

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS)
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ANA CAROLINA SANTANA CARDOZO

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL ÀS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E GRUPOS ESPECIAIS**

Salvador,
2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS)
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ANA CAROLINA SANTANA CARDOZO

INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E GRUPOS ESPECIAIS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, como requisito para obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Joana Danielle Brandão Carneiro
Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Ferraz Mello

Salvador,
2017.

ANA CAROLINA SANTANA CARDOZO

INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E GRUPOS ESPECIAIS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, como requisito para obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora

Joana Danielle Brandão Carneiro _____

Marcos Santana _____

Mavie Eloy Kruschevsky _____

CARDOZO, Ana Carolina Santana. Integralidade do Cuidado em Saúde Bucal às Pessoas com Deficiência e Grupos Especiais, 24f. Trabalho de Conclusão da Residência – TCR, Fundação Estatal em Saúde da Família, FESF-SUS, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, 2017.

RESUMO

Na Odontologia, paciente com necessidades especiais é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que não o permita ser submetido a uma situação odontológica convencional. Por muitos anos, a Odontologia permaneceu à margem das políticas públicas de saúde e o ingresso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Este trabalho tem por objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre a integralidade do cuidado em saúde bucal ao paciente com necessidades especiais, provocado a partir de uma visita domiciliar, rotina do leque de ações da assistência à saúde da família, a qual demonstrou a necessidade de comunicação com a rede de saúde do município de Camaçari, local de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade da FESF/FIOCRUZ. Foi realizada uma busca a referenciais bibliográficas, de natureza qualitativa, sendo selecionados quinze artigos para levantamento de dados. Os achados do estudo foram elencados de acordo com a temática proposta, uma revisão de literatura sobre a Integralidade do cuidado em Saúde Bucal às Pessoas com Deficiência e Grupos Especiais. Os resultados mostraram a necessidade da reorganização do modelo assistencial e dos fluxos pré-estabelecidos.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Assistência ao Paciente; Saúde bucal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ESB – Equipe de Saúde Bucal

IADH - International Association for Disability and Oral Health

MS – Ministério da Saúde

PIA - Programa Inversão da Atenção

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

1.INTRODUÇÃO.....	7
2.METODOLOGIA.....	13
3.REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 História dos Modelos Assistenciais na Saúde Bucal Brasileira.....	14
3.1.1 Odontologia Sanitária e Sistema Incremental.....	14
3.1.2 Odontologia Simplificada e Odontologia Integral.....	15
3.1.3 Programa Inversão da Atenção – PIA.....	15
3.1.4 Programa de Saúde da Família.....	16
3.2 Pacientes com Deficiências e Grupos Especiais na rede pública de assistência à saúde.....	16
3.3 Acesso aos serviços de saúde.....	16
3.4 Integração da rede.....	18
3.5 Resolubilidade na atenção ao especial.....	19
3.6 Transpondo barreiras da clínica convencional.....	20
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

Por muitos anos, a Odontologia permaneceu à margem das políticas públicas de saúde. O ingresso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Para alterar esse quadro, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (BRASIL, 2004). Surge num momento em que os serviços de saúde bucal carecem se reestruturar segundo os princípios do SUS e adotar um novo costume diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Pensado nesta transformação, é indispensável romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças (BRASIL, 2006). Assim, tendo em vista a integralidade do usuário, a Odontologia, com sua ação preventiva, curativa e reabilitadora, deve funcionar de forma multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012).

A integralidade e o cuidado apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva (VIEGAS; PENNA, 2015).

A integralidade é um princípio doutrinário da política de Estado para a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que permite uma identificação dos sujeitos autônomos e livres, dignos de uma atenção à saúde qualificada e resolutiva. É um conceito que surgiu no contexto específico do SUS em 1988. É uma palavra que não existe no dicionário, constituiu-se descritor em Ciências da Saúde somente em 2014 (VIEGAS; PENNA, 2015).

Não há referência à palavra integralidade na Constituição da República de 1988, e sim ao atendimento integral no art. 198, inciso II, que prescreve que, no campo da saúde, haja “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (p. 133). Na Lei Orgânica da Saúde há uma única referência à integralidade no artigo 7º, inciso II, que determina que as ações devam ser realizadas “obedecendo ao princípio da integralidade de assistência,

entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”2 (p. 3). Dessa forma, a integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para uma ruptura de valores tradicionais na Saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas (VIEGAS; PENNA, 2015).

Quando se fala nos sentidos e significados dessas palavras, pode-se considerar que a “Integralidade do Cuidado” possui termos imbricados, que se completam e fazem sentido: aquele que cuida e aquele que recebe o cuidado. Portanto, não temos como falar de cuidado sem considerarmos a relação que se estabelece no ato de cuidar (NO), nem podemos cuidar de uma pessoa sem considerá-la integral em suas dimensões. As noções de cuidado aqui adotadas estão fundadas nas proposições de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento (NO) ou do nível de atenção em saúde. O cuidado representa a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem no ato ou na atitude (NO). Essa apreensão de cuidado articula-se intimamente à noção de integralidade, pois impõe um olhar ampliado sobre o homem, sua saúde e seu cuidado (VIEGAS; PENNA, 2015).

Construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais (SILVA; SENA, 2008).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é referência para o atendimento aos usuários no sistema de saúde, lembrando que deve ser mantida uma comunicação implicada com as demais Redes de Saúde, ocorrendo assim a efetivação e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2012). Contudo, deve-se ter em mente algumas noções acerca do planejamento local e da importância de se reconhecer o território em que se trabalha, compreendendo-o como um espaço social, historicamente construído, em que ocorre a vida das pessoas e são estabelecidas as relações entre estas e destas com as diversas instituições existentes (culturais, religiosas, políticas, econômicas, entre outras) (BRASIL, 2006). É necessário, no entanto, a garantia do

acesso desses usuários, também, aos serviços de média e alta complexidade, visando a integralidade da atenção. Desse modo, segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, determina que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2012).

A priorização da Saúde Bucal, por parte dos gestores, tem requerido a ampliação do acesso aos serviços de Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, e de Atenção Especializada em Saúde Bucal, pautando-se pela procura da efetivação da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Uma das grandes preocupações na construção de uma política pública para saúde bucal no Brasil foi ter como garantia o acesso aos serviços ofertados a toda a população brasileira. No que tange à Atenção em Saúde Bucal, a Equipe de Saúde Bucal (ESB), quando inserida na APS, deve assumir o papel de coordenadora do cuidado. Dessa forma, não se restringirá apenas ao primeiro nível, mas deverá ser a base de toda a atenção, garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário e, inclusive, responsabilizando-se por ele (GIOVANELLA et al, 2009; LAVRAS, 2011).

A integralidade faz parte de um dos princípios doutrinários do SUS. Segundo Mattos, ela possui distintos sentidos no campo da saúde: (I) histórico, de contraposição à dicotomia da saúde pública e da assistência médica no País; (II) sentido epistemológico da concepção de saúde para prática em saúde integral; (III) sentido de planejamento em saúde e de políticas focadas na atenção integral; e (IV) sentido das relações de trabalho, educação e saúde, formação e gestão do trabalho em saúde (MOTTA et al., 2015; SHIKASHO 2013). No entanto, Mattos (2001) chama atenção para o conceito de integralidade não apenas como uma diretriz do SUS, mas uma bandeira de luta, um enunciado das características desejáveis do sistema de saúde. Refere-se a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Portanto, em qualquer sentido que a integralidade seja tomada, implica na recusa ao reducionismo, na objetivação dos sujeitos e, talvez, em uma afirmação da abertura para o diálogo (MOTTA et al., 2015).

É no plano das práticas que se dá a construção da integralidade, seja na formulação e gestão das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional - buscando conhecimento integral e construção coletiva das intervenções, e não apenas articulações pontuais e encaminhamentos internos - e entre estes e os serviços. Assim, é necessário também que os gestores municipais, estaduais e federais priorizem este princípio, verificando no cotidiano de gestão e na operação do sistema de saúde se seus pressupostos têm sido aplicados (MOTTA et al., 2015; SHIKASHO 2013; REIS et al., 2015).

Conforme ampliação do conceito de Atenção Básica, e, por conseguinte, da crescente oferta de procedimentos diversos, fez-se necessários investimentos que promovessem o aumento do acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004). Dessa forma, a fim de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado, em 2004, pelo Ministério da Saúde, o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, oferecendo serviços especializados e servindo de referência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB), que encaminham os casos que necessitam de tratamento especializado (BRASIL, 2008). Embora se tenha avançado o estado do nível de conhecimento da Odontologia, referindo-se aos avanços técnicos e científicos obtidos nos últimos anos, boa parte da população ainda carece da atenção às necessidades bucais básicas, como os pacientes especiais (MARRA et al., 2013).

Na Odontologia é considerado como pacientes com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que não o permita ser submetido a uma situação odontológica convencional. As causas 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, 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 (BRASIL, 2006).

A precisão de oportunizar ao paciente com necessidade especial a atenção odontológica em ambiente hospitalar está em concordância com os princípios

doutrinários do SUS, dentre eles o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde a população. A importância da execução do projeto foi reforçada pelo Projeto de Lei 2.776/08, da autoria do Deputado Neilton Mulim que tramitou de 2008 a abril de 2013, no Congresso Nacional, que instituía a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia em todas as unidades de terapia intensiva, também em clínicas ou hospitais públicos ou privados em que se tenha pacientes internados, para os cuidados da saúde bucal do paciente. Tal projeto foi aprovado no dia 10/04/2013, na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), da Câmara dos Deputados, com novo substitutivo, cujo texto final obriga a presença de um cirurgião-dentista em UTI e demais instituições públicas e privadas que mantenham pacientes sob regime de internação, em médios e grandes hospitais do Brasil. Por meio da Portaria 1.032 publicada pelo Ministério da Saúde e a Resolução RDC nº 7 da ANVISA, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passaram a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de Atenção Primária e Atenção Secundária em ambiente hospitalar (MARRA et al., 2013).

Portanto, a definição do campo da prática das Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica ultrapassa, e muito, os limites da boca, exigindo na sua composição ações que integrem diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2008). Tendo em vista as barreiras de acesso aos serviços de saúde e, neste caso, à saúde bucal, e sendo a atenção primária à saúde a protagonista da coordenação deste cuidado, este trabalho tem por objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre a integralidade do cuidado em saúde bucal às pessoas com deficiência e grupos especiais. Este tema foi instigado a partir de uma visita domiciliar, rotina do leque de ações da assistência à saúde da família, solicitada pela família do usuário. Usuário este, do sexo masculino, cadeirante, hipertenso, obeso e com diagnóstico de esquizofrenia. Dessa forma, a visita domiciliar foi realizada e ao exame clínico notou-se lesão cáries extensa, o que justificava a dor intensa do mesmo, a necessidade de atendimento e de comunicação com a rede de saúde do município de Camaçari, local de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade da FESF/FIOCRUZ, para garantia da integralidade deste cuidado.

2. METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão de literatura, a partir da pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo e qualitativo, como forma de obter elementos sobre a integralidade no atendimento ao paciente com necessidade especial no âmbito dos SUS. O estudo foi realizado através da pesquisa de materiais publicados em livros, manuais do MS, artigos brasileiros, de 1986 a 2015, no idioma português disponíveis na íntegra e de forma gratuita. A busca dos artigos se deu em bases de dados: Scielo, Portal de Periódicos Capes, site da Biblioteca da USP e UNICAMP e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS-Bireme), por meio dos descritores oficiais: “Integralidade em Saúde”; “Assistência ao Paciente”, “Saúde Bucal”, elegendo vinte e cinco (25) artigos e duas (2) teses. Além disto, foram utilizadas as políticas/portarias/cadernos/manuais como auxílio a fomentar a discussão e por serem referências básicas para o objetivo proposto por este trabalho. A procura se deu entre os meses de Agosto e Dezembro de 2016. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem integralidade em saúde bucal nos diferentes níveis de atenção e que estavam disponíveis em textos completos. Já os critérios de exclusão foram os artigos em que não se correlacionavam ao menos dois níveis de atenção. A etapa de interpretação foi a partir da leitura crítica dos artigos selecionados e categorização desses de acordo com a sua temática central, para utilização das informações na revisão de literatura.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Desenvolver um conjunto de ações para enfrentar problemas de saúde bucal na dimensão coletiva requer adequado planejamento do que fazer, o que pressupõe delinear um modelo de atenção em saúde bucal. Modelos dessa natureza resultam sempre, contudo, do processo histórico nos quais estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses e, portanto, suas contradições e conflitos. Admitindo-se, conforme assinalado inicialmente, que saúde bucal é uma abstração útil, deve-se, desde logo, registrar que qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde, em sentido lato, que se logre produzir em cada território – tenha esta dimensão nacional, regional ou local (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

3.1 História dos Modelos Assistenciais na Saúde Bucal Brasileira

Somente com a promulgação da *Constituição Federal* de 1988, promoveu-se o acesso universal da população aos serviços de saúde (NICKEL et al., 2008). Quando se fala nos modelos assistenciais, nota-se que um complementa o outro, ajustando-se aos princípios do SUS e adequando-se às diversas realidades dos territórios. Dessa forma, trabalha-se, hoje, sem exclusão de faixa etárias, atendendo de forma programática e alinhando a promoção, prevenção à saúde e também sua manutenção curativa, além de contextualizar a situação do indivíduo a ser atendido, sua família e sua comunidade.

3.1.1 Odontologia Sanitária e Sistema Incremental

Este modelo priorizou a atenção aos estudantes do sistema público de primeiro grau, dando entrada na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em espaços estratégicos do ponto de vista econômico. Marca o começo da coerência organizativa e de programação para assistência odontológica, abrangendo, de forma predominante, a estudantes de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos (BRASIL, 2008). Contudo, fundamentado nos princípios que

norteiam o SUS, como o de universalidade de atenção, em que todo cidadão tem direito à saúde, e o de integralidade de serviços, onde as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade, não mais se aprova a exclusão das outras faixas etárias (NICKEL et al., 2008).

3.1.2 Odontologia Simplificada e Odontologia Integral

Perante os novos conhecimentos quanto a prevenção e o controle da cárie, discussões sobre o atendimento odontológico prestado pelo Estado e dos resultados epidemiológicos insatisfatórios em todo o Brasil, opções programáticas surgiram, como a Odontologia Integral ou o Incremental Modificado que reconhece a cárie como doença infectocontagiosa e institui o retorno programado para manutenção preventiva (ZANETTI e LIMA, 1996). Estabelecido ao fim dos anos 70, sobressaiu à mudança dos espaços de trabalho, dando destaque a promoção e prevenção da saúde bucal com enfoque coletivo e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com a inclusão de pessoal auxiliar (BRASIL, 2008).

3.1.3 Programa Inversão da Atenção – PIA

Em decorrência das críticas ao Sistema Incremental, surgiu, no fim da década de 80, o Programa Inversão da Atenção, contrariando as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral (ZANETTI e LIMA, 1996). A principal característica baseava-se na intervenção antes e o controle depois. Através de sua matriz programática, procurou adaptar-se ao SUS, de forma a não se preocupar com a interação da comunidade. Foi instituído um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Para isto, contava com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), troca da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole, em atuações de caráter preventivo promocional (BRASIL, 2008).

3.1.4 Programa Saúde da Família – PSF

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, relevante tanto na modificação do processo de trabalho quanto na exatidão do diagnóstico situacional. Ela surge como estratégia de reorientação do modelo assistencial havendo a inclusão da odontologia a partir de 2000, sendo considerada como verdadeira revolução no cenário da saúde bucal coletiva sob a circunstância de uma política precursora no sentido de, não somente, buscar melhorias no atendimento, mas ainda, de abranger maior inclusão social (MUNKEVIZ; PELICIONI, 2010).

O objetivo maior da inclusão da Odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF) foi aumentar o acesso da população às ações de saúde bucal, compreendendo-as no conjunto de atividades ofertadas pelo PSF, incitando dessa forma a reorganização da saúde bucal na atenção básica (MUNKEVIZ; PELICIONI, 2010). Isto se confirma na proposta do Ministério da Saúde quanto as diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua consolidação, através do Brasil Sorridente, sendo a Atenção Básica um de seus mais importantes pilares (BRASIL, 2004).

3.2 Pacientes com Deficiências e Grupos Especiais na rede pública de assistência à saúde

Os atendimentos aos pacientes com deficiências e grupos especiais ocorrem de forma programática e de forma casada com os demais atendimentos dos profissionais da unidade. Porém, ainda há receio, por parte dos dentistas, em atender estes pacientes, mostrando a necessidade de eventuais educações permanentes para melhor prepará-los e como forma de desmistificar certos comportamentos e conceitos, por parte dos mesmos. Todo paciente merece um atendimento especial em sua totalidade, pois traz consigo medos, receios e anseios. Dessa forma, os atendimentos vão acontecendo de forma igualitária para todos os usuários, atendendo aos preceitos do que se é preconizado, além de promover a inclusão e participação dos mesmos.

De acordo com o ideal democrático, da Constituição Federal de 1988, devem estar garantidos os direitos das pessoas com deficiências nos demais campos e aspectos. No artigo 23, capítulo II, a Constituição decide que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (Brasil, 2008).

Deficiência, segundo conceito fixado pelo Decreto n.º 3.298/99, é “toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida”.

A assistência às pessoas com deficiência e grupos especiais deve se dar a partir da hipótese que, além de ser acometido pela condição específica, trata-se de um cidadão que pode apresentar doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, também, de outros serviços além daqueles ligados somente a sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde da pessoa com deficiência não deverá acontecer apenas nas instituições específicas de reabilitação, sendo garantido o atendimento na rede de atenção, nos diversos níveis de complexidade e de especialidades. Por outro lado, promover-se-á o aumento da cobertura assistencial em reabilitação, de forma a permitir que o acesso seja propiciado a toda a população com alguma deficiência, o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% desse segmento. Para tanto, uma das estratégias será a inserção da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade (Brasil, 2008).

3.3 Acesso aos serviços de saúde

Quando se discute o acesso da população aos serviços de saúde, a Atenção Básica de Saúde (ABS) é pensada como porta de ingresso e o primeiro nível de contato da população com o sistema público de saúde, aquele mais próximo às famílias e à comunidade (CECÍLIO et al., 2012). Dessa forma, se dá também o acesso às pessoas com deficiência e grupos especiais. Porém, é sabido que este atendimento inicial à saúde, que tem preferência na atenção primária, pode se dar, também, pela atenção de urgência e emergência, **atenção psicossocial e serviços especiais de**

acesso aberto. O acesso é ordenado na atenção primária e deve ser estabelecido de acordo com a gravidade do risco individual e coletivo, devendo ser distribuído de forma justa.

Para Starfield (2002), a ABS deve coordenar os caminhos dos usuários entre os diversos serviços de saúde, procurando garantir maior equidade ao acesso e ao uso eficaz das demais tecnologias e serviços do sistema, a fim de responder às necessidades de saúde da população. Dessa forma, Cecílio et al., (2012), traz que a ABS é refletida como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, não mais pela diretriz da hierarquização dos serviços, mas pelo caráter de centralidade que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado.

A assistência odontológica pública, no Brasil, tem se adstrito quase que totalmente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida (BRASIL, 2004). Em contrapartida, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que um dos princípios da inclusão da saúde bucal no PSF seja a integralidade, sendo as ações de saúde bucal desenvolvidas nos serviços municipais ou regionais e que estejam inseridas no primeiro nível de atenção. Porém, os usuários devem ser conduzidos aos serviços de referência quando for requerida maior complexidade tecnológica para a resolubilidade de situações ou problemas identificados, garantindo atenção integral aos indivíduos e às famílias (MUNKEVIZ; PELICIONI, 2010).

Antes da inserção da saúde bucal no PSF, o atendimento odontológico brasileiro esteve voltado, quase que exclusivamente, às crianças de 7 a 12 anos. No entanto, esse aspecto excluiu quase que as demais faixas etárias da assistência à saúde bucal. Constatou-se que, em relação aos índices de cárie dentária, os progressos experimentados pela faixa etária focada estão muito afastados dos índices dos jovens e adultos (PINTO, 2003). Munkevitz e Pelicioni (2010) traz, então, o PSF como uma nova forma de atuação, tendo como foco a família, e concretizando um novo modelo de atendimento em saúde bucal.

Ainda que o ingresso a serviços de saúde bucal esteja melhorando, a atenção integral, recomendada pelo SUS, não têm sido alcançada na maioria dos municípios, havendo desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados (FIGUEIREDO et. al., 2009). Segundo Almeida et al. (2010), a falta de uniformidade entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos formais para atenção terciária e a desarticulação das políticas que normatizam a atenção

secundária são entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto esse processo na rede.

3.4 Integração da rede

A integralidade da assistência se inicia e se completa na rede de atenção à saúde com o referenciamento do usuário. A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzidas, em especial, segundo a diretriz do SUS. Além disso, a rede de serviços de atenção à saúde deverá estar sempre relacionada com outras políticas públicas. Nesse sentido, esta comportará a organização das ações e dos serviços em pelo menos três níveis de complexidade, interdependentes e complementares.

As principais estratégias para a integração dos níveis assistenciais incluem a criação e o fortalecimento de estruturas regulatórias no interior das Secretarias Municipais de Saúde, com descentralização de funções em nível local, organização dos fluxos, implantação de sistema de informação com prontuário eletrônico e aumento da oferta de serviços especializados (SPEDO et al., 2010; ALMEIDA et al., 2010).

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa com deficiência deverá, essencialmente, fornecer os serviços necessários da forma mais próxima possível, do ponto de vista geográfico, social e cultural da comunidade, agregando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na falta de condições para tal, encaminhamentos necessários deverão ser feitos, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados (Brasil, 2008).

Na rede de saúde, a atenção secundária é constituída pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária (Portaria GM/MS no 4.279, 2010), historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível inclui serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN et al. 2013).

Assim, ao acionar referenciais de melhores práticas à atenção secundária, potencializam-se os retornos positivos às demandas dos usuários (ERDMANN et al., 2013). Em contrapartida, uma das maiores limitações que rodeia a Atenção Básica, não apenas na área da Odontologia como também nas outras áreas da saúde, é o fluxo inadequado no que tange a referência e contra-referência dos usuários no sistema de saúde, tendo como consequência o atraso do paciente em se conseguir o tratamento especializado (GONTIJO, 2007).

3.5 Resolubilidade na atenção ao especial

O atendimento às pessoas com deficiências e grupos especiais tem se tornado cada vez mais frequente na prática diária do cirurgião-dentista, devido, especialmente, ao aumento da expectativa de vida. Porém, os profissionais ainda se deparam com dificuldades em atender estes pacientes (SILVA et.al., 2005). Tais dificuldades se dá não apenas pelo receio de atendê-los, mas pelas barreiras encontradas na própria unidade de atendimento, seja elas barreiras físicas, tecnológicas e falta de materiais de consumo, o que impede a resolubilidade do atendimento aos usuários.

O aumento da resolubilidade na atenção primária depende do acesso a consultas e procedimentos disponíveis na atenção secundária. A adequada relação entre ambas é um dos fatores condicionantes dessa resolutividade (SPEDO et al., 2010). Em consonância, investimentos em atenção secundária potencializam a resolubilidade da atenção primária. Por outro lado, a baixa resolubilidade da atenção primária amplia a demanda para a atenção secundária (ALMEIDA et. al., 2010).

O contato com as ações e a qualidade do cuidado oferecido aos cidadãos são princípios do sistema de saúde que refletem as práticas realizadas. Boas práticas reflete um conjunto de técnicas, processos e atividades, entendidas como melhores para realizar determinado trabalho, consistente com os valores, objetivos, evidências da promoção da saúde e entendimento do ambiente no qual se desenvolve a prática (KAHAN et.al., 2001). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), no campo de programas e serviços de saúde, as melhores práticas envolvem utilização de conhecimento em situações e contextos específicos e sua prática com o uso apropriado de recursos para a obtenção de resultados.

3.6 Transpondo barreiras da clínica convencional

A Odontologia depara-se com muitas situações inesperadas e que precisam ser contornadas, utilizando recursos que fogem aos protocolos pré-estabelecidos e concentram-se no campo das emoções e do inconsciente, pois no atendimento a um paciente especial recebem-se também os familiares e suas ansiedades, problemas e angústias (SILVA et al. 2005). Muitas vezes é preciso adequar o atendimento e também os materiais, a serem utilizados, às necessidades de cada usuário. Em alguns casos há necessidade de usar recursos para o controle do comportamento dos pacientes especiais por meio da contenção física, passando pela sedação e, em último caso, pela anestesia geral (OLIVEIRA et al., 2003). Algumas vezes, a fim de gerar maior segurança como forma preventiva das doenças orais e sistêmicas e na cura das afecções orofaciais, para maior efeito e sucesso no tratamento odontológico, faz-se necessário o uso da anestesia geral (MCDONALD, 1986; FOURNIOL FILHO, 1998).

No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente adequado a fim de proporcionar o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços. Para seu desenvolvimento, busca-se horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção (SILVA, 2011). Remetendo-se a Portaria GM/MS no 4.279, 2010, esta traz que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é composta por um conjunto de organizações que proporcionam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, visando a integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica Saúde (ABS) é referência para atendimento ao usuário no sistema público de saúde, devendo esta ser multidisciplinar e atender de forma universal e integral o mesmo. Dessa forma, todo e qualquer usuário, inclusive as pessoas com deficiência, devem ser atendidas na ABS de forma a ter um atendimento resolutivo a maioria das necessidades do usuário e problemas pertinentes ao setor e tecnologia que tange o serviço. Portanto, a unidade básica ou os serviços de emergência ou pronto atendimento deverá ser a porta de entrada, sendo assistido, orientado e encaminhado para unidade mais adequada ao caso.

Não sendo possível o atendimento que contemple toda necessidade do usuário, o mesmo será referenciado a outro nível de atenção, como a atenção secundária e/ou terciária, a fim de dar resolubilidade ao caso. Dessa forma, possibilita-se também a distribuição adequada do usuário aos serviços e, conseqüentemente, evitará a sobrecarga do mesmo. Porém, os usuários, ainda encontram barreiras de acesso aos demais níveis de atenção, existindo, portanto, dificuldades no estabelecimento de uma rede de atenção à saúde bucal e, por conseguinte, em garantir a integralidade do cuidado.

A rede de atenção local deve atuar de forma articulada, planejada e implementada de forma intersetorial e descentralizada, visando facilitar a intervenção, seja de caráter individual ou familiar, e o tratamento do usuário. Contudo, deve se organizar de tal forma que todos os níveis de atenção trabalhem juntos e se complementem, a fim de resolver os problemas demandados e também favorecer a inclusão social do usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA PF, et al. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Cad Saúde Pública. 2010; 26(2):286-98.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. ***Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.*** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal.** Brasília, DF, 2006 (Cadernos de Atenção Básica n.17).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.** Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.
- CECÍLIO LCO, et al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11): 2893-2902, 2012.
- Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
- ERDMANN AL, et al. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços.** Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2013;21(Spec):[08 telas]
- FIGUEIREDO JR. **Estratégias para a provisão de cuidados no atendimento odontológico a pacientes portadores de deficiência.** [Mestrado]. São Paulo: FOU SP; 2002.
- FIGUEIREDO N, GÓES PSA. **Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em**

Pernambuco, Brasil. Cad de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.259-267, fevereiro de 2009.

FOURNIOL, A **Pacientes Especiais e a Odontologia**. São Paulo. Santos, 1998.

GIOVANELLA L, et al. **Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14(3): 783-794.

GONTIJO LPT. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde** [Tese Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP; 2007.

KAHAN B, GOODSTADT M. **Health Promotion: Developing and implementing a best practices approach to health promotion**. Health Prom Practice. 2001;2(1):43-67.

LAVRAS C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade, São Paulo, 2001; 20(4): 867-874.

Lei nº 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**. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.

MARRA EMO et al. **Experiência odontológica, em ambiente hospitalar, para o cuidado a crianças com doenças crônicas**. Revista Pet Odonto. Ciência e Saúde. Ano 2. Vol. II. Minas Gerais: Uberlândia. Outubro, 2013.

MCDONALD RE, AVERY DR. **Odontopediatria**. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.

MOTTA LCS, BATISTA RS. **Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica**. Revista Brasileira de Educação Médica 39 (2): 2015; 196-207.

MUNKEVIZ MSG, PELICIONI MCF. **Saúde bucal na estratégia saúde da família no município de São Paulo: perspectiva do usuário**. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010, 20(3) 787-797.

NARVAI PC, FRAZÃO P. **Saúde Bucal: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NICKEL DL, et al. **Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil**. Cad. Saúde Pública. 2008, vol. 24, n.2, 241-246.

OLIVEIRA ACB, et al. **Aceitação dos pais quanto às técnicas de contenção utilizadas em crianças com deficiência mental.** *Pesqui Odontol Bras.* 2003;17:105.

Organização Mundial da Saúde. **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde.** Rwanda: Escritório Regional Africano Brazzaville/ OMS; 2008.

PINTO VG. **Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil.** In: Kriger L, organizador. *Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência, humanização.* 3º ed. São Paulo; Artes Médicas; 2003. p.1-24.

REIS WG, et al. **O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real.** *Saúde Debate.* Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, JAN-MAR 2015.

SHIKASHO L. **OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde.** Minas Gerais: Juiz de Fora, 2013.

SILVA KL, SENA RR. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro.** *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):48-56.

SILVA SF. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2753-62.

SILVA ZCM, et al. **Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS.** *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS,* v. 20, n. 50, out./dez. 2005.

SPEDO SM, et al. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil.** *Physis.* 2010;20(3):953-72.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

VIEGAS SMF, PENNA CMM. **As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil.** *Interface (Botucatu).* 2015; 19(55):1089-100.

Zanetti CHG, LIMA MAU. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS.** *Divulg Saúde Debate* 1996; 13: 18-35.