



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
MESTRADO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

**ELIANA EDI DE BASTOS**

**PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA: ANÁLISE PANORÂMICA DA REDE DE  
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, NA REGIÃO DE SAÚDE DA  
GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano

Florianópolis – SC  
2015

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

Bastos, Eliana Edi de Bastos  
PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA:  
ANÁLISE PANORÂMICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, NA  
REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC. / Eliana Edi de  
Bastos Bastos ; orientador, João Carlos Caetano Caetano -  
Florianópolis, SC, 2015.  
165 p.

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

Inclui referências

1. Odontologia. 2. A Rede de Atenção à Saúde Bucal para  
Pessoa com Deficiência (RASE/PD) da Região de Saúde da  
Grande Florianópolis/SC em 2014. I. Caetano, João Carlos  
Caetano. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

Eliana Edi de Bastos

**PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA: ANÁLISE PANORÂMICA DA REDE DE  
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, NA REGIÃO DE SAÚDE DA  
GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Odontologia e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 23 de Fevereiro de 2015.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Izabel Cristina Santos Almeida  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia  
/PPGO/UFSC

Banca Examinadora:

---

Prof. João Carlos Caetano, Dr. / Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Márcio Espíndola Patrianova, Dr./Membro  
Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI

---

Prof.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr<sup>a</sup>./Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

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



## **Em Memória**

Dedico este trabalho ao meu irmão gêmeo Paulo Roberto a quem chamo carinhosamente de Meu Irmãozinho. Especial demais para este mundo que conhecemos partiu prematuramente. Sinto sua presença em cada olhar e em cada sorriso dos muitos irmãozinhos que encontro diariamente. Estou certa de que você, de alguma forma, me guiou até aqui. Obrigada! Amo você!

Eliana



## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Agradeço especialmente à minha filha Adriana. Minha inspiração de vida. Sua dedicação aos estudos e amor à profissão são estímulos permanentes para mim. Obrigada pelo carinho e encorajamento constantes. Você é o maior amor da minha vida. Obrigada filha!

Agradeço também ao meu genro querido, Marlos, igualmente estudioso e dedicado à profissão. Sou grata por seu carinho e pela paciência de ouvir a conversa monotemática da sogrinha nos últimos meses! Obrigada!





## AGRADECIMENTOS

Quando penso em agradecer é impossível começar de outra forma senão agradecendo a Deus, pois sei que Ele é o grande orquestrador de nossas vidas. E, portanto, se cheguei até aqui foi também por vontade Dele.

Agradeço muito especialmente aos meus pais amados, Edmundo e Aurélia, pela vida e pelo amor incondicional dedicado aos filhos. Vocês são os melhores exemplos de retidão, força e companheirismo. Sempre protetores e carinhosos. Sinto-me abençoada por tê-los como meus pais. Obrigada!

Agradeço aos meus irmãos Nadir e Edmundo por sempre estarem ao meu lado.

À minha sobrinha Priscila por seu exemplo de força e determinação.

Ao meu orientador Professor João Carlos Caetano. Pessoa única e instigante que persistiu, incansavelmente, em fazer com que eu buscasse meus limites. O mestrado tornou-se um divisor de águas em minha vida e agradeço sua paciência e generosidade em compartilhar conhecimento e experiência. Tem sido um privilégio tê-lo como orientador e amigo. Obrigada professor!

Minhas queridas amigas Maria da Glória e Sílvia pela amizade, estímulo e parceria em tantos anos de trabalho no HU/UFSC. Obrigada meninas!

Agradeço aos meus colegas da pós-graduação pelos momentos compartilhados. Nossos cafés e almoços no RU ficarão registrados em minha memória com muita alegria e saudade.

Aos meus queridos amigos do HU, Mariah e Gabriel, obrigada pela colaboração durante o último ano que possibilitou a conclusão desta pesquisa. Vocês são ótimos!

Agradeço à Coordenação de Saúde Bucal da SES/SC pela colaboração nesta pesquisa. Seus funcionários sempre foram solícitos e amáveis.

À Direção do Hospital Universitário da UFSC por ter permitido meu afastamento do trabalho, por diversas ocasiões, para frequentar as aulas do mestrado.

À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao Programa de Pós-Graduação da Odontologia pela acolhida carinhosa, assim como aos professores e funcionários do programa.

Sou muito grata aos Cirurgiões-Dentistas da Região de Saúde da Grande Florianópolis que participaram e viabilizaram esta pesquisa. Obrigada!

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”.

*Martin Luther King*



## RESUMO

Atualmente, no mundo inteiro, mais de 1 bilhão de pessoas referem algum tipo de deficiência. O percentual da população catarinense com deficiência é de 21%, semelhante ao nacional. Adequar os sistemas de saúde ao conceito de inclusão configura-se numa alternativa promissora no acesso aos serviços. Calcado na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) o governo brasileiro instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite (2011). Este Plano considera pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Esta ação governamental objetiva melhorar o acesso e qualidade dos serviços públicos prestados à pessoa com deficiência. A constituição de uma rede de serviços, inclusiva, acolhedora, humanizada, despreconceituosa e co-responsável pelo cuidado é um desafio constante no SUS. Este estudo busca descrever a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoa com Deficiência (RASB/PD) da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC em 2014. Trata-se de estudo quantitativo e exploratório realizado nos municípios que compõem esta região. Dados primários foram coletados através de questionário auto-aplicável enviados aos Coordenadores de Saúde Bucal ou profissional indicado por estes, nos municípios da região estudada. Para análise destes dados foram utilizadas a estatística descritiva, a tabela de frequência e a Análise de Correlação não paramétrica de Spearman. Dados secundários foram obtidos nos sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (DATASUS). A amostra final foi de 17 municípios. Constatamos que a população com deficiência não é conhecida pela maioria das unidades de saúde. Quanto às referências para níveis de maior complexidade em odontologia observamos descompasso entre as pactuações firmadas e as referências utilizadas pelos profissionais para garantir a continuidade na atenção. Na reabilitação as parcerias e contratualizações firmadas, através da SES/SC, com a Fundação Catarinense de Educação Especial, APAEs de vários municípios, bem como a implantação do primeiro Centro de Reabilitação/CER tipo II em Florianópolis acenam com otimismo para um futuro próximo. Constatou-se que a inobservância de registros no SIA/SUS através do BPA-I dificulta, ou inviabiliza, qualquer

monitoramento relacionado à atenção à saúde bucal realizada junto a população com deficiência. A governança, as alterações necessárias para a formatação de um modelo de atenção direcionado também para as condições crônicas e a comunicação entre os pontos da RASB/PD configuraram-se como desafios nesta região. Panoramicamente o estágio de desenvolvimento desta RASB/PD pode ser considerado incipiente. As características faltantes seriam o entrelaçamento dos elementos da rede de forma a não fragmentar a atenção, o fortalecimento das ações de monitoramento, o estímulo a participação da população com deficiência em todo o processo da atenção e a motivação de todos os atores envolvidos, profissionais e gestores, para seu fortalecimento.

**Palavras-chave:** Assistência Odontológica, Pessoas com Deficiência, Saúde Bucal, Assistência Domiciliar, Integralidade em Saúde

## ABSTRACT

At present, more than 1 billion people in the world report some form of disability.. In the state of Santa Catarina the percentage of population with disabilities is 21%, similar to the national. Adapt health systems to the concept of inclusion is configured in a promising alternative to accessing services. Underpinned by the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN / 2006) the Brazilian government established the National Plan for the Rights of Persons with Disabilities - Plan Living Without Limit (2011). It identifies persons with disabilities those who have long-term long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on equal basis with others. This objective government action to improve access and quality of public services provided to the disabled. The establishment of a network of services, inclusive, welcoming, humanized, unprejudiced and co-responsible for the care is a constant challenge in the Unified Health System. This study aims to describe the Care Network Oral Health for People with Disabilities (CNOR/PD) in the Region of Health Florianópolis / SC 2014. This is a quantitative and exploratory study conducted in the municipalities of this region. Data were collected through self-administered questionnaire sent to Oral Health Coordinators or professional designated by them, in the municipalities of the studied region. For analysis of these data (ordinal) were used descriptive statistics, frequency table and the correlation analysis nonparametric Spearman. Secondary data were obtained from information provided by the Ministry of Health Systems, Secretary of State of Santa Catarina and the Municipal Secretary of Health Florianópolis (DATASUS). The final sample was 17 municipalities. We found that the disabled population is not known by most Unit of Health. As for the references to levels of greater complexity in dentistry observed mismatch between the signed pacts and the references used by professionals to ensure continuity in care. Rehabilitation partnerships signed, through Secretary of State of Santa Catarina / SC, with the Santa Catarina Special Education Foundation, APAEs(Association of Parents and Friends of Exceptional)of several municipalities, as well as the implementation of the first Rehabilitation Center / CER type II in Florianopolis wave with optimism in the future .We found that breach of records in the SIA / SUS through BPA-I hinders or prevents any monitoring related to oral health care conducted with disabled population . Governance, the necessary changes to the formatting of a

directed care model also for chronic conditions and communication between the points of CNOR/ PD appear as challenges in this region. Panoramicly characterize the stage of development of this CNOR/PD as incipient. The missing features would be the intertwining of network elements to keep the unit of the attention, the strengthening of monitoring actions, encouraging the participation of people with disabilities in the whole process of attention and motivation of all stakeholders, professionals and managers, to strengthen them.

**Key Words:** Dental Care, Disability, Dental Health, Home Care, Completeness Health



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Configuração das Regiões de Saúde em Santa Catarina em 2012.....	62
Figura 2 - Distribuição das APAEs nos 22 municípios que compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC identificando as APAEs contratualizadas pelo SUS em 2014.....	133



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pessoas com as formas mais severas das deficiências nos municípios que compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, IBGE/2010. ....	74
Tabela 2 - Número e percentual de pessoas com as formas mais severas das deficiências no Brasil, em Santa Catarina e na Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC. IBGE, 2010.....	76
Tabela 3 - Percentuais encontrados para a dimensão população da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB),segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014.....	78
Tabela 4 - Cobertura estimada das equipes da ESF, ESB, Equipes Básicas de Saúde e ACS nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, julho 2014 .....	76
Tabela 5 - Cobertura de População estimada das equipes da ESF, ESB e ACS no Brasil, em Santa Catarina e nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, julho de 2014. ....	78
Tabela 6 - Percentuais encontrados para a dimensão Atenção Básica à Saúde da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014 .....	86
Tabela 7 - Percentuais encontrados para a dimensão Pontos de Atenção à Saúde, secundários e terciários, da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014.....	98
Tabela 8 - Percentuais encontrados para a dimensão Sistemas de Apoio da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014 .....	111
Tabela 9 - Percentuais encontrados para a dimensão Sistemas Logísticos da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014 .....	115
Tabela 10 - Percentuais encontrados para a dimensão Sistemas de Governança da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014 .	125
Tabela 11 - Percentuais encontrados para a dimensão Modelo de Atenção à Saúde da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014 .	128



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - A trajetória dos termos utilizados no Brasil, ao longo da história, às pessoas com deficiência. Desde o início da História até os dias atuais.....	60
Quadro 2 - Macrorregiões de Saúde de SC com as respectivas Regiões de Saúde .....	62
Quadro 3 - Municípios da Macrorregião da Grande Florianópolis/Região de Saúde da Grande Florianópolis com suas respectivas Secretarias de Desenvolvimento Regional /SDR .....	81
Quadro 4 - Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde/Saúde Bucal (RENASES).....	85
Quadro 5 - Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde relacionadas às Pessoas com Deficiência (RENASES).....	86
Quadro 6 - Condições comumente abordadas na Reabilitação Neurofuncional Motora, realizada no domicílio, e a participação da Odontologia.....	87
Quadro 7 - Valores de incentivo de implantação e custeio mensal dos CEOs, Ministério da Saúde,2012 .....	97
Quadro 8 - Comparativo entre referências, pactuadas e informadas pelos respondentes, para a atenção secundária em saúde bucal, na Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, em 2014 .....	103
Quadro 9 - Serviços Especializados de Reabilitação na RAS da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, segundo o tipo e instituição, 2014.....	102
Quadro 10 - Referências para atenção terciária em saúde bucal, informadas pelos cirurgiões-dentistas participantes deste estudo nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014.....	112
Quadro 11 - Estabelecimentos de Saúde de Atenção Terciária, Públicos/Filantrópicos, com odontologia localizados em Florianópolis /SC, São José/SC, Brusque/SC e Tijucas /SC, 2014 .....	113



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BPC	Benefício de Prestação continuada da Assistência Social
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa co Deficiência
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DI	Deficiência Intelectual

DOTS	Dose Terapêutica Supervisionada
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCEE	Fundação Catarinense de Educação Especial
FENAPAES	Federação Nacional das APAES
HEMOSC	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Santa Catarina
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HU/UFSC	Hospital Universitário/ Universidade Federal de Santa Catarina
IADH	International Association for Disability and Oral Health
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
BEM	Medicina Baseada em Evidências
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONCE	Organização Nacional dos Cegos da Espanha
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAP	Programação de Ações Prioritárias
PDAPS	Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ-AB	Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas



PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RASB/PD	Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência
RCPD	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SDR	Secretarias de Desenvolvimento Regional
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SIA SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH /SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de informações sobre Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SIOPS	Sistema de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SNPD	Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termos de Compromisso de Gestão
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
THD	Técnico em Higiene Dental
THE ARC	National Association for Retarded Citizens



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	<b>33</b>
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	<b>33</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>35</b>
3.1 A TRAJETÓRIA DA NOMENCLATURA DESTINADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA .....	<b>35</b>
3.2 A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA .....	<b>42</b>
3.3 O PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/ PLANO VIVER SEM LIMITE/2011 .....	<b>45</b>
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO RELACIONADAS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA .....	<b>47</b>
3.5 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	<b>56</b>
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>67</b>
4.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO .....	<b>67</b>
4.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	<b>68</b>
<b>5. ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>71</b>
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>73</b>
6.1 UNIDADE DE ANÁLISE: POPULAÇÃO E REGIÃO DE SAÚDE .....	<b>74</b>
<b>6.1.1 Dimensão: população</b> .....	<b>74</b>
<b>6.1.2 Dimensão: Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde</b> .....	<b>83</b>
<b>6.1.3 Dimensão: A Atenção Secundária na Rede de Atenção à Saúde Bucal</b> .....	<b>98</b>
<b>6.1.4 Dimensão: A Atenção Terciária na Rede de Atenção à Saúde Bucal</b> .....	<b>109</b>
6.2 UNIDADE DE ANÁLISE: ESTRUTURA OPERACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL .....	<b>114</b>
<b>6.2.1 Dimensão: Os Sistemas de Apoio</b> .....	<b>114</b>
<b>6.2.2 Dimensão: Os Sistemas Logísticos</b> .....	<b>118</b>
<b>6.2.3 Dimensão: Os Sistemas de Governança</b> .....	<b>124</b>
6.3 UNIDADE DE ANÁLISE: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	<b>127</b>

<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>155</b>
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS	<b>155</b>
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	<b>159</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>161</b>
ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL/SES/SC .....	<b>161</b>
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFSC	<b>163</b>

# 1. INTRODUÇÃO

O Brasil, ao promulgar a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ocorrida na ONU em 2006, adota o conceito de deficiência definido nesta convenção:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009a)

Os números relacionados à pessoa com deficiência são significativos. Mais de 1 bilhão de pessoas (15% da população mundial) referem algum tipo de deficiência e destas, 200 milhões convivem com dificuldades funcionais consideráveis, alerta o Relatório Mundial sobre Deficiência. Ressalta ainda que a deficiência faz parte da condição humana e devido ao número crescente de idosos observado em alguns países, dentre eles o Brasil, todo indivíduo experimentará, em algum momento de sua vida, dificuldade em sua funcionalidade (OMS, 2011).

Segundo o Censo de 2010, no Brasil 23,9% dos 190.755.799 de seus habitantes referem pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência da deficiência varia de acordo com sua natureza, assim, em ordem decrescente de ocorrência temos a deficiência visual presente em 18,6% dos brasileiros, seguida pela deficiência motora, ocorrendo em 7%, na sequência a deficiência auditiva aparece em 5,10% e, por último, a deficiência mental ou intelectual referida em 1,40% do total da população do Brasil (SDH, 2012).

Os números referentes às pessoas com deficiência em Santa Catarina seguem a tendência nacional ficando em torno de 21% ou 1.331.445 de catarinenses que declaram alguma das deficiências investigadas no Censo de 2010 (SDH, 2012). Especificamente nos 22 (vinte e dois) municípios que integram a Região de Saúde da Grande Florianópolis, objeto de nosso estudo, encontramos o percentual de 0,76% da população total (1.012.253) que apresenta as formas mais severas das deficiências pesquisadas no Censo de 2010, ou seja, entre 1.012.253 habitantes desta região 7.781 pessoas se encontram na

categoria mencionada. Esclarecemos que a referência às formas mais severas relaciona-se as pessoas que não conseguem ouvir, enxergar ou andar de forma alguma, mesmo com uso dispositivos ( aparelhos para surdez, óculos, muletas) (IBGE/2010).

Informações obtidas neste mesmo censo reforçam a idéia de permanência das desigualdades em relação à pessoa com deficiência com taxas menores de escolaridade, ocupação e rendimentos quando comparados ao restante da população. Estas constatações são explicadas, em parte, pela dificuldade de acesso aos serviços vivido por estas pessoas principalmente em comunidades carentes, onde a relação pobreza extrema e agravamento das condições de deficiência fica evidente (IBGE,2010; PMSP,2012; OMS,2011; BRASIL/SNPD).

É unanimidade mundial o reconhecimento de que as pessoas com deficiência, enquanto cidadãos, têm direito a oportunidades iguais para usufruírem das melhorias nas condições de vida que resultam do desenvolvimento econômico (BRASIL, 2002). Mudanças significativas no tocante a educação inclusiva, acesso integral à saúde, acessibilidade e inclusão social serão obtidas somente com a igualdade de oportunidades entres todas as pessoas (BRASIL/SNPD).

A transição demográfica observada no Brasil deve ser considerada no planejamento/programação de ações para atenção à saúde direcionada à pessoa com deficiência. O efeito combinado de redução de níveis de fecundidade e de mortalidade tem modificado a pirâmide etária da população brasileira tornando-a cada vez mais envelhecida. E como uma das conseqüências deste fenômeno está o aumento das condições crônicas de saúde (MENDES, 2011). Agregam-se a esta realidade às doenças infectocontagiosas e o aumento de morbimortalidade por causas externas, caracterizando assim uma tripla carga de doença, o que torna ainda mais complexo o enfrentamento às questões relacionadas à saúde e exige sérias mudanças no sistema de saúde adotado (LAVRAS, 2011a).

Adequar os sistemas de saúde ao conceito de inclusão tem se configurado numa alternativa promissora e facilitadora no acesso aos serviços. A intenção é reduzir as disparidades de saúde e as necessidades não atendidas. Muitas têm sido as abordagens adotadas como, por exemplo, superação de barreiras físicas, informação com linguagem apropriada, direcionamento de serviços, adoção de medidas preventivas à deficiência e intensificação na reabilitação. As pessoas com deficiência devem receber assistência básica, especializada e, ainda, a participação de organizações e instituições quando uma ação mais abrangente se mostrar necessária (OMS, 2011; MENDES, 2014a).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) reconhece a necessidade de promover e proteger os direitos humanos desta parcela populacional. Considera também a importância do acesso à saúde, neste processo, como uma das maneiras de possibilitar esta equiparação de direitos (BRASIL, 2009a). Calçado nesta convenção o Governo brasileiro instituiu em 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Este se configura como uma ação governamental no sentido de melhorar o acesso e qualidade dos serviços públicos prestados à pessoa com deficiência. Sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República este Plano envolve a ação de 15 (quinze) Ministérios e estabelece metas e previsões orçamentárias para execução até 2014 (BRASIL/ SNPDP).

A constituição de uma rede de serviços, inclusiva, acolhedora, humanizada, despreconceituosa e co-responsável pelo cuidado, se configura num desafio constante no Sistema Único de Saúde (SUS). E quando o usuário em questão é pessoa com deficiência este desafio torna-se ainda maior, uma vez que, valores, posturas e crenças “historicamente constituídas” agregam-se ao serviço (PMSP, 2012). O Ministério da Saúde ao criar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº793/2012) busca a modificação deste quadro (BRASIL, 2012a).

A caracterização da atenção odontológica prestada à pessoa com deficiência, assim como, o conhecimento dos principais entraves à construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoa com Deficiência (RASB/PD), são essenciais para o planejamento e programação de ações em saúde em cada região. Para tanto, busca-se com este estudo a elucidação de algumas destas questões nos municípios que compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC.





## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoa com Deficiência (RASB/PD) da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC em 2014.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Nos municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC

- ✓ Localizar, listar e caracterizar os pontos de atenção odontológica disponibilizados pelo SUS nos três níveis de atenção, direcionados às pessoas com deficiência;
- ✓ Caracterizar a dinâmica de referência das pessoas com deficiência aos níveis de maior complexidade;
- ✓ Identificar os elementos que constituem a Rede de Atenção em Saúde Bucal nestes municípios;
- ✓ Analisar entraves para a implantação da RASB/PD.



### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 A TRAJETÓRIA DA NOMENCLATURA DESTINADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A relação entre a pessoa com deficiência e a sociedade em que está inserida vem se modificando no decorrer dos séculos. Na pré-história não se tem indícios desta relação possivelmente pelas condições ambientais hostis (calor e frio intensos, falta de comida e abrigo) onde sua sobrevivência seria improvável. No Egito Antigo, há mais de cinco mil anos, as pessoas com deficiência chegaram a ser divinizadas e se enquadravam nas mais diversas classes hierarquizadas: nobres, altos funcionários, artesãos, agricultores e escravos. Na Antiga Grécia, principalmente Esparta por sua tradição guerreira, as pessoas nascidas com deficiência eram eliminadas. Da mesma forma acontecia na Roma antiga onde a eliminação destas pessoas por afogamento ou abandono era comum. Na idade média o nascimento de uma criança com deficiência era encarado como castigo de Deus e, ainda, os supersticiosos as associavam às bruxarias e feitiços. Nesta época, os anões e corcundas eram focos de diversão das classes privilegiadas (GUGEL, 2007; PEREIRA, 2009).

Ainda que prevalecesse a relação entre pecado e deficiência, na era Cristã, a eliminação sumária passou a ser substituída pelo acolhimento destas pessoas. Nesta época começaram a surgir os primeiros mosteiros e hospitais cristãos primitivos para acolhimento de pessoas com deficiência, em especial, os deficientes visuais, porém, ainda que acolhidos, eles eram privados de qualquer convívio em sociedade (PEREIRA, 2009).

Nos séculos XIV e XV a visão sobre este tema passou de espiritualizada para organicista, e aqui, a deficiência é encarada como doença devendo, portanto, ser tratada. Somente no século XIX as causas da deficiência começam a ser estudadas sob aspectos genéticos e embrionários. A partir do século XX os avanços sobre o tema foram mais evidentes e abrangentes, passando por reabilitação e luta por inclusão social (FREIRE, 2011).

Independente do período, a designação à pessoa com deficiência é um questionamento recorrente. Para Pereira (2009) comumente nos referimos à condição que chamamos de “deficiência” de forma inadequada, imprópria e, muitas vezes, pejorativa. Num passado recente foram utilizadas expressões como: “inválidos”, “incapazes”, “excepcionais” e “pessoas deficientes”. Outra denominação comum no

Brasil é “pessoas com necessidades especiais” e convém ressaltar que esta inclui idosos, gestantes e qualquer condição que exija tratamento diferenciado (SASSAKI, 2002).

Para Sasaki (2005), jamais houve ou haverá um único termo correto com aceitação universal. O autor justifica observando que as terminologias adotadas ao longo do tempo refletem os valores contextualizados de cada sociedade. O quadro abaixo, sugerido por este autor, demonstra com clareza a mudança na adoção desta terminologia no decorrer dos séculos no Brasil.

**Quadro 1** - A trajetória dos termos utilizados no Brasil, ao longo da história, às pessoas com deficiência. Desde o início da História até os dias atuais.

ÉPOCA	TERMOS E SIGNIFICADOS	VALOR DA PESSOA
<p><b>No começo da história, durante séculos.</b> Romances, nomes de instituições, leis, mídia e outros meios mencionavam “os inválidos”</p>	<p>“os inválidos”. O termo significava “indivíduos sem valor”. Em pleno século 20, ainda se utilizava este termo, embora já sem nenhum sentido pejorativo.</p>	<p>Aquele que tinha deficiência era tido como socialmente inútil, um peso morto para a sociedade, um fardo para a família, alguém sem valor profissional</p>
<p><b>Século 20 até ± 1960.</b> “Derivativo para incapacitados” “Escolas para crianças incapazes” Após a I e a II Guerras Mundiais, a mídia usava o termo assim: “A guerra produziu incapacitados”, “Os incapacitados agora exigem reabilitação física”.</p>	<p>“os incapacitados”. O termo significava, de início, “indivíduos sem capacidade” e, mais tarde, evoluiu e passou a significar “indivíduos com capacidade residual”. Durante várias décadas, era comum o uso deste termo para designar pessoas com deficiência de qualquer idade. Uma variação foi o termo “os incapazes”, que significava “indivíduos que não são capazes” de fazer algumas coisas por causa da deficiência que tinham</p>	<p>Foi um avanço da sociedade reconhecer que a pessoa com deficiência poderia ter capacidade residual, mesmo que reduzida. Mas, ao mesmo tempo, considerava-se que a deficiência, qualquer que fosse o tipo, eliminava ou reduzia a capacidade da pessoa em todos os aspectos: físico, psicológico, social, profissional, etc.</p>

(continua)

(continuação)

ÉPOCA	TERMOS E SIGNIFICADOS	VALOR DA PESSOA
<p><b>De ± 1960 até ± 1980.</b>            No final da década de 50, foi fundada a Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD (hoje denominada Associação de Assistência à Criança Deficiente). Na década de 50 surgiram as primeiras unidades da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE.</p>	<p><b>“os defeituosos”.</b> O termo significava “indivíduos com deformidade” (principalmente física). <b>“os deficientes”.</b> Este termo significava “indivíduos com deficiência” física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla, que os levava a executar as funções básicas de vida (andar, sentar-se, correr, escrever, tomar banho etc.) de uma forma diferente daquela como as pessoas sem deficiência faziam. E isto começou a ser aceito pela sociedade. <b>“os excepcionais”.</b> O termo significava “indivíduos com deficiência intelectual”.</p>	<p>A sociedade passou a utilizar estes três termos, que focalizam as deficiências em si sem reforçarem o que as pessoas não conseguiam fazer como a maioria. Simultaneamente, difundia-se o movimento em defesa dos direitos das pessoas superdotadas (expressão substituída por “pessoas com altas habilidades” ou “pessoas com indícios de altas habilidades”). O movimento mostrou que o termo “os excepcionais” não poderia referir-se exclusivamente aos que tinham deficiência intelectual, pois as pessoas com super dotação também são excepcionais por estarem na outra ponta da curva da inteligência humana.</p>

(continua)

(continuação)

ÉPOCA	TERMOS E SIGNIFICADOS	VALOR DA PESSOA
<p><b>De 1981 até ± 1987.</b> Por pressão das organizações de pessoas com deficiência, a ONU deu o nome de “Ano Internacional das Pessoas Deficientes” ao ano de 1981. E o mundo achou difícil começar a dizer ou escrever “pessoas deficientes”. O impacto desta terminologia foi profundo e ajudou a melhorar a imagem destas pessoas</p>	<p>“<b>pessoas deficientes</b>”. Pela primeira vez em todo o mundo, o substantivo “deficientes” (como em “os deficientes”) passou a ser utilizado como adjetivo, sendo-lhe acrescentado o substantivo “pessoas”. A partir de 1981, <u>nunca mais</u> se utilizou a palavra “indivíduos” para se referir às pessoas com deficiência.</p>	<p>Foi atribuído o valor “pessoas” àqueles que tinham deficiência, igualando-os em direitos e dignidade à maioria dos membros de qualquer sociedade ou país. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 1980 a <i>Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades</i>, mostrando que estas três dimensões existem simultaneamente em cada pessoa com deficiência.</p>
<p><b>De ± 1988 até ± 1993.</b> Alguns líderes de organizações de pessoas com deficiência contestaram o termo “pessoa deficiente” alegando que ele sinaliza que a pessoa inteira é deficiente, o que era inaceitável para eles</p>	<p>“<b>pessoas portadoras de deficiência</b>”. Termo que, utilizado somente em países de língua portuguesa, foi proposto para substituir o termo “pessoas deficientes”. Pela lei do menor esforço, logo reduziram este termo para “portadores de deficiência”.</p>	<p>O “portar uma deficiência” passou a ser um valor agregado à pessoa. A deficiência passou a ser um detalhe da pessoa. O termo foi adotado nas Constituições Federal e Estaduais e em todas as leis e políticas pertinentes ao campo das deficiências. Conselhos, coordenadorias e associações passaram a incluir o termo em seus nomes oficiais.</p>

(continua)

(continuação)

ÉPOCA	TERMOS E SIGNIFICADOS	VALOR DA PESSOA
<p><b>De ± 1990 até hoje.</b> O art. 5º da Resolução CNE/CEB nº 2, de 11/9/01, (Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica) explica que as necessidades especiais decorrem de três situações, uma das quais envolvendo dificuldades vinculadas a deficiências e dificuldades não-vinculadas a uma causa orgânica.</p>	<p><b>“pessoas com necessidades especiais”.</b> O termo surgiu primeiramente para substituir “deficiência” por “necessidades especiais”. Daí a expressão <b>“portadores de necessidades especiais”.</b> Depois, esse termo passou a ter significado próprio sem substituir o nome “pessoas com deficiência”.</p>	<p>De início, “necessidades especiais” representava apenas um novo termo. Depois, com a vigência da Resolução nº 2, “necessidades especiais” passou a ser um valor agregado tanto à pessoa com deficiência quanto a outras pessoas.</p>
<p><b>Mesma época acima.</b> Surgiram expressões como “crianças especiais”, “alunos especiais”, “pacientes especiais” e assim por diante numa tentativa de amenizar a contundência da palavra “deficientes”.</p>	<p><b>pessoas especiais”.</b> O termo apareceu como uma forma reduzida da expressão “pessoas com necessidades especiais”, constituindo um eufemismo dificilmente aceitável para designar um segmento populacional.</p>	<p>O adjetivo “especiais” permanece como uma simples palavra, sem agregar valor diferenciado às pessoas com deficiência. O “especial” não é qualificativo exclusivo das pessoas que têm deficiência, pois ele se aplica a qualquer pessoa.</p>

(continua)

(continuação)

ÉPOCA	TERMOS E SIGNIFICADOS	VALOR DA PESSOA
<p><b>Em junho de 1994.</b> A Declaração de Salamanca preconiza a educação inclusiva para todos, tenham ou não uma deficiência.</p>	<p><b>“pessoas com deficiência”</b> e pessoas sem deficiência, quando tiverem necessidades educacionais especiais e se encontrarem segregadas, têm o direito de fazer parte das escolas inclusivas e da sociedade inclusiva.</p>	<p>O valor agregado às pessoas é o de elas fazerem parte do grande segmento dos excluídos que, com o seu poder pessoal, exigem sua inclusão em todos os aspectos da vida da sociedade. Trata-se do empoderamento.</p>
<p><b>Em maio de 2002.</b> O Frei Betto propõe o termo “portadores de direitos especiais” e a sigla PODE. Alega o proponente que o substantivo “deficientes” e o adjetivo “deficientes” encerram o significado de falha ou imperfeição enquanto que a sigla PODE exprime capacidade.</p>	<p><b>“portadores de direitos especiais”.</b> O termo e a sigla apresentam problemas que inviabilizam a sua adoção em substituição a qualquer outro termo para designar pessoas que têm deficiência. O termo “portadores” já vem sendo questionado por sua alusão a “carregadores”, pessoas que “portam” (levam) uma deficiência. O termo “direitos especiais” é contraditório porque as pessoas com deficiência exigem equiparação de direitos e não direitos especiais. E mesmo que defendessem direitos especiais, o nome “portadores de direitos especiais” não poderia ser exclusivo das pessoas com deficiência, pois qualquer outro grupo vulnerável pode reivindicar direitos especiais.</p>	<p>Não há valor a ser agregado com a adoção deste termo, por motivos expostos na coluna ao lado e nesta. A sigla PODE, apesar de lembrar “capacidade”, apresenta problemas de uso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Imaginem a mídia e outros autores escrevendo ou falando assim: <i>“Os Podes de Osasco terão audiência com o Prefeito...”</i></li> <li>2) Pelas normas brasileiras de ortografia, a sigla PODE precisa ser grafada “Pode”.</li> </ol> <p>Norma: Toda sigla com mais de 3 letras, pronunciada como uma palavra, deve ser grafada em caixa baixa com exceção da letra inicial.</p>

(continua)



(finaliza)

ÉPOCA	TERMOS E SIGNIFICADOS	VALOR DA PESSOA
<p><b>De ± 1990 até 2005 e além.</b> A década de 90 e a primeira década do século 21 e do Terceiro Milênio estão sendo marcadas por eventos mundiais, liderados por organizações de pessoas com deficiência</p>	<p><b>“pessoas com deficiência”</b> passa a ser o termo preferido por um número cada vez maior de adeptos, boa parte dos quais é constituída por pessoas com deficiência que, no maior evento (“Encontrão”) das organizações de pessoas com deficiência, realizado no Recife em 2000, conclamaram o público a adotar este termo. Elas esclareceram que não são “portadoras de deficiência” e que não querem ser chamadas com tal nome.</p>	<p>Os valores agregados às pessoas com deficiência são:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) o do empoderamento [uso do poder pessoal para fazer escolhas, tomar decisões e assumir o controle da situação de cada um e</li> <li>2) o da responsabilidade de contribuir com seus talentos para mudar a sociedade rumo à inclusão de todas as pessoas, com ou sem deficiência.</li> </ol>

Fonte: SASSAKI, 2005

Destacamos o termo utilizado em odontologia, “pacientes com necessidades especiais”. Este foi proposto pela International Association for Disability and Oral Health (IADH) no ano de 2001, em substituição aos termos “pacientes com deficiência” e “excepcionais”, num consenso entre as associações odontológicas. A especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) presta assistência às pessoas que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico/psicológico demandando tratamento diferenciado (VARELLIS, 2005). Neste universo estão incluídas as pessoas com deficiência, no entanto, o inverso não é verdadeiro, ou seja, nem todo paciente com necessidades especiais é pessoa com deficiência.

No Fórum de Vida Independente, na Espanha (2005), foi sugerida a expressão diversidade funcional, em substituição às demais terminologias adotadas para designação de deficiência, com a intenção de implantar outra concepção acerca do tema. Assim, seriam aceitas as designações „mulheres e homens com diversidade funcional”, em substituição a „pessoa com deficiência” e seus correlatos. A deficiência torna-se, assim, uma diferença funcional, ou seja, pessoas com diversidade funcional simplesmente funcionam de forma distinta da demais (PEREIRA, 2009).

Sassaki (2005) conclui que a tendência é deixar de usar o termo “portador de deficiência” uma vez que o verbo “portar” ou o adjetivo “portadora” não se aplicam a uma condição inata ou adquirida, uma vez que faz parte da pessoa. E exemplifica: “alguém porta um guarda-chuva” mas, não dizemos “alguém porta olhos verdes”. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), também define o termo “pessoas com deficiência” como o mais adequado. Segundo esta Convenção a expressão não deve “camuflar” ou “esconder” a deficiência como o que acontece, por exemplo, com expressão “pessoas especiais” que tende a diluir as diferenças (SASSAKI, 2005).

### 3.2 A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

O conceito de deficiência também vem sofrendo modificações e evoluiu de um modelo médico, que relacionava somente a patologia com as incapacidades geradas, para um conceito mais ampliado, adotado, em 2001, pela Organização Mundial da Saúde na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2004)

Esta modificação no conceito da deficiência evidenciou-se nas classificações apresentadas no decorrer de duas décadas pela OMS. Em 1980 a OMS objetivando a sistematização da linguagem biomédica relacionada a lesões e deficiências, a exemplo da Classificação Internacional de Doenças/CID, apresenta a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID ou International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Este catálogo tinha a intenção de expandir o repertório da CID ao relacionar deficiência, Incapacidade e desvantagem, incluindo a deficiência como consequência de doenças. No entanto, segundo Diniz (2012), esta classificação se configurou num retrocesso ao debate sobre deficiência, porque resgatou conceitos danosos, como o de anormalidade, à discussão.

Na CIDID eram definidos:

**Deficiência:** Toda perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. **Incapacidade:** Toda restrição ou ausência devido a uma deficiência, para realizar uma atividade de forma ou dentro dos parâmetros considerados normais para um ser humano.

**Desvantagem:** é resultante de uma deficiência ou incapacidade que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal (levando-se em conta a idade, o sexo) (OMS, 2004)

Algumas fragilidades foram apontadas nesta classificação, em especial a falta de abordagem dos aspectos sociais e ambientais, a priorização de ações medicalizantes e a caracterização da deficiência como tragédia individual. Com este enfoque, a CIDID, aproxima a deficiência da doença e afasta o debate do campo sociológico desvalorizando, assim, a necessidade de ações protetivas como forma de amenização das desigualdades. Sob o prisma da CIDID as ações prioritárias seriam, basicamente, as sanitárias e de reabilitação (FARIAS, 2005; DINIZ, 2012).

Em 2001, após duas décadas de discussões, testes e versões, a Organização Mundial da Saúde anuncia a CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). Esta classificação foi aceita por 191 países como uma maneira atualizada de descrever e avaliar a saúde e a deficiência, representando, portanto, uma evolução na abordagem deste tema. Considera a "capacidade das pessoas com deficiência de se relacionarem com seu ambiente de vida, e não a incapacidade, a doença ou a situação que causou a seqüela", ou seja, entende a incapacidade como consequência das limitações influenciadas, não somente pela enfermidade, como também pelos fatores sociais e ambientais (OMS, 2004; IBGE, 2010). O conceito ampliado de deficiência utilizado inclui a percepção destas pessoas quanto ao impacto que a deficiência traz para seu cotidiano na realização de tarefas, comportamento e participação social (IBGE, 2010).

Araújo (2011) reforça a necessidade desta ampliação no conceito afirmando que a deficiência não está relacionada à menor ou maior capacidade física e motora, e sim a sua incapacidade de realizar algumas tarefas. Portanto a análise sempre deve estar relacionada à tarefa ou atividade.

A CIF analisa a saúde das pessoas sob cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social. Desta forma aproxima a realidade dos gestores trazendo maior clareza sobre as ações realizadas e o impacto das mesmas sobre a vida de cada pessoa fornecendo assim, elementos precisos para as políticas públicas futuras (BRASIL, 2002).

A CIF fornece uma gama de informações essenciais para definições/planejamento no processo de reabilitação, por descrever aspectos relacionados à saúde humana com base no corpo, no indivíduo e na sociedade, configurando-se numa avaliação bem mais abrangente do que a simples associação entre a doença e/ou suas conseqüências (DINIZ, 2012; OMS,2011).

Para Farias (2005) a CIF pode esclarecer questões importantes em relação à deficiência como, por exemplo, qual o estado de saúde destas pessoas quando comparados às demais ou que necessidades e tipos de intervenções são mais adequadas para promoção de sua saúde. Porém, segundo este autor, trata-se de uma classificação complexa com “certo grau de dificuldade” de utilização e, que aplicação da CIF, pode exigir mais tempo que a própria consulta médica. Diniz (2012) complementa chamando a atenção para o incremento da sofisticação e complexidade de vocabulário desta classificação e salienta que seu uso requer treinamento, ainda que, os dois autores reconheçam o grande avanço que a CIF representou em relação a sua antecessora, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens /CIDID (1980).

A tendência internacional de buscar a forma mais adequada de definição da deficiência influenciou alguns instrumentos legais do governo brasileiro. Destacamos o conceito de deficiência da Política de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Lei 7.853 de 1989 (regulamentada pelo Decreto nº 3.298 em 1999).

Art. 3º Para os efeitos deste decreto, considera-se:  
I - **deficiência** – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; II - **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 III - **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 (BRASIL, 1999a).

Nesta política percebe-se o atrelamento deste conceito às expressões de “incapacidade” e “padrão de normalidade”. Estas expressões valorizam aspectos de limitações na deficiência e remetem para a desqualificação social. Martins (2008 p.29) ressalta que a “incapacidade que é atribuída à pessoa por conta da deficiência que possui, é passível de estigmatizá-la” havendo a necessidade de revisão ampla deste conceito, uma vez que , delega “à pessoa a única e exclusiva responsabilidade para ultrapassar seus limites físicos, sensoriais ou intelectuais”.

Em 2011 o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite considerando fatores socioambientais, amplifica e atualiza a definição da deficiência. Assim:

Art. 2<sup>ª</sup> – São consideradas pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011a)

### 3.3 O PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/ PLANO VIVER SEM LIMITE/2011

Segundo Mendes (2014b) “estigmas e discriminação marcaram as pessoas com deficiência ao longo da história e ainda persistem como problemática a ser enfrentada na luta por direitos e pertença social” (p.147). A autora destaca ainda ser indispensável, para a produção de políticas públicas capazes de avançar em termos de direitos sociais e de ofertas adequadas de serviços a essa população, o reconhecimento e a compreensão destas circunstâncias e reinvidicações dos movimentos das pessoas com deficiência (MENDES, 2014b).

Neste sentido, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite foi instituído em 17 de novembro de 2011 pelo decreto Nº 7.612. Calcado na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2006), busca promover a plena cidadania das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011a).

O Plano Viver sem Limite tem enfoque transversal envolvendo 15(quinze) ministérios, além da participação civil através do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência/CONADE. Trata-se, basicamente, de um conjunto de políticas públicas organizadas em quatro eixos interdependentes e articulados entre si. São eles: acesso à educação; inclusão social; atenção à saúde e acessibilidade. Estas constituem uma rede de serviços e políticas públicas que buscam garantir os direitos da pessoa com deficiência em toda sua singularidade (BRASIL/SNPD).

Os quatro eixos do Plano Viver sem Limite:

1. Acesso à educação, que investe em recursos e serviços de apoio à educação básica e compreende a busca ativa de alunos, transporte acessível, aprendizagem, acessibilidade e qualificação profissional;

2. **Atenção à saúde**, que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e contempla ações voltadas para a prevenção e reabilitação;

3. Inclusão social, que desenvolve ações de participação social e de combate às desigualdades, visando a incluir as pessoas com deficiência na sociedade, tanto no trabalho, quanto no cuidado diário de pessoas em situação de pobreza;

4. Acessibilidade, na forma da busca de acesso à tecnologia e ao desenvolvimento tecnológico, moradia e aquisição de equipamentos (DEFICIÊNCIA, 2014)

No Eixo Atenção à Saúde foram estipuladas metas até 2014, envolvendo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Resumidamente, as ações previstas estão listadas abaixo.

- Ampliação e qualificação da Triagem Neonatal
- Elaboração e publicação de dez Diretrizes Terapêuticas
- Habilitação e Reabilitação
- Transporte para acesso à saúde
- Órteses e próteses
- **Atenção Odontológica:**
  - Qualificação de 420 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para atender às pessoas com deficiência;
  - Adequação física e aquisição de equipamentos para 27 centros cirúrgicos em hospitais gerais;
  - Qualificação de seis mil profissionais de saúde bucal para atendimento de pessoas com deficiência.

Podemos citar como realizações em odontologia do Plano viver sem limite: capacitação de 5.674 mil profissionais de atenção básica e de saúde bucal, qualificação de 483 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e a preparação de 81 centros cirúrgicos odontológicos em hospitais gerais, três por estado, para o atendimento de pessoas com deficiência que demandem tratamento sob sedação ou anestesia geral (DEFICIÊNCIA, 2014).

Destacamos a Capacitação dos Profissionais em Odontologia Brasileira Vinculados ao SUS para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência realizada, em Santa Catarina, numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Pernambuco/ Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde /UFPE/UNA-SUS. Santa Catarina preencheu as 342 vagas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde entre cirurgiões-dentistas (CDs) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs)/Técnicos em Higiene Dental (THDs). Esta atividade aconteceu no período de novembro de 2013 a junho de 2014 com carga horária total de 160 horas (divididas em 120 horas on-line e 40 horas presenciais). Para o treinamento presencial foram formados 10(dez) pólos de treinamento sediados pelos municípios de Joinville, Florianópolis, Chapecó, Jaraguá do Sul, Blumenau, Videira, Tubarão, Criciúma, Lages e Balneário Camboriú.

Dentre os 295 (duzentos e noventa e cinco) municípios de Santa Catarina 126 (cento e vinte e seis), ou 42,71%, participaram da capacitação. Dos 22 (vinte e dois) municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis, 10(dez), ou 45,45%, participaram desta atividade. São eles: Florianópolis, São José, Palhoça, Garopaba, Biguaçu, Tijucas, Águas Mornas, Nova Trento, Paulo Lopes e Santo Amaro da Imperatriz. Na Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC foram matriculados 27(vinte e sete) profissionais da odontologia do SUS, sendo que 17(dezessete) concluíram o curso (treze cirurgiões-dentistas e quatro Auxiliares de Saúde Bucal). Os municípios São José, Águas Mornas, Garopaba e Nova Trento não concluíram a Capacitação (SES/SC).

### 3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO RELACIONADAS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Dentre os 193 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) somente 1/3 deles apresentam legislação para as pessoas com deficiência e o Brasil está nesta parcela (CALDAS JR, 2013).

Os primeiros anos do século XX marcam discretamente o início das ações relacionadas à deficiência na forma de conferências,

congressos e realização dos primeiros censos sobre este tema. Assim em 1907 foi realizada nos Estados Unidos a Primeira Conferência da Casa Branca sobre cuidados de crianças deficientes em Boston (GUGEL, 2007).

Em 1948 na sede da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova York os dirigentes mundiais reforçam a Carta das Nações Unidas (1945) constituindo, desta forma, a Declaração Universal dos Direitos Humanos onde são salientados os princípios de igualdade, liberdade, justiça e dignidade humana (GUGEL, 2007).

As duas grandes guerras mundiais foram um divisor de águas para temas como prevenção e proteção à pessoa com deficiência. Nas duas ocasiões o aumento acentuado de deficientes visuais, auditivos e motores exigiu do Estado uma posição protetora (ARAÚJO, 2011).

Outro período marcante neste tema foi a Revolução Industrial (séculos XVIII e XIX). Segundo Pereira (2009) este período não apenas excluiu, mas também “produziu” pessoas com deficiência. A associação de fatores como: condições precárias de trabalho, ausência de mecanismos de segurança e longas jornadas de trabalho, ocasionavam muitos acidentes que poderiam trazer restrição ao desempenho esperado dos trabalhadores.

No Brasil na década de 50, ainda com marcante ausência direta estatal e com característica protetiva e paternalista, surge a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE (MAIOR, 1997).

O Movimento Apaeano começou por iniciativa de Beatrice Bemis, membro do corpo diplomático americano e mãe de pessoa com síndrome de Down. Em julho de 1954 Beatrice Bemis realizou, na Embaixada Americana, o primeiro encontro entre pais, mestres e técnicos interessados na questão de pessoas com deficiência. A partir desse primeiro encontro, foi nomeada uma comissão com objetivo de fundar uma Associação de Pais de crianças que apresentavam deficiência mental. E assim, no dia 08 de setembro de 1954, ficou consagrado o nome “Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais” (APAEBRASIL).

No Brasil em dezembro de 1954, foi fundada a primeira APAE, no Rio de Janeiro, destinada a “promover o bem estar dos excepcionais”. Nesta solenidade estiveram presentes o Sr. e Sra. George W. Bemis, sendo ele vice-presidente da National Association of Parents and Friends of Mentally Retarded Children entidade criada em 1950 no EUA, e atualmente denominada National Association for Retarded Citizens (THE ARC).



O 1º Encontro Nacional de Dirigentes Apaeanos foi realizado em São Paulo no ano de 1962. Nesta época havia 16 APAEs no Brasil, 12 das quais participaram deste encontro. A Federação Nacional das APAEs (Fenapaes) foi criada no mesmo ano e ,a exemplo de uma APAE, se caracteriza por ser uma sociedade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional com duração indeterminada, congregando como filiadas as APAEs e outras entidades congêneres, tendo sede e fórum em Brasília(LANNA JR,2010).

A figura de uma flor ladeada por duas mãos em perfil, desniveladas, uma em posição de amparo e a outra de proteção, ficou definida como símbolo da APAE.

Atualmente, passados 54 anos de sua fundação, são mais de duas mil APAES, espalhadas pelo Brasil sendo considerado o maior movimento filantrópico do Brasil e do mundo, na sua área de atuação (APAEBRASIL; PEREIRA,2009).

De acordo com a Federação das APAEs existem atualmente em Santa Catarina 194 APAEs ,sendo a APAE de Brusque a segunda fundada no Brasil(1955)(FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES).

A ONU direcionou as ações de proteção às pessoas com deficiência quando proclamou o ano de 1981 como “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. Tinha como objetivo chamar a atenção de toda a sociedade, inclusive dos próprios deficientes, para a necessidade da criação de planos de ação no sentido de estimular a igualdade de oportunidades, reabilitação e prevenção de deficiências. Com o lema “Participação plena e igualdade” buscava discutir mecanismos que possibilitassem a participação ativa da pessoa com deficiência na busca por seus direitos como cidadãos. A criação do Programa Mundial de Ação para Pessoas com Deficiência, formulado pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em dezembro de 1982 foi o maior resultado desta resolução da ONU. Neste programa foram estabelecidas diretrizes voltadas para saúde, educação, empregos, seguridade social e legislações relacionadas à população com deficiência. Desta forma os países membros firmam compromisso de definirem e executarem políticas públicas, planos e programas para estas pessoas. (GUGEL, 2007; ONU)

Em 1986 ao criar a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência/ CORDE (decreto nº 93 481/86) o governo brasileiro estabelece mais uma iniciativa na direção da atenção e cuidado a estas pessoas. A CORDE irá “coordenar a ações governamentais e medidas que se refiram a pessoa com deficiência” (MAIOR 1997). Em 2010 esta coordenação chega ao status de

Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Decreto nº 7.256/10). A nova secretaria agora é órgão da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BRASIL/SNPD)

A promulgação da Constituição Federal de 1988 “tutela os direitos das pessoas portadoras de deficiência”, estruturando e organizando diversos dispositivos baseados nos princípios da igualdade, dignidade da pessoa humana, da solidariedade e da justiça social, visando garantir a efetiva inclusão e integração das pessoas portadoras de deficiência na sociedade”. A constituição agora adota a denominação “pessoa portadora de deficiência” substituindo os termos “excepcional” e “deficiente” (MAIOR 1997).

A Constituição Federal de 1988 institui o Benefício de Prestação continuada da Assistência Social - BPC que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993; pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. O BPC é um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade. O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. As pessoas beneficiadas devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente (BRASIL, MDS).

Destacamos também que a constituição de 1988 reforça o Princípio Constitucional da Igualdade que assegura tratamento desigual aos desiguais, ora evitando a discriminação, ora protegendo a pessoa com deficiência dado à sua dificuldade de inserção e integração. Outra orientação constitucional é a possibilidade da participação de entidades não governamentais para atenção à saúde da criança e adolescente (deficientes ou não). Desta forma muitas entidades filantrópicas, como por exemplo, as APAES puderam firmar convênios com o SUS (FEDERAÇÃO NACIONAL DA APAES).

O Brasil, a partir dos anos 80, passou a colocar nas pautas dos governos a necessidade de políticas públicas voltadas para a população com deficiência. O governo Federal, em 1989, instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei nº

7.853). Esta lei estabelece medidas de proteção aos direitos desta parcela populacional como forma de assegurar-lhes o “pleno exercício dos direitos individuais e sociais” e, em seu Art.8º, define como crime o preconceito à pessoa com deficiência, punível com multa e até reclusão (BRASIL, 1989).

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1989) em seu Art. 16, além dos aspectos de promoção de ações preventivas, desenvolvimento de programas de saúde voltados para este público, destacam-se:

[...] III – a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho; IV – a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados; V – a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao portador de deficiência grave não internado [...] (BRASIL, 1989).

Ainda referente à Lei nº 7.853/89, destacamos o Art.17 que torna obrigatória a inclusão de questões específicas sobre a população com deficiência nos censos nacionais. O conhecimento deste contingente é essencial para a definição de políticas públicas baseadas em dados que reflitam a realidade brasileira sobre esta população. Até então as ações em saúde tomavam como referência a estimativa da OMS onde 10% da população de qualquer país, em tempos de paz, refere algum tipo de deficiência (BRASIL, 1989;BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência relata que no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou a primeira pesquisa relativa a esta população em 1991 e, por ocasião deste primeiro levantamento, o IBGE chegou ao percentual de 1,14% da população brasileira como deficiência. Cabe ressaltar que aqui foram considerados apenas aqueles que responderam positivamente aos quesitos de maior grau de deficiência, trazendo assim alguma limitação metodológica (BRASIL, 2002). Porém, segundo o IBGE (2010), esta investigação se fez presente desde o primeiro levantamento censitário , em 1872, e em todos os demais:

1890,1900,1920,1940,1991, 2000 e 2010 ,ainda que o levantamento sobre as pessoas com deficiência no Brasil tenha sofrido alterações metodológicas (IBGE, 2010).

Em 1990 a lei Orgânica de Saúde além de dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organiza nacionalmente o funcionamento dos serviços relativos a esta área. Vigorando em todo o território nacional, para qualquer ação ou serviço de saúde público ou privado, institui os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade da atenção, universalidade de acesso e equidade da assistência. Também assegura o direito à saúde como fundamental e delega ao Estado o dever de garanti-la (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). No entanto, esta lei sofreu alguns vetos presidenciais (Presidente Fernando Collor de Mello), particularmente nos temas financiamento e controle social. Desta forma uma nova lei, a 8.142 de dezembro do mesmo ano, recupera alguns vetos e assim, a Lei Orgânica de Saúde, que conhecemos hoje, é formada pelo conjunto das duas Leis, a 8080 e 8142 de1990(RONCALLI, 2000). A regulamentação da Lei 8080/90 aconteceu somente em 2011 pelo decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011b).

Fortalecendo a idéia de inclusão social da pessoa com deficiência, em 1999 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). Esta iniciativa proporcionou a participação da população com deficiência nas definições, planejamento e avaliação das políticas destinadas a elas através da articulação e diálogo com atores sociais envolvidos nesta questão (BRASIL/SNPd).

No ano de 2000 destacamos as leis, 10.048 e 10.098 que definem observância para dois aspectos na proteção da pessoa com deficiência, respectivamente: a prioridade no atendimento e a acessibilidade. Estas leis foram, posteriormente, regulamentadas pelo Decreto nº 5.296, de 2 de Dezembro de 2004, o chamado decreto da acessibilidade(BRASIL, 2004a).

Anualmente, desde 2001, o Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência, com representantes dos institutos de estatística de mais de quarenta países, reúne-se para discutir a produção das estatísticas sobre pessoas com deficiência (IBGE)

Em 2002 a Portaria GM/MS nº 1060 aprova Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência com foco na inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde/SUS (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência coloca como as principais causas da deficiência:

(1) os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; (2) as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; (3) as perturbações psiquiátricas; (4) o abuso de álcool e de drogas; (5) a desnutrição; e (6) os traumas e as lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito (BRASIL, 2002)

Ainda segundo esta Política, muitas destas causas poderiam ser evitadas com ações voltadas para a melhoria na qualidade do pré-natal, nos serviços de genética clínica para aconselhamento aos casais, na assistência pós-parto, nas políticas públicas de combate à desnutrição, na promoção de saúde, prevenção, dentre outros (BRASIL, 2002).

São suas principais diretrizes: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços. Destacamos que no tocante a organização dos serviços e saúde à pessoa com deficiência espera-se que se disponha em forma de uma rede de cuidados, descentralizada, intersetorial e participativa tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ou Saúde da Família, como porta de entrada no sistema (BRASIL, 2002).

Seguindo a idéia de reorganização dos serviços de saúde para melhoraria no acesso, na qualidade do serviço prestado e na humanização deste, o Ministério da Saúde lançou em março de 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. Trata-se de numa série de medidas que visam “garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população”. A implantação das equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e ainda a viabilização da fluoretação das estações de tratamento de águas de abastecimento público são suas principais metas (BRASIL, 2004b). A Política Nacional de Saúde Bucal reforça idéia de que cabe à atenção básica: evidenciar necessidades, fazer os devidos encaminhamentos, monitorar

a atenção, como também, acompanhar a reabilitação pós-tratamento (CALVO, 2012).

Com o objetivo de normatizar, estabelecer critérios e requisitos para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), o Ministério da Saúde publicou em 2004 a Portaria nº 1.570/GM. Em seguida, a Portaria nº 1.571/GM instituiu o financiamento e monitoramento dos CEOs. Essas portarias sofreram alterações em 2006 pelas portaria nº599/GM e portaria nº600/GM. A portaria nº599/2006 determina que para o credenciamento, o CEO, deve prestar atendimento em cinco especialidades essenciais: periodontia especializada, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal (com ênfase em diagnóstico e detecção do câncer bucal), endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. A implantação dos centros de especialidades odontológicas trouxe maior possibilidade de acesso da pessoa com deficiência à atenção em saúde bucal. A portaria nº 2898/GM de 21 de setembro de 2010 define que no mínimo 50% dos procedimentos para pacientes especiais sejam restauradores, desestimulando assim a prática mutiladora (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010c).

Em Santa Catarina a Lei nº 13.633, de 20 de dezembro de 2005 instituiu o FUNDOSOCIAL cujo objetivo é financiar programas de apoio à inclusão e promoção social. Esta lei teve seu texto alterado através da Lei nº 13.334 do mesmo ano e define:

Art. 1º Fica instituído o Fundo de Desenvolvimento Social - **FUNDOSOCIAL** -, de natureza financeira, destinado a financiar programas e ações de desenvolvimento, geração de emprego e renda, inclusão e promoção social, no campo e nas cidades, no Estado de Santa Catarina, inclusive nos setores da cultura, esporte e turismo e educação especial. Parágrafo único. A educação especial de que trata o caput será promovida através das ações desenvolvidas pelas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais - **APAEs, situadas no Estado de Santa Catarina.**” (SANTA CATARINA,2005)

E ainda:

“Art. 8º§ 1º Os programas desenvolvidos pelo FUNDOSOCIAL poderão contar com a participação e colaboração de pessoas jurídicas contribuintes do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - **ICMS**, cujo valor de contribuição poderá ser compensado em conta gráfica, até o limite de **6% (seis por cento) do valor do imposto mensal devido**, que será destinado da seguinte forma: I - 5% (cinco por cento) para financiar programas e ações de desenvolvimento, geração de emprego e renda, inclusão e promoção social, no campo e nas cidades, inclusive nos setores da cultura, esporte e turismo; e II - **1% (um por cento) nas ações desenvolvidas pelas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAEs, situadas no Estado de Santa Catarina, cujos recursos serão repassados, a cada entidade, de forma proporcional ao número de alunos regularmente matriculados** (SANTA CATARINA,2005)

Iniciativas mundiais buscando fortalecer os direitos da pessoa com deficiência seguem, e em 2006 a sede da ONU em Nova York sedia a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Esta convenção tinha como objetivo, além da promoção, defesa e garantia de vida digna, a busca pela emancipação das pessoas com deficiência. Em 2007 o Brasil assinou-a sem reservas, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se com todos os artigos que a compunham e seu texto foi integrado, como emenda, à Carta Constitucional brasileira, em julho de 2008(BRASIL, 2002). O Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque em 30 de março de 2007 (BRASIL, 2009a).

O protocolo facultativo complementa a Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência, como um tratado internacional, no intuito de agregar a ela a possibilidade de grupos ou indivíduos ou seus representantes apresentarem reclamações de que tenham sido vítimas, ao órgão de vigilância da Convenção. A adesão ao protocolo não é obrigatória e o Estado Parte ainda tem direito de, no momento da assinatura do Protocolo Facultativo, dizer que não

reconhece a legitimidade do Comitê para análise de casos de denúncias por mecanismos não oficiais (BRASIL, 2008a).

Em 2008, seguindo com a melhoria da atenção em saúde, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família /NASF (Portaria MS/GM nº 154, de 24/1/08) se configurou em mais uma ferramenta disponibilizada. A característica multiprofissional do NASF facilita a troca de saberes e melhoria na qualidade da atenção disponibilizada para toda a população. O NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o objeto das ações da atenção básica e, desta forma, busca-se aumentar sua resolubilidade (BRASIL, 2008b).

A portaria nº1032, de 5 de maio de 2010 ,facilita o acesso da pessoa com deficiência ao atendimento odontológico hospitalar quando inclui os procedimentos odontológicos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, para tratamento odontológico à pacientes com necessidades especiais . Desta forma os hospitais e profissionais, ao prestarem este serviço no SUS, passam a receber repasse financeiro para procedimentos odontológicos de atenção primária e secundária em ambiente hospitalar (BRASIL, 2010b).

Em 2011 a instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite , foi um marco importante na busca pela melhoria da atenção disponibilizada pelo SUS às pessoas com deficiência (BRASIL,2011a).Neste estudo dedicamos à este Plano um tópico exclusivo nesta revisão bibliográfica .

No ano seguinte o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS (RCPD). Esta rede será composta pela Atenção Básica; Atenção especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Refere ainda que, a RCPD na Atenção Básica terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde e contará com o NASF (quando houver) e atenção odontológica. E no componente atenção especializada, a RCPD contará com estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de Reabilitação, com Centros Especializados em Reabilitação (CER) e os CEOs. (BRASIL, 2012a).

### 3.5 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Na década de oitenta o cenário político brasileiro era de transformações e movimentos populares, muitos deles, relacionados à



saúde. E é neste contexto que tem lugar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ªCNS/1986). A obrigatoriedade de realização das conferências nacionais de saúde está disposta em lei (Lei nº 378/1937) e acontecem desde 1941. Desde a 1ª CNS à 7ª CNS os debates estavam restritos às ações governamentais, com participação exclusiva de deputados, senadores e autoridades do setor saúde. A 8ª CNS tornou-se um marco pelo fato de proporcionar pela primeira vez, em quase 45 anos de história, a participação popular (AROUCA).

A lei 8142/1990 estabelece a periodicidade de 4 (quatro) anos para a realização das conferências de saúde e devem contar, obrigatoriamente, com a participação de vários segmentos sociais organizados, das entidades ligadas à saúde, dos gestores e prestadores de serviços em saúde, imprimindo ao SUS uma de suas principais características: a participação social (BRASIL, 1990a; SUS)

Um desdobramento importante da 8ª CNS foi o consenso sobre a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) considerado o precursor do SUS. Segundo Arouca “o legado” mais precioso da 8ª CNS foi a consolidação da idéia da Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária Brasileira foi materializada com a Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988, com a lei 8080/90 e a lei 8142/90.

Quando a Constituição Federal do Brasil (1988) coloca a saúde com direito de todos e dever do Estado (art.196) e define o SUS como sistema de saúde, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, objetiva diminuir a desigualdade na assistência à saúde e torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão (BRASIL, 1988).

E define a descentralização como uma de suas diretrizes quando:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

No sentido da normatização das ações e relações surgiram as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS). A NOB-SUS 01/91 estabeleceu critérios para

o repasse de verbas; em 1992 a NOB-SUS 01/92 criou o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); em 1993 a NOB-SUS/93 instituiu a transferência fundo a fundo e em 1996 a NOB-SUS/96 instituiu repasses federais com base per capita – Piso de Atenção Básica – para financiamento da APS e o Piso de Atenção Básica Variável. Esta última NOB aumentou a possibilidade da gestão descentralizada de recursos (PUCCA, 2012).

A NOA-SUS 01/2001 e a NOA-SUS 01/2002 “definiram a regionalização como estratégica fundamental na reorganização da atenção à saúde na lógica do planejamento de módulos assistenciais e redes de serviços articulados e referidos a território definidos” (LAVRAS, 2011a p.322). Convém ressaltar que as NOAs enfatizam a importância da regionalização do sistema, porém, não são flexíveis à diversidade sanitária das diversas regiões do Brasil e desta forma contribuíram para a fragmentação histórica da atenção e gestão do SUS (LAVRAS, 2011a)

Alicerçado por este compromisso em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 399 que define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde com o objetivo de responder aos desafios atuais de gestão e organizar um sistema capaz de satisfazer aos anseios da população relacionados à saúde (BRASIL, 2006c). O Pacto pela saúde busca substituir a rigidez das NOAs por pactuação flexível de forma a favorecer a qualificação e regionalização das redes (SILVA, 2011a).

O Pacto pela Saúde contempla 3 (três) dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto da Gestão do SUS (BRASIL, 2009a).

O Pacto pela Vida tem como objetivo estabelecer e contextualizar prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas. Sendo formado por um conjunto de compromissos sanitários assumidos formalmente reforça o movimento da gestão pública por resultados. Para tanto são firmados entre União, estados, municípios através de instrumentos jurídicos públicos, os Termos de Compromisso de Gestão (TCG). São 6( seis) as prioridades do Pacto pela Vida/2006: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias; promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006c).

O Pacto em Defesa do SUS tem por objetivo principal reforçar os princípios fundamentais do sistema e, repolitizando o debate em torno do SUS, reafirmar sua importância para a cidadania (BRASIL, 2006c).

O Pacto de Gestão tem suas diretrizes voltadas à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde. (BRASIL, 2006c).

Outra iniciativa objetivando a organização do sistema de saúde é o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Este foi instituído pelo decreto nº 7.508 de 2011( que regulamenta a Lei 8080/90) onde:

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (Brasil, 2011b)

Para, Lavras (2011a) a modelagem regionalizada das Redes de Atenção à Saúde/RASs exige cooperação entre os municípios de uma região específica assim como, a especificação da Atenção Primária de Saúde como organizadora e coordenadora do cuidado ofertado.

A regionalização é uma diretriz do SUS e a partir da NOAS/SUS 01/2002 os estados buscam elaborar seu respectivo Plano Diretor de Regionalização (PDR) objetivando a melhoria no acesso à atenção em saúde num sistema eficiente e efetivo. A regionalização eficaz cria a base para a implantação e desenvolvimento das Redes de atenção à Saúde (RAS). Não existe modelo padrão, assim, cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá, de acordo com as demandas e possibilidades locais, estabelecer o desenho mais adequado com vistas à

garantia de acesso equânime e integral de sua população à atenção em saúde (BRASIL, 2006c).

O planejamento em saúde se torna essencial neste processo de regionalização com foco na mudança da distribuição espacial das bases de serviços. Com este enfoque alguns instrumentos são considerados importantes: Plano de Saúde, a Programação Anual, o Relatório Anual de Gestão, o Plano Diretor da Regionalização - PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde – PPI (BRASIL, 2009b).

O Plano Municipal de Saúde (para quatro anos) e o Relatório Anual de Gestão devem traduzir a realidade de saúde dos municípios servindo de referência para gestão e para a participação da comunidade na medida em que aponta dificuldades e direciona soluções (BRASIL, 2009b).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é “o desenho das várias regiões sanitárias de um estado” que será definido a partir das especificidades regionais somadas a alguns critérios, como por exemplo, facilidade de acesso e meios de transporte (BRASIL, 2009b).

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) é a programação dos serviços dos estados após as demandas do planejamento das regiões e municípios. Com base no levantamento realizado o município vai pactuar com outros o oferecimento destes serviços, recebendo por isso. O Colegiado de Gestão Regional (formado por todos os gestores de determinada região) potencializa a articulação definiNdo as prioridades e estratégias para atender as demandas em saúde da região (BRASIL, 2009b). Os Colegiados de Gestão Regional aos poucos vão assumindo seu caráter de planejamento, pactuação e gestão intergovernamental da saúde nos “espaços regionais” como complemento as atividades das Comissões Intergestores do SUS (LIMA, 2012).

A Regionalização é considerada “eixo norteador” para desenvolvimento do SUS possibilitando a ação coordenada da União, estados e municípios na constituição de regiões sanitárias onde se organizam as redes de atenção à saúde (LAVRAS, 2011a).

No processo de regionalização da saúde em Santa Catarina, alguns conceitos adquirem importância: Macrorregião de Saúde, Secretarias de Desenvolvimento Regional/SDR e Regiões de Saúde.

O Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina (PDR) define:

- Macrorregião de Saúde:

É formada por uma ou mais regiões de saúde organizada e estruturada para atender parte da Média Complexidade que se evidencia como mais complexa e a Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Não possui município sede e sua definição depende de cumprimento de critérios que levam em conta serviços de alta complexidade instalados, população referenciada e investimentos feitos pelo Estado através de convênios (SANTA CATARINA, 2012, p. 18)

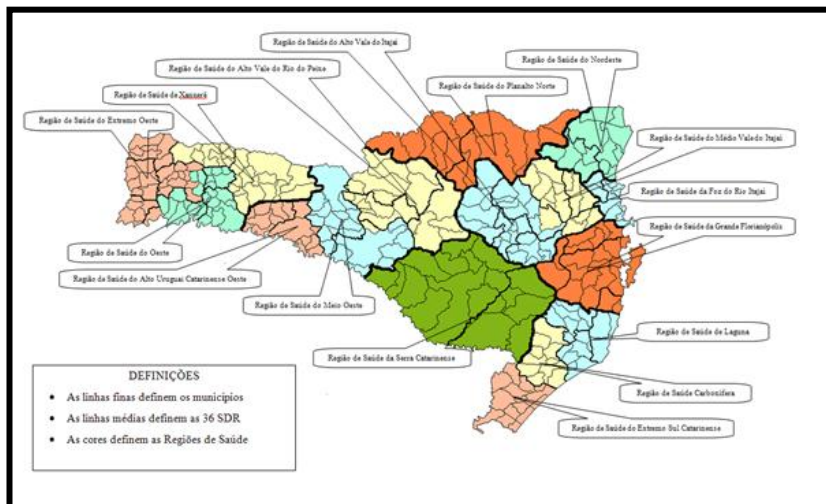
➤ Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR

A descentralização político-administrativa em Santa Catarina foi definida pela Lei Complementar nº. 381, de 07 de maio de 2007, caracterizada pela divisão em 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR. As SDRs tem por objetivo organizar o governo regionalmente de forma a descentralizar as funções administrativas e assim, potencializar o desenvolvimento regional. Cada SDR possui uma Gerência de Saúde que deve representar o Governo do Estado no âmbito da respectiva região, promovendo a compatibilização do planejamento regional com as metas do Governo do Estado e com as necessidades da região Estas Gerências de Saúde são subordinadas administrativamente à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional respectivo, ficando submetidas à orientação normativa, ao controle técnico e à fiscalização da Secretaria de Estado da Saúde (SANTA CATARINA, 2012).

➤ Regiões de Saúde

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

**Figura 1** - Configuração das Regiões de Saúde em Santa Catarina em 2012



**Fonte:** Gerência de Planejamento do SUS/SES

Em Santa Catarina foram definidas 16 regiões de Regiões de Saúde distribuídas em 9 macrorregiões.

**Quadro 2** - Macrorregiões de Saúde de SC com as respectivas Regiões de Saúde

<b>Macrorregião (total 9)</b>	<b>Regiões de Saúde (total 16)</b>
Macrorregião do Grande Oeste	Região de Saúde do Extremo Oeste Região de Saúde de Xanxerê Região de Saúde do Oeste
Macrorregião do Meio Oeste	Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense Região de Saúde do Meio Oeste Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe
Macrorregião da Foz do Rio Itajaí	Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí
Macrorregião do Vale do Itajaí	Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí

(continua)

(finaliza)

Macrorregião (total 9)	Regiões de Saúde ( total 16)
Macrorregião da Grande Florianópolis	Região de Saúde da Grande Florianópolis
Macrorregião Sul	Região de Saúde de Laguna Região de Saúde Carbonífera Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense
Macrorregião Nordeste	Região de Saúde Nordeste
Macrorregião do Planalto Norte	Região de Saúde do Planalto Norte
Macrorregião de Saúde da Serra catarinense	Região de Saúde da Serra Catarinense

**Fonte:** elaborado pela autora a partir de dados do Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado de SC/ 2012

Ao referenciar a organização dos sistemas de saúde, o termo “redes” é utilizado para explicar componentes ou modalidades de assistência. Nos sistemas hierarquizados por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) utilizamos o conceito de redes de serviços de saúde numa referência às “ações e serviços que se organizam em cada um desses níveis”. Temos também as redes temáticas de saúde que seriam um recorte longitudinal (no modelo hierarquizado) que incluiria todos os serviços nos 3 (três) níveis de atenção voltados para o atendimento de um grupo populacional ou um agravo específico. No entanto inexistindo articulação entre os níveis hierarquizados, a qualidade e a resolutividade da assistência ficam comprometidas com conseqüente fragmentação da atenção. As redes de atenção à saúde viriam com a incumbência de organizar os serviços de modo a possibilitar maior integração das ações e serviços ofertados (LAVRAS, 2011a).

As RAS ainda que não sejam modeladas de forma padrão, devem obedecer aos princípios de economia de escala, de escopo e qualidade no acesso aos serviços, bem como, mostrar certa “flexibilidade” principalmente quando a região em questão é de baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os equipamentos de saúde (LAVRAS, 2011a).

Para orientar e normatizar a formação da RAS o MS publicou em 2010 a Portaria nº 4.279 que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Este documento define Rede de Atenção à Saúde “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

Complementando este conceito a Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS em 2011 define RAS como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.

As **Redes de Atenção à Saúde** apresentam 3 (três) elementos básicos: a **população**, a **Estrutura operacional** e o **Modelo de atenção**. (MENDES, 2011; OPAS, 2011)

A população sob responsabilidade sanitária e econômica da RAS é característica essencial das Redes de Atenção à Saúde. Esta população definida da RAS vive em territórios sanitários singulares, é cadastrada na atenção básica e deve ser totalmente conhecida e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários através de sistemas de informações competentes (MENDES, 2011).

Segundo a OPAS (2011) para que se efetive o total conhecimento da população sob responsabilidade da RAS torna-se necessário um processo complexo que é composto de alguns momentos:

1. Territorialização; cadastro das famílias
2. Classificação das Famílias por riscos socio sanitários
3. Vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/ equipe do Programa saúde da família
4. Identificação de sub-populações com fatores de riscos
5. Identificação de sub-populações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos
6. Identificação de sub-populações com condições de saúde muito complexas.

Outro elemento da RAS é a estrutura operacional que é formada pelos “nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós” (OPAS, 2011; MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), fazem parte desta estrutura:

1. Centro de comunicação, a APS
2. Pontos de atenção secundários e terciários (atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária)



3. Sistemas de Apoio (sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de tele assistência )
4. Sistemas logísticos (o registro eletrônico em saúde, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde)
5. Sistema de governança da rede de atenção à saúde: segundo a ONU, “a governança é considerada o exercício da autoridade política, econômica e administrativa por gerir os negócios do Estado”. Desta forma, governa transversalmente os componentes da RAS de maneira que se articulem em função da missão, visão e objetivos comuns das redes. Estes arranjos, chamados interfederativos, devem ser feitos através das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), na esfera federal; Comissões Intergestores Bipartite (CIB), na esfera estadual e Comissões Bipartite Regionais (também chamadas de Comissões Intergestores Regionais –CIR), nas Regiões de Saúde ( MENDES,2011)

Para Silva (2011a) o financiamento minimamente necessário é essencial para uma boa governança e associado a este, a adequada motivação, por sistema de incentivos, dos prestadores de serviços da RAS é fundamental para adesão destes aos objetivos de trabalho das RAS.

Mendes (2011) observa que, na estrutura operacional, os 3 (três) primeiros elementos correspondem aos nós das RASs e o quarto se responsabiliza pela comunicação destes nós.

O terceiro elemento das RASs é o Modelo de atenção. Estes são sistemas lógicos que viabilizam o funcionamento das RASs uma vez que articulam os seus elementos constitutivos, população e estrutura operacional, observando as prioridades, tipos de intervenções sanitárias necessárias, situações demográfica e epidemiológica, assim como os determinantes sociais vigentes, em uma sociedade específica num tempo específico, tendo a saúde como objetivo final(OPAS,2011).

A mudança demográfica brasileira dos últimos anos demonstra o envelhecimento da população, com conseqüente aumento das condições crônicas de saúde. Este fato modifica a demanda em saúde, sobretudo quando coexiste com doenças infectocontagiosas e o aumento expressivo de morbimortalidade por causas externas (LAVRAS, 2011a)

A estrutura que o SUS apresenta atualmente o torna mais eficiente ao enfrentamento das condições agudas quando comparado às condições crônicas. Isto se deve à maior complexidade da atenção exigida pelas condições crônicas de saúde onde práticas como autocuidado, abordagens multiprofissionais e atenção continuada, só podem ser obtidas nos sistemas integrados de saúde (LAVRAS, 2011a).

A atuação sobre a condição crônica deve acontecer sobre todo o ciclo da doença de forma integral e com envolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção, cuidado, reabilitação e palição. A atenção integral desejada demanda a atuação de todos os níveis de atenção, bem como dos sistemas logísticos e de apoio de forma harmônica e organizada (OPAS, 2011)

A busca pela qualidade na atenção e acesso está cada vez mais presente nas ações em saúde. E assim o Ministério da Saúde entende que a gestão pública pautada no monitoramento das ações, avaliação de processos e resultados tem que ser uma prioridade (BRASIL,2013a ). Desta forma, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade Atenção Básica (PMAQ-AB) e posteriormente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas(PMAQ-CEO) instituídos, respectivamente, pelas Portarias nº 1654 /2011 e nº261/GM/MS/2013 abraçam esta necessidade como forma de garantir qualidade e acesso à saúde para toda população seja esta com ou sem deficiência(BRASIL,2011c; BRASIL, 2013a).

É perceptível que o maior desafio está na construção de um sistema integrado que, ao mesmo tempo, consiga articular as ações a nível regional preservando a autonomia de cada município e garantindo a qualidade na atenção. Sendo assim, a estruturação de redes de atenção em saúde apresenta-se como uma boa alternativa, uma vez que, consolidam os sistemas de saúde integrados, favorecem o acesso com continuidade assistencial e utilizam racionalmente os recursos (LAVRAS, 2011a).

## 4. MÉTODO

### 4.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo e exploratório realizado nos municípios que compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis.

A Região de Saúde da Grande Florianópolis está inserida em uma das nove Macrorregiões do Estado de Santa Catarina, que neste caso leva o mesmo nome, a Macrorregião da Grande Florianópolis.

A Região de Saúde da Grande Florianópolis é uma das 16 (dezesseis) Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina. É composta pelos seguintes municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Gov. Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas. Estes 22 (vinte e dois) municípios pertencem a diversas Secretarias de Desenvolvimento Regionais /SDRs.

**Quadro 3** - Municípios da Macrorregião da Grande Florianópolis/ Região de Saúde da Grande Florianópolis com suas respectivas Secretarias de Desenvolvimento Regional /SDR

<b>Macrorregião da Grande Florianópolis</b>		
<b>Região de Saúde da Grande Florianópolis</b>		
<b>Municípios</b>	<b>População</b>	<b>Secretarias de Desenvolvimento Regional SDR</b>
Águas Mornas	5.548	18º SDR - Grande Florianópolis
Alfredo Wagner	9.410	13º SDR – Ituporanga
Angelina	5.250	18º SDR - Grande Florianópolis
Anitápolis	3.214	18º SDR - Grande Florianópolis
Antonio Carlos	7.478	18º SDR - Grande Florianópolis
Biguaçu	58.206	18º SDR - Grande Florianópolis
Canelinha	10.603	16º SDR – Brusque
Florianópolis	421.240	18º SDR - Grande Florianópolis
Garopaba	18.138	19º SDR – Laguna

(continua)

(finaliza)

<b>Macrorregião da Grande Florianópolis</b>		
<b>Região de Saúde da Grande Florianópolis</b>		
<b>Municípios</b>	<b>População</b>	<b>Secretarias de Desenvolvimento Regional SDR</b>
Gov. C.Ramos	12.999	18° SDR - Grande Florianópolis
Leoberto Leal	3.365	13° SDR – Ituporanga
Major Gercino	3.279	16° SDR – Brusque
Nova Trento	12.190	16° SDR – Brusque
Palhoça	137.334	18° SDR - Grande Florianópolis
Paulo Lopes	6.692	19° SDR – Laguna
R. Queimado	2.748	18° SDR - Grande Florianópolis
S. A. Imperatriz	19.823	18° SDR - Grande Florianópolis
São Bonifácio	3.008	18° SDR - Grande Florianópolis
São J. Batista	26.260	16° SDR – Brusque
São José	209.804	18° SDR - Grande Florianópolis
S. P. Alcântara	4.704	18° SDR - Grande Florianópolis
Tijucas	30.960	16° SDR – Brusque
<b>População total 1.012.253</b>		

**Fonte:** elaborado pela autora

Todos os municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis foram convidados a participar deste estudo. Entretanto, 5 (cinco) não devolveram o questionário em tempo hábil. Assim, por questões de cronograma, os seguintes municípios não participaram deste estudo: Alfredo Wagner, Gov. Celso Ramos, Major Gercino, São Bonifácio e São Pedro de Alcântara. Estes municípios juntos perfazem um total de 33.400 habitantes representando, assim, 3,29% do total da população estudada.

#### 4.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados primários foram coletados através de questionário auto-aplicável enviados por correio eletrônico aos Coordenadores de Saúde Bucal, Coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas, Coordenadores da Atenção Básica ou profissional indicado por estes, nos municípios citados. Tal instrumento de pesquisa objetivou identificar o atual Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoa com Deficiência nestas localidades. Este

questionário foi baseado em material de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, que após adaptações, foi utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) durante a Oficina 1 do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Este dispositivo sofreu algumas alterações para nosso estudo e o questionário-piloto foi aplicado à 3 (três) cirurgiões-dentistas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais não apresentaram dificuldade em respondê-lo e não foi apontada necessidade de ajustes.

Em relação ao questionário utilizado cabe comentar o significado dos escores empregados:

- 0** – não existência do que está sendo perguntado;
- 1** – funcionamento básico ou incipiente;
- 2** – funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3** – existência em operação de forma ótima

Para análise destes dados (ordinais), foram utilizadas a estatística descritiva (mediana, moda, valor mínimo, valor máximo) e a Tabela de Frequência.

Os dados secundários foram obtidos nos sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (TABNET DATASUS).



## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

Esta pesquisa respeitou todos os aspectos éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina tendo recebido aprovação formal através do Parecer número 745.463 em 11 de agosto de 2014 (ANEXO B).

Os TCLEs foram enviados via email, juntamente com o questionário, sendo assinados e devolvidos via scanner.





## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo abordamos vários aspectos relacionados aos elementos básicos da RAS (população, estrutura operacional e modelo de atenção), sempre com direcionamento à pessoa com deficiência. Como já comentado anteriormente, 22 (vinte e dois) municípios compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, no entanto, 5 (cinco) não participaram deste estudo e assim nossa amostra foi de 17 (dezessete) municípios. Em alguns momentos, na sua maioria quadros explicativos, aparecerão os 22 municípios com a intenção de dimensionar a realidade da região como um todo.

Os cirurgiões- dentistas respondentes eram na maioria do sexo masculino (64%), pós-graduados (76%) e concursados (76%). Apresentaram em média 15 (quinze) anos de formados e 13 (treze) anos de atividade no SUS.

Há muito tempo que a fragmentação da atenção em saúde preocupa e é tema de estudos. Exemplo disto é o Relatório Dawson publicado na Inglaterra em 1920. Nele o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) foi definido como foco central do processo de regionalização na atenção em saúde no Reino Unido e entre suas propostas estavam a disponibilização destes serviços baseada nas necessidades da população e a indispensável integração das atividades curativas com as preventivas (SILVA, 2011a; STARFIELD, 2002; DAWSON, 1964). Dawson formulou os conceitos de níveis de atenção (centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola), porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração (sistemas de informação e de transportes). Este relatório enfatizava a flexibilidade dentro das diretrizes estabelecidas, onde deveriam ser levadas em conta as condições locais do território e da população (STARFIELD, 2002; KUSCHNIR, 2010).

É inegável a indispensabilidade da constituição das redes de atenção à saúde como enfrentamento as conseqüências da atenção fragmentada ainda presentes no Brasil. O desafio agora é tornar este modelo de atenção uma realidade (OPAS, 2011). No Brasil a segmentação da atenção em saúde se faz evidente quando observamos a coexistência de um sistema público e universal, o SUS; um sistema suplementar (seguros saúde, cooperativas e organizações de auto-gestão) e ainda atividades sustentadas por pagamento direto dos cidadãos (LAVRAS, 2011a).

Os resultados foram organizados em três unidades de análise (população e região de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção). Cada unidade analisada apresenta dimensões e subdimensões. Sendo assim organizamos a apresentação dos resultados de nosso estudo seguindo esta ordem. Ao final estarão os resultados da Análise de Correlação de Spearman.

## 6.1 UNIDADE DE ANÁLISE: POPULAÇÃO E REGIÃO DE SAÚDE

### 6.1.1 Dimensão: população

Considerando que o enfoque principal deste estudo é a pessoa com deficiência julgamos importante a caracterização dos municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis, quanto à população e população com deficiência. Os números da deficiência no Brasil estão baseados no último Censo/IBGE/2010 e, cabe esclarecer que, neste levantamento, a população foi questionada sob quatro categorias: alguma dificuldade; grande dificuldade ou não consegue de modo algum ouvir, enxergar e andar e ainda, a presença ou não de deficiência intelectual/mental. Em se tratando de inquérito de caráter subjetivo e auto referenciado e, portanto, sujeito a interpretação individual, destacamos somente as formas mais severas das deficiências pesquisadas com a intenção de evitar possíveis distorções (Tabela 1).

**Tabela 1** - Pessoas com as formas mais severas das deficiências nos municípios que compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, IBGE/2010.

Município	População	Nº de Pessoas que não conseguem Ouvir	Nº de Pessoas que não conseguem Enxergar	Nº de Pessoas que não conseguem Andar	Nº de Pessoas com Deficiência Mental/ Intelectual
Águas Mornas	5.548	0	18	9	94
Alfredo Wagner*	9.410	16	20	14	89
Angelina	5.250	10	10	21	55

(continua)

(finaliza)

<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>Nº de Pessoas que não conseguem Ouvir</b>	<b>Nº de Pessoas que não conseguem Enxergar</b>	<b>Nº de Pessoas que não conseguem Andar</b>	<b>Nº de Pessoas com Deficiência Mental/ Intelectual</b>
Anitápolis	3.214	2	8	27	37
Antonio Carlos	7.478	21	48	35	92
Biguaçu	58.206	118	232	192	562
Canelinha	10.603	19	28	24	108
Florianópolis	421.240	452	948	1.327	4.423
Garopaba	18.138	9	27	90	301
<b>Gov. C. Ramos*</b>	12.999	30	28	16	102
Leoberto Leal	3.365	0	4	3	33
<b>Major Gercino*</b>	3.279	12	18	23	30
Nova Trento	12.190	4	3	43	128
Palhoça	137.334	336	389	526	1.710
Paulo Lopes	6.692	6	8	24	110
Rancho Queimado	2.748	3	6	9	10
Santo Amaro da Imperatriz	19.823	38	54	86	222
<b>São Bonifácio*</b>	3.008	0	8	9	36
São João Batista	26.260	16	36	71	262
São José	209.804	409	588	837	2.589
<b>São Pedro Alcântara*</b>	4.704	6	6	24	116
Tijucas	30.960	93	126	158	483
<b>Totais</b>	<b>1.012.253</b>	<b>1.600</b>	<b>2.613</b>	<b>3.568</b>	<b>11.592</b>

**Fonte:** elaborado pela autora com bases no Censo/IBGE/2010.

\* Municípios que não participaram deste estudo.

Dentre as deficiências pesquisadas neste inquérito censitário destacamos as condições clínicas que, segundo a nossa avaliação, podem trazer maior dificuldade na atenção à saúde bucal: a deficiência mental/intelectual, pelo manejo e a deficiência motora pelo acesso. As

demais deficiências, auditiva e visual, isoladamente, não inviabilizam o tratamento odontológico convencional, desde que a UBS tenha condições de acessibilidade (deficiência visual). No caso da deficiência auditiva pequenos ajustes tornam-se fundamentais. Primeiramente, espera-se que, mesmo nos casos severos de deficiência auditiva, os profissionais de saúde, caso não dominem a linguagem brasileira de sinais (LIBRAS), busquem alguma forma de comunicação (gestual ou escrita, por exemplo). Cabe lembrar que, normalmente, as pessoas com deficiência auditiva desenvolvem a habilidade de leitura labial e, neste caso, os únicos ajustes na rotina de atendimento seriam a dispensa (parcial) da máscara de proteção e, sempre que possível, falar olhando para o paciente.

Ao compararmos os números da deficiência na Região de Saúde da Grande Florianópolis com o estado de Santa Catarina e com o Brasil observamos proximidade nos valores, porém com algumas sutis diferenças. A primeira é relativa à deficiência intelectual onde os valores mostram-se ligeiramente inferiores às médias nacional e estadual. Outra diferença está relacionada à deficiência visual onde a região em estudo apresenta percentual superior ao estado de SC, estando muito próxima à média nacional. E para finalizar, ao observarmos os valores totais, constatamos que a Região de Saúde da Grande Florianópolis apresenta percentual menor das formas severas das deficiências quando comparada ao Brasil e o estado de SC (Tabela 2).

**Tabela 2** - Número e percentual de pessoas com as formas mais severas das deficiências no Brasil, em Santa Catarina e na Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC. IBGE, 2010.

Deficiências	Brasil	% Pop. total	Santa Catarina	% Pop. total	Região de Saúde da Grande Florianópolis	% Pop. Total
Não consegue ouvir de modo algum	344.206	0,18	10.403	0,16	1.600	0.15
Não consegue enxergar de modo algum	506.377	0,26	13.687	0,21	2.613	0.25

(continua)

(finaliza)

Deficiências	Brasil	% Pop. total	Santa Catarina	% Pop. total	Região de Saúde da Grande Florianópolis	% Pop. Total
Não consegue andar de modo algum	734.421	0,38	22.064	0,35	3.568	0,35
Deficiência mental/ intelectual	2.611.536	1,36	71.956	1,15	11.592	1,14
<b>Totais</b>	<b>4.196.540</b>	<b>2,19%</b>	<b>118.110</b>	<b>1,89%</b>	<b>19.373</b>	<b>1,19%</b>

**Fonte:** elaborado pela autora com base no Censo/IBGE/2010

Mendes (2011) considera como essencial que as Redes de Atenção Saúde/RAS coloquem sob sua responsabilidade sanitária e econômica uma determinada população deixando claro que não existe a possibilidade de implantação de uma RAS sem uma população adscrita.

O conhecimento da população de uma RAS demanda um processo complexo onde somente o registro e cadastramento no sistema de informação não se mostram suficientes. Há a necessidade de subdivisão desta população considerando a situação de risco que se encontra em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2011).

É notada a tendência de que os planos nacionais de descentralização se consolidem como grandes enunciados de metas e financiamentos do sistema de saúde, deixando para o município iniciativas em consonância com os objetivos nacionais. E, especialmente no planejamento destas ações, torna-se necessário o conhecimento da microrealidade local com suas particularidades referentes à extensão do território, prevalência local de doenças e co-morbidades, vulnerabilidade da população e, ainda, questões intersetoriais como saneamento básico, educação e participação popular (SAVASSI, 2007).

Góes (2012a) reforça esta condição quando afirma que para um sistema de saúde alcançar efetividade, a busca ou a produção de dados intra e extrasetoriais, bem como o exercício constante de articulação com os diversos órgãos que os produzem, auxiliam na definição de prioridades e na organização de todo o sistema de saúde.

Considerando que a população, sob responsabilidade sanitária e econômica da RAS, é um dos elementos básicos para a formação das Redes de Atenção à Saúde e que esta deve estar devidamente cadastrada na atenção básica e, totalmente conhecida e registrada em

subpopulações por riscos socio sanitários, através de sistemas de informações competentes (OPAS, 2011), os municípios foram questionados em 6 (seis) aspectos (subdimensões) deste elemento descritos na tabela 3.

**Tabela 3** - Percentuais encontrados para a dimensão população da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB),segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

Subdimensões	Escores			
	0	1	2	3
Há uma população claramente definida sob sua responsabilidade da RASB?	23,5	17,6	23,5	<b>35,3</b>
Há uma clara definição das necessidades de saúde bucal desta população?	17,6	29,4	<b>41,2</b>	11,8
A estrutura operacional da RASB é formatada em função destas necessidades?	23,5	23,5	<b>52,9</b>	0
Há uma população de pessoas com deficiência devidamente cadastrada na unidade básica de saúde?	29,4	<b>35,3</b>	17,6	17,6
Existe algum levantamento sobre as demandas em saúde bucal da população com deficiência?	<b>58,8</b>	29,4	5,9	5,9
Toda população de responsabilidade da RASB está cadastrada por unidade familiar na atenção básica?	17,6	17,6	29,4	<b>35,3</b>

**Fonte:** elaborado pela autora

Quando questionados em relação à definição da população em geral sob sua responsabilidade, bem como a definição de suas demandas e formatação da RASB seguindo estas especificidades, a resposta dos profissionais demonstrou certa coerência, ainda que distante do ideal. Observa-se que 35,3% dos municípios têm esta população definida de forma ótima, 41,2% tem uma clara definição das suas demandas em odontologia de forma razoável/boa e a formatação da RASB, em mais

da metade dos municípios segue estas definições também de forma razoável /boa ainda que insuficiente.

Chama-nos a atenção o percentual de 23, 5 % de municípios que indicam total indefinição desta população.

As mesmas questões quando relacionadas às pessoas com deficiência mostram um panorama diferente. Neste caso, o maior percentual, 35,3 %, em relação ao cadastramento desta população declarou-se num estágio incipiente e 58,8% dos municípios afirmam não existir um levantamento sobre as demandas em odontologia para esta população. Os resultados sugerem inviabilidade do planejamento das ações em saúde bucal para pessoas com deficiência, uma vez que em mais da metade dos municípios, o levantamento das demandas em saúde bucal destas pessoas não é realizado. E assim, a atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços do SUS, com vistas à universalidade, equidade, integralidade da atenção, multidisciplinaridade, definição de demandas baseado no território/família/comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo, fica limitada.

Esta constatação pode ser explicada, em parte, pelo trabalho de Othero (2009). Em seu estudo sobre a relação entre o discurso e a prática de profissionais de saúde, destaca que “o encontro com a diversidade é permeado por estigmas, estereótipos e desigualdades, que são construídos subjetiva, histórica, social e culturalmente” (p.177), onde profissionais de saúde fazendo parte deste meio sociocultural, constroem as práticas em saúde baseados nesta relação de segregação. No estudo em questão, realizado numa UBS em São Paulo ligada a Universidade de São Paulo, as autoras destacam a evidente tensão entre a prática e discurso, onde os profissionais de saúde mesmo cientes que a abordagem das demandas para pessoas com deficiência é ampla, resumem suas ações numa atuação limitada aos aspectos orgânicos da deficiência. Ainda que o trabalho de Othero (2009) esteja relacionado aos profissionais da medicina, acreditamos que se a abordagem estivesse direcionada à odontologia, o cenário encontrado seria muito parecido. Ressalta ainda a importância do papel que o profissional de saúde desempenha na sociedade como produtor e reprodutor do conhecimento do significado da deficiência na sociedade e na atenção em saúde.

Para ampliarmos a discussão, incluiremos a descrição da cobertura da população estimada das equipes de ESF, ESB, Equipes Básicas de Saúde Bucal e dos ACSs, apresentadas pelos 17 municípios participantes deste estudo.

**Tabela 4 - Cobertura estimada das equipes da ESF, ESB, Equipes Básicas de Saúde e ACS nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, julho 2014**

Município	População	ESF	Cobertura População Estimada ESF (nº ESF x 3000: Pop)	ESB I + ESB II	Cobertura População Estimada ESB (nº ESB I e II 3000: Pop)	Cobertura População Estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal (Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas /40 x 3.000: Pop)	ACS	Cobertura População Estimada ACS (nº ACS x 575: Pop)
Águas Mornas	5.548	2	100,00%	2	100,00%	100%	13	100%
Angelina	5.250	2	100,00%	2	100,00%	100%	15	100%
Antitápolis	3.214	1	93,34%	1	93,94%	100%	8	100%
Antonio Carlos	7.478	3	100,00%	1	40,11%	78,81%	18	100%
Biguaçu	58.206	19	97,92%	6	30,92%	59,26%	105	100%
Canelinha	10.603	4	100,00%	4	100,00%	100%	22	100%
Florianópolis	421.240	120	85,46%	62	44,15%	57,48%	449	59,50%
Garopaba	18.138	6	99,23%	6	99,23%	100%	36	100%
Leoberto Leal	3.365	2	100,00%	1	89,15%	100%	10	100%
Nova Trento	12.190	5	100,00%	5	100,00%	100%	29	100%
Palhoça	137.334	28	61,16%	19	41,50%	46,82%	173	69,78%
Paulo Lopes	6.692	3	100,00%	3	100,00%	100%	16	100%
R. Queimado	2.748	1	100,00%	1	100,00%	100%	7	100%
S. A. Imperatriz	19.823	7	100,00%	4	60,53%	95,91%	40	100%
São J. Batista	26.260	8	91,39%	7	79,96%	75,05%	42	86,31%
São José	209.804	37	52,90%	0	0,00%	21,60%	176	47,01%
Tijucas	30.960	3	29,06%	3	29,06%	100%	45	80,64
<b>TOTAIS</b>	<b>978.853</b>	<b>251</b>	<b>76,92%</b>	<b>127</b>	<b>38,92%</b>	<b>55,58%</b>	<b>1272</b>	<b>74,72%</b>

**Fonte:** elaborado pela autora com base nos dados do DAB/MS e IBGE/Censo 2010



A criação do Programa Saúde da Família (PSF/1994), como um programa seletivo orientado a populações de risco, foi uma tentativa de adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e integralidade das práticas. As equipes formadas por um médico “generalista”, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde se responsabilizariam pela atenção de aproximadamente 4.500 pessoas de uma área adscrita. O caráter focalizado do PSF gerou questionamentos assim, em 1997, o Programa Saúde da Família foi definido como estratégia não somente para atenção básica como também para todo o modelo de atenção em saúde no país: Estratégia Saúde da Família/ESF (ALMEIDA, 2014; CONILL, 2002; LUPPI, 2011; ESCOREL, 2007).

Para Silva *et al.* (2011b) a ESF identifica a família e o indivíduo como sujeitos participativos para consolidação do conceito de saúde em seu caráter coletivo e de qualidade de vida e, desta forma, adquirem uma posição muito diferente de simples usuários do serviço de saúde. As ações em saúde previstas na ESF, como re-orientadora da assistência em saúde guiada pelas diretrizes e conceitos da atenção básica, estão em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, preconizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Considerando que a saúde bucal também é parte integrante deste processo de reorganização dos serviços de saúde na atenção básica, em 2000, a Equipe de saúde Bucal foi inserida na ESF (Portaria n.º 1.444/2000) representando, desta forma, a possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseada no curativismo, tecnicismo e biologicismo (BRASIL, 2000a).

A ESB deve integrar-se às demais equipes da UBS e participar das atividades desenvolvidas para a mesma comunidade. Espera-se a atuação da equipes de saúde bucal, no PSF, inclusive em todo o processo de cadastramento das famílias, além das visitas domiciliares. Desta forma, a saúde bucal incorpora-se aos componentes de saúde de uma forma ampla com vistas à qualidade de vida dos usuários (SES/SP, 2001).

Ao observarmos a Tabela 4 verificamos coberturas bem distintas para as ESB e ESF nos municípios estudados. Observando mais atentamente, constatamos que entre os 17 municípios, 11 apresentam cobertura das ESBs acima de 60 % e que somente 1 (um) município não apresenta equipe de saúde bucal instalada.

A Região de Saúde da Grande Florianópolis, em relação a estas coberturas, quando comparados aos valores nacionais, onde a cobertura de população estimada na ESF é de 58,69% e ESB é de 36,92%, deparamo-nos com um quadro relativamente positivo (mesmo que longe do ideal), pois, em ambos os casos, a cobertura destas equipes é superior aos números encontrados. No entanto, quando comparada ao estado de SC apresenta valores inferiores para a cobertura da população estimada pelas ESB (Tabela 5).

Buscando aprimorar esta avaliação, analisamos a Cobertura da População Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal. Este indicador, proposto pelo MS, Conass e o Conasems em 2013, tem por objetivo avaliar a cobertura populacional estimada destas equipes incluindo 3(três) CBOs (Classificação Brasileira de Ocupações) . Assim sendo, fazem parte deste cálculo os CDs Clínicos Gerais (CBO 223208), CDs da ESF (CBO223293) e CD de Saúde Coletiva (CBO 223272) (BRASIL, 2014). Constatamos que, mesmo usando este indicador, a região de Saúde da Grande Florianópolis (55,58%) apresenta índice menor de cobertura quando comparada ao estado de SC (62,97%).

**Tabela 5** - Cobertura de População estimada das equipes da ESF, ESB e ACS no Brasil, em Santa Catarina e nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, julho de 2014.

<b>Coberturas ESF, ESB, ACS</b>	<b>Cobertura População Estimada ESF</b>	<b>Cobertura População Estimada ESB</b>	<b>Cobertura População Estimada ACS</b>
<b>Região</b>	<b>NºESFx3000: Pop</b>	<b>NºESBx3000: Pop</b>	<b>NºACSx575: Pop</b>
Brasil	58,69%	36,92%	78,86%
Santa Catarina	75,13%	44,74%	89,08%
Região de Saúde Grande Florianópolis	76,92%	38,92%	74,72%

**Fonte:** elaborado pela autora baseado no DAB/MS

Outro ator importante na atenção em saúde é o ACS. Este representa o elo entre o SUS e a comunidade, população adscrita à Unidade Básica de Saúde onde atua. Esta relação se potencializa pelo fato do ACS morar na mesma comunidade em que atua.

Dentre as suas ações destacam-se: atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e

na comunidade. Estas atividades devem estar em consonância com as prioridades definidas pela respectiva gestão e, bem como as nacionais e estaduais pactuadas. Realizando o cadastro atualizado de todas as pessoas de sua microárea e registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde obtém dados para um diagnóstico demográfico e sócio-cultural das famílias adscritas em sua base geográfica definida, a microárea, fundamentais para o planejamento de qualquer ação em saúde (BRASIL, 2009c).

Com base nestas informações o ACS pode, ao mesmo tempo, orientar a comunidade sobre a utilização dos serviços de saúde e fornecer ao gestor dados valiosos referentes à dinâmica social da população assistida.

Ao cruzarmos informações obtidas nesta pesquisa, 70% dos municípios pesquisados apresentam 100% de cobertura da população pelos ACSs (Tabela 4) e cerca de 59% dos municípios não apresentam nenhum levantamento sobre as demandas de saúde bucal da população com deficiência (Tabela 3), somos levados a pensar que a falta de conhecimento adequado desta população não se deve a escassez de profissionais para fazê-lo.

Existem os ACS, existe o cadastramento (ainda que insuficiente), porém, a questão da saúde bucal desta população parece negligenciada. Conill (2002) observa que normalmente o treinamento dos ACSs está direcionado para atividades de auxiliar de enfermagem, pensamos que, talvez, se os ACSs fossem minimamente capacitados para a saúde bucal, poderiam indicar, ainda que superficialmente, essas demandas da população com deficiência.

A visita domiciliar do ACS, assim realizada possibilitaria o reconhecimento do território adscrito, que após avaliação refinada pela ESB, alimentaria o sistema com dados para um mapeamento inteligente da real condição de saúde da população em questão possibilitando, desta forma, o planejamento adequado das ações em saúde.

### **6.1.2 Dimensão: Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a

manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011 d).

Nacionalmente adotou-se o termo Atenção Básica com o objetivo de diferenciá-la da concepção em que o potencial da Atenção APS fica reduzido a uma cesta básica de serviços. Atualmente PNAB (BRASIL, 2011d) adota os termos “atenção básica” e APS, em suas concepções, como equivalentes (ALMEIDA, 2014).

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado em 1990 e a partir de então, cada vez mais se propaga a idéia de fortalecimento da APS como base para a reforma de atenção à saúde. Para Almeida (2014), no entanto, a Atenção Básica proposta, neste período, referia apenas ao primeiro nível, “com uma perspectiva focalizada e seletiva, como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade para populações de baixa renda com vistas a minimizar os efeitos das desigualdades sociais e econômicas” (p. 10).

Starfield (2002) afirma que a atenção primária é “uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde” e, ainda, que a APS “organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (p. 28).

Sistemas de saúde baseados numa forte orientação para APS são mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população, são mais efetivos, eficientes (menor custo), mais equitativos (discriminam positivamente populações mais pobres) e tem maior qualidade porque intensificam a promoção de saúde e prevenção das doenças (MENDES, 2011).

Com vistas à integralidade da atenção em saúde nos 3 (três) níveis de atenção, o MS publicou em 2012 a Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde/RENASES (Portaria nº 841/2012). No quadro abaixo destacamos as ações e serviços definidos para a Saúde Bucal, no âmbito da Atenção Básica.

**Quadro 4 - Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde/Saúde Bucal (RENASES)**

Atenção	Ações e serviços
Saúde Bucal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimentos cirúrgicos realizados para o tratamento e manutenção dos elementos dentários e clínicos para o tratamento, cura ou alívio de sintomas ou enfermidades relacionadas à saúde bucal;</li> <li>2. Cura ou alívio de sintomas ou enfermidades relacionados à saúde bucal;</li> <li>3. Recuperação/reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença;</li> <li>4. Reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional;</li> <li>5. Procedimentos: pequenas cirurgias; drenagem de abscesso; excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa; frenectomia; exodontia e restauração de dente decíduo; exodontia e restauração de dente permanente; glossorrafia; tratamento cirúrgico de hemorragia bucodental; tratamento de alveolite; ulotomia/ulectomia; capeamento pulpar; acesso à polpa dentária e medicação (por dente); curativo de demora; pulpotomia dentária; raspagem, alisamento e polimento supragengivais (por sextante); raspagem e alisamento subgengivais (por sextante); manutenção periódica de prótese bucomaxilofacial; e moldagem dentogengival para construção de próteses dentárias.</li> <li>6. Manutenção da saúde bucal;</li> <li>7. Recuperação/reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado de doenças.</li> </ol>

**Fonte:** elaborado pela autora com base no RENASES (BRASIL, 2012b)

A mesma portaria, em relação à atenção à pessoa com deficiência e serviços relacionados a esta condição, estabelece:

**Quadro 5** - Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde relacionadas às Pessoas com Deficiência (RENASES)

Atenção	Ações e serviços
Atenção à saúde da pessoa com deficiência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ações de promoção e prevenção e identificação precoce de doenças e outras condições relacionadas às deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais;</li> <li>2. Ações informativas e educativas;</li> <li>3. Orientação familiar;</li> <li>4. Referência para serviços especializados de reabilitação;</li> <li>5. Orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência;</li> <li>6. Identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social;</li> <li>7. Acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelos serviços de média e alta complexidade.</li> </ol>
Visita Domiciliar ou Institucional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de DOTS (dose terapêutica supervisionada);</li> <li>2. Cadastramento familiar;</li> <li>3. Busca ativa;</li> <li>4. Ações de vigilância epidemiológica.</li> </ol>
Atenção Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atendimento contínuo, realizado por equipe multiprofissional no domicílio, considerando a avaliação integral das necessidades de saúde; estabelecimento de plano de cuidado; seguimento do tratamento; avaliação da evolução do caso;</li> <li>2. Ações educativas com os familiares e cuidador;</li> <li>3. Cuidados paliativos;</li> <li>4. Realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos;</li> <li>5. Ações de vigilância em saúde;</li> <li>6. Procedimentos como: suporte ventilatório não invasivo; terapia nutricional; oxigenoterapia, diálise peritoneal; parecentese; aspiração de vias aéreas para higiene brônquica; consultas; acompanhamento domiciliar em pós-operatório;</li> <li>7. Adaptações do paciente e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; ao uso de órteses/próteses; de sondas e ostomias;</li> <li>8. Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória;</li> </ol>

**Fonte:** elaborado pela autora com base no RENASES (BRASIL,2012b)

Destacamos, dentre as ações e serviços da Atenção Básica (Quadro 4) a confecção de próteses dentárias. A inclusão da reabilitação protética na atenção básica como forma de ampliação e qualificação da atenção foi sugerida pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, ainda que, possam ser executadas também em

Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006 d).

Conforme informações disponibilizadas pela SES/SC a Região de Saúde da Grande Florianópolis conta com 6 (seis) Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) sediados nos municípios de Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, São João Batista, Tijucas e Nova Trento (SES/SC). A população com deficiência também se beneficia com a disponibilização de reabilitação protética pelo SUS. Neste caso sua indicação estará vinculada a singularidade da condição clínica /comportamental e aspectos como a viabilidade de confecção, higienização, segurança na utilização e manutenção da prótese devem ser consideradas.

Em relação à Saúde Bucal na Atenção Básica os municípios participantes desta pesquisa foram questionados como demonstrado na Tabela 6.

**Tabela 6** - Percentuais encontrados para a dimensão Atenção Básica à Saúde da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

Subdimensões	Escore			
	0	1	2	3
As unidades básicas de saúde possuem infraestrutura adequada ao seu funcionamento?	5,9	0	64,7	29,4
Existe acessibilidade (rampas ,corrimões , largura de portas adequadas à passagem de cadeira de rodas ou macas) na unidade de saúde?	5,9	11,8	47,1	35,3
Existe uma clara definição dos procedimentos a serem realizados à pessoa com deficiência?	11,8	47,1	23,5	17,6
É realizado tratamento domiciliar quando necessário?	41,2	11,8	29,4	17,6
A atenção básica presta atendimento à pessoa com deficiência em caso de urgência odontológica?	5,9	17,6	23,5	52,9
O atendimento na atenção primária é essencial para acesso a outros níveis de atenção (CEO, Atenção Hospitalar)?	0	11,8	35,3	52,9
Existe atenção multiprofissional à pessoa com deficiência na atenção básica?	23,5	17,6	35,3	23,5

**Fonte:** elaborado pela autora

Em relação aos questionamentos acima, torna-se conveniente a definição de acessibilidade e barreira, constantes na lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, chamada a Lei da Acessibilidade. Assim:

Art. 2º Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

I – **acessibilidade**: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II – **barreiras**: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas (BRASIL, 2000b)

Um dos princípios norteadores das ações no SUS, a acessibilidade, tem seu sentido ampliado quando falamos na população com deficiência. Para estas pessoas a expressão adquire também a possibilidade de ultrapassar as barreiras físicas que os separam da atenção em saúde. Para este contingente populacional, a dificuldade de acesso torna-se ainda mais cruel com as barreiras arquitetônicas oriundas da falta de acessibilidade das edificações de uma maneira geral. Estas barreiras estão presentes também em muitas edificações públicas, incluindo unidades de saúde.

Corroborando com esta afirmação, Siqueira *et al.* (2009) em seu estudo “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”, afirma que esta parcela da população encontra dificuldades de acesso tanto nos prédios antigos e adaptados para funcionarem como UBS, como em edificações recentes, onde, segundo esta pesquisa, ainda deixam a desejar neste quesito. Ressaltando que estas barreiras impedem o exercício básico do direito de deslocar-se livremente e, torna-se mais grave quando se refere a prédios públicos.

Outra pesquisa com o mesmo enfoque sinaliza que mesmo conscientes de que as causas que “ligam a estrutura dos serviços de saúde aos seus efeitos sejam complexas e envolvam diversos fatores, os achados do estudo reiteram a necessidade de valorização dos



componentes estruturais na avaliação e gestão de saúde” (MOURA, 2010).

O Caderno de Saúde Bucal (2006) orienta que, na organização da rede de assistência ao usuário com deficiência, 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 NBR 9050/1994; com profissionais capacitados para o acolhimento, esclarecidos quanto a forma de comunicação dos pacientes com deficiência auditiva, ou de mobilidade dos pacientes com deficiência visual e física; capacitados para o uso de técnicas de estabilização para segurança e conforto do paciente com distúrbio neuromotor (BRASIL, 2006d)

Ainda que tenhamos consciência do caráter abrangente das perguntas, ao avaliarmos a tabela 6, nas subdimensões infra-estrutura e acessibilidade, onde o maior percentual de respostas ficou no escore 2 “razoavelmente bom, mas insuficiente”, consideramos que este resultado, mesmo muito longe do ideal, sinaliza para uma situação promissora.

Partimos do princípio de que os profissionais, ao responderem estas questões, tenham a real noção dos termos “acessibilidade” e “infra-estrutura” e, de toda forma, não podemos comparar nosso questionamento ao estudo de Siqueira et al (2009) onde seus resultados foram classificados pelo autor como “alarmantes”. O estudo de Siqueira et al (2009) foi realizado em 236 UBSs espalhadas em 7(sete) estados brasileiros especificamente sobre o tema com questionamentos diversos e detalhados, respondidos em reunião com todos os trabalhadores da UBS, e aqui encontramos outra característica bastante divergente que é o caráter individual- auto-aplicável de nosso questionário.

Os resultados obtidos na subdimensão relacionado à clara definição dos procedimentos a serem realizados à pessoa com deficiência, não nos trouxe surpresa e consideramos coerentes com os achados até o momento (Tabela 3). A definição incipiente dos procedimentos a serem realizados à pessoa com deficiência, mesmo com o descrito no RENASES (Quadro 5), pode ser explicada pelo conhecimento incipiente desta população e conseqüente inexistência de planejamento destas ações.

Na subdimensão tratamento domiciliar consideramos o resultado “alarmante” quando 41,2% dos 17 municípios estudados referem inexistência do que está sendo perguntado.

Os cuidados domiciliares na medicina têm referências muito antigas. As mais remotas descrevem que no Egito Antigo, século XIII a.C., o médico Imhotep, prestava o atendimento tanto domiciliar como num consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Da mesma forma, na Grécia antiga o médico Asklépios praticava esta modalidade de atendimento. Hipócrates, no século V a.C. descreve em *Tratado sobre os ares, as águas e os lugares* a eficiência do atendimento domiciliar que, segundo suas observações, trazia bons resultados. Em Boston no século XVIII, 1796, temos a primeira da forma organizada da assistência domiciliar à saúde o Dispensário de Boston (hoje New England Medical Center) e no Brasil, temos como esta primeira referência, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949((AMARAL, 2001).

No Brasil, considerando a crescente demanda por alternativas que contribuam para a produção da integralidade na rede de serviços de saúde, o debate com vistas às estratégias de inovação do cuidado torna-se necessário (FEUERWERKER, 2008; AMARAL, 2001).

Podemos citar algumas motivações para esta prática: desospitalização de internações desnecessárias antes geradas pela fragilidade das redes de apoio em situações de vulnerabilidade social; processos de “alta precoce” com o objetivo de maior utilização dos leitos hospitalares e redução das complicações de longas internações; maior espaçamento nas internações recorrentes dos pacientes crônicos e cuidados paliativos em pacientes terminais (FEUERWERKER, 2008).

Fatores atuais no Brasil, como o envelhecimento da população, associado ao processo de transição demográfica, a necessidade constante de melhoria na qualidade de atenção e a preocupação com a integralidade do cuidado fortalecem estratégias, mecanismos e práticas inovadoras no cuidado da saúde. As modalidades de cuidar próximas ao domicílio, como a ESF, os serviços de atendimento terapêutico domiciliar (para HIV/AIDS), propostas de cuidados paliativos domiciliares, por exemplo, tem se multiplicado no país após a década de 90. O atendimento domiciliar tende a humanizar a atenção na medida em que coloca, ou recoloca o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção.

Algumas definições são fundamentais nesta modalidade de atenção: a Atenção Domiciliar e a Assistência Domiciliar. A Atenção

domiciliar é definida como “termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio; e a Assistência domiciliar como o “conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio”, podendo ser realizada por profissionais da Atenção Básica ou da Atenção Especializada. (ANVISA, 2006; BRASIL, 2006 d)

A Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011 instituiu o Programa Melhor em Casa (atenção domiciliar) como um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

O trabalho em equipe e a Interdisciplinaridade são princípios da Atenção Domiciliar. Sendo o processo saúde-doença multifatorial torna-se fundamental a atuação de uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar para que a atenção domiciliar possa impactar resolutivamente sobre estes fatores (Brasil, 2013b)

Quando o paciente é admitido na Atenção Domiciliar, é levantada a necessidade de reabilitação e o prognóstico. É importante a avaliação e atuação de equipe interdisciplinar com o reconhecimento das condições passíveis de intervenção com o devido planejamento desta atenção. Dentre as condições clínicas mais frequentes na Atenção Domiciliar está a Reabilitação Neurofuncional Motora, onde o envolvimento da odontologia, com vistas à integralidade na atenção, mostra-se necessário (Brasil, 2013b).

### **Quadro 6** - Condições comumente abordadas na Reabilitação Neurofuncional Motora, realizada no domicílio, e a participação da Odontologia

Condição avaliada	Profissionais envolvidos (*)
Marcha	FISIO, TO, ENF, MED
Higiene brônquica	FISIO, FONO, ODONTO, ENF, MED, TE
Manejo do linfedema	FISIO, ENF, MED, TE
Transferências	FISIO, ENF, TO, MED, TE
Posicionamento deitado e sentado	FISIO, ENF, TO, MED, TE
Acesso à protetização e órteses	FISIO, TO, ODONTO, ENF, MED, SS, FONO, PSICO
Autocuidado	FISIO, TO, ENF, MED, PSICO, FONO, NUTR, FARM, TE
Motricidade: ganhos funcionais e prevenções de complicações	FISIO, TO, ODONTO, ENF, MED, SS, FONO, PSICO, NUTR, TE
Disfagia	FONO, FISIO, NUTR, ODONTO, ENF, MED, TE
Distúrbios de comunicação	FONO, TO, ENF, PSICO, MED, SS, TE
Atividades lúdicas, artísticas, laborais, que remetam à história biográfica do paciente	TO, ENF, PSICO, SS

**Fonte:** extraído do Caderno de atenção domiciliar /BRASIL, 2013b.

(\*) Profissionais comumente envolvidos: fisioterapeuta (FISIO), terapeuta ocupacional (TO), enfermeiro (ENF), médico (MED), técnico de Enfermagem (TE), dentista (ODONTO), assistente social (SS), nutricionista (NUTRI), psicólogo (PSICO), fonoaudiólogo (FONO), farmacêutico (FARM).

As Equipes de Saúde Bucal poderão atuar em ações educativas, orientações sobre o autocuidado, prevenção e assistência odontológica. Ao se considerar as dificuldades ergonômicas da prática odontológica no domicílio, a definição por qualquer intervenção deverá levar em conta a singularidade de cada paciente e a impossibilidade de seu deslocamento ao consultório odontológico convencional, considerado ambiente ideal para esta prática (PMF/SC).

Em 2013 a Atenção Domiciliar no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) foi redefinida pela Portaria nº 963. Esta modalidade de atenção à saúde caracteriza-se por “um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013c)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem caráter “substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)”. Este serviço deverá articular-se com todos os níveis de atenção pelo sistema de regulação (BRASIL, 2013c).

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) serão de 2 (dois) tipos dependendo das categorias e carga horária dos profissionais que a compõem. Podem compor estas equipes: médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social, auxiliares/técnicos de enfermagem e fisioterapeuta (BRASIL, 2013c)

A Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) será composta no mínimo por 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; **odontólogo**; psicólogo; farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013c)

No estado de Santa Catarina estão habilitadas 14(quatorze) EMADs e EMAPs distribuídas em 8(oito) municípios (Araranguá, Biguaçu, Blumenau, Capivari de baixo, Chapecó, Gaspar, Jaraguá do Sul e Maravilha) (DAB/MS)

Destacamos o município de Biguaçu, pertencente à Região de Saúde da Grande Florianópolis, onde estão habilitadas 1(uma) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar/EMAD e 1(uma) Equipe Multiprofissional de Apoio/EMAP (DAB). Este município foi um dos 7(sete) municípios que declara não realizar tratamento domiciliar. Lembramos que o odontólogo pode fazer parte da EMAP (DAB/MS).

A visita domiciliar é a forma de atenção domiciliar à saúde mais difundida no SUS, que dá subsídios para a execução das demais modalidades de atenção, na medida em que, reconhece a realidade e as demandas em saúde do indivíduo ou família em questão. Neste contato pontual com as famílias são realizadas também ações de orientação, educação, e possivelmente, ações que buscam soluções de saúde com vistas à autonomia dos indivíduos atendidos (LACERDA et al 2006).

Mesmo concordando com a contra-indicação inicial da realização da visita domiciliar por médico ou enfermeiro, por conta do tempo que esta modalidade de atenção exige e conseqüente afastamento do profissional da UBS, ressaltamos que algumas demandas não definidas por protocolos, diretrizes ou referenciais teóricos, como por exemplo, casos onde o paciente está restrito ao leito/lar ou com impossibilidade de acesso a ESF, devem ser individualizados de forma a garantir a integralidade da atenção (SAVASSI, 2006). Neste contexto podemos incluir o cirurgião-dentista onde, em algumas situações, não necessitaria de aparatos tecnológicos para atuar resolutivamente.

A implantação da ESF potencializou a atenção primária à saúde no Brasil com repercussões, também, na assistência domiciliar. Esta modalidade de atenção passou de uma assistência pontual, com conotações exclusivamente sanitárias, para elemento integrante do processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se mesclam funções sanitárias, assistenciais e sociais dentro da lógica da vigilância em saúde (SAVASSI, 2006).

Ao relacionarmos as informações da Tabela 1 e Tabela 6, subdimensão tratamento odontológico domiciliar, fazemos algumas colocações.

Considerando somente os municípios participantes desta pesquisa, chegamos ao percentual de 0,35% desta população que não consegue andar de modo algum. Como o Censo não informa qual a dimensão desta impossibilidade de locomoção podemos imaginar que neste contingente estejam inseridas pessoas que utilizam cadeira de rodas ou estão presas aos leitos ou, ainda, que são carregadas no colo. Considerando que a atenção domiciliar é, no mínimo, insuficiente nos questionamos como, e se, estas pessoas estão recebendo a assistência

odontológica. Se imaginarmos que parte deste percentual possa estar inserida numa situação econômica familiar desfavorável, onde a privatização deste serviço seria inviável, é bem possível que alguma parcela destes cidadãos esteja severamente negligenciada no tocante à saúde bucal, pelo menos. E ainda, se em 58,8% dos municípios estudados não existe nenhum levantamento das demandas em saúde bucal desta população e se o cadastro desta, quando existe, é insuficiente, pensamos se tratar de uma parcela populacional invisível (Tabela 3). Estas ponderações sugerem que os 42,94% de cobertura das equipes de saúde bucal destes municípios referem-se somente à população com condições de locomoção (Tabela 4). Desta forma a almejada equidade, onde se busca tratar desigualmente os desiguais, mostra-se teórica. E, da mesma forma num efeito cascata, a universalidade e a integralidade.

Parafrazeando Castro (2011) “para uma pessoa com deficiência, não é suficiente ter as mesmas oportunidades quando não há condições de aproveitá-las, comparativamente a alguém que não tenha deficiência” (p.104).

Seguindo nossa pesquisa, os participantes foram indagados quanto ao atendimento de urgência em saúde bucal para pessoas com deficiência. Lembrando que o Caderno 17 deixa claro que os casos de urgência devem ser solucionados nas Unidades Básicas ou no Pronto Atendimento (BRASIL, 2006 d)

Na subdimensão atendimento de urgência em saúde bucal para pessoas com deficiência, 52,9 % dos municípios afirmam realizá-lo de forma ótima. Este achado num primeiro momento refere equidade na atenção, no entanto, na inexistência do tratamento domiciliar em 41,2% dos municípios (Tabela 6), concluímos que o percentual encontrado refere-se somente aqueles pacientes que podem deslocar-se à UBS e, desta forma, os princípios de acessibilidade, integralidade e equidade, ficam prejudicados novamente. Ainda que saibamos das dificuldades de prestar assistência odontológica em domicílio, lembramos que, muitas vezes, a solução para estas ocorrências requer ações de baixa complexidade (bordos cortantes causando ulcerações, abscessos de origem periodontal, dentre outras) ou podem ser contornadas quimicamente até que se viabilize o atendimento no sistema de saúde de forma convencional, ou não, dependendo do quadro clínico.

Corroborando com as afirmações acima, Barros et al (2006) relata a experiência de atenção domiciliar realizada por equipe de saúde bucal em município baiano, onde foram assistidos, em 6 meses, 34 indivíduos com dificuldades emocionais e/ou motoras. Esta experiência, ainda que

reconheça suas limitações e dificuldades, foi considerada exitosa pela autora, uma vez que possibilitou a assistência a pessoas que normalmente não teriam acesso as práticas tradicionais em odontologia.

Na subdimensão referente à atenção básica como porta de entrada para a RAS, os resultados deixam evidente que a AB, ainda que não seja a única, se configura como essencial para acessar os outros níveis de atenção nos municípios estudados (52,9%). Convém ressaltar que os resultados para o escore insuficiente e incipiente, 11,8% e 35,3% ,respectivamente, parecem indicar que ainda persiste certa informalidade no acesso.

O desconhecimento da dinâmica da RAS, por parte do usuário, e de seus pontos de atenção e dos serviços disponibilizados, se configura em mais um fator que influencia em sua efetivação (MELLO, 2014). Quando transportamos esta afirmação para a atenção à pessoa com deficiência, podemos incluir a rotineira falta de esclarecimento sobre o direito desta parcela populacional de ser atendido na atenção básica, associado ao fato da falsa crença, também por parte do profissional, de que a atenção odontológica à pessoa com deficiência esteja atrelada, invariavelmente, ao atendimento sob anestesia geral ou sedação (MORETTO, 2014; CARVALHO, 2004).

Como última subdimensão da atenção básica, temos atenção multiprofissional prestada à pessoa com deficiência.

Nos dias atuais a complexidade da pessoa humana, mesmo em condições de plena saúde, é algo indiscutível. No entanto, em se tratando de uma pessoa com deficiência esta condição se evidencia, e assim, a atuação de uma equipe multiprofissional torna-se essencial.

A pessoa com deficiência normalmente apresenta características comportamentais, físicas e nutricionais que aumentam o risco para desenvolvimento da cárie e doença periodontal. Os fatores de risco estão associados a diversas singularidades que, isoladamente ou associadas, agravam este quadro. Dentre elas destacamos: a necessidade de alimentação pastosa, higienização bucal precária, uso prolongado de mamadeira, deglutição atípica, medicamentos açucarados ou que provocam xerostomia, dentre outros (RESENDE *et al.* 2007; RESENDE *et al.*, 2004; CARVALHO, 2004).

Moretto (2014) evidencia outros fatores que, associados aos anteriores, podem potencializar o risco para o agravamento da condição bucal. Como, por exemplo, a procura tardia por assistência odontológica, o nível socioeconômico das famílias, a baixa expectativa em relação ao desenvolvimento da criança que desestimula os pais a

procurarem o atendimento odontológico e famílias que evitam a exposição do filho como medida de proteção.

Moretto (2014), Resende (2004) e Oliveira (2011) ressaltam ainda como potencializadores do risco, a falta de preparo técnico do profissional de odontologia para atendimento a este público e o desafio da abordagem multidisciplinar, que especialmente para esta parcela populacional, torna-se fundamental.

As demandas neste sentido estariam relacionadas a diversas áreas como, por exemplo, medicina (várias especialidades), enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, educador físico, odontologia, psicologia (direcionado para o paciente e/ou familiares), bioquímica e farmacologia.

Em 2008 o MS buscando intensificar a atenção multiprofissional na RAS, introduziu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no ESF, pela Portaria MS/GM nº 154.

A equipe multiprofissional é constituída por profissionais com diferentes saberes que de forma conjunta, partilham idéias e distribuem tarefas, afastando-se desta forma da atenção uniprofissional, numa busca contínua da maximização das peculiaridades de cada local. Sendo o maior beneficiado desta prática, o usuário que, quando bem informado sobre o trabalho multiprofissional, obtêm atenção contínua integrando ações preventivas, curativas e de autocuidado (MENDES, 2011).

Para Mendonça (2009) os NASF representam um “marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção de saúde e no cuidado à população” (p.4). Além de aumentar o escopo das ações da atenção básica, o NASF aumenta sua resolutividade por meio do apoio matricial às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009c).

Mendes (2011) ao se referir à introdução dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no PSF, afirma que esta iniciativa não será suficiente para construir uma proposta conseqüente de atenção multiprofissional. E justifica dizendo que as equipes do NASF dando apoio longitudinal, mas não participando “organicamente” das equipes da ESF, ficam impossibilitadas de formação de vínculo com o usuário.

Quando analisamos a subdimensão atenção multiprofissional à pessoa com deficiência, observamos uma diversidade bem grande nos percentuais. Esta diversidade fica evidente quando constatamos que o número de municípios que declara a inexistência de tal prática, é o mesmo que declara existir de forma ótima.

Os resultados encontrados confirmam a colocação de Moretto (2014), Resende (2004) e Oliveira (2011) em relação ao desafio que se



configura esta atividade para o cirurgião-dentista. Para elucidação dos motivos e contextos para esta realidade será necessária outra pesquisa, pois as informações obtidas no presente estudo são insuficientes por não terem este enfoque.

Lembrando que os NASF podem ser do Tipo 1, 2 ou 3. A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais e equipes Saúde da Família e deve considerar os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de saúde que serão apoiadas (DAB/MS)

A Portaria MS/GM nº 154, de 24/1/08 determina:

Poderão compor os NASF 1, 2 e 3 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e **profissional de saúde sanitaria**, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas(Brasil,2008b)

Como determinado na Portaria acima a possibilidade de um profissional de odontologia integrar a equipe do NASF seria na condição de “profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas”.

A atividade básica do NASF é o apoio matricial. Esta atividade se configura, resumidamente, numa estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território” (DAB/MS).

São exemplos práticos de ações de apoio matricial: discussão de casos, atendimentos compartilhados (NASF + ESF vinculada), atendimentos individuais do profissional do NASF precedida ou seguida

de discussão com a ESF, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outras (DAB/MS).

A pessoa com deficiência muitas vezes apresenta condição clínica que exige maior cuidado por parte do profissional de saúde. Esta atenção, por envolver alterações múltiplas, comentadas anteriormente, torna fundamental o apoio matricial oferecido pelo NASF na busca por resolutividade, segurança e adequação aos aspectos singulares de cada pessoa.

Dentre os municípios estudados constatamos que 82,35% deles apresentam NASF, num total de 28(vinte e oito), variando de 1(um) a 12(doze). Somente 3 (três) municípios, Paulo Lopes, São João Batista e São José, ou seja, 17,64%, não possuem NASF.

### **6.1.3 Dimensão: A Atenção Secundária na Rede de Atenção à Saúde Bucal**

Os pontos de atenção secundários e terciários das RAS disponibilizam os serviços especializados (MENDES, 2011). Os de atenção terciária apresentam maior densidade tecnológica e, assim, tendem a se apresentarem de forma concentrada espacialmente. Desta forma, os pontos de atenção secundária estariam nas microrregiões sanitárias e os pontos de atenção terciários estariam nas macrorregiões. Esta característica, no entanto, não atribui nenhuma subordinação entre eles, sendo todos os pontos de atenção da rede igualmente importantes (BRASIL, 2007).

Quando da instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (RCPD/SUS) os componentes da RCPD/SUS foram assim definidos: I - Atenção Básica; II - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012a).

O componente que se refere à Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção: Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação e Centros Especializados em Reabilitação (CER).

Os Centros de Especialidades Odontológicas constituem-se em unidades de referência para a atenção primária como forma de garantia da atenção secundária. Estas unidades devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor. Dependendo de sua estrutura podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas) (BRASIL, 2006a).

Para que um paciente seja referenciado ao Centro de Especialidades Odontológicas, segundo o Caderno de Atenção Básica nº17/ Saúde Bucal, ele deve obedecer os seguintes critérios :

- Pacientes que passaram pela Unidade Básica de Saúde, foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Paciente com deficiência visual ou auditiva ou física quando associado aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Paciente com distúrbio neurológico “grave” (ex. paralisia cerebral);
- Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na Unidade Básica;

- Paciente autista;
- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico tentado na Unidade Básica;
- Outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional (BRASIL, 2006 d).

Lembrando ainda que pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência 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 (BRASIL, 2006 d)

O CEO pode aderir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), e, neste caso, receberá valores referentes a incentivos de implantação e ao custeio mensal, na medida em que cumprir as exigências descritas: disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo à pessoa com deficiência; atuar como referência municipal/regional para o atendimento odontológico a estas pessoas; prestar referência prevista dentro do Plano de Ação para implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência; profissionais do CEO/RCPD deverão prestar apoio matricial para as equipes de saúde bucal da atenção básica de sua área de abrangência; dentre outras (BRASIL, 2012 a). Convém ressaltar que o CEO, na sua habilitação original, tem o atendimento aos pacientes com necessidades especiais como uma das especialidades exigidas, e assim, a adesão à RCPD se configura num incentivo a atenção à saúde da pessoa com deficiência, pois, teoricamente, o CEO habilitado já presta assistência a esta parcela populacional.

**Quadro 7 - Valores de incentivo de implantação e custeio mensal dos CEOs, Ministério da Saúde,2012**

Tipo CEO	Incentivo de implantação	Incentivo de custeio mensal	Adicional CEO que aderir à RCPD
<b>TIPO I</b>	R\$ 60.000,00	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00
<b>TIPO II</b>	R\$ 75.000,00	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00
<b>TIPO III</b>	R\$120.000,00	R\$ 19.250,00	R\$ 3.850,00

**Fonte:** elaborado pela autora com base na Portaria nº1341/2012(BRASIL, 2012d)

Em relação aos incentivos financeiros para os CEOs de SC acrescenta-se aos valores do quadro 7 o cofinanciamento estadual. Neste cofinanciamento os CEOs, independente do tipo, recebem como incentivo de implantação R\$21.000,00 e no custeio mensal a participação estadual pode ser de 30% (sede) ou 50% (regionalizado) sobre o valor recebido do MS (SES/SC)

Dentre os municípios participantes desta pesquisa, 8 (oito) tem CEO habilitado e destes, 4(quatro) formalizaram a adesão à RCPD percentual um pouco inferior a média do estado de Santa Catarina que é de 60% de adesão , revelando alguma resistência em receber os devidos incentivos por uma assistência, que , teoricamente, já devem estar prestando. Os CEOs que aderiram à RCPD estão situados nos municípios de Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e Santo Amaro da Imperatriz. Atualmente, no Brasil, são mais de 1000 CEOs implantados e, em Santa Catarina são 43(quarenta e três).

Cabe esclarecer que alguns municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis possuem pactuação com CEOs localizados em municípios de outras SDRs. São eles: Garopaba e Paulo Lopes (CEO de Imbituba), Leoberto Leal (CEO de Rio do Sul), Major Gercino, Nova Trento e Bombinhas (CEO de Brusque) e Alfredo Wagner (CEO de Ituporanga). Assim sendo, o numero de CEOs envolvidos na atenção de média complexidade nesta Região de Saúde é 12 (doze). Dentre os CEOs em municípios de outras SDRs o CEO de Brusque e Ituporanga aderiram à RCPD.

Parafrazeando Mello (2014), podemos afirmar que “o funcionamento da RAS requer o reconhecimento dos seus pontos de atenção e fluxos por parte dos profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares) de modo que utilizem adequadamente, aproveitando ao máximo a oferta de serviços tão caros ao usuário”(p.212)

Com este enfoque os profissionais, participantes deste estudo, foram questionados sobre o fluxo de acesso das pessoas com deficiência para atenção secundária e terciária (Tabela 7).

**Tabela 7** - Percentuais encontrados para a dimensão Pontos de Atenção à Saúde, secundários e terciários, da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

Subdimensões	Escore			
	0	1	2	3
Há referências ambulatoriais especializadas de nível secundário para pessoa com deficiência?	11,8	17,6	23,5	47,1
Há referência para atendimento odontológico hospitalar (sedação/anestesia geral) para pessoa com deficiência?	17,6	17,6	17,6	47,1

**Fonte:** elaborado pela autora

Segundo o Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina, município de referência é aquele que, por disponibilizar maiores recursos tecnológicos de saúde, “exerce força de atração sobre os demais para prestação de serviços que requeiram maior tecnologia”, representada por procedimentos classificados pela Programação Pactuada Integrada (PPI) como de média complexidade ambulatorial e/ou hospitalar para no mínimo 02 (dois) municípios circunvizinhos, vinculados a uma central de regulação (SES/SC, 2012).

Aguilera (2013) em estudo realizado na região metropolitana de Curitiba junto aos gestores, muito embora tenha encontrado distintos estágios de organização da RAS, observa serviços fragmentados que atuando de maneira isolada tornam-se incapazes de prestar um cuidado contínuo e integral à população. Em relação à saúde bucal destaca o mesmo cenário desafiante para a continuidade do cuidado, quando a caracteriza como “pouco organizada” onde a disponibilização de serviços especializados é privilégio de poucos municípios.

Bulgareli (2013), avaliando o modelo de atenção com informações da atenção secundária em Marília (SP), afirma, dentre outras coisas, que a atenção bucal necessita de inovação no estabelecimento de protocolos de referência e contrarreferência quando da constatação de acesso limitado aos serviços de atenção secundária em

odontologia. E conclui dizendo que a “existência ou disponibilidade de um serviço não garante a acessibilidade” (p.235).

Conill (2002) corrobora com as citações anteriores quando considera relevante o problema no acesso decorrente do quantitativo insuficiente de recursos humanos e da dificuldade de referência. Estes fatores, principalmente quando associados, podem impedir a integralidade na atenção inviabilizando a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas) e do mais complexo (especialidades) por referência problemática interferindo, desta forma, também na qualidade da atenção.

Ainda relacionado ao referenciamento, solicitamos que os profissionais indicassem exatamente o local (município e instituição) para os quais são referenciados os pacientes com deficiência de seu município, ainda que informalmente, e, confrontamos esta informação com a referência formalizada/pactuada (Quadro 8).

**Quadro 8** - Comparativo entre referências, pactuadas e informadas pelos respondentes, para a atenção secundária em saúde bucal, na Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, em 2014

<b>Município</b>	<b>CEO de Referência Pactuado</b>	<b>Referência em Odontologia para Atenção Secundária informada pelo Cirurgião – Dentista do Município</b>
Águas Mornas	CEO UFSC	CEO UFSC
Angelina	CEO UFSC	CEOs de Florianópolis
Anitápolis	CEO UFSC	CEOs de Florianópolis
Antônio Carlos	CEO UFSC e Biguaçu	Florianópolis ( HU/UFSC ou Hospital Infantil Joana de Gusmão)
Biguaçu	CEO Biguaçu	HU/ UFSC Florianópolis
Canelinha	CEO Tijucas	Brusque
Florianópolis	CEOs Florianópolis	CEOs de Florianópolis
Garopaba	CEO Imbituba	CEO de Imbituba
Leoberto Leal	CEO Rio Do Sul	CEO Rio do Sul
Nova Trento	CEO Brusque	CEO Brusque
Palhoça	CEO Palhoça e CEOUFSC	CEO Palhoça

(continua)

(finaliza)

Município	CEO de Referência Pactuado	Referência em Odontologia para Atenção Secundária informada pelo Cirurgião – Dentista do Município
Paulo Lopes	CEO Imbituba	HU/ UFSC Florianópolis Hospital Florianópolis
Rancho Queimado	CEO UFSC	CEO UFSC
Sto A. da Imperatriz	CEO S.A. da Imperatriz	CEO S.A. da Imperatriz
São João Batista	CEO Tijucas	HU/ UFSC Florianópolis
São José	CEO São José e CEO UFSC	CEO São José
Tijucas	CEO Tijucas	CEO Tijucas

**Fonte:** elaborado pela autora a partir de dados da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina /SES/SC e dados coletados na pesquisa

Observa-se que entre os municípios pesquisados, 70% dos profissionais respondentes demonstraram conhecimento da referência pactuada. Assim quando 47,1% dos profissionais afirmam que este fluxo de referência, para a média complexidade em odontologia, “opera de forma ótima” (tabela 7), após esta avaliação constatamos que sua dinâmica não está completamente organizada e, em alguns municípios, opera com informalidade. Considerando que estas referências são definidas nas Comissões Intergestores Regional - CIR e formalizadas no PDR/SC, e supostamente, de conhecimento de todos os profissionais envolvidos, este resultado sugere duas possibilidades, no mínimo. A primeira seria o desconhecimento deste fluxo por parte do CD respondente, que segundo Aguilera (2013), tem a alta rotatividade de profissionais como uma das explicações para este fato. Outra possibilidade seria que, mesmo estando ciente do fluxo formalizado, este é desconsiderado devido a alguma experiência pregressa de pouca resolutividade do mesmo. De toda forma esta constatação remete à insuficiência de entrelaçamento/comunicação da RAS.

Outro ponto de atenção secundária da RCPD são os Centros Especializados em Reabilitação (CER).

No ano de 2011 o Relatório Mundial sobre a Deficiência define reabilitação como um conjunto de medidas que, individualmente, ajudam pessoas com deficiências, ou prestes a adquirir deficiências, a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu



ambiente, com vistas a sua autonomia de modo a torná-las capazes de participar da vida educacional, do mercado de trabalho e da vida civil (OMS, 2011).

Com a instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência/Plano Viver Sem limite (Portaria 7.612 de 17 /2011) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 793 de 24/2012), há um incremento das ações governamentais destinadas para esta parcela populacional. Neste contexto, a Portaria nº 835/2012 que Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito SUS e a portaria nº 1.303/2013 que estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, se constituem em passos importantes para a reabilitação da pessoa com deficiência com vistas à integralidade na atenção.

A Portaria nº 1.303/2013 classifica os Centros de Reabilitação como descrito abaixo:

Art. 1º Os Centros de Reabilitação serão classificados quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação das seguintes formas:

CER TIPO	Especialidades de Serviços de Reabilitação
CER II	Auditiva e Física
CER II	Auditiva e Intelectual
CER II	Auditiva e Visual
CER II	Física e Intelectual
CER II	Física e Visual
CER II	Intelectual e Visual
CER III	Auditiva, Física e Intelectual
CER III	Auditiva, Física e Visual
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual
CER III	Física, Intelectual e Visual
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual

**Fonte:** BRASIL, 2013d.

As normas e os critérios para a implantação, funcionamento e financiamento Centros Especializados de Reabilitação, para o melhor

desempenho destes, foi estabelecido em 2012 pela portaria nº 835 (BRASIL, 2012c).

Na Região de Saúde da Grande Florianópolis identificamos, além dos Centros de Especialidade Odontológicas já comentados, outros 14(quatorze) serviços de reabilitação (Quadro 9).

**Quadro 9 - Serviços Especializados de Reabilitação na RAS da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, segundo o tipo e instituição, 2014**

<b>Município</b>	<b>Serviços de Reabilitação</b>	<b>Instituição</b>
Canelinha	1 Serviço de Reabilitação para DI* e TEA*	APAE
Florianópolis	1 Serviço de Reabilitação para DI e TEA	APAE
	1 Serviço de Implante Coclear	HU/UFSC
	1 serviço de Referência regional para Ostromizados	HU/UFSC
	1 Serviço Saúde Auditiva	OTOVIDA
	1 CERII( Deficiência Física e Intelectual)	SES/SC
	1 Oficina ortopédica	SES/SC
Garopaba	1 Serviço de Reabilitação para DI e TEA	APAE
Nova Trento	1 Serviço de Reabilitação para DI e TEA	APAE
Santo Amaro da Imperatriz	1 Serviço de Reabilitação para DI e TEA	APAE
São João Batista	1 Serviço de Reabilitação para DI e TEA	APAE

(continua)

(finaliza)

Município	Serviços de Reabilitação	Instituição
São José	1 Serviço de Reabilitação para DI e TEA	APAE
	1 Serviço Saúde visual	Fundação Catarinense de Educação Especial/ SES/ SC
Tijucas	1 Serviço de Reabilitação para DI e TEA	APAE

**Fonte:** elaborado pela autora baseado nos dados da SES/SC

\* DI = Deficiência Intelectual

\* TEA = Transtorno do Espectro do Autismo

\* CER II= Centros Especializados de Reabilitação com duas especialidades

Torna-se necessário um breve esclarecimento sobre as condições clínicas mencionadas no quadro acima, bem como alguns serviços.

Deficiência auditiva (também conhecida como hipoacusia ou surdez) é a incapacidade parcial ou total de audição. Sua etiologia é congênita ou causada em decorrência de enfermidades. A deficiência auditiva caracteriza-se por privação sensorial e suas conseqüências afetam o desenvolvimento da função auditiva e da linguagem oral, podendo trazer implicações emocionais, educacionais, sociais e culturais (MEDLINEPLUS).

O implante coclear é um dispositivo eletrônico, amplamente utilizado em crianças, e vem se mostrando como um recurso efetivo para minimizar as conseqüências da deficiência auditiva e, desta forma, promover melhor qualidade de vida a estes indivíduos. Quanto mais cedo o implante coclear for disponibilizado para a criança, melhores serão os resultados (ANGELO, 2010).

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Implante Coclear no Estado de Santa Catarina através da Portaria nº 186 de 29 de abril de 2011. Este ambulatório de Implante Coclear desenvolve suas atividades no Serviço de Otorrinolaringologia do HU/UFSC desde agosto de 2011. No estado de Santa Catarina são 5 (cinco) prestadores de Serviço em Saúde Auditiva localizados em Joinville, Jaraguá do Sul, Florianópolis, Itajaí e Chapecó (SES/SC).

Pessoa ostomizada é aquela que tem seu trânsito intestinal e/ou urinário cirurgicamente desviado e passa a depender de bolsa coletora para fezes e/ou urina, assim como de atenção à saúde por equipe multiprofissional. O estoma, ou seja, a exteriorização do íleo ou do cólon para o meio externo através da parede abdominal, pode ser temporário ou permanente. O autor destaca a importância da atenção multiprofissional considerando o grande impacto que este procedimento traz para a rotina de vida do paciente, principalmente relacionados aos aspectos psicossociais e sexuais (ROCHA 2011).

A Deficiência Visual é caracterizada pela baixa visão ou cegueira. A baixa visão ou visão subnormal acontece quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20° no melhor olho com a melhor correção óptica (categorias 1 e 2 de graus de comprometimento visual do CID 10) e considera-se cegueira quando esses valores encontram-se abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10° (categorias 3, 4 e 5 do CID 10) (BRASIL, 2008c).

Este serviço de referência estadual é desenvolvido na Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) em São José/SC. Foi inaugurado em 1991 firmando convênio com a Organização Nacional dos Cegos da Espanha/ ONCE. Em 2005, FCEE foi credenciada pela SES para prestar atendimento às pessoas com baixa visão e usuários de prótese ocular pelo SUS e, em 2010 o Ministério da Saúde através da Portaria SAS 200 – 26/04/2010, o credencia como Centro de Referência no Estado de Santa Catarina na área da Reabilitação Visual para prestar atendimento ambulatorial aos usuários do SUS com deficiência visual. No Serviço de Reabilitação Visual da FCEE, a pessoa com deficiência visual é assistida por uma equipe multiprofissional composta por médico oftalmologista, assistente social, psicólogo, óptico protesista, pedagogo, reabilitador visual e professor de orientação e mobilidade (SANTA CATARINA 2010; SANTA CATARINA, 2009)

A FCEE também disponibiliza assistência odontológica às pessoas com deficiência. Segundo a coordenação desta Fundação, o serviço de odontologia está formalizado há mais de 40 anos e destina-se aos alunos que frequentam os centros de Atendimento do campus. Atualmente a equipe é formada por dois cirurgiões-dentistas, especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, e uma auxiliar de consultório odontológico. A atenção prestada é de nível ambulatorial convencional, porém se houver dificuldade de manejo, é viável o uso de contenção química (sedação via

oral). Estão disponibilizados também o atendimento em periodontia, endodontia e radiologia (periapical).

Os Serviços de Reabilitação para DI(Deficiência Intelectual) e TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) são disponibilizados por APAES conveniadas, configurando aqui, a intersetorialidade na atenção à saúde. Segundo Schwartzman (2010) "recentemente cunhou-se o termo TEA para englobar o Autismo, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem outra Especificação". A etiologia do TEA é multifatorial dependendo de fatores ambientais e genéticos, sendo mais prevalente em meninos numa proporção de 4:1.

#### **6.1.4 Dimensão: A Atenção Terciária na Rede de Atenção à Saúde Bucal**

Entende-se por atenção terciária ou alta complexidade o "conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)(BRASIL,2009c).

A estrutura hospitalar de Santa Catarina é composta por 213 hospitais vinculados ao SUS (22 públicos,190 privados, 01 universitário). Neste estado o total de leitos do SUS disponíveis para a população é de 14.422, numa relação de 2,5 leitos/1000 habitantes. A Macrorregião da Grande Florianópolis detém a maior concentração com 2,7 leitos/1000 habitantes e, a menor concentração está na Macrorregião Nordeste com 1,3 leitos/1000 habitantes (SANTA CATARINA, 2011). Considerando a proporção nacional de 2,35 leitos/1000habitantes, podemos avaliar a realidade catarinense com certo otimismo (TABNET/DATASUS, 2012).

Na atenção em saúde bucal para pessoas com deficiência a assistência na atenção terciária está relacionada à realização de tratamento odontológico sob anestesia geral /sedação e/ou a condições clínicas que demandem por medidas (tecnológicas/medicamentosas ) que não estejam disponibilizadas na atenção secundária. Esta modalidade de atenção está indicada quando da impossibilidade de realização de tratamento de forma convencional, seja, por dificuldade de manejo do paciente, por condição clínica que o contra-indique, por condição bucal caótica com inúmeras necessidades ou outras justificativas. Na maioria das vezes esta indicação não está atrelada à complexidade do procedimento odontológico.

Com a intenção de facilitar o acesso a atenção hospitalar, a Portaria Ministerial Nº 1.032/2010, ao permitir que os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passem a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária sob anestesia geral ou sedação, vem facilitando o acesso e qualidade da atenção em saúde bucal prestada a esta população (BRASIL, 2010b).

O Plano Viver sem Limite (BRASIL, 2011a) previu a disponibilização de equipamentos essenciais para a assistência odontológica hospitalar à pessoa com deficiência e assim, foram equipados 81(oitenta e um) hospitais gerais no Brasil. Seguindo este planejamento, em Santa Catarina, foram equipados 6 (seis) hospitais gerais para esta finalidade. Assim, o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de SC (Florianópolis), Hospital São Vicente de Paulo (Mafra), Hospital Hélio Anjos Ortiz (Curitibanos), Hospital São José (Criciúma), Hospital Dr. Waldomiro Colautti (Ibirama) e Hospital Samaria (Rio do Sul) receberam: 1 (um) Cart odontológico, 1(um) aparelho de Rx, 1(um) aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, 1(um) aparelho de ultrassom, 1(um) aparelho fotopolimerizador, 1(um) Kit de peças de mão e 1 (um) compressor (SES/SC).

Segundo o Ministério da Saúde no estado de Santa Catarina foram realizados 993 tratamentos odontológicos sob anestesia geral, para pacientes com necessidades especiais, no período de janeiro de 2010 a março de 2014. Estes atendimentos foram realizados em 25(vinte e cinco) municípios e os hospitais que receberam os equipamentos, citados anteriormente, estão entre os estabelecimentos que realizam, rotineiramente, esta modalidade de assistência. Os números indicam que, em média neste período, foram realizados 19 (dezenove) tratamentos por mês. Destacamos que no mesmo período no estado do Paraná a média foi de 17 tratamentos/mês no Rio Grande do Sul foi 19 tratamentos/mês. O município catarinense que mais realizou este tipo de assistência odontológica foi Rio do Sul, com 281 tratamentos, seguido de Florianópolis com 210 (SES/SC). Dentre estes atendimentos fica impossível determinar quais foram direcionados às pessoas com deficiência, uma vez que o código informado (0414020413) indica somente tratar-se de paciente com necessidades especiais.

Freire (2011) ressalta que a referencia tardia dos pacientes com necessidades especiais para a atenção odontológica não é rara. A “desestruturação familiar” e o excesso de demandas médicas que um paciente especial, e sua família, são acometidos, levam a um adiamento

ou mesmo a negligência da saúde bucal. Este fato, por sua vez, ocasiona um acúmulo de demandas. A autora complementa afirmando que a procura tardia, a dificuldade no acesso e a falta de profissionais habilitados “condenam” os pacientes com necessidades especiais, muitas vezes, ao tratamento mutilador, normalmente sob anestesia geral.

Moretto (2014) chama a atenção para a falta de treinamento dos profissionais da odontologia para atender a este público. A especialidade “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais” é recente (2001) e o número de especialistas está defasado frente à demanda, ainda que, paulatinamente venha despertando interesse dos CDs. O autor constata também que a impressão compartilhada entre a maioria dos profissionais e comunidade de que o paciente com necessidades especiais deve ser tratado somente em ambiente hospitalar, desestimula a que a assistência odontológica seja realizada na atenção básica e média complexidade.

Na subdimensão relacionada ao referenciamento para a atenção hospitalar, os percentuais foram semelhantes aos encontrados para a média complexidade, no entanto a diferença, ainda que sutil, fica evidente. Os escores relacionados à inexistência, ao funcionamento básico e razoavelmente bom /insuficiente, tiveram o mesmo percentual de respostas, ou seja, 17,6% e o escore 3 que indica funcionamento de forma ótima obteve o mesmo percentual dado para a Média complexidade, 47,1%(Tabela 7). Entendemos que esta equiparação entre os escores 0 (zero), 1(um) e 2(dois) indica que, neste quesito, mais de 50% dos municípios estudados concentram seus escores em padrões inferiores aos referidos para a média complexidade, indicando assim uma condição mais desfavorável no fluxo de referência para alta complexidade.

Também foi solicitado aos profissionais que indicassem o local (município e instituição) para os quais são referenciados os pacientes com deficiência de seu município, na demanda por atenção odontológica de alta complexidade, ainda que informalmente (Quadro 10).

**Quadro 10** - Referências para atenção terciária em saúde bucal, informadas pelos cirurgiões-dentistas participantes deste estudo nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

<b>Municípios</b>	<b>Referência em Odontologia Para Atenção Terciária Informada Pelo CD do Município</b>
<b>Águas Mornas</b>	HU/UFSC Florianópolis
<b>Angelina</b>	HU/UFSC Florianópolis
<b>Anitápolis</b>	Rede Municipal de Florianópolis
<b>Antonio Carlos</b>	Florianópolis ( HU/UFSC ou Hospital Infantil Joana de Gusmão)
<b>Biguaçu</b>	HU/ UFSC Florianópolis
<b>Canelinha</b>	Tijucas
<b>Florianópolis</b>	Rede Municipal de Florianópolis
<b>Garopaba</b>	HU/ Florianópolis
<b>Leoberto Leal</b>	HU / UFSC Florianópolis
<b>Nova Trento</b>	Brusque
<b>Palhoça</b>	HU / UFSC Florianópolis
<b>Paulo Lopes</b>	HU/ UFSC Florianópolis Hospital Florianópolis
<b>Rancho Queimado</b>	HU/ UFSC Florianópolis
<b>Sto. A da Imperatriz</b>	Rede Municipal de Florianópolis HU/ UFSC Florianópolis
<b>São João Batista</b>	HU/ UFSC Florianópolis
<b>São José</b>	Rede Municipal de Florianópolis
<b>Tijucas</b>	Hospital São José (Tijucas)

**Fonte:** elaborado pela autora

Considerando as opções de referência em odontologia, para a alta complexidade, mencionados para a Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, buscamos caracterizar o serviço de odontologia disponibilizado por estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos dos municípios de Florianópolis, São José, Brusque e Tijucas (Quadro 11).



**Quadro 11** - Estabelecimentos de Saúde de Atenção Terciária, Públicos/Filantrópicos, com odontologia localizados em Florianópolis/SC, São José/SC, Brusque/SC e Tijucas /SC, 2014

<b>Município</b>	<b>Estabelecimentos</b>	<b>Modalidade de Procedimentos</b>
Florianópolis	Maternidade Dr. Carlos Corrêa	Cirúrgicos/Clínicos
Florianópolis	Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago / HU/UFSC	Cirúrgicos/Clínicos
Florianópolis	Hospital Florianópolis	Cirúrgicos
Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	Cirúrgicos/Clínicos
Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos	Cirúrgicos
Florianópolis	Imperial Hospital De Caridade	Cirúrgicos
Florianópolis	CEPON Centro de Pesquisas Oncológicas	Laserterapia Nível ambulatorial
Florianópolis	HEMOSC/Centro de Hemoterapia e Hematologia de SC	Cirúrgicos e Clínicos Nível Ambulatorial
São José	Hospital Regional Homero de Miranda Gomes	Cirúrgicos
Tijucas	Hospital São José (Tijucas)	Cirúrgicos
Brusque	Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux	Cirúrgicos e Clínicos

**Fonte:** elaborado pela autora

Destacamos que ainda prevalece o atendimento somente cirúrgico, realizado por profissionais especialistas bucomaxilofaciais, nos hospitais de Florianópolis/SC e no hospital de São José. O Hospital Universitário HU/UFSC há mais de 25 anos disponibiliza atenção em saúde bucal para pessoas com deficiência, tanto ambulatorial (sob sedação ou não) como também o atendimento sob anestesia geral. A grande defasagem no número de CDs e a pouca disponibilidade de médicos anestesistas constituem-se em entraves sérios para melhoria no acesso da pessoa com deficiência a este serviço.

O Hospital Florianópolis, referido pelo CD de Paulo Lopes, após longo período de reformas, no momento não disponibiliza atendimento odontológico.

Ainda que não tenham sido citados como referência para atendimento odontológico especializado à pessoa com deficiência, incluímos os serviços do HEMOSC e CEPON, pois em alguns casos torna-se necessária esta referência.

O HEMOSC tem como público alvo as pessoas portadoras de Hemofilia, Talassemia, Anemias, Coagulopatias e outras desordens ou distúrbios hematológicos. Seu quadro clínico é composto de diversas especialidades da área da saúde, inclusive de dois Cirurgiões-Dentistas. A assistência odontológica é ambulatorial e está atrelada ao encaminhamento médico, ou seja, os pacientes assistidos pelo ambulatório de odontologia estão em acompanhamento médico no HEMOSC (salvo raras exceções) (HEMOSC).

O CEPON - Centro de Pesquisas Oncológicas é Serviço Público de referência no tratamento oncológico em Santa Catarina e Centro de Referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Medicina Paliativa no Brasil. Dentre suas diversas unidades, a ambulatorial busca garantir o atendimento integral ao paciente oncológico. Nesta unidade a odontologia, em conjunto com outras especialidades, atua nas manifestações orais decorrentes dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Atualmente duas cirurgiãs-dentistas prestam este atendimento disponibilizando, na maioria dos casos, a Laserterapia. O ambulatório de odontologia está em implantação e possivelmente, num futuro próximo, ampliará a atuação desta especialidade. O encaminhamento a este serviço dá-se através da medicina e, desta forma, a assistência odontológica está destinada aos pacientes inseridos no CEPON (CEPON).

## 6.2 UNIDADE DE ANÁLISE: ESTRUTURA OPERACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

### 6.2.1 Dimensão: Os Sistemas de Apoio

São considerados sistemas de apoio os “lugares institucionais” das RASs onde são prestados os serviços comuns a todos os pontos de atenção a saúde nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011). Na odontologia incluímos aqui os LRPD .

Estes serviços são transversais à rede, ou seja, prestam suporte a toda estrutura da RAS, disponibilizando serviços em todos os níveis de complexidade. Neste sentido os profissionais participantes foram indagados quanto à assistência radiológica, farmacêutica e sistemas de informação em saúde de seus municípios.

**Tabela 8** - Percentuais encontrados para a dimensão Sistemas de Apoio da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

Subdimensões	Escores			
	0	1	2	3
Existe sistema de apoio para realização de exames radiológicos?	11,8	17,6	41,2	29,4
Existe sistema de apoio para realização de exames radiológicos para pessoa com deficiência?	35,3	23,5	23,5	17,6
O sistema de assistência farmacêutica disponibiliza os medicamentos de saúde bucal necessários?	5,9	5,9	17,6	70,6
Os procedimentos são inseridos regularmente no SIA/SUS e SIAB	0	5,9	29,4	64,7

**Fonte:** elaborado pela autora

Para Torriani (2000) o exame radiológico tem sido apontado como uma ferramenta complementar, quase que indispensável, para o diagnóstico e plano de tratamento em odontologia. Em seu estudo ao comparar a confiabilidade de exames radiológicos convencionais e digitalizados, quando realizados de acordo com os protocolos técnicos, afirma que ambos são confiáveis, com diferenças estatísticas insignificantes, e sugere o uso da radiologia convencional no diagnóstico/plano de tratamento odontológico, principalmente em cáries oclusais.

A dificuldade de manejo, que alguns pacientes com deficiência apresentam, se manifesta em diversas fases da atenção odontológica, inclusive na realização de exame radiográfico. Muitas vezes, ainda que a opção da tomada panorâmica esteja disponibilizada, opta-se pela técnica radiográfica convencional devido à dificuldade de posicionamento e estabilização física do paciente. Porém, em alguns casos mesmo com a utilização de todos os recursos disponíveis, a condição clínica e/ou

comportamental do paciente inviabiliza a utilização desta ferramenta diagnóstica comprometendo, desta forma, um plano de tratamento adequado.

Quando questionados a respeito do acesso aos serviços de radiologia para a população em geral, grande parte dos profissionais considera o funcionamento, em seu município, bom, ainda que insuficiente. No entanto, o mesmo questionamento relacionado à pessoa com deficiência, traz um cenário bem distinto, onde, ainda que os percentuais flutuem nos quatro escores, destacamos a afirmação de “não existir este serviço em seu município” referido por 35,3 % dos profissionais participantes. Ou seja, a pessoa com deficiência com demanda por um exame radiológico odontológico, mesmo o convencional, em 35,3% dos municípios estudados é deslocada para outro município que disponibilize deste serviço ou, na pior das hipóteses, não realiza o exame. Considerando a falta de especificidade do nosso questionamento, é impossível determinar as razões para este resultado, no entanto, os números sugerem, novamente, o comprometimento dos princípios doutrinários do SUS na atenção em saúde.

Outro questionamento foi referente à assistência farmacêutica nos municípios. A Política Nacional de Medicamentos (PNM/1999) definiu a Assistência Farmacêutica como um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”. As atividades referem-se ao abastecimento, conservação e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, obtenção e difusão da informação sobre os medicamentos, como também, a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e de comunidade para assegurar seu uso racional (BRASIL, 1999b).

O questionamento relacionado à disponibilização desta prática nos municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis trouxe-nos resultado bastante animador onde, a maioria dos profissionais caracterizou este serviço com funcionamento em “forma ótima” (Tabela 8), ainda que tenhamos consciência, que, provavelmente, os profissionais não tenham ampliado o conceito conforme descrito na Política Nacional de Medicamentos/PNM (BRASIL, 1999). Imaginamos que tenham relacionado à pergunta à facilidade ou não de acesso à medicação, por parte do usuário e do profissional, quando a necessidade deste. Um questionamento que contemplasse a definição da PNM deveria, obrigatoriamente, ser direcionada também aos gestores.

Finalizando o tema referente aos sistemas de apoio das RASs, abordamos os sistemas de informação em saúde. Para Mendes (2011) a construção social das RASs, para ser conclusiva, deve estar calcada em sistemas de informação seguros e de qualidade, de forma a diminuir as incertezas e riscos no planejamento. A informação é peça chave em todo planejamento/tomada de decisões, monitoramento e avaliação em saúde. Góes (2012a) chama a atenção para a integração da informação em todo o processo constituindo a tríade: informação-decisão-ação.

A utilização desta ferramenta constitui-se em mais um desafio a ser enfrentado na consolidação do SUS, onde o descompasso entre a disponibilização de ferramentas informatizadas e a familiarização dos profissionais e gestores com estas, parece se constituir numa barreira, e aqui, a capacitação profissional assume lugar de destaque.

No SUS existem 6 ( seis) sistemas de informação de base nacional principais: o Sistema de informações de mortalidade (SIM), o Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN), o Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS) e o Sistema de informação de atenção básica (SIAB). Existem também outros sistemas importantes como o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (APAC) e o Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS) (MENDES, 2011). Em nosso estudo restringimos à pergunta ao SIA SUS e SIAB.

O Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS) foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994. Oferece aos gestores instrumentos importantes nas áreas de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção, como também, para a geração de informações necessárias ao pagamento dos procedimentos ambulatoriais. O SIA SUS permite a caracterização geral da rede, no tocante aos recursos tecnológicos e humanos, por município, região sanitária, estado ou país. O documento básico gerador do sistema é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais do SUS. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) “é um sistema (software), desenvolvido pelo Datasus em 1998, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à população adscrita à AB usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF)” (DAB/MS; MENDES, 2011).

No tocante ao registro dos procedimentos odontológicos prestados às pessoas com deficiência nos CEOs, a Portaria nº 1.341 de 13 junho de 2012, para melhor operacionalizar a Política Nacional de Saúde Bucal com vistas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, determina que estes sejam informados através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I).

Art. 8º Fica definido que, para fins de monitoramento e avaliação, os procedimentos odontológicos realizados em pessoas com deficiência, em **qualquer CEO habilitado pelo Ministério da Saúde, aderidos ou não à Rede de Cuidado à Pessoas com Deficiência**, deverão ser informados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) através do instrumento de registro **Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I)**. (BRASIL, 2012 d)

Como resultado ao nosso questionamento, ficou claro que a grande maioria dos municípios participantes desta pesquisa insere os procedimentos regularmente ao SIASUS e SIAB (64,7%) e, esta constatação se configura numa boa notícia (Tabela 8). No entanto, considerando que a orientação para a utilização do BPA- I está direcionada somente aos CEOS, fica inviável o monitoramento da assistência em saúde bucal prestada à pessoa com deficiência pela Atenção Básica, uma vez que esta produção não é individualizada.

### **6.2.2 Dimensão: Os Sistemas Logísticos**

Segundo Mendes (2011) os sistemas logísticos são soluções tecnológicas que viabilizam a organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS. Proporcionando, assim, que a dinâmica de referência e contrarreferência na rede se efetue de maneira eficiente, como também, a troca de informações ao longo de toda sua estrutura. Nas Redes de Atenção à Saúde o cartão de identificação do usuário, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e o transporte em saúde se configuram nos principais exemplos deste sistema (MENDES, 2011)

Os sistemas logísticos, considerados fundamentais na organização das RAS, viabilizam a integração dos diversos pontos da rede de atenção e sistemas de apoio quando permitem a referência e contrarreferência de pessoas, identificação do usuário e troca de

informações (BRASIL, 2010a; Mendes, 2011) Com este enfoque, os cirurgiões- dentistas participantes deste estudo foram questionados como descrito na tabela abaixo.

**Tabela 9** - Percentuais encontrados para a dimensão Sistemas Logísticos da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

Subdimensões	Escores			
	0	1	2	3
Há disponibilidade de transporte em veículo adequado para o transporte de pessoas com deficiência (se a condição clínica exigir)?	5,9	23,5	35,3	35,3
Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados?	17,6	29,4	5,9	47,1
Existe prontuário eletrônico disponibilizado?	64,7	5,9	5,9	23,5

**Fonte:** elaborado pela autora

Para Mendes (2011) os sistemas de transporte em saúde objetivam estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas (usuárias do SUS em busca de atenção ou equipes de saúde), e produtos (material biológico e resíduos dos serviços na RASs). Neste estudo focaremos nosso questionamento no transporte de pacientes com deficiência quando beneficiados pelo TFD.

Entende-se por Tratamento Fora de Domicílio (TFD) como um benefício disponibilizado para o “deslocamento e ajuda de custo para pacientes (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS”, quando comprovada por indicação médica, que necessitem de assistência ambulatorial e hospitalar cujo procedimento seja de média ou alta complexidade (SES/SC, 2013).

Quando se trata do deslocamento de pessoas com deficiência, especificamente, as normatizações devem ser respeitadas criteriosamente (MENDES, 2011). Os veículos devem ter características específicas e determinadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia- Inmetro para garantir acessibilidade e segurança no transporte à pessoa com deficiência. O Inmetro define a Adaptação de Acessibilidade como sendo a “modificação realizada no veículo destinado ao transporte coletivo rodoviário, urbano e seletivo de passageiros para torná-lo acessível à pessoa com deficiência ou

mobilidade reduzida, garantida por meio do conjunto de adaptações”(INMETRO, 2010).

Como o questionamento foi direcionado aos cirurgiões-dentistas não esperamos um conhecimento técnico detalhado sobre as especificações do Inmetro. A idéia deste questionamento foi somente de sinalizar o estágio de adequação deste transporte, ainda que sob o olhar leigo.

Os percentuais encontrados em nosso estudo , com valores distribuídos nos três escores de maneira equilibrada, sugerem grande variedade no estágio de aprimoramento do transporte de pessoas com deficiência, nos municípios estudados. Somente 1 (um) município declara não disponibilizar este transporte e, ainda que longe do ideal, os resultados encontrados trazem essencialmente uma boa notícia.

Outra subdimensão é a Regulação Assistencial (ou regulação do acesso à assistência ou simplesmente regulação do acesso).

Regulação é definida como o “conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta conforme a necessidade, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, visando o acesso a todos os níveis de Atenção à Saúde” (SES/SC, 2010).

Em 2008 a Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída (Portaria GM/MS nº 1.559) e classifica a regulação em três dimensões que devem ter ações integradas: Regulação dos Sistemas de Saúde (efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão), Regulação da Atenção em Saúde (efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial) e Regulação Assistencial (efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários ) (BRASIL,2008d)

A Regulação Assistencial tem como designo intermediar a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. A estrutura que viabiliza estas ações chama-se Complexo Regulador.

De acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS, a organização do Complexo Regulador se efetivará em forma de centrais de Regulação, da seguinte maneira:

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:  
I - Central de Regulação de Consultas e Exames:  
regula o acesso a todos os procedimentos



ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares (BRASIL, 2008 d).

Em Santa Catarina o Complexo Regulador é composto por Centrais de Regulação sediadas em 8 (oito) municípios. São os seguintes: Chapecó (Região de Saúde do Oeste, Região de Saúde Extremo Oeste e Região de Saúde Xanxerê); Joaçaba (Região de Saúde do Meio Oeste, Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense e Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe); Lages (Região de Saúde da Serra Catarinense); Blumenau (Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí e Região de Saúde Alto Vale do Itajaí); Itajaí (Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí); Criciúma (Região de Saúde Carbonífera, Região de Saúde de Laguna, Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense); Florianópolis (Região de Saúde da Grande Florianópolis) e Joinville (Região de Saúde Nordeste e Região de Saúde do Planalto Norte). (SANTA CATARINA, 2013).

Para o gerenciamento e à operação das Centrais de Regulação, o Departamento de Informática do SUS (Datusus) disponibiliza um sistema on-line denominado Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Esta ferramenta vem se configurando num importante auxílio na automatização dos complexos reguladores. O SISREG possibilita uma série de ações como, por exemplo, marcação de exames e consultas especializadas de forma automática, monitoramento da fila de espera e o monitoramento do percurso do usuário na rede (BRASIL, 2008 e).

No ano de 2006, Florianópolis participou do projeto piloto do MS na implantação do SISREG-III. A Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o MS, adquiriu equipamentos de informática com o objetivo de implantar o SISREG em todos os 22 municípios da Região

de Saúde da Grande Florianópolis. A capital ficou responsável pela aquisição/ distribuição dos equipamentos, como também, pelo treinamento para a utilização adequada deste instrumento (AQUINO, 2013).

Na tabela 9 nos percentuais encontrados para esta subdimensão observou-se, novamente, um estágio bastante desuniforme no uso desta ferramenta pelos municípios estudados. Ainda que 47,1% destes apresentem o dispositivo funcionando de “forma ótima”, encontramos 17,6% dos municípios onde esta ferramenta não existe, ainda que, tenham sido disponibilizados todos os equipamentos necessários para esta atividade (AQUINO, 2013). Esclarecemos que não foi especificado na questão qual o instrumento utilizado para esta finalidade (SISREG/Formulários de papel). Preocupa-nos o fato de 3 (três) municípios declararem sua assistência em saúde bucal desprovida de regulação. Concordando com Godoi (2013), ressaltamos que a inexistência de regulação pode representar maior dificuldade de acesso aos serviços especializados o que configura, no tocante a pessoa com deficiência, a diferença entre receber ou não receber a atenção em saúde bucal pelo SUS, uma vez que o usuário em questão, normalmente incapaz, sem a intermediação da regulação, assume completamente a responsabilidade pela continuidade da atenção. Esperamos que aqui, como o relatado por Godoi (2013), exista outra forma de referência e contrarreferência, ainda que da forma tradicional (fomulários) e que o profissional, ao referir a inexistência da regulação tenha se referido somente ao SISREG.

A última subdimensão para os sistemas logísticos é relativo ao prontuário eletrônico. O prontuário eletrônico é definido como um conjunto de dados de saúde, armazenados em meio eletrônico e agregados por um identificador individual e único do usuário e, espera-se que nele estejam contidos todos os eventos relacionados à saúde do usuário durante todo seu percurso na RAS (MENDES, 2011).

Segundo o Conselho Federal de Medicina/CFM (2012) são consideradas desvantagens do uso de prontuários de papel pela rede de atenção: a informação do prontuário em papel não pode estar disponível à vários profissionais ao mesmo tempo, possui baixa mobilidade e está sujeito a ilegibilidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso, fragilidade do papel e a sua guarda requer amplos espaços nos serviços de arquivamento. Podemos citar como alguns benefícios do prontuário eletrônico a facilidade de disponibilização da informação em saúde (atualizada e simultânea a

vários profissionais), o acesso a resultados de exames, a maior legibilidade, acurácia e exatidão dos dados armazenados. Destacamos, ainda, o uso deste dispositivo relegado à pesquisa clínica e usos secundários da informação para fins epidemiológicos e estatísticos. Todas as normas técnicas e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde, estão descritas na Resolução CFM nº1821/07(CFM, 2007; CFM,2012).

Ao avaliarmos os resultados descritos na tabela 9 para a esta subdimensão, constatamos que a grande maioria dos municípios estudados não apresenta o prontuário eletrônico disponibilizado. Ainda que 23,5 % destes apresentem o dispositivo funcionando de “forma ótima”, encontramos 64,7% de municípios que relatam sua inexistência. Este fato corrobora a constatação de Godoi (2013), onde caracterizando a organização da RAS em municípios catarinenses com mais de 100mil habitantes, encontrou apenas 3(três) municípios utilizando o prontuário eletrônico entre os 12 (doze) estudados, ou seja, 25%. Esperávamos, no entanto, que os 4 (quatro) municípios que declararam dispor deste recurso de “ forma ótima” estivessem entre os mais populosos da amostra, e para nossa surpresa, com exceção de 1 (um), os demais municípios juntos somam pouco mais de 21mil habitantes( média de aproximadamente 7mil), enquanto que outros, mais populosos e próximos da capital do estado, ficaram entre os municípios que não o utilizam. Os municípios que utilizam o prontuário eletrônico de “forma ótima” são: Florianópolis, Canelinha, Angelina e Águas Mornas.

Gonçalves et al (2013) considera a necessidade de capacitação profissional e o custo de implantação do sistema como impecilhos para sua maior utilização, e contrapõe esta dificuldade, afirmando que os benefícios gerados na utilização dos prontuários eletrônicos superariam estes impecilhos. Com receio de incorrerem em inverdades, não temos dados suficientes, nesta pesquisa, para determinarmos as causas para resultados tão inusitados, porém, os mesmos sugerem que a disponibilidade de recursos não parece se configurar num fator determinante para o município integrar o protuário eletrônico à RAS.

Para Silva (2008) a viabilização de prontuários eletrônicos em todos os pontos da RAS incrementaria consideravelmente a qualidade na atenção em saúde na medida em que traria agilidade, redução de paralelismo na solicitação de exames e otimização do tempo. O autor sinaliza que o avanço constante destas ferramentas informatizadas e

consequente simplificação de seu uso, poderão facilitar a execução desta medida futuramente.

### **6.2.3 Dimensão: Os Sistemas de Governança**

Gonçalves (2005) descreve a governança como “o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo”, ou seja, “é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento”.

A governança nas RASs define metas e objetivos a serem cumpridos no curto, médio e longo prazos, ao mesmo tempo em que, articula as políticas institucionais para o cumprimento destes. Na medida em que envolve diferentes gestores, necessita de instrumentos que auxiliem na organização e funcionamento desta complexa engrenagem, como também de espaços para negociação, pactuação e geração de consensos, com participação da sociedade civil, que vislumbrem a melhor conduta para solução de impasses gerados na conformação dos serviços de saúde em rede (MENDES, 2011; GODÓI, 2013).

Neste processo são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, dentre outros (BRASIL, 2010a)

Em Santa Catarina a governança da RAS se faz por meio de mecanismos interinstitucionais nas macrorregiões pelas CIBs Estaduais e pela CIR (Comissões Intergestores Regionais). As CIR exercitam a governança da RAS através de diversos instrumentos de gestão que compõem o Plano Microrregional de Saúde, entre eles, a PPI da assistência, a Programação de Ações Prioritárias (PAP) da vigilância em saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da saúde (COAP) (SES/SC)

**Tabela 10** - Percentuais encontrados para a dimensão Sistemas de Governança da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

Subdimensões	Escores			
	0	1	2	3
Existe um sistema de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?	35,3	58,8	5,9	0
Existe um sistema que contemple a avaliação pelos usuários?	47,1	47,1	0	5,9
A PPI é utilizada no mecanismo de gestão da rede?	17,6	47,1	17,6	17,6

**Fonte:** elaborado pela autora

O planejamento em saúde é um instrumento que apresenta grande utilidade organizando e implementando as ações de maneira fundamentada. Segundo Mendes (2011) o planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de maneira articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão, de modo a definir responsabilidades e objetivos, como também, conferir a direcionalidade no processo de gestão. Mendes esclarece ainda que, nas RASs, o papel do controle e monitoramento é diferente daquele exercitado nas organizações burocráticas onde adquire um caráter basicamente fiscalizador. O objetivo principal desta prática nas RASs é a articulação de decisões entre os atores envolvidos de modo que estas ações adquiram um caráter sinérgico e mantenham-se em concordância com as metas construídas coletivamente no planejamento estratégico.

Ações de planejamento, monitoramento e avaliação tornam-se fundamentais, principalmente, na busca de indícios da eficiência na alocação de recursos. Os profissionais ao serem questionados sobre estas ações na RASB em seus municípios, também mostram um quadro de incipiência, configurando-se em mais um desafio a ser superado na configuração das RAS /RASB. A implementação do planejamento talvez seja um dos maiores desafios da gestão do SUS para sua consolidação como sistema único (VIEIRA,2009; GÓES,2012b).

Na medida em que o sistema de governança define metas e objetivos a serem alcançados pelas RASs, sendo a comunidade como um todo o foco destas metas, torna-se essencial e democrático sua participação neste processo de avaliação.

Para Moimaz et al (2010), sendo o **controle social** um dos princípios que regem a organização do SUS, e, por conseguinte o estímulo a **participação social**, pressupõe-se que o usuário é considerado competente para avaliar e intervir modificando o próprio sistema. Sabendo que toda a população é, possivelmente, beneficiada com projetos e ações em saúde, a busca pela opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção, deve ser considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esses serviços. Desta forma, os programas de saúde podem ser aprimorados baseados, também, no processo de avaliação do usuário, que aprovando ou não, pode direcionar as ações e políticas de saúde.

Na subdimensão relacionada à avaliação dos serviços de saúde de seu município pelos usuários, os participantes desta pesquisa apresentam-se divididos, quase que igualmente, entre os escores de inexistência e incipiência do serviço. Podemos considerar, então, que a participação social, nestes municípios encontra-se prejudicada, pelo menos sob esta modalidade, em desacordo à orientação dada pelo MS, na portaria nº 4.279/2010, a saber, "as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação", entre outros, as "pesquisas de satisfação do usuário, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional"(BRASIL,2010a).

Para Calvo (2012) as informações obtidas sobre a insatisfação ou satisfação dos usuários, e suas justificativas, constituem-se em elementos essenciais na orientação de ações que garantam a qualidade da atenção em saúde. A necessidade de, ao se analisar os serviços de saúde, avaliar a satisfação do usuário, tem a intenção de promover o aprimoramento do desempenho dos prestadores de serviço, como também relacionar o trabalho prestado à qualidade de vida das pessoas, buscando resultados mais eficientes e eficazes.

Como última subdimensão, em relação à governança da RASB nos município estudados, questionamos sobre a utilização da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI da assistência em saúde é um processo instituído no SUS onde, de forma coerente com todo o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população de cada território e efetuados pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. O objetivo geral da PPI é organizar a RAS, "dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de parâmetros e critérios pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios". São alguns de

seus objetivos específicos: equidade de acesso a todos os níveis e complexidade, orientar alocação de recursos, fornecer subsídios para o processo regulatório, definir limites financeiros e possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais destinados ao custeio das ações de assistência à saúde (BRASIL, 2006e).

A constatação resultante de nosso questionamento refere uma grande variedade na utilização desta ferramenta de planejamento entre os 17(dezessete) municípios estudados. Temos percentuais iguais para os escores de inexistência, insuficiência e operação em forma ótima da PPI no mecanismo de gestão da RASB, somente o percentual de incipiência mostrou-se maior, no entanto, consideramos que este fato não altera a característica flutuante deste resultado.

### 6.3 UNIDADE DE ANÁLISE: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo de atenção à saúde pode ser definido como um sistema que organiza de forma lógica a dinâmica as RASs, em coerência com as características singulares de cada sociedade relacionadas às condições de saúde da população, sua situação demográfica e epidemiológica, contextualizando com os determinantes sociais. A escolha do modelo de atenção da RAS é etapa fundamental, pois, esta escolha conduzirá todos os demais componentes da rede de atenção à saúde (MENDES, 2011). Complementando este conceito, Silva (2008) considera que o modelo de atenção em saúde define o que são necessidades assistenciais, como deve ser organizada a oferta, ou seja, como o processo saúde-doença é compreendido e as formas de intervenção.

Atualmente no Brasil as mudanças demográficas, com maior envelhecimento populacional e conseqüente aumento para das condições crônicas, vêm modificando as necessidades em saúde da população. O incremento de condições crônicas acontece, também, pelo aumento da sobrevida de pacientes com outras patologias (desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde), como também o aumento considerável da morbimortalidade de causas externas, e associado a estes fatores, as doenças infectocontagiosas. O Sistema Único de Saúde Brasileiro, com sua estrutura atual, tem se mostrado mais preparado para as condições clínicas agudas, uma vez que, o manejo de quadros crônicos, mais complexo, demanda o desenvolvimento de práticas de autocuidado, multidisciplinaridade na atenção e cuidados continuados, que são contemplados somente por um sistema integrado de saúde (LAVRAS, 2011b).

Corroborando com Lavras, Silva (2011a) considera que no modelo atual adotado no SUS ainda existe a predominância de oferta para condições agudas e, que no aperfeiçoamento das Redes de Atenção à Saúde, é fundamental o rompimento com este modelo biomédico e adoção de modelos eficazes para as condições crônicas, garantindo assim a continuidade da atenção em todos os níveis do sistema.

A presente pesquisa, estando direcionada à pessoa com deficiência, considera fundamental esta abordagem, uma vez que, a parcela com deficiência da população se beneficiaria consideravelmente por esta mudança de modelo assistencial em saúde. Assim, sob este enfoque, os participantes foram questionados sobre algumas ações em Saúde Bucal que podem sinalizar uma mudança na atenção adotada por seus municípios, como por exemplo, a adoção de ações direcionadas ao autocuidado, a adoção de protocolos clínicos e ações intersetoriais (Tabela 11).

**Tabela 11** - Percentuais encontrados para a dimensão Modelo de Atenção à Saúde da RASB, segundo subdimensões, nos municípios pesquisados da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2014

Subdimensões	Escore			
	0	1	2	3
Existe um protocolo clínico para o atendimento odontológico à pessoa com deficiência?	41,2	29,4	23,5	5,9
Os profissionais de odontologia utilizam estes protocolos rotineiramente?	41,2	41,2	11,8	5,9
O modelo assistencial propõe ações no autocuidado ?	11,8	29,4	35,3	23,5
O modelo assistencial à saúde bucal propõe ações utilizando recursos da comunidade (igrejas, associações, creches, asilos, escolas ou similares)?	17,6	23,5	17,6	41,2
Existe alguma ação em saúde bucal em parceria com as APAEs?	41,2	17,6	23,5	17,6

**Fonte:** elaborado pela autora

Segundo Mendes (2011) a gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão, cuja função é de disponibilizar uma atenção



à saúde de qualidade. Portanto, seriam características desta atenção: estar centrada nas pessoas, ser efetiva, estruturada com base em evidências científicas, ser segura (pacientes/profissionais), eficiente (custos ótimos), oportuna, prestada no tempo certo, equânime e ofertada de forma humanizada.

As ferramentas da gestão da clínica partem das diretrizes clínicas e se desdobram em: a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e a lista de espera (BRASIL, 2010a).

Segundo Mendes (2011) as diretrizes clínicas são recomendações, assentadas na medicina baseada em evidências (MBE), que tem o objetivo de orientar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas. Esta prática associa a capacidade clínica individual com a melhor evidência clínica externa. Existem dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia (linhas de cuidado) e os protocolos assistenciais.

As linhas-guia ou linhas de cuidado são recomendações sistematicamente desenvolvidas com a intenção de normatizar todo o processo relacionado à atenção em saúde, em todos os pontos das RASs, a respeito de uma determinada condição clínica. Já os protocolos clínicos são recomendações, igualmente sistemáticas, sobre partes desse processo e para os diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, os protocolos clínicos são documentos específicos (MENDES, 2011).

Figueiredo (2009) em sua dissertação intitulada “O uso racional de medicamentos na odontologia: conhecimento, percepções e práticas” onde entrevistou 10(dez) cirurgiões-dentistas no Distrito Federal, constatou dependência, por partes destes, de informações fornecidas pela indústria farmacêutica para o conhecimento e atualização sobre o uso racional de medicamentos. O estudo assinala, ainda, o despreparo dos profissionais neste quesito e sugere a disponibilização a eles de fontes confiáveis, científicas e independentes a esse respeito. A autora relata que, entre outros, os protocolos e diretrizes clínicas podem ser fontes seguras a serem utilizadas pelos profissionais de odontologia na prescrição medicamentosa.

Rodrigues (2011) em pesquisa qualitativa realizada com 5 (cinco) enfermeiros da ESF de Divinópolis (MG) constatou a resistência ao uso de protocolo na assistência pré-natal por parte dos profissionais de enfermagem participantes, ainda que os mesmos percebam sua importância.

Para Silva (2006) a “adoção de protocolos na prática diária, baseados em literatura e referências atualizadas continuamente, não só

propiciam ao profissional um aumento significativo ao rendimento profissional, como, legalmente o protege, caso ocorra algum acidente de trabalho” (p.62).

Ao serem questionados sobre a existência de protocolo para o atendimento odontológico à pessoa com deficiência mais de 40% dos participantes responderam não existir, e quanto à utilização dos mesmos pelos cirurgiões-dentistas os percentuais se igualaram entre os escores de inexistência e utilização incipiente dos mesmos. Os resultados sugerem que existe uma grande resistência à adoção de protocolos clínicos por parte dos profissionais, e baseado nos estudos mencionados, podemos imaginar que este fato esteja relacionado, também, às falhas na formação profissional onde a incorporação de protocolos na prática clínica não parece ser uma constante. (SILVA, 2006; FIGUEIREDO, 2009).

Estudo realizado em 10(dez) municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes (de quatro regiões distintas), Escorel et AL (2007), encontrou um percentual de 70% de municípios onde os gestores locais não demonstravam preocupação com a utilização de protocolos assistenciais. Desta forma, esta também poderia ser uma alternativa possível como elucidação para nosso resultado. Em se tratando de pessoas com deficiência que, normalmente, fazem uso de muita medicação e apresentam quadros clínicos variados e complexos, a adoção de protocolos é uma prática que deve se estimulada como forma de trazer maior segurança e qualidade à atenção em saúde prestada.

Outra ação em saúde que pode trazer maior qualidade na atenção disponibilizada as condições crônicas, tornando mais produtivas as interações entre as equipes de saúde e o paciente, é o autocuidado. O autocuidado apoiado é bastante eficiente em condições crônicas que exigem alterações comportamentais, como por exemplo, as alimentares (MENDES, 2011).

**Autocuidado** “significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida”. Nas ações de autocuidado direcionadas à população com deficiência, seguida muitas vezes de condições físicas/neurológicas/comportamentais que dificultam esta prática pelo próprio paciente, o papel do cuidador torna-se fundamental, no entanto, mesmo em condições desfavoráveis as ações de autocuidado devem ser estimuladas sempre que possível (BRASIL, 2008 f)

A ocupação de cuidador está descrita na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, onde é definido como a pessoa

que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (CBO).

Saliba et al (2007) em estudo realizado junto a dezoito cuidadores em três instituições de São Paulo, afirma que os cuidadores, quando capacitados, podem reduzir o desconforto sentido pelo idoso e até evitar que processos graves de doenças se instalem, proporcionando melhor qualidade de vida.

Como resultado de nosso questionamento a respeito desta prática nos municípios estudados, somente 2(dois) afirmam não existir esta proposta em saúde. Os maiores percentuais permaneceram entre os escores “ bom” e “ ótimo”. Entre os 17(dezessete) municípios, 15(quinze) têm o autocuidado como mais uma ferramenta com vistas à continuidade da atenção nas condições crônicas, o que demonstra, ainda que flutuante entre os escores, que esta proposta está sendo bem aceita entre os municípios participantes.

Constituem-se em outro desafio para consolidação de um modelo de saúde que contemple a integralidade na atenção, as ações de promoção em saúde bucal com enfoque na intersetorialidade.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (2006) compreende a “intersetorialidade como uma articulação entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde, assumir a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”. Esta política reforça a necessidade de ações abrangentes como forma de direcionar o conceito de saúde, não exclusivamente para a doença, e sim para atividades capazes de interferir nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2006f).

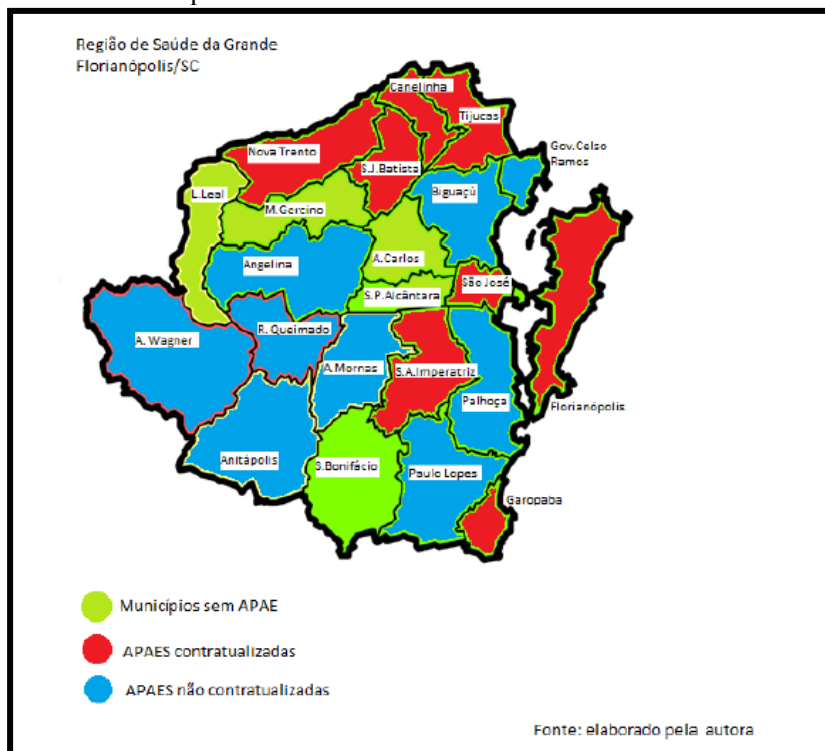
Em estudo realizado por Moretti et al (2010) com 67 equipes de saúde bucal, em Curitiba (PR), do total 65 (97%) consideraram que realizam alguma ação intersetorial de promoção de saúde em articulação com outros setores. Duas equipes (3%) responderam que não realizavam nenhuma ação intersetorial. No entanto quando as equipes descreveram estas atividades, constatou-se que somente quinze (23,1%) das equipes relataram ações com características que justificaram a qualificação da ação como intersetorial e cinquenta (76,9%) equipes relatavam ações setoriais desenvolvidas em outros espaços que não os ligados ao setor saúde. A maioria relatou, equivocadamente, ações de educação em saúde bucal, palestras educativas, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica com flúor e bochechos

fluoretados, realizadas em outros espaços que não a Unidade de Saúde, prioritariamente em escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino, como ações intersetoriais.

Os participantes de nosso estudo, quando questionados a respeito de ações que envolvessem a comunidade, demonstraram que estas atividades extramuros são, em grande parte, propostas de forma “ótima” (41,2%) e apenas três municípios relatam não realizá-la. Considerando o alto percentual referido para este escore, e como neste caso como não houve a identificação do tipo de atividade desenvolvida, possivelmente os participantes fizeram a mesma “leitura” descrita por Moretti et al (2010), ou seja, relacionaram a pergunta às mesmas atividades descritas no parágrafo anterior.

No entanto, ao direcionarmos o questionamento para uma possível parceria com as APAEs o cenário se transforma. O mesmo percentual que indicava a forma “ótima” para ações extramuros direcionada para a população em geral, quando direcionada para a pessoa com deficiência 41,2% dos municípios refere não existir tal prática, e caracterizando ainda mais a inversão, somente três municípios referem esta parceria como “ótima”. Cabe ressaltar que 88% dos municípios estudados dispõem de APAE e que a única que disponibiliza atendimento odontológico para seus alunos é a APAE de Florianópolis.

**Figura 2** - Distribuição das APAEs nos 22 municípios que compõem a Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC identificando as APAEs contratualizadas pelo SUS em 2014.



Ao que parece este cenário de desigualdade não se configura numa prática generalizada, uma vez que os Serviços de Reabilitação para DI (Deficiência Intelectual) e TEA (transtorno do Espectro do Autismo) são disponibilizados, às pessoas com deficiência, por APAEs conveniadas. Segundo dados da Gerência de Contratualização dos Serviços do SUS, da SES/SC, entre as 15 (quinze) APAEs dos municípios estudados, 8 (oito) estão contratualizadas pelo Sistema Único de Saúde/SUS (SANTA CATARINA/Gerência de contratualização dos serviços do SUS).

Outro exemplo de intersetorialidade na Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, já comentado anteriormente, é a parceria entre a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) em São José/SC

e a Secretaria de Estado da Saúde/SES/SC, onde o Serviço Saúde Visual prestado pela FCEE é referência estadual.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo buscou-se contribuir para a definição do estágio de desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal para a Pessoa com Deficiência (RASB/PD) na Região de Saúde da Grande Florianópolis. Buscamos uma visão panorâmica desta rede tendo como cenário o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência /Plano Viver sem limite (2011).

O Plano Viver sem Limite (2011) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/RCPD (2012), que estabelecem a ampliação e articulação entre os pontos de atenção, superam a constituição de serviços especializados passando para a construção de conceitos fundamentados nos direitos humanos e na inclusão social. A RCPD é prioridade do atual governo e, dada a complexidade de suas ações, é tema amplamente discutido e valorizado, desta forma, pensamos ser o momento para que a Saúde Bucal, transversal as demais redes, crie mecanismos que favoreçam sua inserção com maior participação e visibilidade.

A regionalização em saúde no SUS, apesar de não ser novidade no país, tem sua implementação inacabada, mesmo sendo consenso que a ordenação das redes assistenciais é essencial para a integralidade do cuidado, tanto vertical quanto horizontal, no Sistema de Saúde vigente. Esta dificuldade de consolidação das RAS também se revelou em nosso estudo.

Foram analisados alguns elementos constituintes das RAS como também possíveis entraves para sua constituição. No tocante a população, constatamos que a população com deficiência não é conhecida pela maioria das unidades de saúde e, como consequência, a inviabilidade do planejamento das ações em saúde bucal é praticamente certa. Pensamos que uma das formas para contornar esta situação seria a valorização da atuação dos ACS configurando a visita domiciliar numa modalidade de atenção também direcionada às pessoas com deficiência.

Quanto às referências para níveis de maior complexidade em odontologia observamos descompasso entre as pactuações firmadas e as referências utilizadas pelos profissionais para garantir a continuidade na atenção. Esta realidade torna-se mais evidente na referência para a atenção hospitalar, onde a maioria dos municípios referencia sua população com deficiência para Florianópolis, ocasionando, desta forma um verdadeiro afunilamento no fluxo da RASB/PD. Corroborando com esta realidade encontramos no imaginário, compartilhado entre a maioria dos profissionais e comunidade, de que as deficiências

introduzem complexidades adicionais e, desta forma, este paciente deve ser tratado somente em ambiente hospitalar, uma possível explicação para o desestímulo a que a assistência odontológica seja realizada, também, na atenção básica e média complexidade.

O cenário encontrado para a reabilitação com parcerias e contratualizações firmadas, através da SES/SC, com a Fundação Catarinense de Educação Especial e as APAEs de vários municípios, bem como a implantação do primeiro Centro de Reabilitação/CER tipo II em Florianópolis acenam com otimismo para um futuro próximo.

Constatou-se que a inobservância de registros no SIA / SUS através do BPA-I dificulta, ou inviabiliza, qualquer monitoramento relacionado à atenção à saúde bucal realizada junto à população com deficiência. Podemos citar como consequência deste fato a impossibilidade de analisarmos se as práticas odontológicas atuais, relacionadas para este público, permanecem mutiladoras ou evoluíram, como esperado, para níveis mais conservadores e equânimes ao restante da população. Neste sentido pensamos que as capacitações desempenhem papel importante como forma de aprimoramento, motivação e também, responsabilização junto à atenção oferecida.

A governança nos municípios estudados mostrou-se um grande desafio. Lembrando que a construção do cuidado se faz nas relações e nas conversações entre os sujeitos envolvidos e considerando que uma das reivindicações das pessoas com deficiência é resumido na frase “Nada de nós sem nós”, ressaltamos a importância da participação das pessoas com deficiência, assim como dos demais atores, em todos os níveis do processo da atenção em saúde.

Igualmente desafiador é o modelo de atenção onde é clara a resistência às mudanças necessárias para a um modelo direcionado, também, às condições crônicas. Importante destacar que a implementação das linhas de cuidado são indispensáveis para a qualificação do cuidado na medida em que organizam a atenção das enfermidades crônicas e orientam o usuário sobre os caminhos a percorrer na rede, além de indicar quais condutas a serem adotadas para terem suas demandas atendidas adequadamente. Especialmente para as pessoas com deficiência, onde a diversidade de demandas faz com que o usuário se disperse na rede de forma dispendiosa e pouco resolutive, a adoção das linhas de cuidado poderiam trazer maior eficácia e eficiência à atenção em saúde.

Dentre as constatações de nossa pesquisa podemos caracterizar como sério entrave, a constituição da RASB/PD, a falta de comunicação entre seus elementos, onde as redes temáticas parecem atuar



fragmentadamente. Levando-se em conta que a segmentaridade pertence a todos os extratos que nos compõe e que ela esta presente constantemente na rotina humana, a dificuldade de enredamento com a constante construção e desconstrução de conexões, podemos apontar esta característica humana como uma das razões para tal dificuldade. Lembramos que outro fator que pode ter colaborado para a segmentação do cuidado à população com deficiência, foram publicações, desde 1991, de inúmeras normativas recortadas por tipo de deficiência ocasionando, desta forma, o empobrecimento do conceito do cuidado integral. Como percebemos os fatores envolvidos na fragmentação são diversos e a busca por explicações e soluções podem ser objetos de pesquisas futuras.

Numa avaliação panorâmica da RASB/PD na Região de Saúde da Grande Florianópolis constatamos que esta se encontra em processo de implantação. Em nosso entendimento, as características faltantes seriam o entrelaçamento dos elementos da rede de forma a não fragmentar a atenção, o fortalecimento das ações de monitoramento, o estímulo a participação da população com deficiência em todo o processo da atenção e a motivação de todos os atores envolvidos, profissionais e gestores, para seu fortalecimento.

O cuidado à pessoa com deficiência não impõe nada de intransponível e ao pensarmos na dívida histórica que a Atenção em Saúde tem para com esta população em todo o Brasil, constatamos que os serviços de saúde, em especial na Saúde Bucal, têm evoluído bastante, mas ainda se encontram muito longe do ideal como demonstrado neste estudo.



## REFERÊNCIAS

1. AGUILERA, S.L.V.U. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro 47(4):1021-39, jul./ago. 2013.
2. ALMEIDA, P.F. **Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul. Atenção Primária no Brasil**. Instituto Suramericano de Gobierno em Salud. UNASUR. Rio de Janeiro. Jun, 2014.
3. AMARAL, Nilcéia Noli do. et al. **Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): Sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual:** Rev. Neurociências 9(3): 111 – 117, 2001.
4. ANGELO, T.C.S; BEVILACQUA, M.C. MORET, A.L.M. Percepção da fala em deficientes auditivos pré-linguais usuários de implante coclear Pró-Fono R. Atual. Cient. v.22 n.3 Barueri July/Sept. 2010.
5. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.**RDC/ANVISA Nº11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2006
6. APAEBRASIL. Federação Nacional das Apaes. **Rede APAE e sua história**. Disponível em: <<http://www.apaebrasil.org.br/artigo.phtml?a=2>>. Acesso em: 24 nov. 2013.
7. AQUINO, D.I; PREVÈ, A.D; SABINO,M.M.F.L.. Complexo Regulador de Florianópolis: gestão do acesso da atenção especializada do Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis. **Coleção Gestão da Saúde Pública**. v.1.2013.
8. ARAUJO, L. A. D. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: **Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**, 2011.
9. AROUCA, S. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Fundação Osvaldo Cruz. **Oitava Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista.html>>. Acesso em: 24 de Nov.2013.

10. BARROS, G.B. et al. Saúde Bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Ver. Saúde.com**;2(2):135-142. Bahia, 2006.
11. BRASIL. **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.
12. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.853**, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, Institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília, DF, 1989.
13. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.
14. BRASIL. Presidência da República. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.
15. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 3.298** de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999a
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional dos Medicamentos**. Brasília, DF. 1999b.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.444**, de 28 de dezembro de 2000 de 29/12/00 estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000 a.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF, 2000b.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060/GM**, 05 de julho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da pessoa portadora de deficiência. Brasília, DF, 2002.
20. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599/GM**, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, DF, 2006<sup>a</sup>.
23. BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 600/GM**, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO ) Brasília, 2006b.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº **399/GM de 22** de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006c.
25. BRASIL, Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da atenção básica/Saúde Bucal –nº17**. Brasília, DF, 2006d.
26. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação Pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, DF, 2006e.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da saúde**. Brasília, DF. 2006f.
28. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta complexidade no SUS**. Coleção Progestores – Para entender a Gestão do SUS, v.9. Brasília, DF, 2007.
29. BRASIL. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada** / Coordenação de Ana Paula Crosara de Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008a.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/GM**, de 24 de janeiro de 2008. Institui o Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) Brasília, DF, 2008 b.
31. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.128**, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Brasília, DF, 2008c.
32. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559** de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF. 2008d.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Regulador/Autorizador SISREGIII**. Brasília, 2008e.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF, 2008f.
35. BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto n. 6.949**, de 25 de agosto de 2009, promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque em 30 de março de 2007. Brasília, DF, 2009a.
36. BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-SEGEP. Centro de Educação e Assessoramento Popular /CEAP. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** CEAP. Passo Fundo/RS: IFIBE, 2009b.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

38. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010a.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.032**, de 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília, 2010b.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2898/ GM** de 21 de Setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Publicado no DOU de 23/09/2010, seção 1, p. 54. Brasília, DF, 2010c.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite**. Brasília, 2011a.
42. BRASIL. **Decreto 7.508** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro 1990. Brasília, DF, 2011b.
43. BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011c.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011d.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793/GM, 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012a.
46. BRASIL, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde –RENASES 1ª VERSÃO . Brasília, 2012b. Disponível em:

- <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renases2012.pdf>  
> acesso em: 13 de jan 2015.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 835**, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012c.
  48. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.341/GM**, 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, DF, 2012d.
  49. BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria nº261** de 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da política nacional de saúde bucal, o programa de melhoria do acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Brasília, DF, 2013a.
  50. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar** /. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
  51. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.303/2013** que estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília, DF. 2013d.
  52. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a **Atenção Domiciliar** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013c.
  53. BRASIL. MDS. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 11 de out.2014
  54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília, DF, 2014.
  55. BRASIL. SNPD. Secretaria Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de



Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br>>. Acesso em: 12 de out.2014.

56. BULGARELI, J. V et al .Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev. odontol. UNESP** v.42 n.4 Araraquara July/Aug. 2013
57. CALDASJR, A;MACHIAVELLI,J.L.**Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: Introdução ao estudo**. Recife: Ed.Universitária,2013.
58. CALVO, M.C.M. et al. Avaliação da Atenção Primária em saúde Bucal. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo:Arte Médicas,p.181-193,2012.
59. CARVALHO, E.M.C.; ARAÚJO, R.P.C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesq. Bras.Odontoped. Clin Integrada**. V.4,n.1,p.65-75. João Pessoa (Paraíba) ,2004.
60. CASTRO, S.S. et al .Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p.99-105. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.
61. CBO. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em:<<http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorCodigo.jsf>>.Acesso em: 18 de nov.2014.
62. CEPON. Centro de Pesquisas Oncológicas. Disponível em <<http://www.cepon.org.br/>>. Acesso em: 13 jan 2015.
63. CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.821/07**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. 2007.
64. CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cartilha sobre Prontuário Eletrônico - A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde**. 2012.
65. CONILL, M.E. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa

- Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002.
66. DAB/MS. Departamento de atenção básica/Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em: 16 nov.2014.
67. Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964.(Publicación Científica, nº 93). Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1133/42178.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 de out 2014.
68. DEFICIÊNCIA, Viver sem Limite, Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). SDH-PR/SNPd, 2014.
69. DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense. Coleção Primeiros Passos, 324.2012
70. ESCOREL, et al. Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.**Revista Panam de Salud Publica**.2007
71. FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2005. São Paulo (SP). 2005; 8(2): 187-93
72. FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. **Um Pouco da História do Movimento das APAEs**. Disponível em: <<http://www.apaebrasil.org.br/arquivo.phtml?a=10393>>. Acesso em: 25 agosto de 2014.
73. FREIRE, A.I.S.S. **Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local**(tese).Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.
74. FEUERWERKER LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**. 2008; 24(3):180–8.
75. FIGUEIREDO, R. R. **Uso racional de medicamentos na odontologia: conhecimentos, percepções e práticas**.

- Dissertação. Salvador/BA: Instituto de Saúde Coletiva /Universidade Federal da Bahia. 2009.
76. GODOI, H. **Caracterização da organização da Rede de Atenção à saúde bucal em municípios catarinenses com mais de 100 mil habitantes**.2013. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
  77. GÓES, P.S.A. et al.Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup:S81-S89, 2012b.
  78. GOES, P.S.A. ;MOYSÉS, S.J. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal. In: **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Arte Médicas, p.55-69,2012a.
  79. GONÇALVES, A. O conceito de governança. XIV Encontro do CONPEDI/Conselho nacional de pesquisa e Pós-Graduação Fortaleza/CE.2005.
  80. GONÇALVES, J.P.P et al.Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013.
  81. GUGEL, M.A. **Pessoas com Deficiência e o Direito ao Trabalho**. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007.
  82. HEMOSC. Centro de Hemoterapia e Hematologia de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.hemosc.org.br/index.php>>. Acesso em : 1º jan 2015.
  83. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em:< <http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em : 26 Nov.2013.
  84. IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 3 jul.2014.
  85. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=438>>. Acesso em: 26 Nov.2013

86. INMETRO. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia- Divisão de Fiscalização e Verificação da Conformidade – Divec Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br/fiscalizacao/treinamento/adaptacao-acessibilidade.pdf>>. Acesso em: 12 jan 2015.Brasília/DF. 2010.
87. KUSCHNIR, R; CHORNY, H.A. Redes de atenção: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(5):2307-2316.2010
88. LACERDA, M.R. et al.Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.**Saúde e Sociedade** . vol.15 no.2 São Paulo May/Aug. 2006.
89. LANNA JR, M.C. História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.
90. LAVRAS, C.C.C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.**Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2011b.
91. LAVRAS, C.C.C. Descentralização, regionalização e construção de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo:Hucitec Editora, p.317-351,2011a.
92. LIMA,L.D.et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionadores da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(7):1903-1914,2012.
93. LUPPI, G.C. et al.Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica.In:IBAÑEZ,N. et al.**Política e Gestão Pública em Saúde**.São Paulo: Hutec Editora: Cealag, p.332-353. 2011.
94. MAIOR, I. M. M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. São Paulo: CEBRAP, 1997. P. 31-7.
95. MARTINS, P.L. In: A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada /Coordenação de Ana Paula Crosara Resende e Flavia Maria de Paiva Vital - Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

96. MEDLINEPLUS. Disponível em: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003044.htm>>. Acesso em: 9 jan 2015.
97. MELLO, A.L.S.F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(1):205-214, 2014.
98. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
99. MENDES, V.L.F. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: construindo a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**– Cap.2. p.37-68. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
100. MENDES, V.L.F. Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Revista Divulgação em Saúde para Debate. n. 52. p.147-150. Rio de Janeiro, outubro 2014b.
101. MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14. Rio de Janeiro. 2009.
102. MOIMAZ, S.A.S. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v.20 n.4 Rio de Janeiro Dec. 2010.
103. MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR) .**Ciência saúde coletiva** v.15 supl.1 Rio de Janeiro Jun. 2010.
104. MORETTO, J.M.; AGUIAR, S.M.A; REZENDE, M.C.A. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. **Arch Health Invest** 3(3): 58-64. 2014.
105. MOURA, B.L.A. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 10 (Supl. 1): S69-S81 nov, Recife, 2010.

106. OLIVEIRA, A.L.M.;GIRO,E.M.A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **ODONTO**; 19(38): 45-51.São Paulo,2011.
107. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Governo de São Paulo. 2011.
108. OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa. 2004. Disponível em: <[http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2014.
109. ONU. Organização das Nações Unidas. Disponível em <<http://www.onu.org.br/conheca-a-onu/paises-membros>>.Acesso em :05 ago. 2014.
110. OPAS/OMS. Organização Pan- Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. **A atenção em saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. NavegadorSus. Série técnica para gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, nº2.Brasília,DF,2011 .
111. OTHERO M.B; DALMASO A.S.W .Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface** (Botucatu) v.13 n.28 Botucatu Jan./Mar. São Paulo, 2009.
112. PEREIRA, R. Diversidade Funcional: a diferença e o histórico modelo do homem-padrão. **História, Ciências, Saúde– Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.715-728.
113. PMF/SC. Prefeitura Municipal de Florianópolis/Santa Catarina. Pré-Protocolo de Atenção Domiciliar. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. Equipe Coordenadora: Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849ddd21f0e.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849ddd21f0e.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2014.
114. PMSP. Prefeitura de São Paulo. **Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa Com Deficiência**. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção

- Básica. Área técnica de saúde da pessoa com deficiência. 2012.
115. PUCCA, G.; HILAN, E. Financiamento das ações de saúde bucal- limites e possibilidades. In: **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Arte Médicas,p 214-222,2012.
  116. RESENDE, V.L.S et al. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais.In: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, 2004.
  117. RESENDE, V.L.S et al. Fatores de Risco para a Cárie de Dentes Decíduos de Portadores de Necessidades Especiais.**Pesq. Bras.Odontoped. Clin Integrada**. v.7, n.2,p.111-117.João Pessoa(Paraíba) ,2007.
  118. ROCHA, J. J. R . Estomas intestinais (ileostomias Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses e colostomias) e anastomoses intestinais. Medicina (Ribeirão Preto) 2011; 44(1): 51-6.
  119. RODRIGUES, M.R.; NASCIMENTO, R.G; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações,facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.São Paulo,USP, **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(5):1041-1047
  120. RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade,equidade e integralidade em saúde bucal coletiva** [tese].Araçatuba:Universidade Estadual Paulista.Faculdade de Odontologia:2000.238p.
  121. SALIBA, N.A. et al. Perfil dos cuidadores de idosos e Percepção sobre saúde bucal.Interface - **Comunic.Saúde, Educação**. v.11, n.21, p.39-50,jan/abr 2007.
  122. SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº. 40/CIB/2013**, de 21 de fevereiro de 2013. Aprova o Plano de Organização das Centrais de Regulação para o Estado de Santa Catarina. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=874&Itemid=128&limitstart=200](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=874&Itemid=128&limitstart=200)>. Acesso em: 07 set. 2014.
  123. SANTA CATARINA. Lei nº 13.633 de 20 de dezembro de 2005 instituiu o Fundosocial. SC, 2005. Disponível em:

- <<http://www.apaesantacatarina.org.br/artigo.phtml?a=9386>>. Acesso em: 21 ago.2014.
124. SANTA CATARINA. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Plano diretor de regionalização: PDR 2012. Florianópolis: IOESC, 2012.  
SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial/FCEE. Diretrizes do Serviço de Reabilitação Visual e Adaptação de Prótese Ocular da Fundação Catarinense de Educação Especial. São José/SC, 2009.
  125. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Contratualização dos Serviços do SUS. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação
  126. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 200**, de 22 de Abril de 2010. Habilita o Estabelecimento de Saúde Prestador de Serviço do SUS (FCEE) a seguir discriminado, para realizar os procedimentos previstos na Portaria GM/MS nº 3128, de 24 de dezembro de 2008. Florianópolis/SC, 2010.
  127. SANTA CATARINA. SES. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Florianópolis, 2011
  128. SASSAKI, R.K Como chamar as pessoas que têm deficiência?São Paulo, 2005.Disponível em:<<http://www.educacao.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-educar/educacao-especial-sala-maria-tereza-mantoan/ARTIGOS/Como-chamar-a-pessoa-que-tem-deficiencia.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.
  129. SASSAKI, R.K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação**. São Paulo, ano 5, n. 24, jan./fev. 2002, p. 6-9.
  130. SAVASSI, I.C.M. ; DIAS, M.F. Visita Domiciliar. Disponível em:<<http://www.smmfc.org.br/gesf2006/visitamarcoteorico.pdf>>. Acesso em: 18 nov.2014.
  131. SAVASSI, I.C.M. ; DIAS, R.B .Planejamento de ações na Equipe. GESF – Grupo de Estudos em Saúde da Família. Disponível em:<<http://www.smmfc.org.br/gesf2007/gesfplanejamentodeacoes.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2014.
  132. SCHWARTZMAN, J.S. Autismo e outros transtornos do espectro autista. Disponível em:



- <<http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/autismo-e-outros-transtornos-do-espectro-autista>>. 2010. Acesso em: 12 nov. 2014.
133. SDH. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; / **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.
  134. SES/SC. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Disponível em:<[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=28](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28)>. Acesso em: 12 nov. 2014.
  135. SES/SC. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Política estadual de atenção à saúde para Santa Catarina. Florianópolis/SC. Dez, 2010.
  136. SES/SC. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência Dos Complexos Reguladores Tratamento Fora do Domicílio – TFD. Florianópolis, SC. 2013.
  137. SES/SC. Secretaria de Estado da Saúde/Santa Catarina. **Plano Diretor de Regionalização**. Florianópolis: Gráfica do Estado/IOESC, 2012.
  138. SES/SP. Secretaria de Estado de Saúde /SP.A organização das ações de saúde bucal na atenção básica. Uma proposta para o SUS de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Centro Técnico da Saúde Bucal. São Paulo/SP, 2001.
  139. SILVA, E.L. **Avaliação do nível de conhecimento do uso de protocolos de urgência e/ou emergência médica na clínica odontológica**. Belém: Centro de Ciências da saúde. Universidade Federal do Pará. 2006. Dissertação.
  140. SILVA, S. F. et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011b.
  141. SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único

- de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2753-2762, 2011a.
142. SILVA, S. F. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços em saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS,2008.
143. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):39-44, 2009.
144. STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
145. SUS. História. Disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>>. Acesso em: 24 Nov.2013.
146. TABNET/DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e03b.def>>. Acesso em: 13 jan. 2015.
147. **THE ARC**. The National Association for Retarded Citizens.EUA. Disponível em: <<http://www.thearc.org/who-we-are/history/segal-account>>. Acesso em: 07 set. de 2014.
148. TORRIANI, D.D.; GONÇALVES, M.R; VIEIRA,J.B.Comparação entre os exames radiográficos convencional e digitalizado em relação ao plano de tratamento de superfícies oclusais. **Pesqui Odontol Bras** v. 14, n. 3, p. 256-261, jul./set. 2000.
149. VARELLIS, M.L.Z. **O paciente com necessidades especiais em odontologia-manual prático**. Livraria Santos Editora Ltda. São Paulo,2005.
150. VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1565-1577, 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS



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

Questionário de Diagnóstico do Estágio Atual de  
 Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal para  
 Pessoas com Deficiência (RASB/PD)

#### **Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

- 1) Você é do sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- 2) Tempo de formado em odontologia: \_\_\_\_\_ anos
- 3) Escolaridade: Possui pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não
- 4) Há quanto tempo é coordenador municipal de saúde bucal?
- 5) Vínculo empregatício: ( ) Concursado ( ) Contratado

Orientações para responder o questionário

- a) Ler com atenção as questões
- b) Para cada questão responda com um valor de 0 a 3, sendo:
  - 0 – não existência do que está sendo perguntado
  - 1 – funcionamento básico ou incipiente
  - 2 – funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente
  - 3 – existência em operação de forma ótima
- c) Esclarecendo: Rede de atenção em Saúde Bucal = RASB

Questões avaliativas do estágio de desenvolvimento da Rede de saúde Bucal para Pessoas com Deficiência no seu município:

<b>População</b>	Escore 0 a 3
Há uma população claramente definida sob sua responsabilidade da RASB?	
Há uma clara definição das necessidades de saúde bucal desta população?	
A estrutura operacional da RASB é formatada em função destas necessidades?	
Há uma população de pessoas com deficiência devidamente cadastrada na unidade básica de saúde?	
Existe algum levantamento sobre as demandas em saúde bucal da população com deficiência ?	
Toda população de responsabilidade da RASB está cadastrada por unidade familiar na atenção básica?	

<b>Atenção primária à saúde</b>	Escore 0 a 3
As unidades básicas de saúde possuem infraestrutura adequada ao seu funcionamento?	
Existe acessibilidade ( rampas ,corrimões , largura de portas adequadas à passagem de cadeira de rodas ou macas) na unidade de saúde?	
Existe uma clara definição dos procedimentos a serem realizados à pessoa com deficiência?	
É realizado tratamento domiciliar quando necessário?	
A atenção básica presta atendimento à pessoa com deficiência em caso de urgência odontológica?	
O atendimento na atenção primária é essencial para acesso a outros níveis de atenção (CEO, Atenção Hospitalar)?	
Existe atenção multiprofissional à pessoa com deficiência na atenção básica?	

<b>Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários</b>	Escore 0 a 3
Há referências ambulatoriais especializadas de nível secundário para pessoa com deficiência?	
Há referência para atendimento odontológico hospitalar (sedação/anestesia geral) para pessoa com deficiência?	

<b>Os Sistemas de Apoio</b>	Escore 0 a 3
Existe sistema de apoio para realização de exames	

radiológicos?	
Existe sistema de apoio para realização de exames radiológicos em odontologia para pessoa com deficiência?	
O sistema de assistência farmacêutica disponibiliza os medicamentos de uso em odontologia quando necessários?	
Os procedimentos são inseridos regularmente no SIA/SUS e SIAB	

<b>Os Sistemas Logísticos</b>	Escore 0 a 3
Há disponibilidade de transporte em veículo adequado para o transporte de pessoas com deficiência (se a condição clínica exigir)?	
Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados?	
Existe prontuário eletrônico disponibilizado?	

<b>O Sistema de Governança da Rede</b>	Escore 0 a 3
Existe um sistema de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?	
Existe um sistema que contemple a avaliação pelos usuários?	
A PPI é utilizada no mecanismo de gestão da rede?	

<b>O Modelo de Atenção à Saúde</b>	Escore 0 a 3
Existe um protocolo clínico para o de atendimento odontológico à pessoa com deficiência?	
Os profissionais de odontologia utilizam estes protocolos rotineiramente?	
O modelo assistencial propõe ações no autocuidado?	
O modelo assistencial à saúde bucal propõe ações utilizando recursos da comunidade (igrejas, associações, creches, asilos, escolas ou similares)?	
Existe alguma ação em saúde bucal em parceria com as APAEs?	

Fonte: Adaptado de instrumento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)



## **APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

Estamos convidando o Sr (a) a participar de uma pesquisa, cujo título é: *“Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência em Florianópolis (SC) em 2013”*, que será conduzido por Eliana Edi de Bastos, RG 891.468 e CPF 563.802.679-72, estudante do curso de Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação do professor Dr. João Carlos Caetano, desta mesma instituição.

Esta pesquisa está pautada na Resolução 466/2012 de acordo com o CNS (Conselho Nacional de Saúde), e tem como objetivo principal descrever e caracterizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoa com Deficiência (RASB/PD) em Florianópolis/SC (18ª Região de Saúde) no ano de 2013. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC sob o numero 745.463.

Cabe ressaltar que a Secretaria de Estado da Saúde, através da Coordenadoria Estadual de Saúde Bucal, apóia esta pesquisa, na expectativa de que ela traga elementos que possam contribuir na organização, planejamento e consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência na 18ª Região de Saúde de Santa Catarina.

Esclarecemos que sua participação é voluntária. No caso de desconforto o Sr (a) poderá desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga prejuízo de nenhuma natureza. A sua participação será privativa e particular e seu nome não será divulgado em momento algum. O Sr(a) não terá nenhum custo, e nem receberá quaisquer compensações financeiras, por conta de sua participação nesta pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados serão utilizados na escrita de dissertação, desenvolvida pela orientanda Eliana Edi de Bastos, bem como divulgados em eventos e/ou

revistas científicas. Estas informações ficarão guardadas com a pesquisadora, por um período máximo de cinco anos, de acordo com o que preceitua a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Informamos que o Sr (a) poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC (CEPSH) por e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo fone 48. 3721-9206.

Sua colaboração consistirá em responder ao questionário a seguir. Estamos à disposição para eventuais esclarecimentos através de e-mail ou telefone descritos abaixo, sempre que surgirem dúvidas, a respeito de sua participação nesta pesquisa. Da mesma maneira faremos contato com o Sr (a) em caso de dúvidas em suas respostas.

Agradecemos antecipadamente,

---

Prof. João Carlos Caetano  
Orientador

---

Eliana Edi de Bastos  
Mestranda

caetano@saude.sc.gov.br  
(48) 9119-2844

elianabastos47@gmail.com  
(48) 9969-9001

Declaro estar ciente do teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou constrangimento. Estou ciente também, que minha assinatura dará autorização aos pesquisadores responsáveis pelo estudo de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos.

---

(Participante)

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

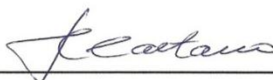


## ANEXOS

**ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL/SES/SC****Secretaria Estadual de Saúde/ SC****Coordenação de Saúde Bucal****DECLARAÇÃO**

Com o propósito de atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em pesquisas com Seres Humanos e como representante legal da Instituição, declaro para os devidos fins e efeitos legais que, estou ciente e de acordo com a pesquisa “Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência em Florianópolis (SC) em 2013” e que cumprirei com os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Esta instituição apresenta condições para o desenvolvimento desta pesquisa e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 18 de março de 2014.



João Carlos Caetano

Coordenador da Divisão de Saúde Bucal /SES



**ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFSC**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM FLORIANÓPOLIS (SC) EM 2013

**Pesquisador:** JOAO CARLOS CAETANO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 32996014.3.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 745.463

**Data da Relatoria:** 11/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

O projeto intitulado "REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM FLORIANÓPOLIS (SC) EM 2013", tem como ideia principal conhecer o estágio atual em que se encontra a rede de atendimento odontológico à pessoa com deficiência em vários municípios. Buscar conhecer as barreiras para efetivação desta rede e conhecer os pontos de atenção. Para tanto será aplicado questionário aos coordenadores de saúde bucal ou coordenadores dos centros de especialidades odontológicas destes municípios com perguntas relativas ao serviço, ao sistema de referência e contra referência que o município adota para o tratamento odontológico da pessoa com deficiência e a estrutura já existente. Como complemento da informação será buscado junto ao Sistema de Informação (SIA/SUS) e Sistema de Regulação (SISEG) os registros de atendimento no ano de 2013 nos municípios em questão.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Descrever e caracterizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal para Pessoa com Deficiência (RASB/PD) da Grande Florianópolis/SC (18ª Região de Saúde) em 2013.

**Objetivo Secundário:**

Nos municípios da 18ª Região de Saúde de Santa Catarina: Localizar, listar e caracterizar os

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 745.463

pontos de atenção odontológica disponibilizados pelo SUS às pessoas com deficiência nos três níveis de atenção.

Enumerar os profissionais que realizam estes atendimentos

Identificar a presença, ou não, dos elementos que constituem as Redes de Atenção em Saúde Bucal nestes municípios.

Pesquisar a presença ou não de entraves para a viabilização da RASB/PD

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Ainda que toda pesquisa com seres humanos envolva risco, acredito que a metodologia deste estudo minimize este fato.

Benefícios:

Com o detalhamento desta rede de atenção odontológica pretende-se colaborar com a estruturação/melhoramento da rede de atenção odontológica à pessoa com deficiência da grande Florianópolis (SC)

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta clareza, objetividade, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará aos pesquisadores informações apontando o que está adequado e eficiente, bem como evidenciará o que não está satisfatório podendo-se traçar procedimentos que venham minimizar as deficiências da Rede de Atenção em Saúde Bucal na grande Florianópolis.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão de acordo com as solicitações do CEP SH.

#### **Recomendações:**

Não se aplica.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foi constatada as alterações no TCLE não havendo inadequações ou impedimentos a realização da pesquisa.

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 745.463

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 11 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br