na definição dos limites do atendimento ao PNE nos diferentes níveis de atenção e para o estabelecimento adequado de fluxos de atendimento. De acordo com a CSB:

“Aqui no Rio a gente não fechou. Uma das metas de 2010 na coordenação é, da mesma maneira que a gente discutiu com os profissionais os protocolos das especialidades é dessa vez fechar o do sistemicamente comprometido. Por que não foi fechada, então, porque é complexo. A gente já começou essa discussão...” (CSB).

Apesar de ter conhecimento sobre as normas para atendimento a PNE, a CSB faz a todo momento uma distinção entre pacientes especiais que ela chama de “clássico” e o paciente “sistemicamente comprometido”.

“É porque, na verdade, esse é o tema crucial da questão do atendimento do paciente especial, que pro Rio, tende a ser o paciente sistemicamente comprometido” (CSB).

Segundo a assessora de saúde bucal da AP 3.1, a questão do atendimento ao PNE nos CEOs, foi levantada em apenas em uma reunião com a Coordenação de Saúde Bucal ocorrida por ocasião destas entrevistas. As questões levantadas diziam respeito, ao perfil do paciente que deve ser atendido no CEO e os limites deste atendimento. Os assessores de saúde da AP 3.1, reconhecem que existem problemas

relacionados ao atendimento de PNE que necessitam de atenção diferenciada e citam como entrave ao atendimento, a falta de profissionais habilitados para esta função na rede tanto na AB quanto nos CEOs.

“Na coordenação de saúde bucal realmente eu não participei de outras reuniões não. A gente já, em algum momento, tentou definir em reuniões nossas aqui quais seriam esses pacientes especiais que as unidades estariam apropriadas pra dar conta, né, o que seria o paciente especial. Até pela falta desse profissional adequadamente preparado” (assessor 1).

“A gente estava com o objetivo de tentar um fluxo pra esse paciente, que não tinha profissional naquele CEO ou naquela área pra atender, e aí a gente estava tentando um fluxo pra esse paciente, que não tinha como ser atendido na unidade” (assessor 2).

O Gestor do CEO/PAMANC, relata ter existido um grupo de profissionais que discutiu o protocolo de PNE na coordenação, mas que ainda não houve nenhuma definição.

“no caso dos pacientes especiais eles tem um grupo que discutiu o protocolo, e aí , não ficou uma coisa ainda fechada” (gestor).

Para Mazmanian & Sabatier (1989), um dos aspectos cruciais para o alcance dos resultados de um programa, são o comprometimento e a capacidade de liderança dos funcionários envolvidos. A capacidade de liderança seria a habilidade dos funcionários para realizar suas prioridades, de modo a superar as expectativas na gestão dos recursos disponíveis, através de sua capacidade criativa. Sobre este prisma embora, o gestor da unidade esteja comprometido em atender as demandas que chegam ao PAMNAC, o atendimento ao paciente especial não representa prioridade no contexto geral das especialidades deste CEO, visto que não há estratégias específicas de divulgação deste serviço. Isto se deve em parte, à ausência de cobranças para o cumprimento de metas pelo nível central, assim com à grande indefinição na rede sobre o perfil do PNE a ser atendido nos diferentes níveis de complexidade. Além disso, não há pressão de grupos de interesse para a melhoria do serviço.

Embora a CSB e o gestor afirmem que existem grupos de discussão sobre o atendimento a pacientes especiais, a profissional responsável por este atendimento no PAMNAC (CD 1) afirma nunca ter sido informada ou ter participado de reuniões, capacitações ou discussões com profissionais especialistas em Pacientes com Necessidades Especiais ou com a coordenação na rede Municipal, no sentido de elaborar protocolos ou discutir sobre os limites e possibilidades do atendimento ambulatorial a estes pacientes.

De acordo com o gestor do CEO/PAMNAC, embora todos os gestores de CEOs realizem reuniões periódicas para discutir os problemas enfrentados pelas Unidades, os maiores problemas estão relacionados ao excesso de demanda e filas de espera e o cumprimento de metas para algumas especialidades, como por exemplo para a especialidade de endodontia. Fazem parte também da pauta de discussões, os problemas relacionados ao abastecimento de materiais de consumo. As questões relacionadas aos pacientes especiais, como o perfil e o acesso destes pacientes ao serviço embora preocupem os gestores, não parece ocupar o espaço devido nestas discussões. De acordo com a CSB:

“Paciente Especial não é a tônica” (CSB).

“Você está levantando uma questão que nunca teve tão aflorada, então a questão nunca foi tão discutida” (assessor 1).

Esta mesma indefinição com relação a protocolos e condutas também ocorre no MS, o qual publicou somente em 2008, um Manual de Especialidades em Saúde Bucal, em que constam um conjunto de princípios e recomendações elaborados para facilitar a tomada de decisão apropriada na atenção aos pacientes em diversas especialidades, inclusive as não previstas como obrigatórias nos CEOs, contudo especialidade de pacientes com necessidades especiais não foi contemplada. Em sua apresentação, este Manual afirma que esta especialidade será abordada em um volume

específico ainda não publicado (Manual de Especialidades em Saúde Bucal, MS, 2008).

Recentemente, o Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal realizou um Fórum de Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais com o objetivo de construir um protocolo de Atendimento que sirva de referência para todas as Unidades de Saúde do país. Em agosto de 2010, houve a publicação das “Recomendações para Atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais”, que traz em seu escopo as diretrizes para o atendimento em saúde bucal para estes pacientes desde a AB até a alta complexidade (CRO-DF, 2010). Reconhecemos que os protocolos, embora não tenham como pretensão constituir-se receitas fechadas, únicas e absolutas, estes representam um conjunto de princípios e recomendações elaborados para facilitar a tomada de decisão apropriada na atenção aos pacientes, em situações específicas. E certamente pode contribuir para nortear as tomadas de decisão com relação aos pacientes com necessidades especiais, minimizando os encaminhamentos inadequados para os diferentes níveis de atenção, respeitando-se as diferentes realidades de cada área programática ou de cada região (Manual de Especialidades Odontológicas, MS, 2008). Para Cecílio (1997), o protocolo é importante na medida em que estabelece quais patologias necessitam de acompanhamento mais específico tornando-se um instrumento valioso na solução de alguns problemas relacionados à competência dos níveis de atenção.

Este Fórum apontou ainda, os fatores necessários para garantir um atendimento qualificado a pacientes especiais dentre eles: o acesso a cursos de especialização pelos profissionais; a necessidade de equipes de atendimento multidisciplinares; a oferta de boas condições de trabalho pelas instituições; o compromisso dos familiares com programas preventivos; e a obrigatoriedade da disciplina de atendimento a pacientes especiais nos cursos de graduação (CRO-DF, 2010).

No CEO/PAMNAC, a CD I a despeito de não conhecer as normas preconizadas para o atendimento a PNE, em sua rotina clínica de atendimento procura dentro das limitações do serviço, seguir o protocolo de atendimento preconizado no curso de atualização em pacientes especiais no qual ela se capacitou:

“Existe um protocolo de atendimento. Você tem que sempre manter um contato com o médico do paciente, pedir um parecer do paciente, pedir as restrições quanto ao atendimento odontológico, seja a nível ambulatorial, que é o que nós fazemos, seja a nível hospitalar”(CD 1).

4.1.8 Intersetorialidade

Para o Sistema Único de Saúde, a intersetorialidade constitui-se por uma estratégia política complexa, que visa superar a fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde, é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura Segurança Alimentar e outros (SUS de A a Z).

No que se refere ao atendimento ao paciente com necessidades especiais o Município do Rio de Janeiro ainda tem muito o que avançar nas ações intersetoriais para a melhoria da qualidade da atenção à saúde desta população. Com relação à saúde bucal, é importante salientar, que de acordo com a CSB houve tentativas não

exitosas de articulação com a Secretaria Municipal da Pessoa Com Deficiência (antiga FUNLAR) na época em que a mesma era responsável pela implantação das ESB no PSF.

“Já existiu. Da Secretaria de Saúde, da Coordenação de Saúde Bucal. Nesse momento não tem uma articulação nossa específica com eles sobre isso, não. Foi muito difícil trabalhar com a FUNLAR. Na época houve muita dificuldade, a ponto da parceria não conseguir se estabelecer. Era um grupo muito difícil de trabalhar, o que não quer dizer que a gente não vá tentar de novo. Até agora estamos soltas. Até porque o interesse é o bem maior da população, né, então é uma boa coisa pra se tentar captar. Mas valeu a dica”(CSB).

Sobre este assunto, fica claro que a coordenadora possui divergências no que diz respeito à forma como o grupo da FUNLAR desenvolvia as atividades de atenção aos PNE, enfatizando que não havia uma relação de parceria e troca entre as entidades, e sim disputas de poder e autoridade que acabaram resultando em prejuízos para a população com a não concretização desta parceria e por consequência o não estabelecimento de fluxos de encaminhamento.

Segundo Almeida (2008), de um modo geral os conflitos, em especial, aqueles advindos de políticas públicas ocorrem quando os atores envolvidos percebem como incompatíveis seus objetivos, idéias, necessidades, interesses, propostas ou projetos. Essa percepção transforma discordâncias em conflitos e propicia condições para que posições defensivas antagônicas passem a dominar o diálogo. Em outras palavras as dificuldades de comunicação e de convivência entre esses atores impediram a coordenação de ações comuns e a execução das normas promulgadas constitucionalmente.

Neste estudo foi possível identificar que a discussão sobre o atendimento a pacientes especiais no CEO, embora esteja presente nas reuniões, ainda não repercutiu em ações concretas na agenda da coordenação de saúde bucal. Não foi possível

identificar por meio da pesquisa documental e de entrevistas, a integração da saúde bucal com outras políticas para pacientes especiais que propiciem o atendimento integral a este usuário. De acordo com a CSB, não houve pactuação entre a saúde bucal os demais setores envolvidos no atendimento ao paciente especial. Também foi possível identificar, que a AB não está estruturada para captar o PNE, visto que não possuem recursos humanos capacitados para este atendimento. A elaboração de protocolos de atendimento ainda parecem estar sem definição tanto em nível central quanto em nível local. Nossa pesquisa trouxe a tona um assunto que embora seja de grande relevância ainda não ocupa o foco das atenções de coordenadores, assessores e gestores:

“As demandas que são respondidas são aquelas que chegam. Então, por exemplo, agora você traz essa demanda, que a gente até já levantou por conta de profissionais que trouxeram essas questões: como fazer com os meus pacientes? Mas, assim, na verdade a gente não sentou e disse vamos resolver essa demanda. Agora, pode ser até que a gente...acenda essa luz e gente até...” (assessor 2).

No Subsistema Ilha, não foram identificadas estratégias de captação dos pacientes com necessidades especiais além daquelas já citadas como, as reuniões com unidades básicas de saúde para divulgar os serviços. De acordo com o gestor não houve discussões com as equipes de saúde da família, nem tampouco foram realizados contatos com instituições que prestam atendimento a pacientes especiais para o estabelecimento de parcerias. Também não foram identificadas parcerias com os Hospitais que compõem a rede de atenção do subsistema Ilha do Governador, no sentido de absorver mesmo que parcialmente a demanda de pacientes especiais que necessitam de atendimento sob anestesia geral. Esta possibilidade poderia ser estudada como contrapartida, visto que o Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto que é

referencia em alta complexidade para pacientes com fissuras lábio palatais, encaminha os pacientes que necessitam de endodontia para o CEO/PAMNAC.

4.2 - Incentivos Financeiros para Implantação e Funcionamento do CEO

Embora a Portaria nº. 600/GM²¹, tenha definido em seu art. 2º um incentivo financeiro para cada CEO credenciado pelo MS a ser utilizado preferencialmente na aquisição de equipamentos e/ou melhoria das instalações físicas pelos estados e municípios em alguns contextos locais, no PAMNAC esta reformulação foi propiciada pela direção da unidade de saúde que apoiou o projeto, e realizou a obra com recursos advindos do fundo rotativo da própria unidade. O incentivo previsto para implantar o CEO, de acordo com o gestor, não foi recebido à época do credenciamento e até a data da entrevista em 2009 ainda era aguardado.

“Essa verba pelo que a gente sabe ..., a gente está ... aguardando ansiosamente porque a questão do próprio espaço ser remodelado, ... uma reforma que é sempre útil, afinal de contas, parece que não, mas já são 5 anos, desde 2004” (gestor).

O incentivo para financiamento das ações e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde nos CEOs está regulamentado na Portaria nº. 204, de 29 de Janeiro de 2007, na Seção II do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. De acordo com a coordenadora de saúde bucal (CSB), os recursos para custeio mensal dos CEOs são transferidos adequadamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada. De fato de acordo com a auditoria do TCMRJ/2009 esses recursos são transferidos mensalmente pelo Ministério da Saúde a uma conta corrente específica do Banco do

²¹ O valor definido pela portaria nº 600/GM para a implantação de CEOs tipo II como o PAMNAC, era de 50 mil em parcela única de R\$ 8,8 mil para custeio mensal.

Brasil, gerenciada pela Coordenação de Saúde Bucal da SMSDC. Na avaliação da coordenadora, os incentivos federais embora sofram atrasos para serem liberados, são suficientes para a manutenção dos serviços nos CEOs e para a compra de insumos.

“Acontece, mesmo, por CEO, tudo direitinho. Dos CEOs que a gente tem...dos 17 que a gente tem cadastrados, aquele valor que está lá mensal, que hoje eu não sei de cabeça, a gente recebe mês a mês”(CSB).

“O repasse do CEO é razoável. É um bom repasse. Não cobre tudo. Mas a título de insumos, é um bom repasse. Não paga profissional, enfim, mas é aquilo que eu digo, é um incentivo” (CSB).

Embora a Portaria nº 1571 de 29/07/04, estabeleça que tais recursos devem ser destinados exclusivamente ao custeio dos serviços mínimos a serem executados pelos CEOs. A auditoria do TCMRJ/2009, ao verificar as notas de empenhos emitidas vinculadas ao Plano de trabalho dos CEO, referente ao ano de 2008, apurou que os recursos são investidos também em outras unidades de saúde, principalmente núcleos de PSF, que não tem CEO, contrariando as normas ministeriais.

No que diz respeito aos valores para custeio mensal dos CEOs, a portaria nº 600/GM institui os valores para financiamento de acordo com a capacidade de atendimento à população mensurada pelo número de cadeiras odontológicas²². De acordo com o gestor da unidade estudada, os recursos não vão diretamente para as unidades, motivo pelo qual ele não sabe responder se estes valores são recebidos adequadamente ou se são suficientes para a manutenção dos serviços Segundo o entrevistado, cabe à CSB via Secretaria Municipal de Saúde a gestão destes recursos.

²² Portaria Nº 600/GM institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas: para os CEOs tipo I, aqueles com três cadeiras odontológicas, são destinados mensalmente R\$ 6,6mil para custeio e R\$ 40 mil em parcela única para implantação correspondente à custa com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de equipamentos; CEOs tipo II, com quatro ou mais cadeiras, o valor mensal é de R\$ 8,8 mil e R\$ 50 mil para implantação CEOs tipo III, que possuem no mínimo de 7 cadeiras, o recurso de custeio é no valor de R\$ 15.400,00 e o de implantação R\$ 80 mil reais.

“Não. Eu não sei como é que funciona..., não tenho ingerência sobre essa verba..., se não estou enganado, é uma verba de R\$ 8.800,00, no meu caso, por ser CEO tipo 2, mas ela é depositada... Fundo a Fundo... a coordenação via Secretaria Municipal de Saúde é quem gere esse recurso. Não fica diretamente conosco (Gestor).

Como já vimos, este recurso não é exclusivo para o CEO, portanto de acordo com o gestor, não existe autonomia para a resolução de casos de algumas demandas específicas do posto.

“ ... eles fazem uma licitação pra compra, vamos supor, de um micro motor. Então é para todos os CEOs. Cada CEO específico não tem o uso diretamente dessa verba. [...] A gente entende que é bom, por alguns aspectos, mas é ruim por outros. A gente fica amarrado na burocracia administrativa pra certas demandas” (gestor).

O gestor cita como dificuldades, a compra de materiais de consumo, visto que as compras são efetuadas para toda a rede duas vezes por ano, quando há desabastecimento de material as unidades passam por dificuldades para prestar atendimento.

“a gente chega em alguns momentos a ter dificuldades, como estamos agora nesse momento. A compra que fizemos no início do ano, hoje praticamente não temos mais nada” (gestor).

Com referência aos materiais de consumo, embora os CEOs recebam materiais diferenciados para prestar atendimento nas especialidades como endodontia, estomatologia e periodontia e cirurgia estes centros enfrentam as mesmas dificuldades de abastecimento que as unidades de AB. De acordo com o gestor, as deficiências de material quando ocorrem são supridas em parte por meio da realização de permutas entre os CEOs.

“ A gente sobrevive,... porque a gente faz troca entre os CEOs. Quando eu preciso eu jogo lá no grupo na Internet “necessito desse e daquele material” e aí quem tem pra disponibilizar, quem tem alguma sobra, alguma oferta, disponibiliza” (gestor).

O gestor observa, a grande distância existente entre o que é preconizado na política e o que acontece no dia a dia.

“a gente vive aqui a realidade, a política fala uma série de coisas como a questão do custeio, repasse, equipamentos, que, na ponta aqui, você não consegue ver isso tão palpável”(gestor).

4.3 - Adequação do Espaço para Atendimento a Pacientes Especiais

A remodelação do espaço do ambulatório de odontologia do PAMNAC propiciou o aumento de 3 para 6 consultórios, (2 destinados à AB e 4 para o CEO), e não parece ter sido realizada com planejamento prévio. Foram instaladas divisórias e houve a compra de materiais permanentes e de consumo principalmente para as especialidades de endodontia, periodontia e cirurgia, cumprindo as normas para a aquisição de equipamentos mínimo necessários para o credenciamento de CEOs Tipo

II. Apesar das mudanças ainda permanecem deficiências estruturais importantes:

“a gente tem muita deficiência de infra estrutura, de equipamentos e tudo, a nossa dificuldade administrativa que as vezes a gente esbarra” (CD1).

“A gente tem alguns pontos de infiltração na sala ... tem necessidade de troca dos aparelhos de refrigeração, ... tem a questão de não ter armários. Há grande dificuldade do acondicionamento dos materiais de consumo e dos instrumentais.... dois consultórios já um pouco obsoletos e com isso tudo a gente espera que com a obra seja melhorado” (gestor).

No que se refere às adequações para atendimento à pacientes com necessidades especiais, não foram realizadas mudanças significativas que propiciassem melhor acesso aos consultórios odontológicos, não houve adequação do ambiente no sentido de torná-lo mais receptivo para pacientes com *déficit* de compreensão, nem tampouco foram comprados materiais de estabilização e contenção física para pacientes com movimentos involuntários. Embora tenha havido a compra de duas bombas de sucção

que auxiliam em casos de cirurgia e no atendimento a pacientes com necessidades especiais, a instalação deste equipamento depende de obras complementares.

Durante a observação pôde-se verificar que não há distinção entre os ambientes destinados à AB e ao CEO, havendo uma mistura de atividades dos dois tipos de atendimento, apenas a endodontia como já citado é realizada num espaço em separado. Não existe também um ambiente destinado exclusivamente aos pacientes com necessidades especiais, sobre este aspecto é importante observar que a sala em que é realizado o atendimento a estes pacientes é compartilhada com a especialidade de cirurgia e de estomatologia. Isto contraria as normas de biossegurança uma vez que estas especialidades requerem alto grau de assepsia para intervenções cruentas, e com níveis de contaminação baixos.

“Em tese deveria ser um outro espaço, mas a sala, se vc conhece vc vê que não tem condições de ser feito. Vc tem um espaço interligado A gente não tem na prática como realizar essa separação”(gestor).

Sob o ponto de vista do atendimento aos PNE, o compartilhamento do tratamento com outros pacientes é inadequado, uma vez que estes pacientes apresentam frequentemente, baixa capacidade de compreensão do tratamento e altos níveis de ansiedade que demandam um ambiente calmo e acolhedor, assim como privacidade no atendimento. A inadequação do espaço para atendimento ao PNE foi um dos aspectos apresentados pelo CD I que dificultam o tratamento adequado a estes pacientes. Todos os profissionais entrevistados citaram a falta de estrutura adequada para o atendimento a pacientes especiais como um dos aspectos negativos do Programa.

Ao considerar os aspectos do ambiente físico para o atendimento ambulatorial ao paciente especial, SEGER (1988) recomenda atenção a uma série de estímulos que para o paciente comum não representam influência significativa no tratamento mas que para o paciente especial podem pesar negativamente. O autor cita como exemplos os

estímulos sonoros (conversas, telefone, bater de portas), visuais (luzes fortes, fotopolimerizador), vibratórios (alta-rotação-sugador) dentre outros que devem ser amenizados para o sucesso do atendimento. Estes cuidados não foram observados no CEO/PAMNAC.

O Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal enfatiza que as unidades de saúde de atenção básica ou especializada devem estar preparadas para receber os pacientes com necessidades especiais, tanto no que diz respeito ao pessoal habilitado quanto com relação às normas de acessibilidade dos ambientes -NBR 9050/2004(CABS,MS 2004).

Quanto à acessibilidade, o CEO estudado está inadequado para pessoas com mobilidade reduzida como definido nas Normas Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (ABNT NBR 9050) tanto na falta de adaptação dos banheiros para portadores de deficiência, na presença de rampas de acesso, salas de espera quanto na acessibilidade aos consultórios.

Com referência à obra prevista no *Programa Brasil Sorridente*, existe uma expectativa por parte dos profissionais e da chefia quanto a sua realização visto que, embora tenha havido uma remodelação persistem ainda alguns problemas.

“...a obra de adequação, que a portaria estabelece, a gente até hoje não recebeu. Vários outros CEOs aqui no município já passaram por esse processo a gente aqui, essa unidade em particular até hoje a gente está esperando”(gestor).

Segundo a chefia da odontologia já houve a aprovação da planta de reforma e do orçamento.

“Tem uma planta que já foi aprovada há mais de 2 anos. Já passou pela arquiteta da secretaria, pelo crivo da coordenadora. A gente aqui também já teve ciência, o diretor já teve ciência, mas esse processo da licitação ..., que eu não consigo acompanhar. ...,pela última notícia que a gente tem é que saiu a licitação no D.O. de 19/10. Foi orçado um valor de R\$ 108.000,00 para essa obra, mas efetivamente a gente ainda tá aguardando”(gestor).

A previsão para a reforma foi comprovada em entrevista com a Coordenadora de Saúde Bucal do Município do Rio de Janeiro que confirmou o planejamento das obras e a liberação dos recursos.

“...o Nilton Alves Cardoso deve fazer obra este ano”(CSB).

As limitações identificadas no espaço físico remetem à noção de ambiência, assumida nas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde. O espaço deve propiciar conforto e privacidade dos usuários, através de componentes que modifiquem ou qualifiquem o ambiente, Além disso, deve ser estimulada a maior percepção e integração, favorecendo portanto o acolhimento. Desse modo, o espaço é tomado como ferramenta facilitadora do processo de produção da saúde possibilitando a otimização de recursos e o atendimento-resolutivo.

No CEO/PAMNAC não foram observadas modificações no ambiente de atendimento, ou na salas de espera que propiciassem melhor conforto para o paciente com necessidades especiais. A sala de espera é localizada em um corredor estreito, abafado e de difícil acesso a pacientes com mobilidade reduzida. O acesso aos consultórios também não é adequado e já houve casos de pacientes em cadeiras de rodas que tiveram de ser atendidos na área destinada à escovação, pois não espaço para passagem.

4.4 - Recursos Humanos para a Atenção ao PNE

Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2008), apesar da regulamentação da especialidade para Atendimento a Pacientes Especiais ocorrida em 2002, existe ainda uma grande carência de profissionais habilitados para atender a

clientela que necessita de atendimento diferenciado (CFO, 2008). Ao contrário do grande número de cirurgiões-dentistas no Brasil (189.359), dados do Conselho Federal de Odontologia de 2010, registram apenas 428 profissionais como especialistas em PNE em todo o Brasil, no município do Rio de Janeiro do total de 25.805 dentistas inscritos, somente 29 são profissionais especialistas nesta área (CFO, 2010). As deficiências nesta área têm origem na formação profissional em nível de graduação, onde a carga horária em instituições da América Latina e Caribe sobre esta temática é baixíssima (inferior à cinco horas de treinamento didático) (SMITLEY *et al*, 2009) ou em alguns casos este tema é inexistente, como vimos nos estudos de Fassina (2006).

Os problemas na assistência para este grupo são acentuados pela má distribuição dos cursos de pós-graduação voltados à reflexão em torno das especificidades do atendimento a pacientes com necessidades especiais. De acordo com dados do CFO (2010) há o registro em todo o Brasil de 21 cursos de pós-graduação nesta área, com grande concentração destes nos grandes centros como São Paulo com 10 cursos, seguido do Rio de Janeiro com 5, estando os demais distribuídos por Minas Gerais, Pernambuco e Mato Grosso do Sul. Outro aspecto que impacta negativamente o atendimento ao PNE na rede diz respeito ao processo de seleção de cirurgiões-dentistas para o serviço público, visto que de uma forma geral, este não se faz segmentado por especialidades como no caso das especialidades médicas. Encontramos registros pontuais de editais de concursos para profissionais especialistas em PNE para prestarem atendimento em CEOs, no Estado de Sergipe²³ no ano de 2008, no Município do Rio de Janeiro no ano de 2009 e em 2010 no Município de Vitória²⁴ que confirmam a expectativa de melhoria neste quadro.

²³ EDITAL N° 1 – SEAD/SES/SE – FUNESA, DE 10 DE OUTUBRO DE 2008.

²⁴ EDITAL PMV No 002/2010, DE 09 DE JULHO DE 2010.

A Coordenadora de Saúde Bucal do Município do Rio de Janeiro, apesar de confirmar a realização de concursos público no ano de 2009, específico para profissionais interessados em trabalhar nas especialidades nos CEOs, afirma que não houve o preenchimento de todas às vagas visto que deste concurso foram chamados poucos profissionais.

“... desse concurso a gente chamou pouquíssimas pessoas, e depois não foi mais autorizada nenhuma chamada,... a gente tem banco de concursados por especialidade,... já fizemos acho que uns dois ofícios ...pedindo autorização pra chamada de mais profissionais, porque a gente tem carência hoje de profissionais especialistas no CEO, mas a gente não teve autorização pra chamar não” (CSB).

Desta forma, de acordo com a Coordenadora de Saúde Bucal (CSB) do Município do Rio de Janeiro, existe ainda um número insuficiente de profissionais capacitados na rede para atender às diferentes demandas dos pacientes com necessidades especiais:

“[...]eu tenho carência de especialistas em pacientes especiais. Eu tenho hoje, em todos os CEOs algum profissional que se dispôs a atender paciente especial. Nem todos são especialistas, ou eles tem atualização, ou tem especialização, ou tem algum tipo de capacitação para atender paciente especial” (CSB).

Para suprir a carência de profissionais foi realizado um levantamento nos bancos de recursos humanos, dos profissionais da rede que possuíam especialidades que pudessem trabalhar nos CEOs no Município, sem contudo ter havido o preenchimento de todas as vagas.

“...a gente colocou na rede, que precisávamos de especialistas pra trabalhar nas unidades de média complexidade e oferecemos aos clínicos que tinham atualização ou especialização, se eles tinham interesse em trabalhar nas suas especialidades. Quem tivesse a gente ia remanejar por necessidade de serviço, conforme o perfil” (CSB).

Apesar destas iniciativas, segundo a assessora de Saúde Bucal da CAP 3.1(assessor 1) a falta de especialistas ainda constitui-se o maior impeditivo para atendimento a PNE.

“Impedimento é o RH, eu acho que é o mais importante de todas, né. Falta de profissional competente pra isso. Agora, no entanto não é só no CEO, é no Brasil. A escassez de profissional é muito grande (assessora 1).

A falta de capacitação para o atendimento a pacientes especiais como enfatizado por Gurney & Alcorn, 1978, Figueiredo, 2002 gera resistência, medo, desconforto e desinteresse em prover cuidados adequados a estes pacientes. Neste sentido o gestor do CEO/PAMNAC enfatiza a importância da capacitação de profissionais da rede para o atendimento ao PNE, como aspecto fundamental para a melhoria do atendimento a estes usuários, visto que como Waldman; Perlman; 1998, Cancino *et al*, 2005 identificaram, as lacunas na formação deste profissional geram medo e insegurança, comprometendo a prestação de serviços adequados.

“O ponto que eu acho que realmente precisa, é a nossa capacitação, o nosso treinamento, nossa educação continuada pois se a gente não conhece, fica com medo às vezes até de fazer uma bobagem, de complicar o quadro do paciente e aí você se enrolar e ao invés de estar fazendo algum benefício acabar virando um prejuízo pro paciente e um problema pra você” (gestor).

Sobre este aspecto, Resende *et al* (2005) afirmam que cirurgiões-dentistas não se sentem seguros para o atendimento, em virtude do despreparo na formação para assistir a essa demanda, e terminam por indicar o paciente para a anestesia geral, talvez como uma forma de se livrar do problema. Importante aqui salientar, que assim como Aguillar *et al* (2003) enfatizam, o tratamento sob anestesia geral envolve riscos para o paciente e sua indicação deve ser específica, clara e restrita. De acordo com a *American Academy of Pediatric Dentistry*, as indicações para o uso da anestesia geral são: problemas graves de distúrbios de conduta ou pacientes com desordens

psiquiátricas; tratamento de pacientes especiais com severas restrições físicas e mentais; necessidades de tratamentos acumulados em portadores de doenças sistêmicas; procedimentos cirúrgicos em crianças muito novas onde há necessidade de tratamento extenso; pacientes com intolerância aos anestésicos locais; crianças rebeldes para as quais não foi possível o tratamento, mesmo com o auxílio de pré-medicação e anestesia local e pacientes especiais que necessitam de atendimento odontológico imediato.

Como estratégia para amenizar este problema, a Coordenadora de Saúde Bucal afirma que há previsão de ocorrer uma capacitação para profissionais da rede que atendem pacientes especiais, embora nem os temas que serão abordados na capacitação, nem a data em que ocorrerão estejam definidos:

“Aí a gente vai tirar da discussão do protocolo. Quando a gente chamar o grupo pra discutir, a gente já sabe que vai ter esse curso de capacitação pra eles, mas o tema específico a gente não fechou. Porém quando reunir o grupo pra discutir o protocolo, a gente quer ver quais são os temas que vão emergir, que eles sentem mais necessidade de aprofundar” (CSB).

De acordo com a assessora de saúde bucal (assessor 1), devido à carência de odontólogos especializados em PNE, vários profissionais, na sua maioria odontopediatras, estão “*quebrando o galho*” nos CEOs na realização deste atendimento. Ela afirma que por estarem mais acostumados a lidar com situações em que é preciso realizar controle de comportamento, estes profissionais teriam mais facilidade no atendimento ao PNE. De fato, os odontopediatras seguidos dos cirurgiões buco-maxilo faciais são os profissionais que mais atendem pacientes com necessidades especiais além dos próprios especialistas (FIGUEIREDO, 2002).

Contudo, apesar dos odontopediatras serem tradicionalmente considerados os especialistas com melhor qualificação para tratar deste grupo (DOUGHERTY;

ROMER; LEE, 2001) com o aumento da expectativa de vida desta população, as necessidades de saúde bucal de um paciente com necessidades especiais adulto extrapolam a capacitação destes profissionais. De acordo com Rosembaum (1984) a população de pessoas com necessidades especiais em decorrência dos avanços da ciência, tem chegado em maior número à vida adulta e estão envelhecendo com maior frequência, com isto, seus problemas odontológicos tem se tornado mais complexos, necessitando de atenção mais especializada. Desta forma, os profissionais de outras especialidades tem se deparado com pacientes adultos com problemas bucais inerentes a suas faixas etárias e com necessidades especiais de atendimento na cadeira do dentista.

Já a especialidade de cirurgia buco-maxilofacial surge como segunda especialidade que mais atende pacientes com necessidades especiais, visto que estes são os especialistas com maior capacitação para atendimento em centro cirúrgico, nos casos em que são necessários múltiplos procedimentos sob anestesia geral, como exodontias generalizadas.

Para o atendimento em nível ambulatorial, a carência de profissionais especializados no atendimento a pacientes especiais na rede tem feito com que gestores busquem outros profissionais de outras especialidades que lidam com pacientes com comprometimento sistêmico para suprir estas deficiências. De acordo com a assessora de saúde bucal da CAP 3.1(assessora 2), a escolha tem recaído sobre os especialistas em estomatologia, pois segundo a mesma, existe por parte dos coordenadores a crença infundada, de que esta especialidade capacita o cirurgião-dentista para o atendimento a pacientes especiais. Isto resultou com que muitos profissionais lotados em CEOs inclusive ela própria fossem sondados para realizar este tipo de atendimento sem entretanto, estarem capacitados para esta função. Como citado abaixo:

“Tem até estomatologista que se especializou também em pacientes especiais, mas uma coisa é a estomatologia e outra coisa é o atendimento a pacientes especiais... Quando eu cheguei no CEO eles falaram, você vai atender a estomatologia e os pacientes especiais. Eu falei, que não sou preparada para atendimento a pacientes especiais,.. eu posso até atender o paciente especial da atenção básica” (assessor 2).

No CEO/PAMNAC, a especialista em estomatologia, absorve uma parcela dos pacientes especiais realizando o acompanhamento de pacientes com comprometimento sistêmico significativo, como pacientes com diabetes e hipertensão descompensados e portadores do vírus HIV. Esta profissional, reconhece entretanto que boa parte destes pacientes especiais poderia ter seus problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica. Já os pacientes com distúrbios mentais, de comportamento ou com comprometimento psicomotor são encaminhados para a especialista em pacientes especiais (CD 1).

É importante salientar que no contexto de aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, cada vez mais os profissionais de saúde, inclusive os odontólogos tem de lidar com pacientes que possuem doenças crônicas como diabetes, hipertensão, câncer entre outras doenças crônicas que vão exigir capacitação para o atendimento adequado destes pacientes. Informações detectadas pelo suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar realizada em 2003, atestaram que aproximadamente 30% da população eram portadores de doenças crônicas (IBGE, 2003).

Embora exista um consenso de que há uma carência de profissionais habilitados para atender pacientes com necessidades especiais na rede, parece existir também uma má distribuição destes profissionais. De acordo com a assessora da CAP 3.1 (assessor 1), a partir de um levantamento dos currículos dos profissionais com capacitação em atendimento a pacientes especiais, foram identificados odontólogos com perfil adequado para prestar este atendimento, mas não houve transferência dos mesmos para o CEO.

“Foi feito um levantamento da formação de todos os profissionais da rede. A gente tem aqui no nosso RH, a formação dos nossos profissionais, mas, sinceramente, levar isso, a uma implementação do atendimento dos pacientes especiais a gente ainda não tem...” (assessor 2).

“a gente não pode pura e simplesmente, porque a gente criou esse fluxo e achou melhor que esse profissional venha daqui, pegar esse profissional e botar pra cá” (assessor 1).

O assessor CAP 3.1 (assessor 2) cita alguns entraves na alocação de profissionais, visto que a seleção para cirurgião-dentista no município não se dá na maioria das vezes por especialidades, como no caso das especialidades médicas, cabendo ao profissional a decisão de atuar como especialista ou como clínico geral. Muitos profissionais, conhecem as dificuldades enfrentadas no atendimento em nível de Atenção Básica como por exemplo, o desabastecimento e precariedade de recursos materiais, as deficiências estruturais e de recursos humanos, a falta de organização do atendimento, assim como a alta demanda por atendimento e baixos salários. Neste cenário, muitas vezes optam por não atuar na média complexidade temendo que a cobrança por cumprimento de metas seja ainda maior, como de fato ocorre.

Com relação aos salários, embora existam casos de municípios como o de Natal (MEDEIROS, 2006), em que foi criada uma Gratificação de Especialidades Odontológicas (GEO no valor de R\$ 700,00 (setecentos reais) para os profissionais que atuam nos Centros de Especialidades Odontológicas, no Município do Rio de Janeiro não houve incentivos. Como afirma a coordenadora de saúde Bucal do Município do Rio de Janeiro:

” ... O incentivo que ele teve foi o de trabalhar mais perto de casa e trabalhar na especialidade que ele gosta. A gente não tem como criar esse tipo de diferença salarial” (CSB).

Já há outros profissionais, que a despeito de estarem ou não preparados para prestar atendimento ao PNE, o fazem por razões pessoais, para se manterem ou serem transferidos para locais de sua maior conveniência, sem contudo, estarem dispostos ou capacitados a realizar efetivamente este atendimento. Em decorrência de sua falta de capacitação acabam encaminhando o paciente especial passível de receber atendimento ambulatorial para atendimento em nível de alta complexidade como forma de se livrar do problema, já que cabe ao profissional avaliar a possibilidade de atendimento e resolução dos casos neste nível de atenção.

“Muitas das vezes é a forma deles ficarem próximo de casa....se ele estiver em uma unidade como clínico, e ele não queira sair dessa unidade, e exista a necessidade de cobrir a endodontia e muitas vezes ele diz que não quer assumir, ele é contratado como clínico e assume a endo pra mudar para uma unidade mais próxima de casa”(assessor 1).

No CEO/PAMNAC, de acordo com o gestor, os profissionais que atuavam na Atenção Básica foram convidados à atuar nas suas especialidades por ocasião da implantação do CEO, apenas a estomatologista e o endodontista vieram transferidos de outras unidades da rede em 2007.

“A própria equipe foi reorganizada porque a gente já tinha profissionais como a (CD I) que tem o curso de atualização para atendimento a pacientes com necessidades especiais” (gestor).

Alguns profissionais que atuam no CEO/PAMNAC afirmaram não terem escolhido atuar em suas especialidades, eles entendem que sofreram uma “ameaça implícita”, visto que quem não optasse por atender nas especialidades poderia ser transferido para outra unidade de atenção. Estes mesmos profissionais afirmaram ainda que com a implantação do CEO, houve aumento no número de pacientes e aumento na

cobrança por cumprimento de metas embora tenham persistido problemas ligados à debilidade organizacional e carência de recursos materiais.

No caso específico da especialidade de pacientes especiais, a profissional responsável por este atendimento no CEO/PAMNAC (CD 1) já possuía especialização em odontopediatria e atualização na especialidade de pacientes com necessidades especiais. Esta odontóloga já prestava atenção nesta especialidade antes mesmo da implantação do CEO.

“Olha, até mesmo antes do CEO já eram atendidos os pacientes especiais aqui no PAM Nilton Alves Cardoso. E continua da mesma maneira como era antes” (CD I).

Embora tenhamos reconhecido que existe uma grande carência de profissionais especializados no atendimento a pacientes com necessidades especiais na rede, no CEO/PAMNAC este problema não existe, visto que neste CEO a qualificação do profissional é um grande diferencial, uma vez que a CD 1 possui capacitação adequada e experiência comprovada no atendimento a pacientes especiais.

Esta profissional à época da entrevista CEO/PAMNAC estava atendendo um número muito reduzido de pacientes, pois segundo a própria CD1, por ordem da direção, foram suspensos os atendimentos às crianças com menos de 14 anos no serviço de odontologia devido à falta de médicos pediatras no PAMNAC. Com relação aos pacientes especiais, o baixo número de encaminhamentos oriundos do subsistema Ilha não permite a criação de um fluxo contínuo de PNE e lança dúvidas sobre se CEO/PAMNAC tem cumprido o seu papel no atendimento a estes. Na época das entrevistas apenas um paciente com distúrbios psiquiátricos estava sendo atendido pela CD1 e para não ficar sem produção, esta profissional estava atendendo pacientes adultos na Atenção Básica.

Outra importante questão referente aos recursos humanos disponíveis para atendimento ao PNE, diz respeito aos profissionais auxiliares, como Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). De acordo com a portaria 599/GM²⁵, que regulamenta os CEOs, deve haver 1 ASB para cada consultório, devendo-se assegurar uma carga horária deste profissional compatível com a carga horária do CD, garantindo sempre o trabalho auxiliado, além da presença do mínimo de pessoal de apoio administrativo como recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.

De acordo com os Cadernos de Saúde Bucal, além de um número compatível de ASBs para o atendimento adequado ao paciente especial, este profissional deve estar capacitado para utilizar técnicas de estabilização e contenção para a segurança do paciente com distúrbio neuromotor (Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal, 2006).

Sobre este aspecto a profissional (CD1) reforça a importância do trabalho em parceria no atendimento ao PNE visto que estes pacientes “*se mexem muito*”, “*alguns tem movimentos involuntários necessitando de contenção física*”, o que torna praticamente impossível realizar um atendimento sem auxiliar respeitando-se as normas de qualidade e biossegurança recomendados.

No CEO estudado, existe apenas 1 ou 2 ASBs por turno auxiliando em todos os 6 consultórios, sendo que em alguns horários de atendimento não há nenhum ASB. Há ainda apenas 1 Técnica de Saúde Bucal que realiza instruções de Higiene Bucal em alguns horários prejudicando a oferta de ações educativas, já o pessoal de apoio

²⁵ PORTARIA Nº 599/GM DE 23 DE MARÇO DE 2006.

Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

administrativo é composto por 1 auxiliar de enfermagem que organiza as agendas e o material de consumo. A falta de recursos humanos fica clara na fala do gestor:

“a gente tem a necessidade aqui de auxiliares,..., ainda mais para um paciente dessa natureza, muitas vezes você não consegue fazer sozinho, é preciso trabalhar a quatro mãos” (gestor).

Sobre esta questão todos os profissionais entrevistados reconhecem a deficiência de recursos humanos tanto no que se refere à quantidade de profissionais como na qualificação dos mesmos em toda a rede. Sobre este aspecto o gestor deixa transparecer que existe muitas cobranças com relação ao aumento na oferta de serviços e por cumprimento de metas sem haver contudo investimentos em pessoal auxiliar.

[...] a gente tem essa defasagem, né, a rede ela é muito pobre ...não tem como discutir.[...], você tem que aumentar a produtividade, aumentar a oferta de vagas , se não tem uma equipe auxiliar pra dar suporte ao dentista, eu não vejo como, porque o dentista sozinho ele não consegue,...,você tem que ter alguém do seu lado fazendo a aspiração, ou contendo, ou fazendo a abertura de boca, [...]quando você não tem isso o nível de estresse do profissional que está atendendo é muito maior , o tempo que se perde é muito maior, aí ele tem outros 8 aguardando na sala de espera[...](gestor).

Os assessores (1 e 2) de saúde bucal da CAP 3.1 reconhecem a carência de mão de obra qualificada e consideram que este é um problema generalizado em toda a rede e portanto presente também em outros centros. Enfatizam ainda, que embora haja contratação de mão de obra terceirizada, em algumas unidades este problema é mais crítico do que em outras, não havendo perspectiva à curto prazo de resolução.

“Consegue-se garantir a presença, mas, por exemplo, as vezes tem 1 profissional ou 2 ASBs ou 2 TSBs para 4 ou 5 dentistas” (assessor 1).

O sentimento de impotência para resolver questões fundamentais para a melhoria da qualidade do serviço como a falta de recursos humanos qualificados fica

claro nas entrevistas com assessores e gestores que relatam que os problemas são identificados e levados à coordenação porém ficam sem solução.

Em auditoria realizada nos CEOs do Município, o Tribunal de Contas do Rio de Janeiro (TCMRJ, 2009), estimou-se que a carência desses profissionais em toda a rede alcança 35 TSBs e 180 ASBs. Esta auditoria verificou também a existência de um banco de concursados, com validade até 25/06/2010, compatível com as necessidades da rede, mas que não haviam sido chamados até a data das entrevistas.

Os Conselhos de Odontologia listam uma série de fatores como determinantes de tensão e stress no trabalho odontológico geradores de doenças ocupacionais: Dentre eles, a ausência de pessoal auxiliar (ASB e/ou TSB), a necessidade de lidar com o medo, ansiedade e nervosismo dos pacientes, eventuais precariedades nas condições de trabalho; além de outras condições adversas que comprometem a qualidade do serviço prestado (ANVISA, 2001). Neste estudo foi possível observar que CEO estudado apresenta importantes deficiências com relação à formação e quantidade de auxiliares, que geram dificuldades no atendimento adequado ao usuário com deficiência sobretudo aqueles com baixa compreensão e/ou com comprometimento neuromotor.

Este estudo evidenciou, que no contexto do subsistema Ilha existem importantes deficiências que diz respeito à articulação entre os diferentes níveis de complexidade.

No subsistema Ilha do Governador observamos que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal pelos usuários com necessidades especiais têm início na Atenção Básica, visto que nesta região não existem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, assim como existe uma fraca articulação entre as demais Unidades Básicas de Saúde desta região e o CEO estudado. Os poucos usuários, com o perfil preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica como elegível para o CEO, que conseguem ter acesso ao serviço, são acolhidos imediatamente sem

passar por filas de espera e contam com a atenção de uma especialista em pacientes com necessidades especiais capacitada para atendê-los, embora a mesma não conte com instalações adequadas, recursos técnicos, nem tampouco pessoal auxiliar capacitado. O baixo número de encaminhamentos de pacientes com necessidades especiais com perfil elegível para atendimento no CEO é atribuído pelo entrevistados à falta de conhecimento por parte dos usuários dos serviços ofertados. As dificuldades aumentam quando há a necessidade de encaminhamento para a alta complexidade. Neste nível de atenção há grande falta de vagas e existem longas filas de espera.

Grande parte dos pacientes “especiais” atendidos no CEO/PAMNAC são usuários com doenças sistêmicas crônicas como diabetes e hipertensão, que, no entender dos próprios entrevistados, não demandam atendimento diferenciado. Esta clientela garante o cumprimento das metas para esta especialidade em termos quantitativos. Desta forma, o atendimento a pacientes especiais não ocupa grande espaço na agenda de discussões dos gestores e assessores desta Área Programática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacamos a seguir, pontos relevantes de nossa investigação, que possibilitam uma melhor compreensão da organização da Atenção em Saúde Bucal no Subsistema Ilha do Governador, no que diz respeito à capacidade de proporcionar atenção integral ao paciente com necessidades especiais desta região. Fizemos ainda algumas considerações sobre os limites de nosso estudo e de questões que o mesmo apontou, como sugestões para melhorar os serviços e para realização de outros estudos.

Iniciamos pela organização da Atenção Básica. Constatamos, uma baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família com a existência de apenas duas Equipes na região do subsistema Ilha do Governador que atendem aproximadamente 10.000 pessoas ou seja, menos de 5% da população residente, e que não possuem Equipes de Saúde Bucal. A falta destas Equipes, impede que haja a identificação, captação e encaminhamento de Pacientes com Necessidades Especiais, oriundos do PSF para o CEO/PAMNAC. Embora houvesse, a possibilidade de contatar integrantes das Equipes de Saúde da Família, como agentes comunitários e enfermeiros para a identificação, acolhimento e encaminhamento destes pacientes para o CEO, não foram identificadas iniciativas por parte do gestor ou das Equipes de Saúde da Família neste sentido.

Existe um consenso entre os profissionais entrevistados, de que os pacientes com necessidades especiais com o perfil preconizado pelo Ministério da Saúde, como elegível para ser atendido no CEO, não chegam nem ao menos à Atenção Básica desta região e portanto, não há como estes serem encaminhados para a média complexidade. Isto se deve em parte, à baixíssima cobertura no primeiro nível de atenção no subsistema Ilha do Governador. Existe a perspectiva de que com o aumento das Equipes de Saúde da Família, possa haver maior captação do usuário com necessidades

especiais, com aumento do vínculo e maior responsabilização do profissional pelo PNE, assim como maior articulação com os demais níveis de complexidade do sistema

Com relação às demais Unidades Básicas de Saúde, estas são insuficientes para atender à grande demanda de usuários desta região. Apenas duas Unidades Básicas, prestam serviços em nível primário para usuários adultos, (PAM Newton Alves Cardoso e CMS Necker Pinto) e uma unidade oferta serviços a crianças e gestantes (PS Madre Teresa de Calcutá). Esta última, possui recursos humanos e estruturais para atendimento de crianças com necessidades especiais, e pode estar absorvendo uma parcela desta clientela, motivo pelo qual, não referencia usuários para o CEO/PAMNAC.

Já os pacientes especiais que são encaminhados pelo CMS Necker Pinto e os oriundos do próprio PAMNAC, são compostos em sua grande maioria, de usuários que possuem doenças sistêmicas crônicas como diabetes e hipertensão, que poderiam ter grande parte de seus problemas resolvidos na Atenção Básica. Neste sentido, verificou-se que existe um descumprimento das normas pactuadas com o Ministério da Saúde, visto que, apenas um número muito reduzido de pacientes com necessidades especiais com o perfil preconizado pelo Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal, como elegíveis para atendimento em nível de média complexidade são de fato, encaminhados para o CEO/PAMNAC.

Com relação ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Casa do Índio, não ficou claro, o estabelecimento de um fluxo de encaminhamento contínuo destas unidades para o CEO. O baixíssimo número de pacientes especiais com este perfil, durante o período em que foi realizado o trabalho de campo, impediu a realização de parte desta pesquisa, que previa a realização de grupos focais com responsáveis por usuários com deficiência. Constatamos, que não houve por parte da coordenação de Saúde Bucal, nem por parte do Gestor do CEO/PAMNAC, estratégias de divulgação

para usuários, e profissionais que fariam parte deste atendimento. A divulgação do leque de especialidades, foi realizada somente por meio de reuniões com gestores das Unidades Básicas de Saúde e não mostrou-se suficiente para criar um fluxo contínuo de pacientes com necessidades especiais da Atenção Básica para a média complexidade.

O acolhimento ao Paciente com Necessidades Especiais no CEO/PAMNAC, se dá de forma centrada na figura do gestor, que constitui-se o elo de ligação entre o usuário e esta unidade. Este profissional, acolhe, avalia e realiza a marcação para atendimento diretamente na agenda do profissional encarregado, isto possibilita uma relação humanizada, em que o gestor procura conduzir o paciente especial dentro do CEO, para que este enfrente o mínimo de barreiras para a resolução de suas necessidades de saúde bucal. Por outro lado, a ausência de um Sistema de Regulação Central (SISREG) não permite que as marcações, vagas e filas de espera sejam monitoradas e disponibilizadas para todas as Unidades que queiram encaminhar pacientes para o CEO/PAMNAC.

Nesta região, os encaminhamentos com guias de referência para a especialidade de pacientes especiais são raros, possivelmente pelo grande número de usuários oriundos do próprio PAMNAC ou pela forma pessoal com que alguns encaminhamentos ocorrem, por meio de contatos telefônicos entre os gestores. Estes usuários, após terem seu tratamento concluído não retornam às unidades básicas para acompanhamento porque encontram-se “soltos” no sistema, desvinculados de equipes de saúde. Assim, o sistema continua desintegrado, desarticulado, com deficiências de comunicação entre os níveis de atenção contribuindo para processo de trabalho “solitário” e fragmentado.

Com relação à referência para a alta complexidade, esta se dá também, através da figura do gestor, que se responsabiliza pela integração do CEO com a alta complexidade por meio de contatos entre gestores. Este nível de atenção, representa o grande nó crítico na organização do atendimento ao paciente com necessidades especiais, com a presença de filas de espera e falta de resolubilidade. Verificamos ainda, que grande parte dos usuários que chegam com indicação para tratamento na alta complexidade são atendidos em nível ambulatorial, sem o suporte tecnológico adequado às suas condições, expondo pacientes e profissionais aos riscos provenientes das condições precárias de atendimento. Por outro lado, é possível que boa parte dos pacientes que estão sendo encaminhados para a alta complexidade, tenham o potencial de serem atendidos na média complexidade ou até mesmo na atenção básica, a depender de uma articulação mais eficiente entre os demais níveis de atenção, assim como da presença de recursos humanos qualificados e estrutura física adequadas.

Embora todos os entrevistados tenham afirmado, que não há metas de produtividade para procedimentos realizados em pacientes especiais no CEO, elas estão previstas nos Cadernos de Atenção Básica em Saúde Bucal, e são contabilizadas para o recebimento dos incentivos mensais para a manutenção do credenciamento dos destes centros, e o descumprimento das mesmas pode levar ao descredenciamento destas unidades. No CEO/PAMNAC o cumprimento das metas para pacientes com necessidades especiais se dá, de forma quantitativa, pois são contabilizados atendimentos a usuários que possuem condições sistêmicas especiais, mas que não demandam obrigatoriamente atendimento diferenciado no consultório odontológico. A falta de mecanismos que possam diferenciar qualitativamente quais os usuários que estão sendo atendidos no CEO, parece criar uma espécie de “zona de conforto”, para gestores, profissionais e coordenadores no que diz respeito ao cumprimento das metas para atendimento destes usuários. Desta forma, justifica-se a afirmativa de que o

atendimento ao PNE não representa problema para os gestores dos CEOs, uma vez que não há dificuldades em alcançar o número de procedimentos preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que são realizados atendimentos a pacientes diabéticos e hipertensos cooperadores.

Não podemos negar, que com o aumento da expectativa de vida, tem havido um incremento no número de usuários com complicações sistêmicas que necessitam de cuidados especiais. Dados do Censo de 2000, já indicavam que 75,5% dos idosos eram portadores de alguma doença crônica, portanto, a rede municipal deve estar capacitada a prestar atendimento a estes usuários em todos os níveis de atenção. Contudo, o grande número de pacientes com doenças sistêmicas, não justifica o atendimento dos mesmos na especialidade de pacientes especiais, nem tampouco explica a falta de atenção dada aos pacientes com necessidades especiais elegíveis para atendimento no CEO, que parecem continuar esquecidos dos serviços de Saúde Bucal.

É preciso que haja uma constante atualização dos odontólogos da rede, para que os pacientes com comprometimento sistêmico, possam contar com profissionais capacitados a resolver a maioria de suas necessidades de saúde na Atenção Básica, desta forma espera-se que haja a diminuição dos encaminhamentos desnecessários para a média complexidade e alta complexidade. É fundamental também, que as Instituições de Ensino Superior, estejam cada vez mais comprometidas com as Diretrizes Curriculares Nacionais no sentido de formar recursos humanos alinhados com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com capacidade de atender às reais necessidades de saúde da população.

Como vimos, a formação profissional de odontólogos para atuarem no atendimento a PNE, se dá em grande parte em nível de pós-graduação, e apesar desta especialidade ter sido normatizada em 2002, ainda há um baixo número de profissionais capacitados nesta área. Na rede municipal, esta carência de profissionais

é agravada pela a escassez de concursos públicos para odontólogos por especialidade, e pela falta de capacitação de profissionais já concursados que tenham interesse em atuar nesta área. Em Natal-RN, a estratégia utilizada pela prefeitura para amenizar a falta de recursos humanos para atuar no CEO, foi a de ofertar incentivos financeiros diferenciados para estes profissionais. No Município do Rio de Janeiro, não há previsão de nenhum incentivo.

Embora a falta de recursos humanos constitua-se um fator crucial, que afeta negativamente a qualidade do atendimento ao paciente com necessidades especiais na rede, no CEO/PAMNAC, a presença de um profissional capacitado foi o único aspecto que diferenciou o CEO da Atenção Básica, uma vez que, embora os recursos para a melhorias estruturais e tecnológicas tenham sido liberados pelo Ministério da Saúde, e haja o recebimento dos recursos mensais pela Secretaria Municipal de Saúde para a manutenção do serviço, não houve mudanças físicas na unidade, nem compra de materiais que propiciassem atendimento diferenciado do ofertado na Atenção Básica para o PNE.

Verificamos que há um grande desconhecimento a respeito das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o atendimento destes pacientes, por parte dos profissionais envolvidos neste atendimento, não há protocolos de atendimento, nem tampouco articulação adequada com os diferentes níveis de complexidade. Estes fatores contribuíram para que a implementação do atendimento ao paciente com necessidades especiais no Centro de Especialidades Odontológicas no contexto do Subsistema Ilha do Governador, não tenha ocorrido como recomendado pelas normas ministeriais, limitando-se ao atendimento de uma clientela “cativa” que poderia estar sendo atendida na Atenção Básica.

Com relação à intersetorialidade, embora haja no PAMNAC, a disponibilidade de recursos humanos para a formação de equipes multiprofissionais como preconizado

pelo Ministério da Saúde, para atendimento integral ao PNE, os odontólogos não participam de nenhum programa de prevenção e promoção de saúde desenvolvidos nesta Policlínica para estes usuários. Apenas o Programa de Tabagismo, incorpora especialistas em estomatologia.

Sugerimos a construção de novas estratégias voltadas à melhoria da comunicação entre gestores e profissionais envolvidos no atendimento ao paciente especial com o objetivo de favorecer a identificação, acompanhamento e integralidade das ações. A criação de protocolos de atendimento com a participação destes profissionais nas discussões, provavelmente estimularia um maior envolvimento destes com o serviço, e contribuiria para a responsabilização pelo paciente destes profissionais.

Por fim, entendemos que a organização estrutural da rede de atenção em saúde bucal no subsistema Ilha do Governador, não está adequada para propiciar atendimento integral ao paciente portador de necessidades especiais que necessita de atendimento diferenciado. Há que se discutir profundamente, as questões referentes ao acesso destes usuários com deficiência à atenção básica. Tanto no que diz respeito à qualificação das equipes de saúde, para que estejam aptas à planejar ações baseadas no diagnóstico da situação destes indivíduos, quanto no cadastramento e encaminhamento destes usuários quando todos os recursos deste nível de atenção estiverem esgotados.

Embora o Centro de Especialidades Odontológicas na região analisada tenha contribuído para a ampliação do acesso aos procedimentos especializados pela população, persistem dificuldades sérias para o atendimento integralizado e equitativo ao paciente especial.

Dialogando com o campo da avaliação, este estudo buscou contribuir para a compreensão do processo de implementação local de ações de saúde oral voltadas aos

pacientes com necessidades especiais e geração de conhecimento para a tomada de decisão. Sem a pretensão de esgotar a análise, a pesquisa trouxe elementos para o desenho de novas agendas de investigação em torno dos limites e possibilidades da atenção com qualidade na área.

BIBLIOGRAFIA

ABREU DE JESUS, W L; ASSIS, M A. **Revisão Sistemática Sobre o Conceito de Acesso nos Serviços de Saúde: Contribuições do Planejamento.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, p. 365, 2007.

AGUIAR, S.M.H.CA; GULINELLI, J.L; LAURETTO, F.H.B; CAVALCANTI, A.L. **Cirurgia Bucal Ambulatorial em Paciente Especial sob Anestesia Geral.** *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.24, n.2, p.35-38, ago/dez, 2003.

ALMEIDA. D.C. **Mediação e Conflitos e Políticas Públicas.** Disponível em: URL: www.chs.ubc.ca/.../AlmeidaMediacao_de_Conflitos_e_Politiclas_Publicas-2008.doc
Acesso em 10 de março de 2009.

_____. **Ações Afirmativas e Política de Cotas são Expressões Sinônimas?** *Jus Navigandi*, Teresina, ano 9, n. 573, 31 jan. 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6238>. Acesso em 11 de março de 2009.

AMADEO, A A *et al.* **Estado de Salud Bucodental em Pacientes com Capacidades Diferentes y sus Diversas Patologia.** Disponível em: URL: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab/otros/ColoquioXVII/contenido/cartel15w.htm. Acesso em 7 de junho de 2008.

AMIRALIAN, M.L.T *et al.* **Conceituando deficiência**, v. 34, n. 1, Disponível em: URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000100017&lng=e&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-89102000000100017. Acesso em 24 de março de 2009.

ANDERSEN, R; NEWMAN, J.F. **Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States.** *Milbank Mem Fund Quar* 1973; 51:95-124.

ANDRADE, R.B. **A Implementação do Programa de Humanização do Pré-natal no Município de Duque de Caxias – RJ, na Perspectiva dos Gestores e Profissionais de Saúde.** xi, 98 f.: il. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.

ARANHA M.S.F. (1995). Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. *Temas em Psicologia*, 2, 63-70.

ARRETCHE, M.T. **Uma Contribuição para Fazermos Avaliações Menos Ingênuas.** In: BARREIRA, M.C.R.N; CARVALHO, M.C.B, organizadores. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.* São Paulo: IEE/PUC; 2001.

BARBOSA, A.P.M; KRIGER, L; MOYSÉS, S.T. **Prevalência da Doença Cárie em Crianças de Cinco Anos de Idade na Cidade de Curitiba - Análise Crítica.** *Epidemiol. Serv. Saúde.* [online]. jun. 2007, vol.16, no.2 [citado 01 Outubro 2008], p.142-145. Disponível em: http://scielol.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000200015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974. Acesso em 20 de setembro de 2008.

BARDACH, E. **The Implementation Game** MIT Press,1997.

BARROS, A.J.B. & BERTOLDI, A.D. **Desigualdades na Utilização e no Acesso a Serviços Odontológicos: Uma Avaliação em Nível Nacional.** *Ciência & Saúde Coletiva* 7(4):709-717.

BARROS, G. B *et al.* Giselle Boaventura Barros¹, João Pedro Cruz², Adriano Maia dos Santos³, Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues¹, Kamila Freitas Bastos⁴. **Saúde Bucal a Usuários com Necessidades Especiais: Visita Domiciliar como Estratégia no Cuidado à Saúde.** *Ver. Saúde.* Com 2006; 2(2): 135-142.

BARROS, M.B.A. **Equidade e saúde.** *Epidemiol. Serv. Saúde.* [online]. dez. 2006, vol.15, no.4 [citado 15 Novembro 2008], p.05-06. Disponível em: http://scielol.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000400001&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974. Acesso em 20 de setembro de 2008.

BARTOLE, M.C.S. **Da Boca Cheia de Dentes ao Brasil Sorridente: Uma Análise Retórica da Formulação da Política Nacional de Saúde Bucal.** 2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BELARDINELLI, V.H. **Clínica particular, Necessidade e Possibilidade de Fazê-la Crescer V: Análise da Demanda.** *Odont. Mod.*, v. 14, n. 4, , p. 39-49, 1987.

Belo Horizonte. **O Levantamento de Necessidades de Saúde Bucal e as Ações de Cuidado Desenvolvidas nas 11 Escolas Especiais de Belo Horizonte**. Junho de 2006. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/levantamentodeneecessidadesemescolasespaciais.pdf>. Acesso em 12 de março de 2008.

BERNARDES , L.C.G.; MAIOR, M.M.L; SPEZIA, C.H.; ARAUJO, T.C.C.F. **Pessoas com Deficiência e Políticas de Saúde no Brasil; Reflexões Bioéticas**. Ciênc. Saúde Coletiva[serial on the Internet]. 2009 Feb 14(1): 31-38. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232009000100008. Ciência & Saúde Coletiva 2009; 14(1):31-38,2009. Acessado em 19 de janeiro de 2010.

BIELER, R.B. (Org.). (1990). **Ética e Legislação: Os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: Rotary Club.

BODSTEIN, R. **Atenção Básica na Agenda da Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v.7, n.3, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000300002&lng=en&nrm=iso. [capturado em: 23 Sep 2008] doi: 10.1590/S1413-81232002000300002 http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_599_23_03_06.pdf Acesso em 23 de setembro de 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Portaria N° 1.060, de 5 de Junho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde: Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php Acesso em 20 de janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Educação: diretrizes nacionais para a educação especial. 2001. MEC/SEEP: Imprensa Oficial do Estado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial. Brasília: Ministério da Saúde, SNAS, 1992. 23p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde Disponível em:

http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/12/01/materia.200612.018752498617/vi_ew. Acesso em 19 de outubro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB2003.2004. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em 22 de janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece Incentivo Financeiro para a Reorganização da Atenção à Saúde Bucal Prestada nos Municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria GM n 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/popup'/leg/portarias_psf/portaria_n1444_2000.pdf> Acesso em: 20 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa da Família. Portaria GM n. 267, de 6 de março de 2001. Disponível em: http://drt2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf. Acessado em 20 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1886/GM. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acessado em 18 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social), Brasília, agosto de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. 16p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf Acessado em ago de 2005.

BUSS PM, Pellegrini Filho A. **Iniquidades em Saúde no Brasil, Nossa Mais Grave Doença: Comentários Sobre o Documento de Referência e os Trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900033. Acessado em 1 out. de 2008.

Caderno de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de São Paulo. **Qualidade e Resolutividade na Atenção Básica: Recomendações para Atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais.** Disponível em:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/0004/Prot_Necessidades_Especiais.pdf Acessado em 2 jan. de 2009.

CALADO, G.S. **Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

CAMPBELL, J. T.; MCCASLIN F.C. **Evolution of a Dental Training Program for Care of the Handicapped.** Spec Care Dentist, 1983;3:100-7.

CAMPOS, J.A.D *et al.* **Correlação entre a Prevalência de Cárie em Pacientes com Necessidades Especiais-Utilização de Medicamentos.** Salusvita; (25)1:35-42;2006.

CANO, I. **A Avaliação de Programas sob Diferentes Abordagens.** In: Introdução à Avaliação de Programas Sociais pp.97-108. Rio de Janeiro: Editora FGV.

CARIELLO, R. **O Brasil é o mais Inclusivo das Américas.** Folha de S. Paulo, 26/8/2004. Disponível em: http://www.ame-sp.org.br/acessibilidade/acessi_77.shtml. Acessado em 10 de outubro de 2009.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* **Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social.** Saúde soc., São Paulo, v. 15, n. 3, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000300004&lng=&nrm=iso> doi: 10.1590/S0104-12902006000300004. Acessado em ago. de 2008.

_____; SILVEIRA, C. **Organização das Práticas de Atenção Primária em Saúde no Contexto dos Processos de Exclusão/Inclusão Social**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19. n.6, p.1829-1835, 2003.

CARVALHO, E.M. C; ARAÚJO, R.P.C. **A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais**. Pesq. Brás Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.4, n.1, p.65-75, jan./abr. 2004.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo: Hucitec, 1992.

CASSIOLATO, M.M.M. **O Modelo Lógico e a Teoria do Programa: Uma Proposta para Organizar a Avaliação**. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/17/edições/63/pdfs/rd63art03.pdf>. Acessado em 10 de dezembro de 2010.

CASTANHEDA, T; CAZADILLA, N. R. **Correspondencia entre la Formación Académica del Estomatólogo Relacionado con Pacientes Especiales y la Práctica Estomatológica Integral**. Ver Cubana Estomatol, sep.-dic. 2001, vol. 38, no.3,p.

CASTRO, S.S. **Prevalência de Deficiências e Estado de Saúde dos Deficientes: Inquéritos de Saúde de Base Populacional Realizado em Municípios do Estado de São Paulo**, São Paulo, [dissertação de mestrado] Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Publica. Departamento de Epidemiologia 2006.

CASTRO. A **“Porta de Entrada”do SUS: Um Estudo Sobre o Sistema de Internação em um Município do Estado do Rio de Janeiro**, 2002.

CAVALCANTE, C.A.T. *et al.* **O Levantamento das Necessidades de Saúde Bucal e as Ações de Cuidado Desenvolvidas nas 11 Escolas Especiais de Belo Horizonte**. Secretaria de Saúde de Belo Horizonte – Junho de 2006 relatório Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/levantamentodenecessidadesemescolas especiais.pdf> . Acessado em 10 de março de 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 1995

CECÍLIO, L.C.O. **Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: Da Pirâmide ao Círculo, Uma Possibilidade a ser Explorada**. Cad Saúde Pública 1997;13:469-78.

CHAGAS, A.M.R. **Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para Pessoas com Deficiência** [dissertação de mestrado] Universidade de Brasília 2006 114p.

CHAVES, S.C.L; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Atenção à Saúde Bucal e Descentralização da Saúde no Brasil: Estudo de Dois Casos Exemplares no Estado da Bahia**. Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.5, p.1119-1131, 2007.

_____; BARROS, S.G; CRUZ, D.N; FIGUEIREDO, A.C.L; MOURA, B.L.A; CAGUSSU, M.C.T. **Política Nacional de Saúde Bucal: Fatores Associados à Integralidade do Cuidado**. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010005000041%lng=en. Acessado em 30 de outubro de 2010.

CHEN, H.T. **Theory-driven evaluations**. Newbury Park:Sage 1990.

CHETRE. **What is equity?** p. 4. In: An area health service taking action to achieve health for all'. Newsletter 1. Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation. The University of New South Wales. School of Public Health & Community Medicine, Austrália, 2000.

Comissão Nacionais de Determinantes Sociais em Saúde do Brasil. **Iniquidades em Saúde no Brasil, nossa mais Grave Doença**. Disponível em: <http://www.determinandes.fiocruz.br/iniquidades.htm>. Acessado em 21 de janeiro de 2008.

Conselho Federal de Odontologia Disponível em:

http://www.cfo.org.br/download/pdf/brasil_sorridente/nota_tecnica_ceo.pdf. Acessado em 20 jan. de 2008.

Conselho Federal de Odontologia. Consulta a Profissionais. Disponível em: <http://cfo.org/serviços-e-consultas/profissionais>. Acessado em 20 de dezembro de 2009.

Conselho Regional de Odontologia. Disponível em: http://www.cro-rj.org.br/CRO-RJ_NotCEOS.doc. Acessado em 20 jan. de 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. **Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos**. In: Hartz de Araújo ZM (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-48.

CORDEIRO, H. **Os Desafios do Ensino das Profissões de Saúde Frente às Mudanças do Modelo Assistencial: Contribuição para Além dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família.** Aval. Pol. Pub. Educ., Rio de Janeiro, v.10, n.34, p.43-54, jun/mar 2002.

COSTA, A.M. **Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde.** Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004.

COSTA, M.H.P *et al.* **Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um Centro de Odontologia do Distrito Federal** Com. Ciências Saúde. 2007; 18(2): 129-139.

DEITOS. A.R. **Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal** / Alexandre Raphael Deitos; orientador Moacyr da Silva. São Paulo, 2009. 168p:tab.graf.30cm.

DENIS, J.L & CHAMPAGNE, F. **Análise de Implantação.** In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 49-88, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 1997.

DESSEN, M. A., & PEREIRA-SILVA, N. L. (2000). **Deficiência mental e família: Uma análise da produção científica.** Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia, 10, 12-23.

DINIZ, D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense, 2007 (Coleção Primeiros Passos; 324

DINIZ, R.L.R; MENDONÇA, V.B. **Como Ofertar Tratamento Odontológico Integral aos Pacientes Portadores de Necessidades Especiais no município de Pedras de Fogo-PB.** Apresentado no I Encontro Nacional de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, DF, 2009.

DONABEDIAN, A. *The assessment of need.* In: Donabedian, A, editor. *Aspects of medical care administration.* Cambridge: Harvard University Press; 1973, p.58-77.

DONATSKY , O; AHLGREN, P; HANSEN, F.P. *Oral health status and treatment needs in long-term medicine patients in a Copenhagen hospital department Community Dentistry and Oral Epidemiology.* v.8, Issue 2, P.103-109 Munksgaard, 1980.

DRAIBE, S **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas de Programas Sociais**, 2001.

ELIAS, R. **Odontologia de Alto Risco: Pacientes Especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 171p.

ELWAN, A. *Poverty and Disability- A Survey of the Literature* -December 18, 1999
Disponível em :

<http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2000/12/15/0000949> acessado em 20 de março de 2008.

FASSINA, A. P; CROSSATO E., JÚNIOR, J.S.M *et al.* **Presença da Disciplina e/ou Conteúdo de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais nas Faculdades de Odontologia no Brasil em 2005**. *Odontologia e Sociedade*, 2007;9(2):01-04.

FEKETE, M.C. **Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde**. In: **Ministério da Saúde, organizador**. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde no Distrito Sanitário. Projeto Gerus*. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde; 1995. p.177-84.

FERNANDEZ, M. *et al.* **Diagnóstico de Salud Bucal en Niños con Retraso Mental Ligeiro**. *Archivo Médico de Camagüey* 2005;9(4) ISSN 1025-0255.

FENTON, S.J. *Universal Access: Are We Ready?* *Spec Care Dentist* 1993;13:94.

FERRAZ, M.A.A.L. **Avaliação da Referência e Contra-Referência nos Centros de Especialidades Odontológicas em Teresina-Piauí**. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências e Saúde – Universidade Federal do Piauí.

FIGUEIREDO, J.R. **Estratégias para a Provisão de Cuidados no Atendimento Odontológico a Pacientes Portadores de Deficiência**. [dissertação de mestrado]. São Paulo: FOU SP, 2002.

FIGUEIREDO, N. **Centros de Especialidades Odontológicas – CEOS: Um Estudo Linha de Base para a Avaliação e Monitoramento dos Serviços** (tese). Camaragibe: Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, 2008.

_____; GÓES, P.S.A. **Construção da Atenção Secundária em Saúde Bucal: Um Estudo Sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco.** Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2010 Nov 18]; 25(2): 259-267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-102-311X2009000200004&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200004. Acessado em 20 de dezembro de 2010.

FONSECA, A. **Relação entre o Perfil do Paciente com Necessidade Especial Assistido em Serviços Públicos de Saúde e os Limites de Atuação do Cirurgião-Dentista** [dissertação de mestrado] Programa de Pós – Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 98p, 2008.

FORSTER, M.G; CASTILHOS, E.D; BOEIRA, G.F; BIGHETTI, T.I. **Avaliação das Ações Especializadas em Saúde Bucal nos Municípios que tiveram a Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas na Região Sul do Brasil.**

FORTUNA, R.F.P. **Promoção de Saúde Bucal no SUS: Possibilidades e Limites do Programa de Saúde da Família** [dissertação de Mestrado] Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

FOUCAULT M 1977. Nascimento da clínica. Forense Universitária, Rio de Janeiro

FOURNIOL FILHO, A; FACION, J.R. **Excepcionais – Deficiência Mental.** In: FOURNIOL FILHO, A., Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Santos, p.339-375, 1998.

FRANCO, F. **Diagnósticos mais Frequentes Atendidos pelos Especialistas em Odontologia para Portadores de Necessidades Especiais: APOPE.** Disponível em: <http://www.toderoserver.net/apope.org.br/artigo2.htm>. Acessado em.....

FURTADO, J.P. **Um Método Construtivista para a Avaliação em Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.1, p.156-181, 2001.

GARCIA, D.V.A. **Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: Percorrendo os Bastidores do Processo de Formulação.** 2006. 104p. [dissertação de mestrado] Saúde Coletiva– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Saúde da Família: Limites e Possibilidades para uma Abordagem Integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794, 2009.

GOFFMAN, E (1988). *Estigma – Notas da manipulação da identidade deteriorada*. 4a edição. Rio de Janeiro: LTC Editora

GOMES, M A, PEREIRA, M L D. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 357-363.

GUEDES-PINTO, A.C. **Pacientes Especiais.** In: *Odontopediatria*. 6. ed. São Paulo: Santos, 1997. p. 133-144; 877-903.

GUERRA, K.C.M. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou não na Implantação de uma Política de Indução Financeira;** 2009. 128f. Orientador: Ruben Araújo de Mattos. [dissertação de mestrado] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

GUGEL, M.A. **A Pessoa com Deficiência e a Sua Relação com a História da Humanidade.** Disponível em: http://www.ampid.org.br/Artigos/PD_Historia.php . Acessado em 23 de março de 2008.

GURNEY, N. L & ALCORN, B.C. **The concept of Attitudes** In : Wessels KE. *Dentistry and hand capped patients* Lettleton: PSG Publishing Company;1978 p.1-19.

HAGUETTE, T.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1992. 224p.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação dos Programas de Saúde: Perspectivas Teórico-Metodológicas e Políticas Institucionais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 341-353, 1999.

_____; CAMACHO, L.A.B. **Formação de Recursos Humanos em Epidemiologia e Avaliação dos Programas de Saúde.** *Cad. Saúde Pública*, v.12 (supl.2), p.13-20, 1996.

_____ ; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: Desafios para Avaliar a Implantação de um “Sistema Sem Muros”**. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (2):331-336.

HUGUES, Bill. Disability and the body. In: BARNES, Colin; BARTON, Len; OLIVER, Mike (Ed.). *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press, 2002

INÁCIO, J. **A atenção à Saúde Bucal e o Sistema de Informações no Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, s.n; 2003. xii,141 p. tab [dissertação de mestrado] Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Condições de Vida das Pessoas com Deficiência no Brasil. Relatório de Pesquisa de Opinião Pública Nacional**. Disponível em <http://www.ibdd.org.br>. Acessado em 20 de janeiro de 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização de serviços de Saúde – PNAD 2003**. Rio de Janeiro, 2005. 169p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>. Acessado em.....

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores**. 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/sintese/pnad2003.pdf> Acessado em 20 jan. de 2008.

Instituto Pereira Passos. **Pessoas com Deficiência, Dados para Ampliar a Inclusão**- Coleção Estudos da Cidade-Rio estudos nº149 -,2005.

Instituto Observatório Social. **Países Emergentes possuem 80% dos Portadores de Necessidades Especiais**. Disponível em: <http://www.observatoriosocial.org.br/portal/index.php?option=c>. Acessado em 20 de março de 2008.

JONES, C.M. & WORTHINGTON, H., 2000. *Water Fluoridation, poverty and tooth decay in 12-year-old children*. Journal of dentistry, 28:389-393.

LINDBLON, C. *The Policy Making Process*. New Jersey:Prentice-Hall; 1980.

LIPSKY, M. *Street Level Bureaucracy Dilemmas of Individual in Public Service*. Disponível em:

http://books.google.com/books?id=WjUbulsr2O0C&printsec=frontcover&dq=lipsky&source=bl&ots=CyEMAGTz95&sig=odscL85HffGYTHnhbAumsMYL3ew&hl=ptBR&ei=t6_STOTLMIK78gaqkrH8Dw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CCsQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false. Acessado em 18 de março de 2009.

KEOGH, B.K. *Social and ethical assumptions about special education* em WEDELL, K. *Orientations in Special Education* London: J Willian & Sons, 1975.

LOBATO, L.; GÓIS, J. B.; SENNA, M. C. E REIS, M. 2007. Avaliação do Benefício de Prestação Continuada. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

LOPES, M.G.M. **Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: Análise da Política de Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro e Sua Trajetória Rumo à Implementação Considerando a Interface com o “Brasil Sorridente”**, 2007, 151 f.

LOPES, R.E. **Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional no Contexto das Ações de Saúde Mental e Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no Município de São Paulo**. 539f. Tese (doutorado). Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 1999.

LUCHESE, P. **Políticas Públicas de Saúde** Disponível em:
[pts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(introduction/\(channel\)\)](pts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=(introduction/(channel))) Acessado em 20 jan. de 2008.

_____. **Lei n.º 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.

_____. **Lei n.º 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.

_____. **Lei n.º 98.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – LOAS** – Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – PNI** – Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.899, de 29 de julho de 1994.** Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.

_____. **Lei nº 10.050, de 14 de novembro de 2000.** Altera o art. 1.611 da Lei nº 3.071, de 10 de janeiro de 1916 – Código Civil, estendendo o benefício do §2º ao filho necessitado portador de deficiência.

_____. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993.** Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências (Revogado pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999).

_____. **Decreto nº 1.330, de 8 de dezembro de 1994.** Dispõe sobre a concessão do benefício de prestação continuada, previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.

_____. **Portaria nº 875, de 3 de dezembro de 2001.** Dispõe sobre a adequação de estruturas da rede de assistência social, visando a acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome / Secretaria Nacional de Assistência Social. Novembro de 2004.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MACKENBACH, J.; KUNST, A. **Measuring the magnitude of socio-economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with two Examples from Europe.** Rotterdam: Social Science Medicine, 44(6), 757-771, 1997.

MAIA, R. **Odontologia em Saúde Coletiva, Sujeitos Portadores de Necessidades Especiais e a Integralidade da Atenção.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado, 2003, 103f.

MAKOWIECKY, N. **Índice CPOD de 196 Excepcionais de 06 a 20 anos de Idade, de Ambos os Sexos, Submetidos a Anestesia Geral para Tratamento Odontológico.** Ver. Cienc. Saúde 19851/2, 47-57.

MAGALHÃES, R. *et al.* **A implementação do Programa Bolsa Família: As Experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000600013&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S1413-81232007000600013, 2007. Acessado em 21 jan. de 2009.

MANHÃES, A.L.D. e COSTA, A.J.L. **Acesso a Utilização de Serviços Odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: Um Estudo Exploratório a Partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.1, pp.207-218. ISSN 0102-311X. 2004.

MARCENES, W & BONECKER, M.J.S. **Aspectos Epidemiológicos e Sociais das Doenças Bucais.** In: Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica (Y. P. Buischi, org.), pp. 75-98. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA M.F. **Tendência na Utilização de Serviços Odontológicos entre Idosos Brasileiros e Fatores Associados: Um Estudo Baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003).** Cad. Saúde 2007 Nov 23(11):2740-2748. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100021&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100021. Acessado em 9 de fevereiro de 2009.

MATTOS, R.A. **Repensando a Organização da Rede de Serviços de Saúde a Partir do Princípio da Integralidade.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: O Cuidado como Valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p.369-383.

MAZMANIAN, D.A; SABATIER, P.A. **Implementation and Public Policy.** 2nd edition. New York: Lahan; London:University of America Press, Inc.; 1989.

MAZZOTTA, M.J.S. **Educação Especial no Brasil: História e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 1996.

MEDEIROS, E. **Os Centros de Especialidades Odontológicas como Suporte da Atenção Básica: Uma Avaliação na Perspectiva da Integralidade**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, 2007. 157f.

MEDINA, M.G; SILVA, G.A.P; AQUINO, R; HARTZ, Z.M.A. **Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais**. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM (orgs.). *Avaliação em Saúde, dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MELLO, M.D.C. *et al.* **Saúde Bucal e Doenças Crônicas Não Transmissíveis : Determinantes e Fatores de Risco que Exigem Ação Articulada no Contexto de Construção do Sistema de Vigilância à Saúde** In : Freese E. *Epidemiologia, Políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife UFPE, 2006.

MELLO, C.M.N.; PAMPHIRO, C; TEIXEIRA, C.M.B. **Atendimento a Pacientes Especiais: Relato de Experiência de Integração do CEO do Hospital Municipal Rocha Maia com uma Unidade Psiquiátrica**. Apresentado no I Encontro Nacional de Centros e Especialidades Odontológicas – CEO e Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, DF, 2009.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89p.

MENDES, S.F. **Avaliação da Qualidade da Assistência Odontológica Municipal da Cidade do Rio de Janeiro**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. X, 134 p., il.

MENICUCCI, T.M. G. *Health Reform Implementation and Policy Formation*. *Saude soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000200008&lng=en&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-12902006000200008. Acessado em 4 fev. de 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7a.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

Monitoramento do Programa Municipal de Saúde Bucal Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Período: 18/03/09 a 09/04/09. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Disponível em: www.tcm.rj.gov/Noticias/3511/40_1712_2009.pdf. Acessado em 10 de janeiro de 2010.

MINAYO, MCS (Org.); Deslandes, S.F.; Cruz Neto, O.; Gomes, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes. 1994.

MOREIRA, T.P. *et al.* **Dentes da Desigualdade: Marcas Bucais da Experiência Vivida na Pobreza pela Comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1383-1392, jun, 2007.

MORRIS, A.J; BURKE, F.J. T. **Primary and Secondary Dental Care: The Nature of the Interface**. Br Dent J 2001; 191:660.

_____. **Primary and Secondary Dental Care: How Ideal is the Interface?** British Dental J. 2001; 191(12):666-70. DOI:10.1038/sg.bdj.4801263a.

MUGAYAR, L.R.F. **Pacientes Portadores de Necessidades Especiais**. Manual de Odontologia e Saúde Oral. São Paulo: Pancast, 2000.

NADANOVSKY, P. **O declínio da Cárie**. In: Saúde Bucal Coletiva (V. G. Pinto, org.), pp. 341-351. São Paulo: Editora Santo, 2000.

_____; SHEIHAM, Y.S. **Relative Contribution of Dental Services to the Changes in Caries Level of 12-yers-old Children in 18 Industrializes Countries in the 1970s and Early 1980s**. Community Dent Oral Eoidemiol 1995;23:331-9.

NARVAI, P.C; CASTELLANOS, R.A & FRAZÃO, P. **Prevalência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares do Município de São Paulo, SP,1970-1996**. Revista de Saúde Pública, 34:196-200, 2000.

_____. **Declínio na Experiência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares Brasileiros no Final do Século XX**. Odontologia e Sociedade 1999; 1:25-9

_____. **Avaliação de Ações de Saúde Bucal**. In: Oficina de Saúde Bucal no SUS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo. Texto. São Paulo, 1996.

NERI, M. **Retratos da Deficiência no Brasil (PPD)**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/IBRE, CPS, 2003.

_____; SOARES, W. **Desigualdade Social e Saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700009&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700009. Acessado em 20 de março de 2008.

NUNN, J.H; GORDON, P.H; CAMICHAEL, C.L. **Dental Disease and Current Treatment Needs in a Group of Physically Handicapped Children**. Community Dent. Health. 1993-4, 389-96.

OLIVEIRA, A. C. B. **Aspectos Relacionados à Saúde Bucal de Crianças e Adolescentes com Síndrome de Down-Um: Estudo Quali-Quantitativo**. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2001. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0001/PropostaAt en_Pess_Def.pdf). Acessado em 10 de dezembro de 2008.

_____; PAIVA, S.M; PORDEUS, I.S. **Fatores Relacionados ao Uso de Diferentes Métodos de Contenção em Pacientes Portadores de Necessidades Especiais**. Cienc. Odontol. Brás. 2004, jul/set: 7 (3): 52-9.

OLIVEIRA, L.G. D; NATAL, S; SANTOS, E.M. **Avaliação de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Niterói/RJ** Rev Bras Pneumol Sanit 2007; 15(1): 29 – 38.

OLIVER, F.C. **A Atenção à Saúde de Pessoas Portadoras de Deficiência no Sistema de Saúde do Município de São Paulo: Uma Questão de Cidadania**. Universidade de São Paulo. Mestrado, 1990. 150f.

OLIVER, M Understanding disability: From theory to practice. New York, NY, US: St Martin's Press. (1996). x, 192 pp

OMS/OPAS. **Retardamento Mental: Enfrentando o Desafio**. Washington, 1986.

Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <http://www.observatoriosocial.org.br/portal/index.php?option=content&task=view&id=1726&Itemid=117> Acessado em 22 out. de 2008.

O'REILLY, A *The Right to Decent Work of Persons with Disabilities*. Disponível em:

http://74.125.155.132/scholar?q=cache:O8OPw3ogN3YJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0. Acessado em 2 de março de 2009

O SUS de A a Z Disponível em :

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf acessado em 30 de dezembro de 2010.

PADILHA, A.M.L Práticas pedagógicas e a inserção sócio-cultural do deficiente: a complexidade da proposta. In: MANZINI, E.J. (Org.) *Inclusão e Acessibilidade*. Marília: ABPEE, 2006.

PAIM, J.S. 1993. **A Reorganização das Práticas em Distritos Sanitários**. In: EV Mendes – *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.

PALERMO, P.U. **Um Estudo Sobre a Desigualdade de Acesso a Serviços de Saúde na Região Sul**. Porto Alegre, 2005. 110f.: il. Dissertação (Mestrado de Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre, 2005.

PATTON, M. **Utilization Focused Evaluation** 3 ed. Allyn & Bacon, 1993.

PEREIRA, R. **Diversidade Funcional: A Diferença e o Histórico Modelo de Homem-Padrão**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul-set 2009, p. 715-728.

PERES, A.S; PERES, S.S.H.C.S; SILVA, R.H.A. **Atendimento a Pacientes Especiais: Reflexão Sobre os Aspectos Éticos**. *Ver. Fac. Odontol. Lins, Piracicaba*, 17 (1): 49-53, 2005.

PERES, K.G.A.; BASTOS, J.R.M & LATORRE, M.R.D.O., 2000. **Severidade de Cárie em Crianças e Relação com Aspectos Sociais e Comportamentais**. *Revista de Saúde Pública*, 34:402-408.

PERSON, R.E; STIEFEL, D.J; GRIFFITH, M.V; TRUELOVE, E.L; MARTIN, M.D. *Spec Care Dentist*. 2000 May-Jun, 20(3):114-20. 181-191. ISSN 0034-7507.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: T. A. Queiroz: Editora da Universidade de São Paulo, 1984.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade.

Disponível em:

http://divinopolis.uemg.br/poloeste/textos/Ofertas_Demandas_Saude.doc. Acessado em 16 de dezembro de 2010.

PINHEIRO, R.S & TORRES, T.Z.G. Uso de Serviços Odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):999-1010,2006.

PINTO, V. G. Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil. In: *Promoção de Saúde Bucal* (L. Kriger, org.), pp. 24-41. São Paulo: Artes Médicas 1997.

_____. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília. Ministério da Saúde; 2004b. 68p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/portaria600_23 . Acessado em 06 de abril de 2006.

Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1570.htm>. Acessado em 14 de abril de 2009.

Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1571>. Acessado em 19 de abril de 2009.

PORTUONDO, S. M. Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2004, vol.30, n.4, pp. 0-0. ISSN 0864-3466.

RAVAGLIA, C. El Problema de la Salud Buco-Dental en los Pacientes Discapacitados y Especiales. *Rev FOLA ORAL* 1997; 3(9):162-5.

RAWLS, J. Justiça como Equidade: Uma Concepção Política, não Metafísica. *Lua Nova* 25:25-291992.

_____. **Recomendações para Referência e Contra-Referência aos Centros de Especialidades Odontológicas.** Brasília. Ministério da Saúde; 2006b. 29p.

RESENDE, H., 1994. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica.** In: Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil (TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R., org.) pp.15-73. Petrópolis: Vozes.

RESENDE, V.L.S. *et al.* **Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais.** Anais do 8º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saúde_10.pdf . Acessado em 20 de janeiro de 2009.

RIBAS, João B. C. (1994). **O que são pessoas deficientes.** São Paulo: Brasiliense, 1983.

RIBEIRO, M.C.S.A; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F. e SILVA, Z.P. **Perfil Sociodemográfico e Padrão de Utilização de Serviços de Saúde para Usuários e Não-Usuários do SUS – PNAD 2003.** Ciência Saúde Coletiva [online]. 2006, vol.11, n.4, pp.1011-1022. ISSN 1413-8123.

ROCALLI, A. G. **A Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal Coletiva** (tese de doutorado). Araçatuba. Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Federal Paulista; 2000.

RODRIGUES, I. ; RODRIGUES, K. **O CEO e Equipe de Saúde Bucal.** Atendimento Integral ao Paciente Especial no Município de São Gonçalo do Amarante, apresentado no I Encontro Nacional de Centros e Especialidades Odontológicas - CEO e Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, DF, 2009.

RODRIGUES, N. **Tratado garante direitos de deficientes físicos.** Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2006/08/060826_deficienciadg.shtml . Acessado em 20 jan. de 2008.

SAMPAIO, E.F; CÉSAR, F.N; MARTINS, M. G. **Perfil Odontológico dos Pacientes Portadores de Necessidades Especiais Atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará.** RBPS 2004; 17 (3):127-134.

SANTOS, M.T.B.R. *et al.* **Oral Conditions in Children With Cerebral Palsy.** J. Dent. Child, v. 70, n.1, p.40-46, jan/apr., 2003.

SANTOS, W R dos. **A análise do Benefício de Prestação Continuada feita por quem recebe e por quem concede: duas perspectivas sobre a proteção social do benefício?** 2007. 57 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SASSAKI, R.K. **Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos.** 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2006.

SCALCO, R. Perfil do Atendimento Odontológico dos Pacientes Especiais do CEO/SUS da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Disponível em: http://www1.ufrgs.br/extensao/salaoextensao/mostra/vis_acao_mostra.asp?CodAcaoExtensao=10208 Acessado em 20 jan. de 2009.

SCRIVENS, E. **Accreditation.** Buckingham: Open University Press, 1995.

SCHMIDT, M.G. **Avaliação da Cárie Dentária, Níveis de Estreptococos do grupo Mutans e Capacidade Tampão da Saliva em Crianças Portadoras de Síndrome de Down na Faixa Etária de 6 a 14 Anos.** Dissertação em Mestrado, São Paulo, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1995.

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Qualidade e Resolutividade na Atenção Básica: Recomendações para Atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais.** Cadernos de Atenção Básica da SES. Disponível em: <http://ebookbrowse.com/prot-necessidades-especiais-pdf-d27841312>. Acessado em 20 de setembro de 2008.

SENNA, M.C. M. **Racionalidade Técnica e Lógica Política: Um estudo sobre o Processo de Implementação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo-RJ** [Tese Doutorado em Saúde Pública]Fundação Oswaldo Cruz, 228 f., 2004.

SILVA, P.L.B; MELO, M.A.B. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos** Caderno N° 48 Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP,2000. Disponível em: <http://www.ana.pro.br/ensino/SilvaeMelo.pdf>. Acessado em.....

SILVEIRA FILHO, A.D. **A Saúde Bucal no PSF: O Desafio de Mudar a Prática**, 2004.

SIQUEIRA, F.C.V *et al.* **Barreiras Arquitetônicas a Idosos e Portadores de Deficiência Física: Um Estudo Epidemiológico da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde em Sete Estados do Brasil**. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2632
21 Acessado em 21 jan. de 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 221- 242, 1999.

SMITLEY, M.G. *et al.* **Latin American and Caribbean Dental Schools: Teaching About Special Needs**. *Rev Panam Salud Publica*, v.25, n.4, p.322-327, 2009.

STIEFEL, DJ. **Dental care considerations for disabled adults**
Spec Care Dentist. 2002;22(3 Suppl):26S-39S.

SOARES, L.B.T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980**. São Paulo : Hucitec, 1991.216p.

SOUZA, A.M. **Avaliação da Saúde Bucal da Pessoa Institucionalizada com Deficiência Mental**. Dissertação [mestrado em Ciências da Saúde] Campo Grande Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2006.

SOUZA DE ARAÚJO, G.C. **Centros de Especialidades Odontológicas: Avaliação da Atenção de Média Complexidade na Rede Pública da Grande Natal**. Natal, RN, 2009.105f.:il. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2009.

STARFIELD, B. **Acessibilidade e Primeiro Contato: A Porta**. In: *Atenção Primária – Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: UNCESCO, Ministério da Saúde, 2002. Pp. 207-246.

TOMITA, N.E; FAGOTE, B.F. **Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais** *Odontologia e Sociedade* Vol. 1, No. 1/2, 45-50, 1999.

TRAVASSOS, C *et al.* **Desigualdades Geográficas e Sociais no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil: 1998 e 2003.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, v. 11, n. 4, pp. 975-986. ISSN 1413-8123.

_____; Martins, M. **Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

_____. **Eqüidade no acesso e utilização dos serviços de saúde.** Observatório de Conjuntura. Debate sobre reformas em saúde e eqüidade. 3 dez. 1999. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projespeciais/conjuntura>. Acessado em 10 jan. 2001.

UNGLERT, C.V.S.; PEDROSO, R.C.; BARRIGUELA, J.C. **Acesso aos Serviços de Saúde: Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública.** Rev. Saúde Pública [serial on the Internet] 1987 Oct; 21(5): 439-446. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000500009&lng=en. dói: 10.159/S0034-89101987000500009. Acessado em 19 de fevereiro de 2010.

VASCONCELOS EM. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis: Vozes; 2002

VELHO, G. (Org) (2004). **Desvio e divergência: Uma crítica da patologia social.** 8a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor

VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C; PINHEIRO, R.S.; BRITO, A. 2001. **Gênero e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil.** Relatório final da pesquisa. Fiocruz, Rio de Janeiro, pp.108.

VIANNA, A.L.D; HEIMANN, L.S; LIMA, L.D; OLIVEIRA, R.G; RODRIGUES, S.H. **Mudanças Significativas no Processo de Descentralização do Sistema da Saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2002: 18 Suppl:S139-51.

_____; FAUSTO, M.C.R; LIMA, L.D. **Política de Saúde e Equidade.** São Paulo em Perspectiva, 17 (1):58-68, 2003.

VIEIRA DA SILVA, L.M; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 80-91,1994.

VITA, A. **Justiça distributiva: a Crítica de Sen a Rawls.** Dados – Revista de Ciências Sociais 42(3):471-496, 1999b.

WEYNE, S. C. **A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde: Um desafio para as Novas Gerações.** In: Promoção de Saúde Bucal (L. Kriger,org.), pp. 1-26, São Paulo: Artes Médicas, 1997.

WERNECK, M.A.F. **III Encontro do Nordeste de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família.** Disponível em: <http://www.enesb.com.br/> Acessado em 10 jan. de 2009.

WEST, P e CULLIS, J. **Introducción a la Economía de la Salud.** Oxford, 1979.

WHYMAN, R.A *et al.* **The Oral Health of Long-Term Residents of a Hospital for the Intellectually Handicapped and Psychiatrically Ill.** New Z Dent J, v. 91, n. 6, p. 49-56, June, 1995.

WHITEHEAD, M. **The Concepts and Principles of Equity and Health.** International Journal of Health Services. Amityville, NY, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. Rev.Gaúcha Enf., v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Oral Health Report, 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO/NMH/NPH/ORH; 2003.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANETTI, C.H.; ZANETTI, C.H.G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) – Proposição e Programação.** Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acessado em 5 de julho de 2009.

_____. **As Marcas do Mal-Estar Social no Sistema Nacional de Saúde: O Caso das Políticas de Saúde Bucal no Brasil dos anos 80.** Rio de Janeiro, 1993. 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em agosto de 2009.

APÊNDICES

Apêndice 1.

Roteiro de Perguntas para cirurgiões-dentistas do CEO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Roteiro de Perguntas – Modelo 1

1. Experiência profissional

- a) Qual a sua especialidade ?
- b) Tempo de formado ?
- c) Tempo em que está no serviço público?
- d) Como se interessou pelo atendimento à pacientes especiais ?
- e) Como iniciou o atendimento a pacientes especiais no CEO ?
- f) Houve treinamento prévio à sua entrada ou após assumir suas atividades no CEO?
- g) Qual o seu conceito de paciente especial ?
- h) Você sabe qual o perfil do paciente especial deve ser atendido no CEO?
- i) Qual a sua opinião sobre o protocolo de encaminhamento p/atendimento?
- j) Você utiliza algum protocolo de atendimento?/Existe um protocolo de atendimento?
- k) Quais os pacientes especiais atendidos aqui?
- l) Qual o paciente especial que apresenta maior dificuldade no atendimento?
- m) Você possui conhecimento sobre as metas do programa?
- n) A sua especialidade cumpre as metas do programa?
- o) Os pacientes especiais atendidos aqui poderiam ter seus problemas resolvidos na AB?
- p) Quais os procedimentos mais realizados nos PNE?

2. Interação com outros profissionais de saúde e com demais níveis de complexidade

- a) Facilidade em obter laudos e exames.
- b) Facilidade em encaminhar para outros profissionais /como isto é feito.
- c) Recebe pacientes de outros profissionais de dentro do Posto (Fluxo interno)?
- d) Há no CEO um fluxo interno entre as especialidades ?

- e) Recebe pacientes de outros postos de saúde (Fluxo externo –referência e contra-referência)/são usadas guias de referências?
 - a. PSF
 - b. Entidades filantrópicas
 - c. Associações de Pessoas com deficiência
 - d. Como se dá a interação entre os demais profissionais de saúde?
- f) Existe facilidade de encaminhar este paciente para outros profissionais?
- g) De que outros lugares você recebe encaminhamento?
- h) Você recebeu orientação de, para onde encaminhar o paciente que necessita de tratamento sob anestesia geral?
- i) Como você encaminha pacientes que tem indicação de anestesia geral?
- j) Na sua opinião , qual o diferencial do CEO para a AB no atendimento ao paciente especial?
- k) Como você considera o acesso á sua especialidade? Há muita demanda?
- l) Como é feito o agendamento para a sua especialidade?
- m) Existe fila de espera?
- n) Tempo médio de espera
- o) Na sua opinião , na prática dos serviços está havendo integração entre atenção básica e a média complexidade?
- p) Ao terminar o tratamento o paciente é contra-referenciado para a AB p/ manutenção? Se não como é feito o controle deste paciente?

3.Informação e educação

- a) Como foi a divulgação do serviço para o público-alvo?
- b) Palestra para grupos de portadores de necessidades especiais?
- c) Envolvimento do dentista nos programas de pacientes especiais ?
- d) Divulgação para os outros profissionais do posto

4.Capacitação dos profissionais

- a) Capacitação de dentistas e THDs para o atendimento ao PNE
- b) Trabalha com ACD?
- c) Há atualização periódica?
- d) Reuniões com gestores?
- e) Elaboração de protocolos
- f) Reuniões com outros especialistas.

5. Quais as maiores dificuldades a serem enfrentadas na implementação do atendimento ao paciente portador de necessidades especiais no CEO? Capacitação profissional, falta de demanda; falta de informação; falta de estrutura; encaminhamento adequado. Quais as suas sugestões?

6. Quais os aspectos positivos do programa?

Apêndice 2
Roteiro de Perguntas para gestor do CEO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Roteiro de Perguntas – Modelo 1

1. Como a política chegou ao local (processo de implantação)
 - a. Reuniões com todos os gestores e coordenação de saúde bucal
 - b. Apresentação das normas do programa
 - c. Quando e como o atendimento se iniciou
 - d. Houve obras de adequação para a implantação do serviço
 - e. Como são distribuídos os recursos
 - f. Reuniões de acompanhamento da implantação

2. Antes da implantação do CEO como funcionava na Policlínica a atenção odontológica? Como aconteceu o processo de transição?
3. Houve algum período de paralisação? Quanto tempo?
4. De que maneira os usuários foram informados das mudanças ocorridas

5. -Recursos Humanos para o atendimento
 - a. Escolha de cirurgiões dentistas
 - b. Capacitação de dentistas
 - c. Capacitação de THDs

6. -Conhecimento das normas e metas do programa
 - a. Opinião sobre o perfil do paciente especial que o CEO deve atender
 - b. Como é feito o encaminhamento e agendamento para o CEO
 - c. Fluxo interno para outros especialistas
 - d. Quais as metas estabelecidas para este tipo de atendimento

7. - Divulgação para a população-alvo
 - a. Existe contato com entidades de PNE
 - b. Quais os pacientes especiais atendidos neste CEO
 - c.

Qual o horário de funcionamento dos CEOs

Quantos dentistas fazem atendimento à PNE

Qual a carga horária

Existem atividades fora do consultório dentário?

8. - Fluxo de atendimento destes pacientes especiais

- a. Como é feita a marcação do PNE nesta unidade
- b. Houve mudança da forma antiga?
- c. Há uma central de regulação de consultas nesta região
- d. Existe lista de espera/qual o tempo médio de espera
- e. Os pacientes vem encaminhados de outros níveis de atenção com guias de referência e contra-referência.
- f. Como é feito o encaminhamento para alta complexidade?
- g. Qual o local de referência para este nível de atendimento nesta região?
- h. Na sua opinião o CEO está cumprindo seu verdadeiro papel de suporte na atenção básica? E com relação especificamente ao Atendimento ao PNE?
- i. Como o usuário faz para ser atendidos
- j. Há quotas pré estabelecidas para a AB, tendo como base a oferta mensal de vagas das especialidades da unidade
- k. A demanda do CEO é restrita á que área?

9. -Dificuldades no atendimento

- a. Recursos humanos
 - i. Proporção de ACDs por dentista
 - ii. Possui ACDs e THDs
- b. Recursos financeiros
- c. Recursos técnicos
- d. Falta / excesso de demanda
- e. Dificuldades de obtenção de laudos e exames
- f. Encaminhamento inadequado

10. -Integralidade das ações

- a. Houve a exposição para os outros profissionais de saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, enfermeiros) a respeito do atendimento oferecido no CEO.
- b. Existe facilidade em conseguir laudos e exames?

11. -Inserção da saúde bucal em outros programas de saúde

- a. Os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente especial estão envolvidos em atividades de promoção de saúde (palestras, campanhas, reuniões)

- b. Os profissionais estão inseridos nos programas de saúde oferecidos no Posto
- c. Quais as atividades desenvolvidas por estes profissionais

Apêndice 3

Roteiro de entrevista com Coordenador /Coordenadora de Saúde Bucal
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

- 1.Há quanto tempo está no cargo
- 2.Como se deu a adesão do município ao Brasil Sorridente?
- 3.Como se chegou ao número de 18 CEOs?
- 4.Quais os critérios utilizados para o lugar de implantação do CEO?
- 5.Quais as especialidades ofertadas
- 6.Qual o número de equipamentos novos adquiridos e instrumental?
- 7.Qual a contra-partida da SMS para a estruturação dos CEOs? Houve acordo entre os níveis?Quais?
- 8.Como se deu a seleção dos profissionais?Houve exigências quanto à formação?
- 9.Há programas de educação continuada /permanente para profissionais dos sistemas locais de saúde?(AB ou CEO)? Quais as abordagens prioritárias
- 10.Como é a articulação entre a média e a alta complexidade para PNE?
- 11.Com relação aos protocolos de atendimento, existe protocolo para os PNE? Como e por quem foram elaborados? De que maneira os servidores da AB e do CEOs tomaram conhecimento do seu conteúdo?
12. Existem metas a serem cumpridas pelos CEOs? Quais? Como chegaram a elas?
- 13.São feitas avaliações dos serviços?Como e por quem?
- 14.Como espera que se dê a integração das ações com a AB? Foi previsto quando da implantação?
- 15.Quais os usuários tem acesso aos CEOs? De que forma entram nesses serviços?
- 16 .No caso específico dos PNE como é feito o encaminhamento aos CEOs
17. Existe uma articulação com a FUNLAR ou com a secretaria da pessoa com deficiência ou com entidades de pacientes especiais?
- 18.Como é feita a divulgação deste trabalho para a população
- 19.Quanto é repassado de custeio mensal e implantação dos CEOs?
- 20.Existe alguma dificuldade para a implantação efetiva dos CEOs?

Apêndice 4.
Consentimento Esclarecido
Fundação Oswaldo Cruz-Escola Nacional de Saúde Pública
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Análise da Implementação de uma Política de Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais” desenvolvida pela doutoranda Ana Lúcia A. e Silva de Souza Freire. Esta pesquisa tem por objetivo principal a análise do processo de implementação do atendimento ao paciente com necessidades especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas.

Para a coleta de dados serão realizadas pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas e realização de grupos focais como forma de obter informações necessárias a realização do estudo.

O Senhor(a) foi selecionado e, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de participar e, retirar seu consentimento. Sua recusa, não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relevantes mediante entrevista Caso seja de seu desejo que a entrevista não seja gravada, a pesquisadora anotarás as respostas. Será garantido o anonimato e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que o entrevistado não será identificado no estudo.

Durante a gravação da entrevista o Senhor(a) não é obrigado a falar aquilo que não desejar podendo solicitar a interrupção a qualquer momento e recusar a resposta a alguma pergunta que considere inconveniente ou desnecessária. O tempo de duração da entrevista será de acordo com a sua própria disponibilidade.

A transcrição e gravação das entrevistas ficarão em posse do pesquisador por pelo menos cinco anos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre o atendimento a pacientes especiais no Município do Rio de Janeiro.

As atividades de pesquisa consistem na realização de entrevistas com risco mínimo visto que não serão realizados procedimentos clínicos.

O senhor deverá ser ressarcido caso tenha gastos ou despesas devido à pesquisa e poderá ser indenizado se houver danos comprovadamente ocorridos por causa da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ana Lúcia de Souza Freire Sanchez
Fone 22947479-96021439 e-mail: lusanchez@globo.com
Doutoranda ENSP/FIOCRUZ
ENSP/FIOCRUZ
Departamento de Políticas Públicas e Saúde
Rua Leopoldo Bulhões, 1480/ sala 912
Manguinhos-Rio de Janeiro
Tel: (21) 25982651/ 25982525

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na
pesquisa e concordo em participar.

ANEXOS