



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

Renata Marques da Silva

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o cuidado em saúde bucal

Florianópolis
2024

Renata Marques da Silva

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o cuidado em saúde bucal

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Daniela Lemos Carcereri, Dr.^a

Florianópolis

2024

Silva, Renata Marques da
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o cuidado
em saúde bucal / Renata Marques da Silva ; orientadora,
Daniela Lemos Carcereri, 2024.
227 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. pessoa com deficiência. 3. saúde
bucal. 4. serviços de saúde bucal. 5. ensino odontológico.
I. Carcereri, Daniela Lemos. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.
III. Título.

Renata Marques da Silva

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o cuidado em saúde bucal

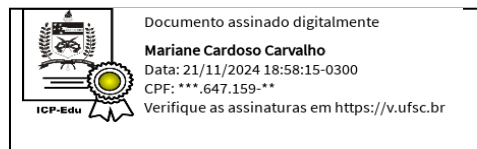
O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 29 de agosto de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Paulo Frazão São Pedro, Dr.
Universidade Federal de São Paulo - USP

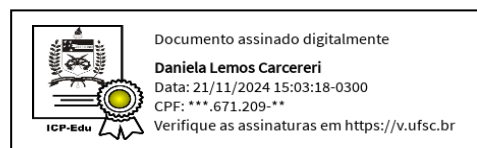
Prof.^a Aylene Emilia Moraes Bousquat, Dr.^a
Universidade Federal de São Paulo - USP

Prof.^a Renata Goulart Castro, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Odontologia.



Prof.^a Mariane Cardoso Carvalho, Dr.^a
Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof.^a Daniela Lemos Carcereri, Dr.^a
Orientadora

Florianópolis, 2024.

Dedico esta Tese aos meus pais, sem a luta e o incentivo constante deles, nada disso seria impossível. Essa conquista é nossa.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar meus agradecimentos com música, um amor antigo, que me ajuda a encontrar na arte os sentidos para o que toca meu coração. Como expressa o cantor Lenine em sua música "Castanho": "O que eu sou, eu sou em par. Não cheguei sozinha!". Pessoalmente, conciliar uma carga intensa de trabalho como cirurgiã-dentista do SUS, o apoio limitado das gestões municipais pelas quais passei com relação à pós-graduação, com todo o esforço e dedicação que o doutorado requer, foi um desafio tanto físico quanto mental. E ainda teve pandemia.

Alguém pode pensar, que jeito estranho de começar a agradecer. Eu não faço essa narrativa com pesar, mas para registrar a intensidade da luta e que não seria possível vencê-la sozinha. Rubem Alves avisou que "ostra feliz, não faz pérola". Foi assim comigo, então o que escrevo é uma tentativa, com todo meu carinho, de expressar minha profunda gratidão a todos que estiveram ao meu lado.

Começando pela Profa. Daniela, que foi uma orientadora amorosa, inspiradora e compreensiva. Juntas desde a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, uma década acompanhando os meus melhores momentos e aqueles de maior fragilidade, sem soltar a minha mão. Sempre vai ter meu respeito e admiração profunda. Agradeço porque sempre fui ouvida, acolhida e encorajada. Aprendi com teu exemplo de pessoa solidária, afetiva e ética. Todas as bonitezas e lembranças dessa jornada têm um pouco do teu sorriso, do teu abraço em todos os encontros e do som da tua voz. Obrigada por acreditar em mim, mesmo nos momentos em que eu mesma não acreditava.

Aos professores membros da banca, titulares e suplentes. Obrigada por investirem seu tempo e conhecimento na análise cuidadosa e qualificação desta tese.

Agradeço à Profa. Aylene Bousquat e a todos os professores e colegas do macroprojeto de pesquisa "Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais" pela oportunidade ímpar de participar dessa pesquisa. Agradeço ao Prof. Paulo Frazão, por compartilhar seus conhecimentos de forma tão generosa nos encontros remotos. Aprendi muito com cada orientação. Agradeço à Profa. Renata Castro, que também acompanha minha

trajetória acadêmica desde a Residência. Obrigada pelo incentivo, por compartilhar conhecimentos e por ter sido, inclusive, casa.

À Profa. Ana Lúcia e Profa. Manoela, pelos conhecimentos e momentos compartilhados. Ao Prof. Mário por trazer um olhar cuidadoso e qualificado desde o mestrado.

Ao Projeto de Extensão Promoção da Saúde Bucal no Colégio de Aplicação da UFSC. O convívio com alunos de graduação no âmbito do Projeto são lembranças que vou levar com muito carinho. Tenho orgulho de ter investido em graduandos que hoje são excelentes dentistas, residentes, mestrandos e doutorandos.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, pela oportunidade de formação acadêmica de excelência. À entidade financiadora Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Pró-reitoria de Pós-graduação da UFSC, pelo importante financiamento de parte dos meus estudos.

Aos meus amigos dessa jornada, que eu admiro e amo tanto, obrigada pela torcida, por estarem comigo em todos os momentos. Em especial à Ana Carol, que há muito tempo é mais que amiga, virou minha família. Obrigada por ser essa parceira incansável, por ter me dado um afilhado lindo, que a gente continue uma na vida da outra sempre. À Charo e ao Igor, que me deixaram saudades. Ao Vinícius, por ser um companheiro no doutorado e no serviço, um presente dessa reta final.

Ao meu noivo, Alan. Tão novo e tão bonito poder te chamar assim. Duas alemanhas nos atravessaram, mas não foram suficientes para diminuir o sentimento. Nesse momento de cansaços e tensões, estar contigo me lembra que vai ficar tudo bem. Obrigada pelo apoio, compreensão e, acima de tudo, amor. Estou ansiosa por essa nossa nova fase.

À minha família, meu refúgio. Mesmo sem entender o que significa um doutorado, vocês não mediram esforços para me apoiar e motivar. Obrigada por cada oração, pelo colo de mãe quando mais precisei. Honro cada um de vocês. Essa conquista também é para vocês!

E finalmente, agradeço a Deus, pela transformação ao longo de todo esse caminho e por ter chegado até aqui. Que seja um recomeço!

Quem cruzou aquela ponte
Não vai se esquecer
O que eu sou
Eu sou em par
Não cheguei
Não cheguei sozinho
(Lenine, música “Castanho”)

RESUMO

A relevância das necessidades de saúde da pessoa com deficiência (PcD) tem crescido expressivamente nos domínios político e social. Esta tese tem por objetivo compreender o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e sua interface com o cuidado em saúde bucal, identificando lacunas e possibilidades para a formação de cirurgiões-dentistas. Para isso estabeleceu dois objetivos específicos: (1) Analisar as dimensões política, organizacional e estrutural na implementação da RCPD na perspectiva da gestão em saúde bucal na região de saúde da Grande Florianópolis (RSGF); (2) Identificar o estado da arte e estratégias pedagógicas para a formação do cirurgião-dentista consoante com a estruturação do cuidado à saúde bucal na RCPD. Foram utilizadas abordagens metodológicas distintas para cada um dos objetivos: (1) foi conduzido um estudo de caso qualitativo, com análise documental das atas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de Santa Catarina de 2011 e 2019 e entrevistas com quatro gestores de saúde bucal da RSGF, realizadas entre 2020 e 2021; (2) uma revisão de escopo foi conduzida para proceder a análise da literatura nacional e internacional e uma experiência extensionista foi sistematizada e discutida teoricamente. Os estudos estão fundamentados em referencial teórico-político que conceitua e discute as redes de atenção à saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a RCPD e a política nacional de saúde bucal e a organização da rede de atenção à saúde bucal (RASB). Os resultados foram organizados na forma de três artigos científicos e uma proposta de educação permanente para o Sistema Único de Saúde sobre o cuidado à saúde bucal na RCPD. O estudo de caso demonstrou a falta de uma agenda política clara para a RASB como rede regionalizada no estado, com baixa frequência de discussões nos espaços colegiados de CIB pelos gestores de saúde bucal, refletindo em disparidades na estrutura e organização dos serviços entre municípios. Enquanto o município de grande porte apresentou capacidade de coordenação e oferta de serviços no centro de especialidades odontológicas, o de pequeno porte enfrentou desafios que limitaram o acesso. A insuficiência de força de trabalho em saúde bucal na atenção primária à saúde (APS) e na atenção hospitalar foi um desafio compartilhado. A revisão de escopo explorou as lacunas da formação odontológica voltada ao cuidado da PcD e indicou caminhos para o desenvolvimento de estratégias exitosas de ensino. O relato de experiência e a proposta de capacitação configuraram duas possibilidades de formação para o cuidado em saúde bucal às PcD, uma inicial, voltada à graduação em odontologia e outra no âmbito da educação permanente no SUS. Conclui-se que há necessidade de investimentos em acessibilidade e capacitação profissional para o cuidado em saúde bucal na RCPD, além de utilização de indicadores para monitorar as ações da APS. Este trabalho reúne subsídios para a criação de currículos inovadores, para que os profissionais ofereçam cuidado em saúde bucal integral, em rede e em equipe interprofissional garantindo que as necessidades de saúde bucal das PcD sejam atendidas de forma sensível e resolutiva.

Palavras-chave: pessoa com deficiência; saúde bucal; serviços de saúde bucal; ensino odontológico.

ABSTRACT

The relevance of the health needs of people with disabilities (PwD) has grown significantly in the political and social domains. This thesis aims to understand the implementation process of the Care Network for People with Disabilities (CNPd) and its interface with oral health care, identifying gaps and possibilities for the training of dentists. To this end, it established two specific objectives: (1) To analyze the political, organizational and structural dimensions in the implementation of the CNPD from the perspective of oral health management in the Greater Florianópolis Health Region (GFHR); (2) To identify the state of the art and pedagogical strategies for the training of dentists in accordance with the structuring of oral health care in the CNPD. Different methodological approaches were used for each of the objectives: (1) a qualitative case study was conducted, with documentary analysis of the minutes of the Intermanagerial Bipartite Commission (IBC) of Santa Catarina from 2011 and 2019 and interviews with four oral health managers of the GFHR, carried out between 2020 and 2021; (2) a scoping review was conducted to analyze national and international literature and an extension experience was systematized and theoretically discussed. The studies are based on a theoretical-political framework that conceptualizes and discusses the health care networks (HCN) in the Unified Health System (UHS), especially the CNPD and the national oral health policy and the organization of the oral health care network (OHCN). The results were organized in the form of three scientific articles and a proposal for continuing education for the UHS on oral health care in the CNPD. The case study demonstrated the lack of a clear political agenda for the OHCN as a regionalized network in the state, with low frequency of discussions in the IBC collegiate spaces by oral health managers, reflecting disparities in the structure and organization of services between municipalities. While the large municipality showed the capacity to coordinate and offer services in the dental specialty center, the small municipality faced challenges that limited access. The insufficient oral health workforce in primary health care (PHC) and hospital care was a shared challenge. The scoping review explored the gaps in dental training aimed at caring for PwD and indicated paths for the development of successful teaching strategies. The experience report and the training proposal configured two possibilities for training for oral health care for PwD, one initial, aimed at undergraduate dentistry courses, and the other within the scope of continuing education in the UHS. It is concluded that there is a need for investments in accessibility and professional training for oral health care in CNPD, in addition to the use of indicators to monitor PHC actions. This work brings together support for the creation of innovative curricula, so that professionals can offer comprehensive oral health care, in a network and in an interprofessional team, ensuring that the oral health needs of PwD are met in a sensitive and decisive manner.

Keywords: person with disabilities; oral health; oral health services; dental education.

LISTA DE FIGURAS

Estudo 2

Figure 1: Flowchart of the study selection process according to the Preferred reporting items for systematic review extension for scoping reviews (PRISMA-ScR) guidelines

Figure 2: Worldwide distribution of selected studies related to undergraduate dentistry teaching to care for people with disabilities

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cinco estágio do ciclo político

Quadro 2 – Cofinanciamento estadual para equipes de Saúde Bucal e Centro de Especialidades Odontológicas, Santa Catarina, 2024.

Quadro 3 – Cofinanciamento estadual para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2019 e 2024.

Estudo 1

Quadro 1 – Indicadores demográficos, socioeconômicos e da oferta de serviços de saúde, região Grande Florianópolis em anos selecionados.

Quadro 2 - Modelo analítico

Quadro 3 - Temas de discussão da CIB-SC, sobre a RCPD-SB, por ano, dimensão de análise. Santa Catarina, 2011-2019.

Quadro 4 – Cofinanciamento estadual para equipes de Saúde Bucal e Centro de Especialidades Odontológicas, Santa Catarina, 2024.

Quadro 5 – Cofinanciamento estadual para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2024.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Incentivos financeiros de custeio recebidos pelos CEO aderidos à RCPD.

Tabela 2 – Cofinanciamento estadual de Santa Catarina aos CEO, 2019

Tabela 3 - Centro de Especialidades Odontológicas na Região de Saúde da Grande Florianópolis e incentivos financeiros, Secretaria de Estado de Santa Catarina, 2024.

Estudo 1

Tabela 1 – Frequência em que a RCPD esteve presente na pauta das reuniões da CIB/SC no período de 2011 a 2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária à Saúde
ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
CER- Centros Especializados em Reabilitação
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CODA – Commission on Dental Accreditation
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESF – Estratégia Saúde da Família
IADH – International Association for Disability and Oral Health
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
ONU – Organização das Nações Unidas
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PcD – Pessoa com deficiência
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNE – Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RASB – Rede de Atenção à Saúde Bucal
RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RSGF – Região de Saúde da Grande Florianópolis
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SCD – Special Care Dentistry
SND – Special Needs Dentistry
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	MARCO LEGAL E CONCEITUAL SOBRE A DEFICIÊNCIA NO MUNDO ..	21
2.1.1	Um breve histórico sobre a Deficiência	21
2.1.2	Modelos Conceituais da Deficiência	24
2.2	MARCO LEGAL E CONCEITUAL SOBRE A DEFICIÊNCIA NO BRASIL ..	28
2.3	PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO SOBRE A DEFICIÊNCIA NO BRASIL E NO MUNDO	31
2.4	A SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	33
2.5	FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	38
3	REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO	42
3.1	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ..	42
3.2	ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	48
3.2.1	Modelos de análise em implementação de políticas públicas	50
3.3	A REDES DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	61
3.4	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	63
3.4.1	Atenção Primária à Saúde	71
3.4.2	Atenção Especializada Ambulatorial	72
3.4.3	Atenção Especializada Hospitalar	78
4	OBJETIVOS.....	82
4.1	OBJETIVO GERAL	82
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	82
5	MÉTODOS	83
5.1	NOTA METODOLÓGICA.....	83
5.2	ESTUDO 1	84
5.3	ESTUDO 2	89
5.4	RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	92
6	RESULTADOS	95
6.1	ESTUDO 1	95
6.2	ESTUDO 2	124

6.3	RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	175
6.4	PRODUÇÃO TÉCNICA – PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	202
7	CONCLUSÃO	211
	REFERÊNCIAS	216

1 INTRODUÇÃO

Deficiência e incapacidade são intrínsecas à condição humana. A maioria das pessoas, em algum momento de suas vidas, irá vivenciá-las de forma definitiva, momentânea ou intermitente, principalmente aquelas pessoas que sobreviverem ao envelhecimento, com dificuldades crescentes em relação à funcionalidade de seus corpos (Zola, 1989; OMS, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com algum tipo de deficiência, sendo que cerca de 200 milhões tem dificuldades funcionais consideráveis (OMS, 2011) e dentre essa população, mais de dois terços não recebem nenhum tipo de assistência odontológica (Pereira et al., 2010).

A relevância das necessidades de saúde da pessoa com deficiência (PcD) tem crescido expressivamente nos domínios político e social no Brasil e no mundo. Recentemente, um encontro internacional da OMS denominado “Rehabilitation 2030: a call for action”, destacou que frente às atuais modificações epidemiológicas e sociodemográficas globais, urge a necessidade de priorizar a expansão e a qualificação da reabilitação nos diferentes sistemas de saúde (OMS, 2017).

Nesse sentido, o Estado brasileiro tem formulado políticas públicas que visem garantir autonomia e ampliação do acesso à saúde, educação e trabalho, para melhorar a qualidade de vida das PcD. A promulgação da Convenção sobre os Direitos da PcD, por meio do Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009, teve como foco principal a acessibilidade para a garantia de direitos, e ainda definiu que “PcD é aquela que tem 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, 2009). Destacar essa definição é importante para compreender como se expressa a atuação estatal na atualidade, visto que os conceitos de deficiência apresentam determinação histórica, sendo complexos, dinâmicos e multidimensionais (OMS, 2011).

Em novembro de 2011, foi lançado por meio do Decreto n.º 7.612, o Plano Viver sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, uma ação intersetorial entre o Ministério da Saúde e outros 16 Ministérios (Brasil, 2011). Em 2012, criou-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na Portaria n.º 793, de 24 de abril, definindo as

diretrizes para o cuidado às PcD, com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde voltados a esta população. Essa rede contempla a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Sendo o principal desafio a promoção de acesso qualificado à saúde para todos, tendo a equidade como estratégia no sentido de acolher as diferenças e contornar desigualdades (Brasil, 2012).

A literatura científica demonstra que as PcD têm pior saúde bucal, com mais perdas dentárias, alta prevalência de cárie e doença periodontal. As barreiras relacionadas aos tratamentos de saúde para PcD são reconhecidas e vão desde a fragilidade da formação profissional em Odontologia voltada a esse público, impactando em dificuldade no manejo durante o atendimento com menor número de profissionais que sintam-se aptos, no setor público e privado, ao atendimento das condições de saúde bucal dessa população, até barreiras físicas de falta de acessibilidade nos serviços de saúde, custo do tratamento, barreiras comportamentais, dentre outras (Faulks, 2023; Rosa *et al.*, 2020; Ward *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2017; Haddad; Tagle; Passos, 2016; Pini; Fröhlich; Rigo, 2016; Kisely, 2016).

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (CNSB, 1986). A condição de saúde bucal é um dos mais importantes sinais de exclusão social e o enfrentamento desse problema requer políticas intersetoriais que integrem ações preventivas, curativas, reabilitadoras e, principalmente, o compromisso do Estado, como define a Constituição da República (Narvai; Frazão, 2008).

As dificuldades que as PcD vivenciam no acesso à saúde bucal são reconhecidas e desde a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) tem-se buscado estratégias para qualificar o cuidado prestado e aumentar o acesso desses indivíduos (Brasil, 2004). A APS por meio das equipes de saúde bucal (ESB), precisa acolher as PcD de acordo com sua competência de ação e escopo, de maneira humanizada, compreendendo as queixas, encaminhando para realização de exames complementares e encaminhando ao atendimento especializado somente

quando necessário (Caldas; Machiavelli, 2013). No que se refere à saúde bucal, o Plano Viver sem Limite estabeleceu o aumento em 20% no financiamento do SUS para 420 CEO para atendimento às PcD; adequação física e aquisição de equipamentos para 27 centros cirúrgicos em hospitais gerais; além de capacitação para ESB por meio da qualificação de seis mil e seiscentos profissionais da Odontologia do serviço público brasileiro para atendimento de PcD. Desse modo, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ser orientada em fluxos que impliquem ações resolutivas das ESB, abrangendo a articulação entre todos os níveis de atenção e a interface entre as políticas de saúde, com o objetivo de garantir tanto a integralidade do cuidado quanto o fortalecimento da autonomia do usuário (Brasil, 2019).

Esta Tese é parte do macroprojeto de pesquisa intitulado “Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar”, que conta com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – chamada MS-SCTIE-DECIT/CNPQ nº 35/2018 – Pesquisas de Inovação em Saúde. Tal macroprojeto surgiu das indagações de pesquisadores do projeto “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil - Pesquisa Região e Redes”, aprovado na chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit n.o 41/2014. Ainda que a RCPD não tenha composto o escopo inicial do projeto Pesquisa Regiões e Redes, sua temática foi abordada, de maneira tangencial, sob a ótica da intersecção de pontos de atenção, como por exemplo, a APS e os componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Se por um lado a Pesquisa Regiões e Redes propiciou o surgimento de diversas questões investigativas sobre a RCPD, por outro, deixou clara a distância entre a mesma RCPD e os processos de regionalização e da construção das redes de saúde, nas diversas regiões visitadas.

Desta forma, a questão central a ser respondida pelo macroprojeto de pesquisa específico para RCPD é qual a influência dos determinantes políticos, estruturais e organizacionais no grau de implementação da RCPD, bem como sua articulação com as demais redes temáticas, incluindo a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), na construção das regiões de saúde. E, evidentemente, de que forma os diferentes cenários se refletem no cuidado oferecido aos usuários.

Esta Tese integra o núcleo regional sul do referido macroprojeto de pesquisa e se propõe a responder duas questões norteadoras: "Como acontece a implementação da RCPD na perspectiva da gestão da saúde bucal na região de saúde da Grande Florianópolis" e "Como é relatada a formação do cirurgião-dentista para a estruturação do cuidado em saúde bucal na RCPD?". A primeira questão investiga os atores, estratégias e desafios enfrentados pela gestão pública na incorporação da RCPD no âmbito da saúde bucal. Ela busca explorar como a política é adaptada às necessidades regionais, o papel dos gestores, e como são coordenadas as ações para garantir o acesso ao cuidado em saúde bucal das PcD na Grande Florianópolis, a partir de um modelo analítico que considera três dimensões da implementação: política, organização e estrutura (Viana *et al.*, 2017; Mota; Bousquat, 2023). A segunda questão busca examinar como os cursos de Odontologia estão preparando os futuros profissionais para ofertar cuidado em saúde bucal para as PcD, no contexto brasileiro e internacional. Envolve a análise de currículos, práticas formativas, perfil de docentes e discentes, além das competências desenvolvidas e os desafios encontrados na preparação do cirurgião-dentista para lidar com as demandas específicas da saúde bucal de PcD.

A Tese está estruturada em sete capítulos. Após a introdução segue o capítulo de revisão de literatura composto dos seguintes tópicos: Marco legal e conceitual sobre a deficiência no mundo; Marco legal e conceitual sobre a deficiência no Brasil; Panorama epidemiológico sobre a deficiência no Brasil e no mundo; A saúde bucal das pessoas com deficiência e Formação em odontologia para o cuidado à pessoa com deficiência.

O terceiro capítulo traz o marco teórico-político sobre as RAS no Brasil, sobre o referencial de análise de políticas públicas, voltando o com enfoque na RCPD e na transversalidade da RASB no SUS. O quarto capítulo lista os objetivos da pesquisa. O quinto capítulo trata dos percursos metodológicos específicos para cada objetivo. Na sequência, o sexto capítulo apresenta os resultados em formato de artigos e uma proposta de educação permanente para o serviço, seguido do sétimo capítulo que traz as considerações finais e as referências que fundamentam esta pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MARCO LEGAL E CONCEITUAL SOBRE A DEFICIÊNCIA NO MUNDO

2.1.1 Um breve histórico sobre a Deficiência

Doenças incapacitantes e deficiências físicas são tão antigas quanto a própria vida e o acervo histórico sobre o assunto remetem à antiguidade remota e à vida pré-histórica. No Antigo Egito, a crença era de que as doenças graves, deficiências físicas ou problemas mentais graves eram provocados por maus espíritos, demônios ou pecados de vidas anteriores que deveriam ser pagos (Pereira; Saraiva, 2017).

Uma representação desse período é retratada pelo “Porteiro de Roma” uma imagem da 19ª Dinastia, que está no Museu Ny Carlsberg Glyptotek, em Copenhagen, Dinamarca, representando uma pessoa com acometimento em um de seus membros inferiores, sua mulher e filho, trazendo oferendas à deusa Astarte, da mitologia fenícia. Outro exemplo da vida comunitária de PcD e incapacidades está registrada nos antigos papiros, que caracterizam o Antigo Egito como a “Terra dos Cegos” (Mota, 2020).

Os antigos hebreus definiam como grau de impureza ou pecado, pessoas que tinham doenças crônicas e deficiência física e mental, sendo fator para a exclusão social. Concepção semelhante tinham os hebreus e os gregos, a cegueira, a surdez e a paralisia eram consideradas consequências diretas de pecados ou de crimes cometidos. Na Grécia, o corpo belo e forte atestava saúde e força, importantes para o combate e a luta, todavia as crianças e os doentes que não atingiam esse ideal eram marginalizados e ou ainda eliminados e abandonados para morrer. Todavia, devido ao grande contingente de PcD devido a guerras, a Grécia passou a ser pioneira nos movimentos de assistência médica a PcD (Pereira; Saraiva, 2017).

Com o surgimento, a ascensão e expansão do cristianismo, inicia-se a transição para o paradigma assistencialista, onde a concepção eugênica do modelo da eliminação, vai sendo repensada a partir da caridade cristã. Os primeiros hospitais para atendimento dos pobres e marginalizados surgem no século IV, abrangendo o cuidado daqueles com algum tipo de deficiência. A doutrina cristã foi um escape para o abandono das PcD no mundo europeu ocidental, pois passaram a ser vistas como filhos de Deus (Mota, 2020) e, como tais, possuidoras de alma, devendo ser tratadas com cuidados e não com castigos. O extermínio passou a não ser mais aceitável e os cuidados foram assegurados pela família e igreja. Avanços quanto à inclusão na

sociedade não foram verificados no período, permanecendo o isolamento (Pereira; Saraiva, 2017).

Na Idade Média (séculos V e XV) com o aparecimento de doenças epidêmicas, passou-se a acreditar que o contexto era resultado de maldições, feitiços e bruxarias, atuação de maus espíritos, do demônio ou castigos de Deus, voltando a ser socialmente aceitável a prática de extermínio de crianças com membros disformes e as que sobreviviam eram isoladas, ridicularizadas e desprezadas (Pereira; Saraiva, 2017).

Entre o século XV e XVII, no período histórico do Renascimento, houve um grande avanço da Medicina, filosofia humanista e os primeiros direitos dos homens perante a sociedade, tentando superar a superstição vivida até então, e nesse período iniciam-se os atendimentos às pessoas com deficiência, porém com a manutenção de preconceitos. Destaca-se que na Inglaterra, durante os séculos XVI e XVII, o rei Henrique VIII promulgou a "Lei dos Pobres", instituindo "taxa da caridade", para dar continuidade à criação de hospitais ou organizações destinadas ao atendimento de pessoas com problemas crônicos ou gravemente incapacitadas (Pereira; Saraiva, 2017).

No século XVIII, houve um progresso científico importante, impactando a assistência, exemplo disso é o desenvolvimento da área da cirurgia graças aos conhecimentos anatômicos e à desobediência à igreja que proibia ao clero a realização de operações com derramamento de sangue. O reconhecimento da responsabilidade social para com as PcD se intensifica a partir do século XIX, avançando na proteção social e assistencial com enfoque em grupos minoritários e marginalizados (Pereira; Saraiva, 2017).

A partir do surgimento da sociedade industrial e do Estado moderno se avança no entendimento que o corpo humano não deve ser exposto ou mutilado, mas sim aprimorado e recuperado. Nesse contexto, são criadas as cadeiras de rodas, bengalas, muletas, coletes, próteses, macas, entre outros. Destaca-se também o método criado pelo francês Louis Braille, que propiciou o acesso dos deficientes visuais à linguagem escrita por meio do código Braille. Esse período histórico avançou também no que diz respeito à necessidade de cuidado especializado às PcD, reflexo disso foi a criação de orfanatos, asilos e lares para crianças com deficiência física. Nos EUA, França e Alemanha a assistência a feridos de guerra era feita por grupos

de pessoas organizadas para buscar a reabilitação, além de organizações para estudar as deficiências (Mota, 2020).

No século XX, o programa eugenista praticado na Alemanha defendia uma “vida que não merecia ser vivida”, cujo alvo eram deficientes físicos, mentais, doentes incuráveis ou idosos em idade avançada, acabou levando ao extermínio de 275 mil pessoas (Pereira; Saraiva, 2017).

A criação e expansão do modelo de Estado de Bem-Estar Social, após a Segunda Guerra, levou a criação de programas e políticas para a assistência voltada aos pobres, idosos, crianças carentes e às PcD. Na Inglaterra, nos anos 1970, por meio do movimento Union of the Physically Impaired Against Segregation iniciou-se uma aproximação da deficiência à cultura dos direitos humanos (Diniz et al., 2009). O grande quantitativo de pessoas amputadas, cegas e outras deficiências físicas e mentais ganha destaque no cenário internacional nesse período, principalmente com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que passa a debater a vida das PcD (Pereira; Saraiva, 2017).

Em 1948 a ONU promulga a Declaração Universal dos Direitos Humanos, tornando-se um marco para a humanidade, visto que reconhece a garantia de direitos de maneira universal, ou seja, não só do país de origem, como de todos os que assinassem o tal documento, destacando o respeito à diversidade da condição humana (ONU, 1948). Nos anos que se sucederam, outras declarações passaram a reconhecer a dignidade e a condição de sujeito da PcD na década de 1960 em países desenvolvidos e em 1980 em países subdesenvolvidos ou emergentes como o Brasil.

A ONU aprovou em 9 de dezembro de 1975 a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, avançando na garantia de direitos inerentes à igualdade humana e estabeleceu o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência em 1981. Em 13 de dezembro de 1982, o programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência é compreendido a partir da necessidade de inclusão social, estabelecendo como objetivo a igualdade de oportunidades e garantias a todos os deficientes ao acesso ao meio físico e cultural, habitação, transporte, serviços sociais e de saúde, oportunidades de educação e de trabalho, vida cultural e social, e, inclusive, instalações esportivas e de lazer. E com avanços nas legislações em torno do tema, em 1992 a ONU institui o dia 3 de dezembro como o Dia da Pessoa com Deficiência (Pereira; Saraiva, 2017).

Nos anos seguintes, destaca-se que em 10 de junho de 1994, na Espanha, foram acatadas as recomendações da ONU para Procedimentos-Padrões para a Igualização de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, ficando conhecida como "A Declaração de Salamanca", mundialmente tida como um marco da inclusão social. Em 1997, o Tratado de Amsterdã teve modificações para ser instrumento antidiscriminação da inserção de PcD no mercado de trabalho. Em 2000, a "Directiva da Igualdade no Emprego" foi aprovada pelo Conselho da União Europeia.

No Canadá, foi realizado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e OMS, entre os dias 05 e 06 de outubro de 2004, o Congresso Internacional "Sociedade Inclusiva", realizado em Montreal, Quebec, onde foi elaborada a Declaração de Montreal, sobre a deficiência intelectual. Essa declaração substitui o termo deficiência mental por deficiência intelectual, bem como outros termos anteriores como débil mental, idiota etc. Buscou a garantia dos direitos das PcD intelectual (OPAS; OMS, 2004).

Em 2010, aconteceu o Encontro European Disability Strategy 2010-2020, visto que existem países que ainda estão desenvolvendo e implantando essas regras. Embora nesse período os países que compõem a União Europeia tenham avançado no direito das PcD, o documento Consultation Document European Accessibility Acts, de 2011 indica que a aplicação e cumprimento de tais leis está abaixo do esperado (Pereira; Saraiva, 2017).

2.1.2 Modelos Conceituais da Deficiência

Historicamente, as PcD têm sido frequentemente negligenciadas, segregadas e socialmente excluídas. As concepções de deficiência e as relações sociais com as PcD passaram por transformações significativas, que refletem as mudanças sociais, científicas e culturais ao longo do tempo, influenciadas também pela mobilização das pessoas com deficiência (WHO, 2011).

Compreender essas mudanças nos modelos conceituais é essencial para analisar como as políticas públicas são formuladas e implementadas, além de orientar melhorias na rede de serviços voltados para essa população (Mota, 2020; Mota; Bousquat, 2021).

As palavras que utilizamos refletem as sociedades nas quais vivemos, e influenciam diretamente se os indivíduos são reconhecidos como cidadãos plenos ou não. Essas concepções moldam os modelos teóricos que interpretam fenômenos como a deficiência, evidenciando as diferentes maneiras como as sociedades

entendem e tratam as limitações e incapacidades. Modelos são interpretações baseadas em recursos cognitivos e refletem a perspectiva de quem os desenvolve, incluindo suas experiências e contextos históricos. Eles, no entanto, não são imunes a questionamentos e revisões críticas. Ao longo do século XX, diversos modelos conceituais sobre deficiência foram propostos, cada um trazendo novas interpretações e desafios à compreensão do tema, com destaque para: o modelo proposto por Saad Nagi, o Modelo Médico, Modelo Social e o Modelo Biopsicossocial (Mota; Bousquat, 2021).

O modelo de Saad Nagi, proposto no contexto do Institute of Medicine of Washington, em 1965, trazia uma concepção dinâmica entre incapacidade e as consequências funcionais de patologias específicas. A definição de incapacidade (*disability*) relaciona-se à limitação física ou mental em um contexto social. Aborda quatro conceitos: Patologia Ativa, enfrentamento do corpo à algum desequilíbrio do corpo; Deficiência, pela perda do tecido, órgão ou sistema do corpo; Limitação funcional, limitações no desempenho de tarefas, obrigações ou atividades diárias normais (andar, falar, raciocinar); e Incapacidade, a expressão dessas limitações funcionais no contexto de interação social. Entende que parte das deficiências geram incapacidade, semelhantes padrões de incapacidades podem gerar diferentes limitações de função e mesmo padrões idênticos de deficiência podem resultar em incapacidades diferentes. O papel do ambiente tem enfoque nas demandas que impõe aos indivíduos e o processo de incapacitação às características clínicas da deficiência e suas correspondentes limitações de função (Mota; Bousquat, 2021).

No Modelo Médico, representado pela The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) de 1980, tentativa da ONU de padronizar uma linguagem universal, deficiência era vista como uma tragédia pessoal, centrando-se no corpo atípico a ser tratado, corrigido e curado ou ajustado para uma "quase-cura" por um profissional da saúde especializado (Diniz, 2007; Mota; Bousquat, 2021). Foram utilizadas as seguintes definições:

- *Impairment* (Deficiência): perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.
- *Disability* (Incapacidade): restrição ou falta (resultante de um impedimento) de capacidade de realizar uma atividade da maneira ou dentro da faixa considerada normal para um ser humano.
- *Handicap* (Desvantagem): é considerada uma desvantagem para um determinado indivíduo, resultante de *impairment* ou *disability*, que limita ou impede o cumprimento de um papel normal (dependendo da idade, sexo e condições sociais e fatores culturais) para esse indivíduo (OMS, 1980, p. 27).

A interação com o ambiente no Modelo Médico é ausente, considerando suficiente o cuidado com o corpo e o tratamento com base no saber médico, ajustando o indivíduo para que ele se encaixe nos padrões da sociedade. Sistemas e serviços com essa lógica podem centrar o poder decisório nas mãos dos profissionais da saúde sobre os contornos da vida da pessoa com deficiência/incapacidade (Mota; Bousquat, 2021).

O contraponto trazido pelo Modelo Social parte da inclusão de perspectivas das ciências sociais, entendendo como uma das muitas variações humanas. Esse modelo nasceu nos movimentos das PcD no Reino Unido contra o Modelo Médico que culminou, sendo proposto em 1975, na formação da Upias (Union of the Physically Impaired Against Segregation), com a publicação do documento denominado 'Fundamental Principles of Disability', destacando a responsabilidade da sociedade no processo de incapacitação e exclusão social. Por isso, também a responsabilização da coletividade necessária para gerir esse problema e modificar o ambiente e incluir todas as pessoas. As limitações não são simplesmente produtos de sua condição biológica, mas da negligência da sociedade que oprime minorias e cria estereótipos. Por isso são necessárias leis que protejam esses indivíduos, participação no processo político e integração nas políticas sociais, em condição de igualdade com os demais cidadãos (Mota; Bousquat, 2021; Diniz, 2007).

O Modelo Biopsicossocial tem como marco aprovação pela OMS em 2001 da Classificação Internacional da Funcionalidade, Deficiência e saúde (CIF), utilizada em 191 países, relacionando a funcionalidade e incapacidade ao contexto de interação entre condições de saúde, atividades, participação social, fatores pessoais e ambientais, bem como as funções do corpo (Diniz, 2007). Busca equilibrar o Modelo Médico e social, na qual não há uma classificação dicotômica de "normal" ou "incapaz", mas sim uma análise das "capacidades" e "incapacidades" de uma pessoa ou grupo em cada contexto, expandindo a questão dos cuidados em saúde, assim como a dos direitos sociais (Mota; Bousquat, 2021).

Isso quer dizer que nessa classificação, a deficiência pode gerar incapacidade, porém não necessariamente, ou seja, incapacidade pode decorrer da deficiência, mas não obrigatoriamente, visto que deficiência e incapacidade dependem de fatores ambientais e pessoais do contexto de vida da pessoa. Essa concepção buscou desvincular a deficiência de ações que a estereotipam como algo

negativo, apostando no viés positivo da saúde, como um estado decorrente de fatores sócio-históricos-políticos (Lobo, 2008).

A CIF tem como objetivo descrever situações específicas em que as pessoas podem ter desvantagens, classificando as doenças em domínios relacionados à saúde, a partir da integração das perspectivas biológica, individual e social (OMS, 2004). Destacamos três conceitos dentre as definições trazidas pela CIF:

- Deficiência: corresponde às alterações nas funções e estruturas do corpo com um desvio significativo ou perda.
- Incapacidade: termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ela denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).
- Funcionalidade: termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).
- Fatores ambientais: ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Estas são barreiras ou facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa (OMS, 2013).

Na proposta da CIF, a deficiência é um desvio nos padrões aceitos normalmente para a população, no estado biomédico do corpo e suas funções, podendo ser de ordem temporária ou permanente, progressivas, regressivas ou estáticas, intermitentes ou contínuas. Já a incapacidade, é uma definição mais ampla, sendo um conceito que inclui limitações de atividades, restrições à participação e nas estruturas do corpo. Reconhece que toda a população pode apresentar algum grau de deficiência ou incapacidade (OMS, 2013).

A CIF busca padronizar a descrição de funcionalidade e incapacidade na saúde, delimitando um campo de conhecimento. Pretende ser uma ferramenta tanto aos profissionais de saúde que atuam com a funcionalidade dos indivíduos, quanto aos “policy-makers” na estruturação de sistemas de saúde que respondam às necessidades das pessoas e do contexto acadêmico (Mota; Bousquat, 2021).

Entender essa evolução é fundamental para superar a visão restrita e tecnicista de gestores e profissionais de saúde, focada no ajuste do corpo através de ações curativas e restaurativas, sendo refletida na organização dos serviços (Dubow; Garcia; Krug, 2018). Objetiva-se que o paradigma do modelo biopsicossocial influencie a concepção atual sobre deficiência no país, não só no aspecto normativo, como será abordado no tópico seguinte.

2.2 MARCO LEGAL E CONCEITUAL SOBRE A DEFICIÊNCIA NO BRASIL

No Brasil, no século XIX ocorreu um avanço histórico em relação à PcD, principalmente no âmbito da educação especial. Nesse período são criados os primeiros institutos de educação de cegos e surdos-mudos, inclusive com o Congresso de Instrução Pública, estabelecendo a sugestão de um currículo específico para cegos e surdos no país, além da formação de professores que dessem conta desse novo público-alvo das práticas educacionais (Souza, 2011; Bezerra; Martins, 2010).

Ao longo do século XX no país, a temática da deficiência ganhou maior importância, sendo marcado pela instituição de leis sobre a educação profissionalizante das PcD e das publicações técnico-científicas pioneiras sobre crianças com deficiência intelectual. Dentre os anos de 50 e 90, as instituições filantrópicas e associações assumiram a responsabilidade do ensino especial, principalmente entre os anos de 1957 e 1993 com a criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e do Instituto Pestalozzi, com uma expansão expressiva nas décadas seguintes por todo o país.

A APAE, fundada em 1954, teve apoio da National Association for Retarded Children, e além da educação especializada, contribuiu na mobilização de familiares, PcD e cuidadores por leis com garantia de direitos das PcD. O Instituto Pestalozzi foi o primeiro a introduzir no país a concepção ortopedagógica, baseada na pedagogia social do educador Henrique Pestalozzi, que trazia o enfoque de proporcionar vivências rurais, artesanais e trabalhos manuais simples (Souza, 2011; Bezerra; Martins, 2010).

Também foram criados hospitais-escolas, como o Hospital de Clínicas de São Paulo, em 1944, no governo de Getúlio Vargas, impulsionando os estudos no campo da reabilitação. Nesse período, havia uma forte associação entre a deficiência e a área médica. Acreditava-se que a deficiência era um problema exclusivamente da PcD, bastando ofertar alguns serviços para solucioná-lo. Sendo assim, a ideia mais prevalente na sociedade da época era que a deficiência era doença, por isso devia ser tratada fora do convívio em sociedade, com foco na reabilitação ou na cura em instituições como as Santas Casas de Saúde e Misericórdia. Esse modelo médico também alcançou a educação especial, somente para deficientes mentais e pessoas menos favorecidas (Pereira; Saraiva, 2017).

No período da ditadura militar, em 1967, a Constituição Federal foi pioneira ao contemplar um direito específico da PcD, passando a ser de responsabilidade do Estado e não mais apenas da família, estabelecer a assistência à maternidade, à infância e à adolescência e a educação especial de pessoas então chamadas de “excepcionais”.

Somente após dez anos da Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência da ONU, em 1987 foi feita uma Emenda à Carta Magna assegurando PcD melhoria de sua condição social e econômica especialmente mediante: educação especial gratuita; assistência, reabilitação e reinserção na atividade social e econômica; proibição de discriminação incluindo à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários, além da possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos (Pereira; Saraiva, 2017).

Na Constituição de 1988, houve um avanço importante na integração social da PcD, para além do assistencialismo. A definição assumida teve impacto na definição de políticas públicas. O termo utilizado foi pessoa portadora de deficiência, que somente foi definida com o Decreto 193 de 1993, que definiu:

Considera-se pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (Brasil, 1993, pag. 1).

Dando sequência aos avanços na legislação brasileira a respeito, destaca-se em 1989 a Lei nº 7583 sancionada pelo Presidente José Sarney, que dispõe sobre a integração social das PcD, criando para esse fim uma Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde).

Dez anos mais tarde, em 1999, o Decreto nº 3.298 instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, com objetivo de assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais dessas pessoas, definindo pessoa portadora de deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho da atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (Brasil, 1999).

No ano seguinte, a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, editou normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade por parte das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Destaca-se que embora o Brasil possa

ser considerado um dos países com maior número de leis voltadas para garantia de direitos à PcD, muitas delas ainda não são respeitadas pelo poder público (Pereira; Saraiva, 2017).

A publicação do Decreto 5296, de 2 de dezembro de 2004, estabeleceu a prioridade no atendimento às PcD, entre outras providências, modificando novamente a classificação das deficiências no país, como se vê a seguir:

Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

Deficiência Intelectual/Cognitiva: o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e com limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade;

Deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências (Brasil, 2004).

Somente com a promulgação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, por meio o Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009, houve uma uniformização da definição de PcD nas publicações nacionais:

“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 igualdades de condições com as demais pessoas.” (Brasil, 2009).

Em 6 de julho de 2015 foi criada a lei nº13.146 instituindo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Essa pode ser considerada a definição normativa para deficiência mais atual no país e mais próxima à CIF, por considerar os aspectos do corpo físico em relação com as barreiras ambientais e sua participação na sociedade (Brasil, 2015; Mota, 2020).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência também estabelece que a avaliação da deficiência deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar que considere os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição de participação (Brasil, 2015).

O esforço empreendido até aqui na revisão do processo histórico envolvido com o conceito da PcD no mundo e no Brasil, parte do entendimento que esse é um conceito que evolui constantemente. No país, a palavra "deficiência" é empregada tanto para descrever um problema físico no corpo (*impairment*) quanto para indicar a interação entre essa condição física e as limitações que ela impõe às atividades e à participação social (*disability*). Essa dualidade no uso do termo gera confusões e dificuldades de entendimento, tanto na sociedade em geral quanto na academia e nas políticas públicas (Mota, Bousquat, 2021).

Nesta Tese a concepção de PcD é entendida como aqueles indivíduos que apresentam algum nível de comprometimento funcional, sejam eles pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, conforme colocado no artigo 1º da Portaria N.º 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Brasil (Brasil, 2012).

2.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO SOBRE A DEFICIÊNCIA NO BRASIL E NO MUNDO

O panorama mundial realizado pela OMS e o Banco Mundial na publicação do Relatório Mundial sobre a Deficiência, de 2011, assinala que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com algum tipo de deficiência, sendo que cerca de 200 milhões têm dificuldades funcionais consideráveis. Destaca-se no documento que esses dados são imprecisos devido a questões relacionadas a diferentes metodologias e concepções utilizadas nos países estudados, exemplo disso é que a maior parte dos países em desenvolvimento apresentam menores taxas do que os desenvolvidos, visto que a coleta de informações é limitada (OMS, 2011).

Esse relatório foi realizado a partir do encontro internacional da OMS chamado "Rehabilitation 2030: a call for action", buscando proporcionar embasamento para que políticas e programas inovadores sejam criados, desenvolvendo serviços de suporte e reabilitação e garantindo adequada proteção social às PcD. O documento indica que nos próximos anos, haverá uma preocupação crescente sobre a temática dado o

aumento da incidência de PcD, devido ao envelhecimento da população, risco maior de deficiência em idosos, e ainda o aumento em todo o mundo de doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais (OMS, 2011).

Esse cenário já pode ser notado no Brasil, com o aumento da expectativa de vida da população nas últimas décadas e as causas de deficiência mais frequentemente relacionadas a males crônico-degenerativos, como hipertensão arterial, diabetes, infarto, acidentes vâsculo-encefálicos, doença de Alzheimer, câncer, osteoporose, dentre outras condições (Malta et al., 2016).

No Brasil, mais de 18,6 milhões de pessoas têm deficiência, correspondendo a 8,9% da população de acordo com Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua) de 2022, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2022). A PNAD revela desigualdades marcantes em termos de educação, trabalho e renda para essa população. Em 2022, a taxa de analfabetismo entre PcDs foi de 19,5%, em contraste com 4,1% entre pessoas sem deficiência. A participação no mercado de trabalho era de apenas 29,2% para PcDs, comparada a 66,4% para pessoas sem deficiência, com apenas uma em cada quatro PcDs em idade ativa estando empregada. A renda média real também variou significativamente, sendo de R\$1.860 para PcDs e R\$2.690 para o grupo sem deficiência, representando uma diferença de 30% (IBGE, 2022).

Dentro da região Sul, o Rio Grande do Sul possui a maior proporção de PcDs (9,9%), seguido pelo Paraná (8,9%) e Santa Catarina (6,9%, 449 mil pessoas). A Região Metropolitana de Florianópolis tem 101 mil PcD, correspondendo a 9,4% da população. Do total de 514 mil habitantes da capital Florianópolis, 42 mil (8,17%) são PcD. Tanto no Sul quanto no Sudeste, onde o envelhecimento populacional é mais acentuado que a média nacional, mais da metade das PcDs são idosos (IBGE, 2022).

Consideram-se PcD pela PNAD Contínua aquelas com dois anos ou mais que relataram muita dificuldade ou incapacidade total de realizar atividades em pelo menos um dos domínios funcionais investigados, que foram visão, audição, mobilidade, uso dos membros superiores, cognição, autocuidado e comunicação. Essa metodologia foi desenvolvida em conjunto com o Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência, vinculado à Comissão de Estatística da Organização das Nações Unidas (IBGE, 2022).

Mota e Bousquat (2021), trazem a discussão sobre a incoerência da lógica utilizada pelo Grupo de Washington e como isso impacta as políticas públicas para

PcD. No Censo do IBGE realizado em 2010 estabeleceu que aproximadamente 23,9% (45.606.048) da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência (IBGE, 2010). No ano de 2018, seguindo sugestão do Grupo de Washington, o IBGE alterou os critérios para este cálculo, passando a considerar PcD unicamente aquelas que referiram maior dificuldade em realizar as tarefas de caminhar, subir degraus, ouvir e enxergar. A estimativa de PcD no país passou a ser de 6,7% da população (IBGE, 2018).

Mota e Bousquat (2021) discutem que ao utilizar perguntas referentes a dificuldades em realizar atividades o problema da interação entre o indivíduo, o meio e sua ação voltam a ser restrito ao corpo, privilegiando o Modelo Médico e afastando-se do paradigma Biopsicossocial. A leitura de que 23,9% da população brasileira possui algum tipo de deficiência deveria ser que 23,9% dos brasileiros têm algum tipo de incapacidade. Quando em 2018, restringiu-se para pessoas que têm ‘muita dificuldade’ e ‘não conseguem’ fazer algo, isso pode favorecer que políticas públicas tragam foco apenas para os indivíduos que a sociedade, literalmente, enxerga a deficiência, e não naqueles que têm incapacidades funcionais menores, mas que, ainda sim, restringem sua participação em atividades cotidianas, deixando essas últimas vulneráveis para aumentar seu grau de incapacidade. Os formuladores precisam estar atentos para essa questão, embora essas pessoas não sejam facilmente identificáveis, o impacto populacional de intervenções para essa população seria maior do que focado apenas em casos graves.

Cabe destacar também que a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apresentou dados sobre a prevalência de deficiência no país, seja ela temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável e intermitente ou contínua. Foram estimados dados a respeito de quatro tipos de deficiências: intelectual, física, auditiva e visual. Dos 200,6 milhões de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2013, 6,2% possuía pelo menos uma das quatro deficiências citadas anteriormente. Este estudo também foi importante para apontar a utilização de serviços de reabilitação e se as pessoas nasceram com as deficiências estudadas ou adquiriram ao longo da vida (PNS, 2013).

2.4 A SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

As PcD têm piores condições de saúde, níveis menores de escolaridade e de participação econômica, além de pobreza mais elevada em relação às pessoas sem

deficiência. Isso pode ser explicado pelas barreiras de acesso aos serviços de saúde, educação, emprego, transporte e informação, sendo ainda mais evidentes em comunidades mais pobres. O impacto também é visto na saúde bucal das PcD, que experimentam piores condições de saúde bucal e acesso aos serviços (OMS, 2011).

Uma revisão sistemática e meta-análise demonstrou alta prevalência de cárie e doença periodontal em crianças e adultos jovens com transtorno do espectro autista (Silva *et al.*, 2017). Nesse sentido, outro trabalho discutiu que não há saúde mental sem saúde bucal, onde foi evidenciado que pessoas com doenças mentais graves têm 2,7 vezes mais chance de perder todos os dentes, em comparação com a população em geral. Além do acometimento de cárie, periodontite e erosão (Kisely, 2016).

Em Istambul, na Turquia, um estudo avaliou a experiência de cárie, a condição de higiene bucal e o conhecimento em saúde bucal de um grupo de 178 alunos com deficiência visual, com faixa etária entre 7 e 16 anos. Somente 26,40% estavam livres de cárie e 2,2% tinham boa higiene oral, indicando que a manutenção da higiene bucal ainda é um desafio no cuidado à criança com deficiência visual (Bekiroglu; Acar; Kargul, 2012).

No contexto de um hospital psiquiátrico em Israel, foi conduzido um estudo para avaliar a saúde bucal e as necessidades de tratamento. Foram selecionados pacientes internados há mais de 2 anos, aleatoriamente dentre as 18 instituições psiquiátricas existentes no país. Dos 431 pacientes examinados, o CPO-D médio foi de 26,74, um dos mais altos da literatura científica. Destacou-se que 72% dos dentes estavam ausentes, 5% restaurados e 2,3% com cárie, sendo esse valor superior ao restante da população, e nem todos os edêntulos utilizavam prótese total (Ramon *et al.*, 2003).

Em Taiwan, foi conduzido um estudo que buscou comparar a população em geral, com pessoas internadas com esquizofrenia e PcD em relação a condição de saúde bucal e atendimento odontológico. Os dados de uma pesquisa de saúde bucal de uma instituição psiquiátrica foram comparados com os resultados de investigações de saúde bucal das PcD e da população em geral. Foi possível observar que o CPOD dos pacientes internados é menor do que o das PcD, todavia tem pior condição de saúde bucal do que a população em geral (Chu *et al.*, 2012).

Em Joanesburgo, na África do Sul, foi feito um estudo para determinar a prevalência entre crianças com necessidades especiais de cárie e necessidades de tratamento não atendidas. Fizeram parte crianças com paralisia cerebral, deficiência

auditiva, deficiência intelectual e de aprendizagem que frequentam escolas especiais, comparando-as com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Infantil. Foram avaliados 882 alunos de 5 escolas especiais. A média de idade foi de 10,5 anos, sendo a prevalência de cárie de 27,55% em dentes decíduos e 33,56% em permanentes. A maior necessidade de tratamento de 100% foi encontrada na dentição permanente do grupo de deficientes auditivos, seguida por 90,77% na dentição decídua do grupo de paralisia cerebral. Em geral, não houve diferença significativa quando comparados os CPO-D e ceo-d de crianças com necessidades especiais e os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Infantil, exceto nos grupos de deficientes auditivos de quatro a seis anos, onde pontuações -d significativamente maiores (3,58 vs. 2,4; 3,85 vs. 2,9; $p < 0,05$) foram encontradas (Nqcoo *et al.*, 2012).

Nos últimos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal no Brasil, SB Brasil 2003 e 2010, não há dados específicos sobre as necessidades de saúde bucal das PcD (BRASIL, 2012). Nos últimos anos, essa lacuna foi mais frequentemente abordada por estudos conduzidos nas APAE e clínicas de odontologia em universidades no país.

Na APAE em Passo Fundo (RS) foi feito exame clínico de 47 alunos com síndrome de Down, paralisia cerebral e déficit intelectual. Foram avaliadas cárie dentária e higiene oral, classificação de Angle, má posição de grupos dentários e hábitos de higiene oral. A faixa etária de 12 a 25 anos foi a predominante (46,8%), maioria homens (55,3%). A escovação 3 vezes ao dia foi relatada por 63% dos participantes, sendo feita sozinha em 85,1% dos casos. Quanto à classificação de Angle, 48,9% apresentavam classe I e 25,5% não tinham maloclusão. Destacou-se que 44,7% apresentaram alto índice de cárie dentária (CPO-D > 10) e 53,2% apresentaram higiene oral inadequada (zero a 1,16). Além disso, o ato de escovar os dentes sozinhos e a paralisia cerebral apresentou diferença estatisticamente significativa (Pini; Frölich; Rigo, 2016).

Na mesma cidade de Passo Fundo (RS), um estudo com 109 alunos de 11 a 38 anos da APAE com deficiência intelectual, buscou determinar a prevalência e a severidade da cárie dentária, ausências dentárias e restaurações pelo índice CPOD, além da eficiência dos programas de saúde bucal. Dentre os alunos, 47 mulheres e 62 homens, apresentaram deficiência mental moderada, síndrome de Down, paralisia cerebral e epilepsia. A média do CPO-D foi de 3.93 para as idades de 11-14 anos, 3.47 para 15-19 anos, 4.74 para 20-30 anos e 5.68 para os pacientes com 31-40 anos.

Não houve diferenças significativas entre o índice de CPOD, gênero e deficiência intelectual. Os participantes apresentavam um hábito adequado de higiene bucal indicando efetividade de um programa de prevenção e tratamento odontológico desenvolvido com esses alunos (Trentin *et al.*, 2017).

Outro estudo realizado com 30 alunos da APAE de Caxias do Sul (RS) teve enfoque na lacuna de estudos sobre o estado nutricional e a saúde bucal das PcD. Com o objetivo de avaliar e relacionar a idade, sexo, condição de saúde bucal, estado nutricional e perfil socioeconômico, demonstrou-se que 40% da amostra foi classificada com sobrepeso; 63,3% obtiveram CPO-D satisfatório (CPO-D de 12,3 com desvio-padrão de $\pm 9,8$) e 30% são de classe econômica C1. Houve relação significativa entre idade e condição bucal, porém não se constatou concordância significativa entre CPO-D e padrão nutricional (Leite *et al.*, 2018).

Um estudo foi conduzido testando a hipótese de que os sujeitos diagnosticados com deficiência leve apresentam melhor condição de saúde bucal do que pessoas com outros níveis de deficiência intelectual. Avaliou-se a saúde bucal de 129 alunos com deficiência intelectual da APAE de três municípios do sul do Brasil. O nível de deficiência intelectual, a cárie dentária (índice CPO-D e -d) e a doença periodontal (índice PSR) foram considerados. Um questionário socioeconômico aos responsáveis foi aplicado incluindo uma pergunta sobre última consulta ao dentista. Os alunos com deficiência leve, moderada e severa apresentaram índice CPO-D médio de 2,27, 3,76 e 0,58 ($p < 0,05$), e índice ceo-d de 1,48, 1,55 e 2,75, respectivamente. A doença periodontal foi presente em 43% dos alunos, que apresentou gengivite sem fator de retenção (sem cálculo ou defeitos marginais), não havendo diferença significativa entre níveis de deficiência intelectual. Os autores destacam que a deficiência intelectual severa apresentou índice CPO-D menor, quando comparado aos outros níveis, o que pode estar relacionado com a higiene bucal realizada por cuidadores/responsáveis nessa situação (Costa; Della Bona; Trentin, 2016).

Nas APAE da Região Carbonífera de Santa Catarina, buscou-se analisar a condição de saúde bucal de 290 alunos, com idade igual ou superior a 12 anos, e comparar o índice CPO-D com relação a APAE, gênero, idade e nível de escolaridade, se reside com os pais ou não, e sua condição de higiene bucal. Não houve significância no CPO-D de pessoas deficientes que residem ou não com pais ou responsáveis, porém os autores destacaram que a APAE com cirurgião-dentista com

40 horas semanais de trabalho teve menor índice CPO-D independentemente de o paciente residir ou não com pais ou responsáveis em comparação com as demais, com CPO-D considerado muito alto (Nunes; Furlan; Pires, 2019).

Para estudar a prevalência de alterações bucais em pacientes com necessidades (PNE) especiais atendidos na clínica de odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense foi feito um estudo quali-quantitativo, com 73 prontuários de pacientes entre 1 a 70 anos. Houve predominância de transtorno do espectro autista (23,3%) e paralisia cerebral (12,3%). A ocorrência de cárie ocorreu em 68,1% da amostra, 55,6% tinham ausências dentárias e 50% cálculo dentário (Nunes, 2017).

Além de avaliar as condições de saúde bucal de pessoas com necessidades especiais de uma Escola Especial da cidade de Patos-PB, um estudo buscou identificar as dificuldades sinalizadas pelos responsáveis para a manutenção de saúde bucal dos estudantes. Foi utilizado um questionário direcionado aos responsáveis e avaliada a condição de saúde bucal por meio do índice CPO-D, do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) e da presença de Trauma Dentário de 74 alunos. Observou-se que 75,4% dos alunos já receberam algum tratamento odontológico, sendo 50,9% na Unidade Básica de Saúde. O CPO-D médio foi de 12,6 ($\pm 8,4$), 52% tinham higiene oral deficiente e o trauma dental esteve presente em 19,3% dos alunos. Quanto ao parto, 51% das mães relataram ter tido uma gestação normal e 54,4% nunca foram orientadas sobre cuidados com a saúde bucal do filho. Quanto às dificuldades relatadas pelos responsáveis sobre a saúde bucal dos alunos, 33,3% indicaram encontrar um dentista que atenda e o mesmo percentual, o custo do tratamento (Queiroz *et al.*, 2014).

Na Associação Catarinense para a Integração dos Cegos (ACIC) em Florianópolis-SC, foi conduzido um projeto de pesquisa intitulado “Políticas Públicas: um olhar para a saúde bucal das PcD visual” que resultou em um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Odontologia da UFSC. A pesquisa procurou analisar a percepção de PcD visual frente à atenção à saúde bucal do cirurgião-dentista em relação ao preconizado pelas políticas públicas. Foram entrevistadas nove PcD visual, matriculadas na ACIC em 2017. Identificou-se a necessidade de ações de orientação em saúde bucal com linguagem tátil sensorial para desenvolver habilidades e percepção sobre a qualidade da higiene bucal. Também foi possível observar uma relação de confiança e empatia entre o cirurgião-dentista e os entrevistados. Houve priorização e resolutividade relatada nos atendimentos

realizados nas Unidades Básicas de Saúde do município, com agilidade na marcação de consultas e encaminhamento aos serviços de referência, todavia devido a dificuldades de comunicação, indicou-se a necessidade de uma formação continuada para o cirurgião-dentista (Lima, 2017).

2.5 FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Na Odontologia, o termo “Special Care Dentistry” (SCD) foi proposto pela International Association for Disability and Oral Health (IADH) no ano de 2001, após consenso entre associações odontológicas na alteração dos termos “pacientes com deficiência” e “excepcionais, definindo como um campo de atuação que inclui, além de PcD, todos os indivíduos com restrições de capacidade que necessitam de tratamento odontológico diferenciado (Ettinger; Chamers; Frenkel, 2004; Bastos, 2015).

No mesmo ano, o Conselho Federal de Odontologia, por meio da Resolução 22/2001, estabeleceu a especialidade em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) no Brasil, que tem por enfoque o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle de problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, além da percepção e atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente (CFO, 2001). Após o Brasil, a especialidade foi reconhecida pela Nova Zelândia, Reino Unido, Malásia e Austrália (Mugayar; Hebling; Dias, 2007).

Frente à crescente discussão sobre os direitos humanos das PcD, as associações de ensino odontológico preocupavam-se em discutir um currículo que fosse capaz de aumentar o acesso dessa população ao tratamento. Um estudo desse período demonstrou que caso as instituições de ensino empreendessem esforços em aprimorar o currículo de Odontologia nessa área, a porcentagem de graduados atendendo essa população, ao longo do tempo, aumentaria a força de trabalho em pelo menos 40% (Fenton, 2004).

Nesse contexto, a Commission on Dental Accreditation (CODA) introduziu novos padrões para a formação odontológica em 2004 nos EUA, buscando incluir educação voltada para pacientes com necessidades especiais. Em 1º de janeiro de 2006, foi implementada a revisão do Padrão CODA, definindo que “Os graduados

devem ser competentes na avaliação das necessidades de tratamento de pacientes com necessidades especiais.”, reforçando que a instrução clínica e as experiências com esses pacientes devem incluir técnicas de comunicação e avaliação das necessidades de tratamento compatíveis com suas necessidades (Albino; Inglehart; Tedesco, 2012; Clemetson *et al.*, 2012). Da mesma forma, a Association for Dental Education in Europe (ADEE) publicou diretrizes sobre as competências exigidas dos dentistas, nas quais a SCD não aparece como um item específico, mas é citado diversas vezes em relação ao profissionalismo, comunicação, coleta de informações clínicas, planejamento do tratamento e manutenção da saúde bucal (Faulks *et al.*, 2012).

No âmbito internacional, há uma variabilidade do uso dos termos SCD ou Special Needs Dentistry (SND) na literatura. Esses termos são usados de forma intercambiável no âmbito global, evidenciando tanta discrepância na nomenclatura, quanto variabilidade nas definições associadas a esses conceitos (Mandasari *et al.*, 2021; Derbi; Borromeo, 2016). A disparidade é observada entre diferentes países e entre associações profissionais odontológicas. Na Austrália e na Nova Zelândia, a terminologia empregada é SND, enquanto na Europa, no Reino Unido e nos Estados Unidos, utiliza-se o termo SCD (Ettinger; Chalmers; Frenkel, 2004; Fernand, 2006). Em termos gerais, a SCD foca na atenção prestada pelos profissionais de saúde bucal aos pacientes, ao passo que a SND enfatiza as necessidades dos pacientes, não necessariamente os cuidados prestados (Mandasari *et al.*, 2021).

No Brasil, são classificadas como Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) no contexto odontológico aquelas que apresentam condições de saúde específicas, incluindo doenças crônicas mal controladas como alguns casos de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, insuficiência renal crônica, distúrbios hematológicos, pacientes oncológicos, pessoas com doenças crônicas transmissíveis, pacientes imunossuprimidos como os que passaram por transplantes de órgãos, idosos, gestantes de alto risco e pessoas com deficiência, entre outros (Brasil, 2018). O termo PNE engloba as PcD, porém nem todo PNE é PcD (Bastos, 2015).

Vale salientar que embora as publicações do MS tragam a terminologia desde 2008, somente em 2018 no documento “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde” a especialidade OPNE é amplamente discutida no contexto do SUS, destacando o caráter multiprofissional e as situações mais frequentes no atendimento dessa população no dia a dia da clínica (Brasil, 2018).

Trata-se de uma área recente, dos 414.368 cirurgiões-dentistas inscritos no país em 2024, apenas 940 possuem especialização em OPNE, sendo 752 do sexo feminino e 188 do sexo masculino, segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2024).

Moretto (2014) alerta que embora exista um crescente interesse pela área, a defasagem de especialistas tanto na rede pública como privada pode configurar-se em um problema de saúde pública, visto que ainda persiste no imaginário dos profissionais e comunidade que os pacientes especiais devem ser tratados somente em ambiente hospitalar, desestimulando a assistência na APS e média complexidade, somado a isso vem a necessidade de dar o enfoque necessário na área aos estudantes de graduação.

O ensino de graduação também carece da falta de especialistas, sendo o tema abordado em diferentes disciplinas como, por exemplo, a odontopediatria. A Associação de Ensino Odontológico – ABENO, tem aberto espaço para professores da área de Odontologia Para PNE, que vem se reunindo desde 2019 em reuniões paralelas organizadas no âmbito da reunião anual da ABENO (Fonte site da ABENO, 2020).

Segundo revisão sistemática conduzida por Rosa *et al.* (2020), as barreiras para o cuidado odontológico PcD relacionaram-se aos problemas estruturais de acesso aos consultórios odontológicos, dificuldades de comunicação, falta de percepção quanto à necessidade de tratamento odontológico havendo destaque para as barreiras profissionais ou comportamentais. No que diz respeito ao Brasil, a falta de profissionais capacitados para o atendimento odontológico de PcD foi a barreira mais proeminente (Rosa *et al.*, 2020).

As temáticas que se relacionam ao mercado de trabalho odontológico e aos aspectos quantitativos e qualitativos da formação são desafios que precisam ser enfrentados tanto pelas entidades profissionais como pelas instituições do poder público, visto que persistem grandes diferenças de acesso em decorrência da pequena oferta e disponibilidade de força de trabalho capacitada segundo as necessidades de diferentes grupos populacionais. A formação deve-se orientar pela implantação e desenvolvimento do SUS, fundamental para a mudança do nosso perfil epidemiológico, tomando como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, com controle efetivo por parte do Estado, para que não prevaleçam critérios ostensivamente mercantis (Narvai; Frazão, 2008).

Diversos estudos relatam experiências na graduação de odontologia voltadas ao cuidado da PcD no Brasil e no mundo (Ahmad *et al.*, 2020; Phadraig *et al.*, 2015; Fisher, 2012; Ferreira *et al.*, 2017; Moretto; Aguiar; Rezende, 2014; Spezzia; Bertolini, 2017; Percoraro *et al.*, 2017; Bonato *et al.*, 2013; Marta, 2011; Pereira *et al.*, 2010; Carvalho *et al.*, 2004), porém não há uma síntese desse conhecimento. A formação profissional é um eixo estratégico e responder a essa lacuna é um dos objetivos desta Tese, contribuindo na reflexão e estabelecendo estratégias e caminhos para que a formação não se perpetue como uma barreira, mas como um facilitador do acesso da PcD ao tratamento odontológico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO

3.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) remonta à década de 1920, no Reino Unido, pela visão de Lord Dawson of Penn, sobre sistemas públicos de saúde. A publicação do Relatório Dawson apontava a organização dos sistemas de atenção à saúde em níveis interligados, com serviços domiciliares, centros de saúde primários, secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino (Moysés, 2013). Nesse relatório, a organização em diferentes níveis de atenção e complexidade para a saúde bucal, com enfoque preventivo, curativo e reabilitador. (Socialist Health Association, 2020).

Os debates acerca do modelo de rede se intensificam sessenta anos após a publicação do Relatório Dawson, na década de 1980, no contexto de reformas neoliberais. Em 1988 foi publicado o relatório Dekker que propôs a reorganização do sistema de saúde holandês em redes de atenção integradas. Os objetivos dessa reorganização foram: a diminuição dos hospitais e dos leitos, priorizando serviços de maior escala; a instituição de hospitais-dia; a redução das internações por condições sensíveis à APS e a utilização de ferramentas de gestão (Mendes, 2011).

Duas décadas se passaram até que em 2002 a OMS publicou o modelo de atenção de “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”, que contribuiu na compreensão moderna de RAS, visto que inseriu no planejamento de sistemas de saúde a tipificação de doenças/agravos, alterando a clássica divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis ao propor os conceitos de condições agudas e crônicas (Moysés, 2013).

Um marco importante da formulação das RAS no país foi a publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) do livro “SUS Avanços e Desafios”, abordando os principais avanços do SUS em seus 20 anos e apresentando os desafios futuros. Com esse diagnóstico, evidenciou-se a necessidade de alinhar o modelo de atenção com a situação epidemiológica brasileira, propondo a RAS como meio para isso (Brasil, 2006).

As redes têm sido consideradas na administração pública como estratégia para implementar políticas, principalmente quando os recursos (financeiros, físicos e humanos) são reduzidos e os problemas são complexos. Elas estão sujeitas a interesses públicos e privados, de governantes centrais e locais e populares (Fleury;

Ouverney, 2008). No contexto da América Latina, a RAS foi definida como uma diretriz a ser introduzida para ampliar a efetividade e integração dos sistemas de saúde no documento publicado pela OPAS em 2010, definindo a RAS como uma rede de serviços equitativos e integrais direcionados a uma população definida, que presta conta por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde de sua população (OPAS, 2010).

No contexto da época, a organização do sistema de saúde no Brasil se dava através de diversos pontos, geralmente isolados, incomunicáveis e que não conseguem prestar atenção contínua aos usuários. As lacunas assistenciais são resultado dessas fragmentações, exemplificadas também pelo financiamento reduzido, incoerência entre oferta e necessidades, fragilidade da gestão, pulverização dos serviços municipais e baixa inserção da Vigilância à Saúde na APS. A fragmentação ainda era potencializada pela estrutura hierárquica dividida por níveis de complexidade, com ordens e graus de importância estabelecidos, fundamentalmente na compreensão que os serviços de APS são menos complexos que os demais níveis (Mendes, 2011).

Neste contexto de fragmentação, o Ministério da Saúde lança a portaria nº 4.279/10 implementando as RAS, tendo por objetivos principais a integração sistêmica de ações e serviços de saúde para prover atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, e ampliar o desempenho do Sistema em acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como da eficiência econômica. A portaria marca a insuficiência do modelo de atenção à saúde vigente voltado para ações curativas, focado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta para justificar a opção pela RAS. Tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, a RAS tem sido uma estratégia de superação da fragmentação sistêmica. A organização da RAS pode tornar o modelo de atenção mais eficaz, tanto na organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto na sua capacidade de responder aos desafios socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (Brasil, 2010).

Essa normativa entende a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com densidades tecnológicas distintas, que se integram por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Para Mendes (2011) as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que se vinculam entre si. Para tanto, devem ter uma missão única que os direciona, com objetivos comuns e fundamentados por ações cooperativas e interdependentes. Assim, favorecendo a oferta contínua e integral de ações e serviços de saúde à população, no tempo e infraestrutura adequados, com qualidade e que tenham custos financeiros apropriados, com coordenação da APS. As RAS apresentam três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção (Mendes, 2011).

A definição da população sob responsabilidade sanitária e econômica da RAS é uma característica fundamental. A população definida da RAS vive em territórios sanitários singulares, seu cadastramento é feito na APS, devendo ser totalmente conhecida e estratificada em subpopulações por riscos socio sanitários por meio de sistemas de informações. Quanto à região de saúde deve ser acordada com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar tempo/resposta adequado e viabilidade operacional (Mendes, 2011).

Segundo a OPAS (2011) para que o conhecimento total de uma população seja efetivado, torna-se necessário um processo complexo constituído das seguintes etapas:

1. Territorialização; cadastro das famílias
2. Classificação das Famílias por riscos sociosanitários
3. Vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/ equipe do Programa saúde da família
4. Identificação de subpopulações com fatores de riscos
5. Identificação de subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos
6. Identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (Mendes, 2011).

Segundo Mendes (2011), a estrutura operacional da RAS é composta pelos nós das redes, ligações materiais e imateriais que os comunicam. Fazem parte dessa estrutura operacional:

- A APS, considerada o centro de comunicação, responsável pelos fluxos e contrafluxos dentro da RAS;
- Pontos de atenção especializada, como a atenção ambulatorial ou hospitalar que ofertam serviços com maior densidade tecnológica;
- Os Sistemas de Apoio, como os sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência, ou seja, compostos por instituições que prestam serviços comuns aos pontos da rede;
- Sistemas logísticos, soluções e estratégias tecnológicas, com base em tecnologias de informação, para garantir a organização dos fluxos de informações, pessoas, referências e contrarreferência, como prontuário

clínico, acesso regulado à atenção especializada e sistema de transporte efetivo e;

- Sistema de governança, que considerada o exercício da autoridade política, econômica e administrativa na gestão das ações e serviços estatais, governando transversalmente a RAS. Por esse sistema, deve ocorrer o alinhamento da missão, visão e objetivos comuns das redes. São considerados arranjos interfederativos, 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).

O conceito de governança pode ser definido por padrões de conexões entre atores e instituições com diversos tipos de vínculos, formais e informais, legais e ilegais, na produção de políticas, principalmente associadas às redes, conformando o tecido relacional do Estado (Marques, 2019).

O terceiro elemento das RAS são os Modelos de Atenção à Saúde, definidos como sistemas lógicos que organizam o funcionamento da RAS, articulando, de maneira singular, o relacionamento entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, estabelecidos mediante a visão preponderante da saúde, da situação epidemiológica e demográfica, dos determinantes sociais de saúde em um determinado tempo e sociedade.

Uma revisão sistemática foi conduzida por Suter *et al.* (2009), sobre as RAS na Europa, onde os pesquisadores indicaram dez princípios que seriam essenciais para o desenvolvimento e implementação de uma rede integrada:

- (I) Serviços abrangentes através do continuum de cuidados: envolve a cooperação entre o setor saúde e demais setores sociais. Pressupõe a existência de múltiplos pontos de acesso ao sistema com ênfase na promoção à saúde e na APS.
- (II) Foco no usuário: o usuário é figura ativa em seu cuidado. Devem ser providos serviços focados em uma população definida.
- (III) Cobertura: Maximizando acesso e minimizando a duplicidade de serviços.
- (IV) Cuidado multiprofissional e integração entre profissionais
- (V) Uso de protocolos clínicos: independentemente do local em que o usuário esteja sendo cuidado.
- (VI) Gestão de desempenho: desenvolvendo o compromisso com a qualidade dos serviços, evolução clínicas e resultados.
- (VII) Sistemas de informação: uso eficiente com foco na promoção a comunicação e o fluxo de informação durante o continuum do cuidado.
- (VIII) Cultura organizacional e liderança: desenvolvimento de gestores e líderes com comprometimento e visão, que são capazes de instituir uma cultura organizacional adequada para o cuidado do usuário.
- (IX) Estrutura de governança: criação de sistema de governança forte e focado, com diferentes representações de todos os envolvidos. Este sistema deve prover uma organização estrutural que promova coordenação entre os diferentes níveis de cuidado.
- (X) Gestão financeira: financiamento adequado, com distribuição equitativa entre os diferentes serviços. Incentivos a mecanismos de trabalho interprofissional e a promoção à saúde (Suter *et al.*, 2009).

A dificuldade na implementação das redes regionalizadas aponta para os componentes de negociação governamental, pela complexidade das demandas dos municípios, com destaque os de pequeno porte e pelo incipiente papel dos entes estaduais e federal (Vargas *et al.*, 2015).

Entre os anos de 2011 e 2012 o Ministério da Saúde concentrou esforços em organizar redes temáticas no SUS, pactuadas a partir da Comissão Intergestora Tripartite que com o apoio das Comissões Intergestores Bipartite e as Comissões Intergestores Regionais são responsáveis pela articulação das RAS. Foram editadas portarias referentes às seguintes redes: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, RCPD e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Destacamos os componentes específicos de cada uma delas

(I) Rede Cegonha: APS, pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

(II) Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; APS; unidade de pronto atendimento; serviços pré-hospitalares fixos e móveis; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; atenção domiciliar e hospitais-dia.

(III) Rede de Atenção Psicossocial: APS, equipes dos consultórios de rua; atenção residencial de caráter transitório; centro de convivência; centros de atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, enfermarias especializadas em hospitais gerais, residências terapêuticas e reabilitação psicossocial.

(IV) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: APS; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia; atenção hospitalar e de urgência e emergência sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação.

(V) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: APS; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação.

O ano de 2013 marca o início do projeto de pesquisa “Região e Redes”, contemplado pela Chamada MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013, que, sob coordenação da professora Ana Luiza d’Ávila Viana (DMP/USP) integra mais de 130 profissionais de 27 universidades e centros de pesquisas das áreas de saúde e de políticas públicas. O grupo vem produzindo conhecimento sobre o tema por meio de teses e dissertações, artigos científicos, relatórios de pesquisa e a publicação da série “Novos Caminhos”. Todo o conhecimento produzido está disponível no site do projeto, onde também podem ser localizadas pesquisas sobre a RCPD (Via Site Regiões e Redes).

A Nota Técnica 1/2015 que abre a série de publicações “Novos Caminhos” buscou analisar como as transformações no país no século XXI se expressam, comparando 436 regiões de saúde, por meio da construção de uma tipologia que diferencia as regiões segundo agrupamentos com distintos perfis socioeconômicos, de oferta e complexidade de serviços de saúde, em 2000 e 2014. A melhoria da distribuição das regiões de saúde entre essas tipologias, no intervalo de 14 anos, indica que a combinação entre política social e econômica pode ser um “caminho novo” para o desenvolvimento, com enfoque na junção da elevação da produção econômica com geração de bem-estar (visto não somente como melhor distribuição de renda, mas também como oferta de serviços públicos essenciais ou universais) (Viana *et al.*, 2015).

Para Lavras (2011), o grande desafio para o SUS é a construção de um sistema integrado, que respeite a autonomia de gestão de cada município, articulando suas práticas em âmbito regional, para garantir atenção de qualidade e êxito nas práticas administrativas. O problema da fragmentação no sistema emerge principalmente da fragilidade de articulação entre instâncias gestoras do sistema e/ou as gerências do serviço. Também ocorre desarticulação entre os serviços de saúde e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico o que finda por resultar em desarticulação das práticas clínicas dos diferentes profissionais de um ou mais serviços no cuidado de um indivíduo ou grupo de indivíduos.

Uma revisão sistemática sobre o processo de regionalização do SUS reuniu um conjunto de desafios comuns às diversas realidades do país. Destacou-se a valorização dos colegiados como espaços de inovação, porém enfrentam a barreira da cultura política burocrática e clientelista. A fragmentação do sistema e a deficiência histórica com planejamento das ações impedem o pleno desenvolvimento da governança regional, desde o nível local às políticas estratégicas de incorporação tecnológica. A base que sustenta a deficiência técnica na gestão reside justamente no ciclo vicioso da cultura de negociação política em detrimento do planejamento. Outro desafio comum à regionalização foi o descompasso entre as prioridades políticas estabelecidas no setor saúde e as prioridades acadêmicas, com pouca produção de evidências e indicadores do processo sobre as políticas instituídas (Mello *et al.*, 2017).

Esta Tese toma esse “novo caminho” dos processos de regionalização no país e da potência das RAS como premissa para gerar evidências sobre a saúde bucal

voltada à PcD. Para isso, os tópicos seguintes ajudam a compor o marco teórico-político abordando a RCPD e a RASB.

3.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O Estado deve ser a expressão daquilo que uma sociedade almeja, existindo em função de um interesse maior da própria sociedade. Não há como discutir política pública sem discutir a ação do Estado, do pacto social estabelecido, de interesses em disputa e de poder, ou seja, a política pública é a ação estatal para um setor, mobilizando recursos, atores, arenas, ideias e negociações (Viana; Baptista, 2012).

Nas últimas décadas do século XX, abriu-se um novo campo de estudos definido como “public policies”, “policy studies” ou “policy science”, ou análise de políticas públicas, com foco na análise das agências públicas “fazedoras da política”, nos atores envolvidos (e os poderes que detêm), nas relações que se estabelecem entre eles e com as variáveis externas que podem influenciar nesse processo, bem como as formas de intervenção adotadas pelo Estado, questionando a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências (Viana; Baptista, 2012).

Com o aumento dos sistemas de avaliação dos estados de bem-estar social nos anos 1960, houve um destaque na literatura por estudos imbricados em processos de avaliação de políticas públicas (Lotta; 2019). No Brasil, estudos de análise de política pública são considerados recentes e a formação da área vincula-se às críticas à trajetória de consolidação das políticas públicas em 1970 pelo enfoque prioritário para a população com vínculo trabalhista e emprego formal. A partir da década de 1970, ocorreram mudanças na condução da política de proteção social no país, sendo pensadas para outras parcelas da população, como as populações rurais, autônomos e domésticas, beneficiários da previdência social e até o desenvolvimento de políticas sociais mais abrangentes, o que fez aumentar o interesse pela área de estudo (Viana; Baptista, 2012).

O acúmulo de conhecimento na análise de políticas públicas passou a reforçar a ideia de que havia um distanciamento entre objetivos e resultados alcançados (Lotta; 2019). Interessados nessa lacuna na análise, em 1973 Pressman e Wildavsky lançam o livro *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*, dando início ao campo de estudo sobre implementação de políticas públicas. Dentro do campo da análise de políticas públicas, os estudos sobre implementação

configuram-se em uma vertente que tem como pressuposto a ideia de que as políticas públicas podem ser analisadas por um ciclo política que perpassa diferentes estágios (Lotta, 2019).

Nos anos 90, Howlett e Ramesh (1995) denominaram de “improved model” os cinco estágios do ciclo político (Viana; Baptista, 2012). São eles: 1) montagem da agenda, relacionado ao processo pelo qual o problema despertou atenção dos governantes; 2) formulação da política, o modo como as propostas de política pública são formuladas pelo governo; 3) tomada de decisão, adoção de um curso de ação ou não ação pelos governantes; 4) implementação da política pública, modo pelo qual os governantes dão curso efetivo a uma política; e 5) avaliação da política, processos dos atores estatais e da sociedade tem o intuito de monitorar os resultados de uma política, podendo impactar na conceituação dos problemas e soluções político-administrativas tomadas. O Quadro 1 sintetiza os cinco estágios do ciclo político, sua relação com a resolução aplicada de problemas e os principais atores envolvidos (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

Quadro 1 – Cinco estágios do ciclo político

Resolução aplicada de problemas	Estágios do ciclo político	Principais atores envolvidos
1. Reconhecimento do problema 2. Propostas de solução 3. Escolha da solução 4. Efetivação da solução 5. Monitoração dos resultados	1. Montagem da agenda 2. Formulação da política 3. Tomada de decisão política 4. Implementação da política 5. Avaliação da política	1. Universo da política 2. Subsistema da política pública 3. Tomadores de decisão do governo 4. Subsistema da política pública 5. Universo da política

Fonte: Adaptado de Howlett, Ramesh, Perl (2013)

Os estágios do ciclo político contribuem na distinção das tarefas envolvidas no processo de “policy-making” e esclarecem os diferentes papéis, interativos, que os atores, instituições e ideias relacionadas à uma política são desenvolvidos (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

Importante destacar o conceito de subsistema da política pública. Compõe o subsistema somente atores que têm conhecimento específico de uma área problemática ou detêm os recursos em jogo que condicionam sua participação no processo de desenvolvimento de alternativas de ação no enfrentamento das questões

levantadas no estágio da montagem da agenda, e por conta disso tem maior destaque na formulação e implementação da política pública (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

O modelo de ciclo da política pública apresenta outras vantagens: facilitar o entendimento de um processo complexo e multidimensional, desagregando em estágios e subestágios que podem ser estudados isoladamente; permitir uma síntese dos resultados de estudos comparativos de diferentes estágios; pode ser usado desde governos locais até os que têm atuação internacional e permite examinar as interações dos atores, ideias e instituições envolvidos e não apenas de órgãos governamentais encarregados. São desvantagens desse modelo: a possibilidade de uma interpretação equivocada das ações dos “policy-makers” serem mais ou menos lineares, visto que os processos são idiossincráticos, com reações diferentes a depender da circunstância, interesses e ideologias; na prática, a “policy-making” não segue uma progressão linear geralmente, conforme implica o modelo; o modelo em si não explica o conteúdo da política; e destaca-se que o modelo de ciclo não oferece qualquer noção de causalidade. Por isso, faz-se necessário um modelo que se aprofunde nas instituições e atores envolvidos com a política pública, sinalizando os instrumentos que os “policy-makers” dispõem e destaque os fatores que contribuem para determinados resultados da política e não outros (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

No campo das políticas públicas, o ciclo da política pública é frequentemente utilizado como uma abordagem analítica (Lima; D’Ascenzi, 2014), embora a abordagem sequencial do ciclo (formulação, implementação e análise) contribua enquanto ferramenta de recorte do objeto de análise, ela não oferece variáveis explicativas para os fenômenos (Lima; D’Ascenzi, 2013).

O destaque sobre o estágio de implementação surgiu recentemente no país, aceitava-se que os problemas das políticas públicas se relacionavam ao seu desenho, porém mesmo os melhores desenhos, com aporte de recursos suficiente e apoio político e social, podem não alcançar os resultados almejados. Por conta disso, a implementação exigiu um campo específico de análise, pelas características de dinâmica e estrutura próprias desse momento da política pública (Lima; D’Ascenzi, 2014).

3.2.1 Modelos de análise em implementação de políticas públicas

Historicamente as análises de implementação têm como base os elementos teóricos e metodológicos da administração pública e da ciência política, além do

Direito e da Sociologia (Lotta; 2019). Na fase de implementação uma determinada solução é posta em prática, articulando sistemas ou atividades da administração pública como: sistema gerencial e decisório, sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), entre outros. Todavia, a implementação não pode ser vista como uma fase administrativa da política, pois cada aspecto envolve estratégias, políticas, relações de poder, interesses e múltiplos atores. Por isso, essa fase tem sido considerada crucial no ciclo da política pública, podendo agregar inovações nas decisões tomadas na fase anterior, ou até mesmo alterando os argumentos principais da própria política (Viana; Baptista, 2012).

A relação entre o plano da política e sua execução é o tema que transpassa o campo de análise da implementação, porque invariavelmente o processo de execução de uma política pública será distinto da intenção de seus formuladores. A implementação geralmente é analisada a partir das semelhanças e distanciamentos em relação ao plano que lhes deram origem (Lima; D'Ascenzi, 2014).

Os estudos do campo da implementação trazem como enfoque a definição de variáveis que expliquem o sucesso ou não da implementação de políticas públicas. A análise da implementação depende da forma com que o “problema de implementação” é concebido, ou seja, a definição do problema direciona a escolha das variáveis, o foco da análise e as proposições decorrentes (Lima; D'Ascenzi, 2013).

A intensa negociação que perpassa o momento da implementação coloca à prova os pactos e consensos estabelecidos no plano, descobrindo a real potencialidade de uma política, quais atores estão engajados e quais interesses estão em disputa. Muitas vezes, por conta disso, são estabelecidos novos pactos, com atores que não estavam presentes no pacto inicial de formulação e que na prática transformam a política estabelecida previamente sustentada e aprovada pelos grupos sociais (Viana; Baptista, 2012).

Há predominância de duas abordagens hegemônicas que definem a natureza dos problemas de implementação: problema administrativo-organizacional, foca no processo de formulação da política, as variáveis destacadas são referentes às normas que a estruturam, a resolução se relaciona com a especificação de objetivos e controle de subordinados; problema relacionado ao conflito de interesses, enfoca os elementos dos contextos de ação nos quais a política será implementada, as variáveis relacionam-se às condições dos espaços locais e às burocracias implementadoras e

a resolução do problema requer cooperação entre os participantes do processo (Lima; D'Ascenzi, 2013; Lima; D'Ascenzi, 2014).

O campo da implementação de políticas públicas tem mais de 40 anos de desenvolvimento e tem quatro gerações sistematizadas na literatura (Lotta; 2019).

A primeira geração teve origem ainda nos anos 1970, com ênfase em investigar o que acontecia quando as políticas públicas eram postas em prática e seus resultados previamente desenhados não eram atingidos. Os estudos destacavam aspectos normativos e em um ideal de funcionamento do Estado, com o pressuposto que os políticos eleitos democraticamente tomariam decisões legítimas e os atores burocráticos (não eleitos) ao tomarem decisões distintas na implementação estariam subvertendo o plano, com risco de comprometer a própria democracia. O olhar para o processo de implementação nos estudos, principalmente nos Estados Unidos, se dava de cima para baixo, ou seja, com referência nos objetivos propostos democraticamente para encontrar qual camada burocrática teria pervertido esses objetivos, por isso é chamada análise top-down de implementação. Com uma lógica prescritiva e normativa, o que se pretendia era encontrar os “gaps” ou erros de implementação e corrigi-los. Os autores geralmente concluíam que as políticas falhas sistematicamente porque a implementação não segue a formulação (Lotta; 2019).

Lima e D'ascenzi (2014) denominaram os estudos dessa geração como “abordagens baseadas no controle”, visto que são modelos de análise que valorizam as determinações dispostas na estrutura normativa da política pública com distinção entre a tomada de decisão e a operacionalização. O processo de implementação é entendido como uma consequência da formulação. Nessa abordagem, limitar, regular e controlar a discricionariedade são questões centrais e para isso é fundamental estabelecer regras claras, compreensíveis e específicas. Falhas de comunicação são comumente atribuídas ao insucesso da política pública, tomando por pressuposto que os envolvidos são, por natureza, colaborativos (Lima; D'Ascenzi, 2014). Os autores também denominam essa perspectiva como “abordagem sequencial ou prospectiva”, pela característica da política pública entendida como uma sequência de etapas, nas quais a formulação seria fruto da atividade política e a implementação se relacionaria com a prática administrativa. Nessa abordagem há uma clara distinção entre a decisão e a operacionalização, com atores e arenas distintas. São considerados “conselhos clássicos” dessa abordagem manter a política clara, evitar ambiguidades na definição do objetivo, financiamento e das responsabilidades e manter controle efetivo sobre os

implementadores. Um dos principais pontos críticos dessa abordagem é a suposição implícita e inquestionada de que os formuladores das políticas controlam os processos organizacionais, políticos e tecnológicos que condicionam a implementação (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Os objetivos das políticas públicas na abordagem “top down” tem três funções fundamentais: orientar o desenho dos processos, definindo os instrumentos de implementação; servir de parâmetro para a avaliação da política, e funcionar como mecanismos de coordenação. A necessidade do controle tem origem no pressuposto de que o comportamento dos indivíduos em organizações pode não ser colaborativo, além de uma série de razões, eles podem distorcer os objetivos definidos a priori. No viés “top-down”, diferente do que comumente é sustentado, a discricionariedade não é ignorada, e sim entendida como uma disfunção inevitável que necessita de esforços a fim de alcançar conformidade. Admite-se que os objetivos são validados pela sociedade e por isso são centrais nessa abordagem. Nessa abordagem os problemas de implementação seriam evitados por meio de clareza na política, evitando ambiguidades nos objetivos, com executores controlados e treinados e com as condições práticas de funcionamento da política garantidas (recursos normativos, humanos e materiais) (Lima; D'Ascenzi, 2019).

Portanto, o enfoque top-down entende a política como uma ‘propriedade’ dos formuladores que estão no topo das organizações e detêm o controle da formulação. Aborda o porquê de políticas serem bem-sucedidas ou não, partindo de uma definição de implementação como um processo em que ações de atores públicos ou privados são dirigidas ao cumprimento de objetivos definidos em decisões políticas anteriores (Viana; Baptista, 2012).

Existe um padrão muito diferente do formato normativo, demonstrado por estudos empíricos, onde a troca, a negociação, a barganha, o dissenso e a contradição prevalecem sobre os objetivos. Ao invés de controle, autoridade, legitimidade, há ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação, poucos recursos e informações, ou seja, os resultados das políticas públicas são imprevisíveis. Pressman e Wildavsky (1984) trazem como características dessa imprevisibilidade: a multiplicidade de atores de diferentes tipos de organizações com interesses diversos, que devem operar a política em conjunto; a interação entre esses atores e os pontos de decisão nos quais suas perspectivas se expressam; a mudança de atores com o tempo, o que muda também a interação, as perspectivas e a

percepção entre os atores, o que gera pontos de descontinuidade e de necessidade de novas e mais negociações (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Os estudos da segunda geração se desenvolveram nos anos de 1970 e 1980, a partir de críticas ao modelo “top-down” com uma corrente analítica denominada “bottom-up”. Nessa perspectiva, os estudos não consideram as falhas da implementação como no modelo “top-down”, para esses autores as políticas públicas são atravessadas por múltiplos processos e são desenvolvidas continuamente com atividades baseadas na tomada de decisão. O enfoque da abordagem “bottom-up” está em compreender “a política como ela é”, descrevendo e analisando processos complexos e a performividade, com ênfase no que está acontecendo, nos resultados desses processos, e não na legitimidade e conformidade das ações em relação aos objetivos propostos (Lotta; 2019).

A análise “bottom-up” parte das decisões no nível concreto que os atores enfrentam ao executar as políticas, sem uma determinação das estruturas preexistentes. Nessa lógica, existe um controle imperfeito em todo o processo de elaboração de uma política pública, que condiciona o momento de sua implementação. Esse processo é entendido como uma interação contínua entre a política, que passou por um tempo considerável de formulação em relação ao seu contexto, e as organizações responsáveis pela execução. Os estudos dessa abordagem se atentam ao fato de que algumas decisões que idealmente estariam relacionadas ao momento de formulação, somente serão tomadas durante a implementação, pela suposição de que determinadas opiniões conflitivas não podem ser resolvidas durante a fase de tomada de decisão (Viana; Baptista, 2012).

O modelo analítico “bottom-up”, também chamado desenho retrospectivo, enfatiza que a discricionariedade dos implementadores como algo inevitável e até mesmo desejável, visto que são eles que têm conhecimento das realidades locais e podem adaptar o plano a elas, com potencial fonte de inovação para a política pública, dependendo, no entanto, das capacidades do Estado, ou seja, a política muda enquanto é executada em um processo contínuo de formulação, implementação e reformulação. A análise está, portanto, centrada nos atores dos níveis organizacionais responsáveis pela implementação e a discricionariedade é vista como um mecanismo adaptativo. Na medida em que os problemas se apresentam, os atores precisam agir com discricionariedade e habilidade para resolvê-los, para implementar suas estratégias, gerir seus conflitos e seus processos de aprendizagem. A política pública em si não resolve

o problema, mas traz a atenção dos indivíduos e oferece uma ocasião para que apliquem suas habilidades e seu julgamento. Além disso, o sucesso de uma política é condicional e relaciona-se à capacidade limitada de influência no comportamento dos atores de um nível para outros de outro nível, além de se relacionar com a capacidade das organizações públicas de influenciar o comportamento privado (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Com a expansão das pesquisas nessa perspectiva pelo continente europeu ainda nos anos 1980, estudos organizacionais e da Sociologia passaram a destacar os atores envolvidos na implementação (Lotta; 2019). Nos estudos bottom-up a burocracia responsável pela implementação é variável explicativa. A contribuição de Michael Lipsky (1980) com o livro *Street-level Bureaucracy*, ou burocracia de nível de rua, com subtítulo “dilemas dos indivíduos no serviço público” trouxe o conceito que os burocratas de nível de rua fazem a política pública, pois ela se torna as decisões que os burocratas implementam, as rotinas estabelecidas por eles e os dispositivos que criam para lidar com a pressão do trabalho (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Esses estudos reforçam os muitos processos decisórios no momento da implementação, e se afastam da ideia de que a burocracia é uma máquina ou peças de engrenagem, para procurar compreender como ela se comporta e a tomada de decisão como centro na análise de políticas públicas (Lotta; 2019). Lipsky assinala que políticas permeadas por muitas “low-level decisions”, as rotinas e categorias que se desenvolvem no processo de tomada de decisão determinam a “policy” (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Lipsky (1980) tem como enfoque entender o que denominou de burocracias do nível de rua, agências nas quais há interação dos atores diretamente com os cidadãos, com grande discricionariedade na execução de suas tarefas. A atuação e as invenções desses burocratas do nível de rua mediante as tensões e incertezas no cotidiano do trabalho se tornam a política pública que implementam, ou seja, os burocratas do nível de rua fazem a política pública. As condições de trabalho determinam o exercício da discricionariedade, que resulta na ação dos burocratas de nível de rua. O alto grau de discricionariedade e certa autonomia em relação à autoridade organizacional confere o papel de “policy making” desses burocratas. A discricionariedade dos implementadores é inevitável e pode ser até desejável, provocando inovações mediante ao conhecimento que detém relacionado à realidade

social. A discricionariedade reside no conhecimento, nas regras institucionais e relativa autonomia da autoridade organizacional (Lima; D'Ascenzi, 2014).

O papel de “policy making” dos burocratas de nível de rua, não mais apenas atores executores de tarefas, ocorre pela inter-relação entre o seu alto grau de discricionariedade e a relativa autonomia mediante a autoridade organizacional e, por isso, depende das condições de trabalho. Lipsky destaca cinco características relevantes: 1) os recursos são cronicamente escassos e inadequados para a tarefa; 2) a demanda de serviço aumenta até encontrar a oferta, o que aprisiona os burocratas no ciclo da mediocridade, quanto melhor o programa e mais sensível à realidade, maior será a demanda; 3) os objetivos dos serviços públicos tendem a ser vagos, conflitantes e ambíguos, representando um ideário e não um alvo estabelecido; 4) a dificuldade de medir performance dos trabalhadores, pela discricionariedade e dificuldade de supervisão e 5) os clientes são não voluntários, ou seja, não conseguem disciplinar os burocratas que não perdem com a insatisfação dos clientes, visto que a demanda é inesgotável e sempre outros estarão na fila (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Os burocratas de nível de rua precisam lidar com essas incertezas e para isso desenvolvem três estratégias: organizam sua prática de maneira a limitar a demanda e solucionar os constrangimentos que encontram; alteram o conceito de seu trabalho, com menos objetivos e buscam dentro dos recursos disponíveis atingir alguns objetivos; e modificam o conceito de matéria-prima (os clientes) para aproximar o que é feito dos objetivos (Lima; D'Ascenzi, 2013).

Para lidar com os desafios cotidianos, os burocratas de nível de rua desempenham um trabalho altamente criativo, imprevisível e potencialmente incontrolável, exercendo a discricionariedade como a margem de liberdade para a tomada de decisão. Discricionariedade configura-se um elemento analítico nos estudos de implementação, entendida como um espaço para a ação limitada pelos contextos da atuação burocrática. Por si só a discricionariedade não é boa ou má, mas seus efeitos podem ser includentes e excludentes, gerar equidade ou aumentar a desigualdade, gerar inclusão ou fomentar preconceitos, ou seja, seus efeitos podem ser positivos ou negativos tanto para a política pública quanto para os usuários (Lotta; 2019).

Por isso, a ênfase no papel dos burocratas de nível de rua também recebe críticas. O autor Matland (1995) assinala que questões importantes são negligenciadas, como o controle pelos representantes eleitos em relação às políticas

públicas em países democráticos não ser levado em conta, além da questão de a discricionariedade modificar a política pública à revelia das concepções da fase de formulação (Lima; D'Ascenzi, 2013).

O binômio entre os modelos “top-down” e “bottom-up” foi discutido nos estudos de implementação ao longo dos anos 1970 e 1980, com pesquisas que estabeleciam pouca relação entre si (Lotta; 2019). As críticas aos modelos “top-down” e “bottom-up” propiciaram a criação de nova geração de estudos que partindo dos modelos anteriores, buscou sintetizá-los revelando novos modelos com enfoques multicausais (Viana; Baptista, 2012) A chamada terceira geração de estudos, surgiu então nos anos 1990 com propostas de vários modelos alternativos de análise de implementação (Lotta, 2019). As abordagens “top-down” e “bottom-up” provocam uma teorização sobre a escolha dos mecanismos políticos e instrumentos utilizados em certas circunstâncias e o porquê de os implementadores apresentarem certos comportamentos na execução de tarefas. Na terceira geração, essas questões de design e comportamento de implementação são o foco dos estudos (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

O modelo de coalizões de defesas (advocacy coalitions) proposto por Sabatier (1986) é um modelo que surge nessa geração, definido como o conjunto de atores de diversas organizações públicas ou privadas que atuam no âmbito de uma política pública para atingir determinados objetivos comuns. Inserida nas abordagens que atentam para a importância das ideias, a noção de coalizões de defesa combinam elementos dos modelos “top-down” e “bottom-up”: foco nos subsistemas de políticas públicas e nas estratégias dos atores (bottom-up) e o interesse de entender como os instrumentos legais constroem o comportamento (top-down). Com a premissa de que há articulação entre esses atores em diferentes instituições e um projeto compartilhado que se sobrepõe aos conflitos administrativo-organizacionais ou político-partidários. Esse modelo considera também atores externos à política pública, o que é por vezes desconsiderado em outros modelos, viabilizando a análise da influência dos grupos sociais, sua relação com atores estatais e como isso impacta no processo de implementação (Lima; D'Ascenzi, 2014; Lima; D'Ascenzi, 2013).

Abordagens que enfatizam a interação borram os limites do ciclo das políticas públicas, entendendo que a implementação resulta da interação entre a estrutura normativa das políticas públicas e as características dos espaços de execução em processo constante de adaptação do plano ao contexto, ou seja, a implementação

modela a política pública, na maioria das vezes, redesenhando a política. O plano enquanto potencialidade define a arena onde os processos acontecem, os atores principais e as ferramentas específicas para as ações e os onde aplicar os recursos; e a execução promove adaptação dos objetivos e das ferramentas de gestão à realidade social. Somente tentando solucionar um problema social é que realmente iremos conhecê-lo, as estratégias escolhidas em operação é que irão validar a efetividade do que foi proposto no plano. Nesse sentido, a implementação inclui buscar respostas e (re)formular perguntas a respeito dos problemas sociais, para melhor compreendê-los e solucioná-los. No processo de implementação, na visão de Bardach (1979) o plano funciona como um esquema que coloca em ação uma série de atores, com diferentes recursos nas mãos, nessa inter-relação arranjos sociais, políticos e econômicos prévios entrarão em processo de transição para uma configuração diferente. O autor destaca que a implementação é continuidade da atividade política, porque coloca os atores na posição de barganhar e persuadir para colaborarem entre si. Bardach amplia a autonomia da implementação em relação à estrutura normativa, tomando como pressuposto que o êxito da implementação é alcançado quando os atores são capazes de reconhecer e corrigir seus erros, procurando melhores caminhos para alcançar os objetivos propostos na política pública (Lima; D'Ascenzi, 2014).

Bardach (1979) usa a teoria dos jogos, em que os vários atores que dominam a implementação manobram um contra o outro para obter vantagens específicas e chegar ao resultado e sugere maneiras de lidar com os problemas (Lima; D'Ascenzi, 2014). Nesse jogo, uma autoridade central tenta persuadir os agentes (implementadores) a buscar ações que atinjam os objetivos, com estratégias que lhes são alheias, todavia os agentes podem responder com aceitação, neutralidade ou rejeição a depender de vários fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. Sendo este último fator o mais crítico, por determinar o nível de consenso ou conflito em torno das metas e dos objetivos de uma política, com uma relação inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a mudança, menor o consenso mudança, menor o consenso (Viana; Baptista, 2012).

A teoria dos jogos pretende, portanto, determinar como a descrição comportamental influencia a implementação. Destaca que a proporção de mudança

que se espera para o grupo-alvo de uma política, a homogeneidade e o tamanho relativo dos grupos determinam o nível de dificuldade de implementação. O jogo de implementação teria início na persuasão exercida pelos reguladores, que na próxima rodada tentariam regras mais coercitivas caso não houvesse a persuasão dos regulados, que passariam por fiscalização. Numa fase intermediária, então, a coerção seria reduzida em troca do cumprimento por parte dos regulados que teriam que passar por periódicos incrementos temporários de coerção e monitoramento para evitar desvios (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

Nessa geração também se destaca a teoria do agente-principal. A alta discrição dos servidores públicos e sua especialidade na área administrativa, muitas vezes superior aos generalistas que ocupam cargos públicos, faz com que decidam como aplicar as leis colocando políticos e administradores em uma espécie particular de agente e principal. Como essa relação se desenvolve afeta a habilidade dos “principais” políticos de circunscrição eficaz do comportamento de seus “agentes” (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

Na atualidade, estamos na quarta geração de estudos sobre implementação, com contribuições da sociologia, administração pública e ciência política. Houve a incorporação de novos conceitos devido às modificações dos processos de produção de políticas públicas, passando a incluir temas como coordenação, instrumentos de políticas públicas, estruturas de implementação, arranjos de governança multinível e multicamadas e a interação de atores estatais e não estatais nos serviços públicos. No Brasil, os estudos de implementação chegam já a partir dessa quarta geração, a partir de 2010 com uma produção mais sistemática. São quatro pressupostos fundamentais dos estudos de quarta geração: 1) a formulação e a implementação não são fases separadas, mas processos contínuos de decisão que perpassam agências e atores ao longo da produção de políticas; 2) a complexidade da cadeia de decisões deve ser considerada na análise, com diferentes níveis e camadas de decisão, diversidade de atores, organizações e instrumentos, tanto em organizações estatais como não estatais; 3) a interatividade do processo de implementação que se dá por interconexões entre vários atores e organizações para que uma política seja materializada; e 4) diferentes questões influenciam a implementação, sejam elas sistêmicas (forma do estado, crenças e valores nacionais) até características organizacionais, incluindo, ainda, dimensões pessoais e relacionais que caracterizam os atores envolvidos nos processos de implementação (Lotta; 2019).

Dentre outras maneiras de classificar esses estudos, Lima e D'Acenzi (2014) classificam como “abordagens cognitivas” que reúne modelos nos quais o enfoque está na dimensão simbólica da atuação do Estado, perpassa a visão de mundo dos atores, sendo a implementação produto de sua atuação modelando a política. A ação política pode ser influenciada pelas ideias que os tomadores de decisão têm a respeito do policyissues. Muller e Surel (2002) trazem o conceito de matriz cognitiva, que funciona como um filtro dos atores em relação à estrutura normativa da política, sendo um “sistema de representação do real por meio do qual os atores políticos agem”. Bruno Jobert e Pierre Muller (1987) trazem a noção de referencial, como “uma imagem geral da sociedade construída por meio das relações hegemônicas globais e setoriais, podendo ser de três dimensões: cognitiva, normativa e instrumental”. O referencial global por tratar-se de uma imagem produzida a partir da visão dos diferentes atores, pode não ser coerente com a realidade social, mas ligada a valores dominantes. O referencial setorial, por sua vez, compreende a imagem de um grupo dominante de um setor específico, de uma profissão ou disciplina, por exemplo. Enquanto referencial tem a possibilidade de gerar sentido coletivo, mais ou menos restrito, designar as funções dos atores. Por conta disso, o referencial pressupõe a modificação das normativas de ação, o que acaba por conformar a política pública. As abordagens cognitivas assumem que não há neutralidade nos instrumentos de operacionalização da política pública, e que as decisões tomadas são influenciadas pelas ideias e valores que surgem dos conflitos sociais e as explicações dos problemas sociais vêm permeadas pela visão de mundo e relações de poder dos atores sociais. Como dificilmente executores participam do momento de formulação das políticas, essas visões de mundo podem não estar representadas na estrutura normativa, afrontando valores e representações profissionais (Lima; D'Acenzi 2014).

Lima e D'Acenzi (2014) propuseram um modelo com uma concepção mais fluida da implementação. A partir do entendimento de que a implementação decorre da interação entre as intenções expressas no plano e os elementos de contexto nos locais de ação e deve considerar as variáveis cognitivas, como ideias e visões de mundo dos atores, “desse amálgama nasce a ação, a política pública de fato”. Nessa proposta de modelos, deve se considerar: as características do plano, a organização do aparato administrativo responsável pela implementação e as ideias, os valores e as concepções de mundo dos indivíduos.

As características do plano conjunto de disposições que são ponto de partida para a experimentação e busca de uma estratégia adaptada à realidade, planos entendidos como potencialidades, com caráter descentralizado e aberto. O enfoque se dá nos efeitos gerados e se eles são desejáveis ou não. Cabe ao plano definir a arena na qual ocorre o processo, da relação de causalidade, do papel dos principais atores, da extensão das ferramentas permitidas de ação e da alocação de recursos. Além disso, a conceptualização do problema da política pública parte da ideia expressa no plano. Quanto à organização do aparato administrativo responsável considera-se a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e materiais, estrutura e a dinâmica das regras organizacionais (formais e informais), fluxo e disponibilização de informações influenciam a forma como se dará a apropriação e implementação do plano nos espaços locais. Também tem destaque a influência das organizações profissionais e as relações de poder na divisão do trabalho dos atores nessas agências. Quanto a influência das ideias, elas moldam a percepção que os tomadores de decisão têm dos policies issues, impactando na sua ação. As variáveis cognitivas nessa proposta atuam relacionando o plano e sua apropriação (Lima; D'Acenzi 2014).

3.3 A REDES DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Em 2009, o Brasil ratificou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU, bem como seu protocolo facultativo, fortalecendo o compromisso do Estado com o reconhecimento dos direitos das PcD, a fim de garantir condições de vida digna, com autonomia e igualdade de oportunidades. Essa medida atribuiu poder constitucional à Convenção, contribuindo para um investimento maior e para elaboração de políticas intersetoriais considerando a deficiência como uma característica humana e não como uma limitação (Brasil, 2009).

Anos depois, em 2011, um importante avanço nessa direção ocorreu, com a instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, conhecido como Plano Viver Sem Limite, por meio do decreto nº 7.612 de 17 de novembro. O Plano contou com a participação de mais de 15 ministérios e do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência para sua elaboração, tendo como resultado a expressão da articulação de políticas governamentais que envolvem acesso à

educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade, com previsão de investimento total no valor de R\$ 7,6 bilhões até 2014.

Dentre os eixos do Plano Viver sem Limite encontra-se o Eixo II - Atenção à Saúde, cujo foco de ação é a organização do cuidado de forma integral e em rede, contemplando as deficiências auditiva, física, visual, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências. Com isso, o Ministério da Saúde instituiu a RCPD no âmbito do SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012.

A RCPD configura-se como uma estratégia de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde voltada às PcD temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua. Os objetivos principais da RCPD são:

- Ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência;
- Promoção da vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção;
- Garantia da articulação e da integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco;
- Promoção de cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação;
- Promoção da reabilitação e da reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil. (Brasil, 2012; Brasil, 2017)

A RCPD apresenta três componentes de atenção à saúde, incluindo a saúde bucal nos três níveis de atenção. Os serviços dessa rede devem ser articulados entre si, com objetivo de garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção, a saber:

- 1 - Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, Atenção Domiciliar;
- 2 – Atenção Secundária: Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, Oficinas ortopédicas e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 3 – Atenção Terciária: Leitos de cuidados prolongados e Centros cirúrgicos qualificados para atenção odontológica às pessoas com deficiência (Brasil, 2012).

Na RCPD, os pontos de atenção que compõem a APS são estratégicos para a ampliação e atenção às PcD, visto que devem se responsabilizar pelo cuidado às PcD que moram em seu território adscrito, por meio do acolhimento, cuidados domiciliares, identificando as necessidades de saúde que muitas vezes vão além da deficiência apresentada. Devem ser desenvolvidas na APS ações de prevenção, promoção,

vigilância e cuidado como a identificação precoce das deficiências, o acompanhamento dos recém-nascidos que apresentem alto risco para desenvolvimento de deficiências, o suporte, às famílias, no acompanhamento e cuidado à saúde das PcD (Brasil, 2017). Foram criados incentivos financeiros para implantação e implementação desses pontos de atenção especializada por meio da Portaria MS/SAS 835, 25 de abril de 2012 e substituídos pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Cabe destacar a inovação do CER na RCPD, como um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, com enfoque no diagnóstico, tratamento, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. O CER é classificado de acordo com os serviços de reabilitação habilitados, ou seja, um CER tipo II será composto por dois serviços de reabilitação habilitados; o CER III por três serviços e o CER IV por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados.

3.4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A inserção da saúde bucal no SUS foi marcada por conflitos e contradições. Na década de 1980, a fragilidade do setor saúde bucal no Brasil foi destacada em duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Em 1980, na 7ª CNS, discutiu-se o modelo de odontologia e a necessidade de inserção da área em um programa nacional de saúde, visto que até então era caracterizada como sendo ineficaz, mal distribuída, de baixa cobertura, curativista, mercantilista, com monopólio e recursos humanos inadequados. A 8ª CNS em 1986 ficou marcada pela gênese do movimento da Saúde Bucal Coletiva (SBC), que inspirado nas diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária defendeu um projeto contra-hegemônico no contexto político, ideológico e institucional para a odontologia do país (Moysés, 2013).

Ainda em 1986, mesmo com o claro posicionamento da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (CNSB, 1986), a qual fez parte do processo amplo da 8ª CNS, sobre a inserção no SUS através de um Programa Nacional de Saúde Bucal baseado nas diretrizes da área, com respeito aos três níveis de governo, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e enfoque na decisão municipal, a sucessão de

governos realizou ações e incentivos isolados relacionados à saúde bucal, não acatando a deliberação (Narvai; Frazão, 2008).

Como resultado dessa mobilização social e política do Movimento da Reforma Sanitária na época, foi criado o SUS com o compromisso do Estado Brasileiro com a Saúde Pública, formalizado nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, de 1988, onde se define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A porta de entrada do SUS é a APS. Em 1993 foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), com caráter de um programa seletivo e orientado a populações de risco, na tentativa de adequação do modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e integralidade das práticas, absorvendo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A constituição das equipes era de um médico “generalista”, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde que se responsabilizariam pela atenção de aproximadamente 4.500 pessoas de uma área adscrita. O caráter focalizado do PSF foi questionado e então, em 1997, o Programa Saúde da Família foi caracterizado como estratégia não somente para APS como também para todo o modelo de atenção em saúde no país: Estratégia Saúde da Família (ESF) (Conill, 2002; Luppi *et al.*, 2011; Escorel *et al.*, 2007; OPAS, 2018).

Com a criação da ESF, o SUS avançou na cobertura universal em saúde, fortalecendo a APS brasileira ao produzir redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis, além de ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista socio sanitário (OPAS, 2018).

Starfield (2002) entende a atenção primária como a base que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos, sejam básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Sistemas de saúde mostram-se mais adequados quando baseados em uma forte orientação para APS 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 visto que favorecem a promoção de saúde e prevenção das doenças (Mendes, 2011).

Nesse período, aconteceu a 2ª CNSB de 1993, na qual a saúde bucal como direito de cidadania foi tema central, diagnosticando a atuação estatal na área até então como “iatrogênica, excludente e ineficaz”, responsabilizando os governantes pela falta de compromisso social. Apesar das estratégias políticas para a saúde bucal definidas, pouco se avançou na década de 1990 sob o ponto de vista da implementação de práticas inovadoras no setor público (Moysés, 2013).

Os resultados dessa exclusão assistencial na área de saúde bucal podem ser diagnosticados na Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD). Realizada pelo IBGE em 1998, a PNAD indicou que 29,6 milhões (18,7%) dos brasileiros, nunca tinham ido ao dentista, aumentando para 32% essa proporção na área rural, o que corresponde a 10,3 milhões de pessoas. Além disso, para pessoas que ganhavam até um salário-mínimo, o número de pessoas que nunca tiveram assistência odontológica era nove vezes maior do que as que ganhavam mais de 20 salários-mínimos (IBGE, 1998).

Isso exemplifica o que Narvai (2006) denominou como “odontologia de mercado”, a saber, uma prática hegemônica no século XX no país que resultou de um arranjo societário que privilegiou a esfera privada na formação e na prática profissional, limitando para uma elite econômica, que poderia arcar com os custos, o acesso aos serviços odontológicos. As práticas sociais não podem ser analisadas independentes do contexto amplo e conjuntural na qual estão inseridas, as condições sócio-históricas favoreceram essa opção.

A resposta estatal ao diagnóstico da PNAD veio anos depois, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444 em 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), um marco importante para a saúde bucal no SUS, visto que estabeleceu incentivos financeiros para a inserção de ESB na ESF, sendo posteriormente regulamentada pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprovou as diretrizes para a inclusão da saúde bucal na ESF (Brasil, 2001).

Todavia, foi preciso que houvesse um momento de mudança de posicionamento do Estado para que a saúde bucal passasse a ocupar destaque e priorização na agenda do governo. Isso se deu com o início do primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006). O Programa Brasil Sorridente foi criado como uma expressão da política subsetorial consubstanciada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (Narvai; Frazão, 2008; Brasil, 2004).

Na apresentação das “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, de janeiro de 2004, destaca-se que as diretrizes propostas são um eixo político básico para reorientar as concepções e práticas no campo da saúde bucal, que resultam de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e das proposições colocadas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva da última década, além do alinhamento quanto às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da 1ª e 2ª CNSB. Em agosto do mesmo ano, após dez anos da 2ª CNSB, foi realizada a 3ª CNSB em que o tema central foi “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”, evento importante no processo de debate para consolidar as propostas definidas e reorientar outras. O relatório final da 3ª CNSB trazia proposições voltadas ao cuidado em saúde bucal das PcD, com enfoque na educação em saúde, acessibilidade, atendimento domiciliar, capacitações profissionais para garantir o acesso ao atendimento odontológico em diferentes níveis de complexidade (Brasil, 2004).

A PNSB foi um avanço no cuidado integral no SUS, com linhas de financiamento específicas pelo governo federal na indução do aumento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados. A estruturação dos serviços sob a lógica de RAS é favorecida no desenho da PNSB. As principais linhas de ação dessa Política são: a reorganização da APS (especialmente por meio das ESB da ESF, da Atenção Especializada ambulatorial (por meio da implantação de CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e Hospitalar, a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal. A fluoretação das águas é uma mudança coletiva importante que tem sido associada à redução da prevalência de cárie no Brasil em crianças de 12 anos de idade, observada no último levantamento epidemiológico em 2010. Por essas e outras ações, pode-se considerar o Brasil Sorridente a maior política pública de saúde bucal do mundo. (Brasil, 2004; Brasil, 2018; Narvai *et al.*, 2014; Carrer *et al.*, 2019).

Durante seus 10 primeiros anos, mais de US\$2,6 bilhões foram investidos em diversas áreas que incluem estudos científicos e capacitação de membros da equipe de saúde bucal. Nesse período, a quantidade de ESB cresceu 445%. Há pelo menos uma equipe de saúde bucal em 89,5% das cidades brasileiras, que atuam tanto clinicamente como também em ações comunitárias (educação em saúde, aplicação de flúor, escovação supervisionada). As conquistas da PNSB podem ser vistas por três perspectivas diversas: 1) Evolução dos indicadores epidemiológicos de saúde

bucal; 2) Evolução dos investimentos financeiros e do desenvolvimento profissional; e 3) Construção de uma rede de saúde bucal (Pucca *et al.*, 2015).

Para além da expansão de serviços, essa nova proposta da saúde bucal, inserida e articulada no SUS por meio da PNSB tem a intencionalidade de superar o modelo tradicional historicamente hegemônico de uma profissão que atua no setor privado, com baixa cobertura (excludente, ineficiente e ineficaz), em um modelo individual, curativista e sem compromisso com a saúde bucal dos brasileiros. Todavia, essa nova demanda impôs aos profissionais do serviço uma “desprogramação” das práticas, para atuar com ações que fortaleçam o coletivo, a atenção primária e, sobretudo o trabalho na perspectiva de RAS (Lucena *et al.*, 2011; Rendeiro, 2011; Carrer *et al.*, 2019).

A organização de uma rede de atenção em saúde bucal (RASB) aponta uma solução abrangente tanto para a gestão, quanto para o processo de trabalho dos profissionais, favorece a integração e articulação dos pontos de atenção em saúde bucal, no sentido da oferta de uma atenção contínua e integral ao usuário (Godoi; Mello; Caetano, 2014). Embora não seja elencada como uma rede temática, esta Tese entende que a RASB se configura como uma rede assistencial, por abranger todos os elementos constitutivos de uma RAS, com uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde definidos (Mendes, 2011).

A RASB tem maiores possibilidades de responder às aspirações e às necessidades individuais e coletivas, reparando a fracionada e insuficiente atuação histórica do Estado no campo da saúde bucal coletiva. No âmbito da assistência individual, a rede progressiva de cuidados à saúde bucal indica nos marcos legais o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência para diversas especialidades. Na abordagem coletiva e de prevenção de agravos em saúde bucal, destaca-se os investimentos intersetoriais, como acesso a água tratada e fluoretada, além do enfrentamento das iniquidades sanitárias advindas da determinação social do processo saúde-doença (Mello *et al.*, 2014).

Segundo Mello *et al.* (2014), existem três premissas vinculadas à funcionalidade da RASB. A primeira diz respeito à saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde que influencia o bem-estar das pessoas; a segunda remete à valorização da Odontologia, enquanto profissão interessada nas questões referentes ao processo saúde-doença bucal na população; e a terceira, seria o entendimento da

inserção dos profissionais da saúde bucal de maneira definitiva, como parte integrante do sistema público, em equipe de saúde que trabalha sob bases interdisciplinares.

Na estrutura operacional da RASB, a APS é o nó intercambiador e centro de comunicação das RAS, que por meio das ESB coordenam os fluxos e contrafluxos dos usuários no sistema de atenção à saúde. A RASB pode ser organizada no âmbito local, distrital, municipal ou regional e ser constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), CEO, Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Farmácias, Centros/Unidades de Assistência Hospitalar ou de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) ou que sejam referência para o atendimento odontológico sob anestesia geral (Brasil, 2018).

Fazem parte da estrutura operacional da RAS os sistemas de apoio e logísticos. Os sistemas de apoio são lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção nos campos de assistência farmacêutica, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e dos sistemas de informação em saúde (Mendes, 2011). Na saúde bucal, incluímos aqui os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, por meio de laboratórios próprios e conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e os LRPD, Unidades Odontológicas Móveis, a Teleodontologia e o apoio farmacêutico que contemple a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade em saúde bucal (Carrer, 2019). Já os serviços transversais à rede, que prestam suporte a toda estrutura da RAS, disponibilizando serviços em todos os níveis de complexidade são os sistemas logísticos (Mendes, 2011). Destacamos cartão SUS, prontuário clínico eletrônico e integrado como forma de otimizar a articulação entre os pontos de atenção, sistema de acesso regulado, sistema de transporte em saúde, formulários de referência e contrarreferência. Quanto aos sistemas de governança, deve-se procurar por consensos na estruturação da rede e que assuntos referentes à organização da RASB se façam presentes em planos municipais de saúde e pautas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) (Brasil, 2018).

O Brasil Sorridente tem estabelecido progressivas articulações transversais em ações dentro e fora do Ministério da Saúde na busca do enfrentamento das iniquidades e melhoria do acesso para populações em situação de vulnerabilidade (Moysés, 2013; Carrer *et al.*, 2019). Por meio dessas ações, a política de saúde bucal se articula à linha de cuidado à PcD, compartilhando responsabilidade em todos os níveis de atenção. No Eixo Atenção à Saúde do Plano Viver sem Limites foram

estipuladas metas até 2014 e no que diz respeito à Atenção Odontológica foi estabelecida como meta: a qualificação de 420 CEO para atender às PcD; a adequação física e aquisição de equipamentos para 27 centros cirúrgicos em hospitais gerais; qualificação de seis mil profissionais de saúde bucal para atendimento de PcD (Brasil, 2014).

A política "Brasil Sorridente" é amplamente reconhecida como a iniciativa mais relevante em saúde bucal com abrangência nacional no Brasil, devido ao seu impacto significativo na reestruturação do modelo de atenção odontológica. O programa promoveu avanços substanciais, destacando-se pela integração da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e pela implementação dos CEO, que ampliaram significativamente o acesso da população aos serviços de média complexidade, superando a restrição anterior da odontologia pública ao nível de atenção básica no SUS (Narvai, 2020).

Todavia, nos seus mais de 20 anos, a PNSB enfrentou cenários bastante complexos nas alternâncias no governo federal, principalmente quanto ao financiamento. Um elemento crucial desta política é a sua estreita vinculação com o conjunto de políticas sociais implementadas pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que idealizou e concretizou o programa. A partir de 2016, com a destituição de Dilma Rousseff, o financiamento da PNSB sofreu uma redução drástica sob o governo de Michel Temer, o que resultou em um recuo expressivo nos recursos alocados, com valores em 2018 menores que a média do período 1998-2002, anterior à criação do "Brasil Sorridente" (Narvai, 2020). Além disso, em um cenário crítico de desmonte, veio a retirada da obrigatoriedade dos municípios de executarem esse programa com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017).

Em 2018, com a eleição de um partido de extrema-direita, houve um avanço de políticas neoliberais, incluindo a privatização de empresas estatais e a redução significativa do orçamento destinado às políticas sociais, intensificou o desmonte das políticas públicas no Brasil. Este cenário impactou negativamente programas como a RCPD e a PNSB (Carneiro; Bousquat; Frazão, 2022). Os recursos para 2019 e 2022 tiveram uma estimativa de alocação similar ao que foi investido durante o auge do "Brasil Sorridente". No entanto, houve uma expansão massiva da infraestrutura e da equipe durante o período de 2003 a 2019 o que requer um investimento adicional maior para sustentar essas melhorias (Capel, 2020).

Com a reeleição de Luiz Inácio Lula da Silva (2023-2026), a saúde bucal participa da reconstrução das políticas sociais do país com grande destaque. A Lei nº 14.572, aprovada em maio de 2023, altera a Lei nº 8.080 e inclui a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Com isso, estabelece o atendimento odontológico como um direito fundamental, garantindo sua obrigatoriedade por meio do acesso universal, equitativo e contínuo a todas as pessoas no Brasil. Com isso, após 20 anos de sua implementação, a PNSB solidificou-se como uma política de Estado. Dessa forma, a prestação desses serviços deve ser assegurada de forma contínua, sem possibilidade de interrupção ou não priorização por parte dos gestores federais, estaduais ou municipais (Brasil, 2023).

Nesse período, segundo divulgação do Ministério da Saúde, foram realizadas uma série de ações de expansão do atendimento odontológico em todo o país, com credenciamento de aproximadamente 3,7 mil novas equipes de saúde bucal e 630 novos serviços e unidades de atendimento. A meta é alcançar 59,7 mil equipes até o final de 2026, garantindo que a assistência odontológica seja amplamente acessível. Com isso, o total de pessoas cobertas pelo programa chega a 111,6 milhões, com 33,3 mil equipes atuando e 5,6 mil serviços em funcionamento em todo o território nacional. Além disso, 805 municípios foram contemplados com novos serviços e equipes de saúde bucal, sendo que 85 receberão equipes de saúde bucal pela primeira vez. Também foram credenciados 19 novos CEO, 552 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e 10 novas unidades odontológicas móveis (Brasil, 2023).

A literatura demonstra os desafios e avanços na implementação da PNSB. Os desafios não são exclusivos da odontologia, mas refletem dificuldades comuns às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os avanços têm se concentrado em áreas como educação permanente, acolhimento e fortalecimento do vínculo com os usuários. Contudo, persistem desafios significativos, incluindo a busca pela integralidade do cuidado, a qualificação da assistência, o trabalho integrado em equipe, as condições de trabalho, e a efetivação de ações intersetoriais. Embora o cenário normativo tenha evoluído, as transformações no trabalho em saúde bucal ainda são tímidas, com uma tendência à reprodução do modelo biomédico tradicional. Para superar essas limitações, é fundamental um esforço contínuo na gestão do trabalho, na formação e na educação permanente dos profissionais, com o objetivo de promover um entendimento mais profundo da dinâmica do trabalho em saúde e de

impulsionar mudanças significativas nas práticas, adaptadas às realidades locais (Scherer; Scherer, 2015).

Os tópicos a seguir abordam a organização do cuidado na RASB voltado às PcD e as normativas e contextos da integração com a RCPD.

3.4.1 Atenção Primária à Saúde

O acesso da PcD ao SUS deve acontecer como ocorre para todo e qualquer usuário, ou seja, por meio da APS (Brasil, 2018). As necessidades de saúde bucal da maioria dos usuários com deficiência são perfeitamente solucionáveis no âmbito da APS, desde que as UBS sejam acessíveis e as equipes tenham capacitação (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a atenção básica (equivalente à APS) como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. A APS conta com elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, sendo responsável por resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, inclusive no cuidado às PcD. Por isso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão próximas de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenhando um papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população (Brasil, 2017).

Os profissionais de saúde bucal que fazem parte das equipes de Saúde da Família podem organizar-se nas seguintes modalidades: · Modalidade I - dois profissionais: CD + ASB ou TSB; Modalidade II - três profissionais: CD + TSB + ASB ou TSB) e Modalidade III - profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel. Sendo que para cada modalidade é destinado um quantitativo específico de recursos do Ministério da Saúde (Brasil, 2018).

O Caderno de Atenção Básica 17 - Saúde Bucal - ressalta que as ESB devem atuar com base em um rigoroso trabalho em equipe, realizar o cuidado às PcD com níveis crescentes de complexidade (Brasil, 2006). Os serviços também precisam organizar-se para garantir atendimento prioritário no âmbito da APS, visto que é um campo estratégico na ótica da inclusão e dos direitos de cidadania da PcD (Brasil, 2018).

As mudanças no processo de trabalho na APS enfatizam a necessidade de um trabalho em equipe que se integre de forma matriciada com as equipes multiprofissionais, numa abordagem conjunta do território, levando em conta o

controle social e a melhoria do acesso aos serviços (Moysés, 2013). Para isso, destaca-se a necessidade de estabelecer protocolos, com definição dos cuidados em cada nível de atenção (considerando diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades), além da definição de critérios de encaminhamento e os fluxos de referência e contrarreferência.

A criação desses protocolos deve ser feita coletivamente, conciliando interesses de gestores e profissionais, por isso a presença de profissionais de saúde bucal na discussão regionalizadas nas instâncias que agregam poder decisório é fundamental (Mello *et al.*, 2014), também se faz necessário que as PcD façam parte do processo de implementação e desenho da rede de serviços, por meio dos conselhos de saúde, associações, dentre outras iniciativas a fim de pleitear a inclusão e acessibilidade.

Em 2018 a publicação do MS intitulada “A saúde bucal no Sistema Único de Saúde” sugere como a busca ativa para as PcD, no domicílio e na escola. Também ressalta a educação em saúde do sujeito e seus cuidadores. Se existir um bom acolhimento, as particularidades dos usuários forem respeitadas e o vínculo profissionais-pacientes for estabelecido, o atendimento clínico-odontológico poderá ser efetuado da forma clínica utilizada para os demais pacientes (Brasil, 2018).

O Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2019) oferece orientações aos profissionais de saúde bucal que atuam no SUS, para promover a qualificação da atenção odontológica a partir de estratégias para o manejo e o cuidado, de forma qualificada e segura, na lógica da integralidade e da humanização e de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas. Também foram abordadas nesse documento questões referentes a condições específicas, mais prevalentes nos consultórios odontológicos e que necessitam de controle e manejo especiais em relação às condutas odontológicas: deficiência intelectual, demência, Doença de Parkinson, paralisia cerebral, Síndrome de Down e Transtorno do Espectro do Autismo.

3.4.2 Atenção Especializada Ambulatorial

A Portaria nº 599/GM institui o acesso à atenção odontológica secundária no SUS, em 23 de março de 2006, criando o CEO. Os CEO são registrados no CNES como Clínicas Especializadas ou Ambulatórios de Especialidades. Para a implantação do CEO, o município deve possuir uma rede de APS organizada. Dependendo da estrutura, recurso de custeio e implantação, os CEO são caracterizados como Tipo I,

II, III, com produção mínima definida em cada tipo (Brasil, 2006). O CEO configura-se como um centro de especialidades e não de especialistas, não há obrigatoriedade dos profissionais que atuam nos CEO apresentarem o título de especialista.

Na publicação do Caderno de Atenção Básica nº17 - Saúde Bucal de 2006, ao abordar o tópico atenção à saúde bucal de PcD, menciona-se que, na impossibilidade do atendimento na ESF, o usuário deveria ser encaminhado à uma “Unidade de Referência” que seria responsável por “desenvolver procedimentos da atenção básica, com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada e fazer os encaminhamentos necessários para recondução na Unidade Básica ou, se necessário, a recomendação para tratamento sob anestesia geral” (Brasil, 2006).

Embora a elaboração de protocolos, com a definição dos cuidados em cada nível de atenção, bem como de critérios de encaminhamento e fluxos de referência e contrarreferência tenham sido definidos nesse documento, não houve um aprofundamento nessas questões no que se refere à atenção à saúde bucal da PcD (Brasil, 2006), dentre as recomendações sobre o perfil do paciente encaminhado ao CEO, destacaram-se:

- 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;
- 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;
- Outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento (Brasil, 2006).

Em 2008, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, para orientar critérios de referência e contrarreferência entre a ESF e os CEO, todavia a especialidade de OPNE, não foi abordada (Brasil, 2008). Isso só aconteceu na publicação “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2018), que pela primeira evidenciou em material do MS a especialidade OPNE, que inclui o atendimento especializado às PcD. No ano seguinte, a publicação do Guia de

Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2019), reforça os protocolos estabelecidos para o CEO.

Cabe ao cirurgião-dentista do CEO, responsável pelo tratamento da PcD, definir se o atendimento deve ser ambulatorial ou hospitalar, conforme o planejamento terapêutico individualizado, sendo de extrema importância a contrarreferência para a ESF, para o acompanhamento longitudinal, estabelecendo uma linha de cuidado integral. O profissional vinculado ao CEO também deve preconizar realizar o matriciamento para eSB da ESF, com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, ampliando a rede de atendimento e melhorando a qualidade dos serviços prestados à PcD (Brasil, 2019).

Os recursos para a implantação dos CEO provêm dos três níveis de governo, além do montante repassado pelo MS, cabe aos estados e municípios a contrapartida para que tenham o funcionamento viabilizado (Brasil, 2006).

No contexto da RCPD, a PNSB em seu componente especializado ambulatorial ganhou destaque, sendo a única Política a receber incentivo mensal do MS para apoiar a RCPD. A Portaria GM/MS 1.341, de 13 de junho de 2012, foi editada com o intuito de proporcionar atendimento integral e de qualidade às PcD e ampliar a oferta de serviços. Essa portaria definiu o CEO como parte da RCPD, com incentivo financeiro mensal, adicional, aos CEO que aderissem à essa Rede, aumentando em 20% o valor do custeio existente (Tabela 2) (Brasil, 2012).

Tabela 1 – Incentivos financeiros de custeio recebidos pelos CEO aderidos à RCPD.

Tipo de CEO	Nº de Equipos Odontológicos	Carga Horária mínima de atendimentos	Incentivo de implementação	Custeio mensal	Custeio mensal adicional (RCPD)
Tipo I	3	120 horas	R\$ 60.000,00	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00
Tipo II	4 a 6	160 horas	R\$ 75.000,00	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00
Tipo III	7 ou mais	280 horas	R\$120.000,00	R\$ 19.250,00	R\$ 3.850,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do MS (BRASIL, 2012).

São requisitos que condicionam o repasse adicional aos municípios:

- Disponibilizar 40 horas semanais de cadeira odontológica, no mínimo, para atendimento exclusivo das pessoas com deficiência;

- Realizar apoio matricial para as eSB da atenção básica de sua área de abrangência, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado.
- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para as pessoas com deficiência.
- Prover o CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência (BRASIL, 2012).

Em Santa Catarina, o Estado repassa recursos para o cofinanciamento dos CEO, independentemente do tipo, sendo para a implantação R\$21.000,00 (3 parcelas de R\$ 7.000,00) e no custeio mensal a participação estadual pode ser de 30% (sede) ou 50% (regionalizado) sobre o valor recebido do MS, conforme Deliberação nº 54 CIB, de 10 de abril de 2019 (Tabela 3) (SES/SC, 2019).

Tabela 2 – Cofinanciamento estadual de Santa Catarina aos CEO, 2019

Tipo de CEO	CEO municipal (30% do custeio federal) valor mensal	CEO regionalizado (50% do custeio federal) valor mensal
Tipo I	R\$ 2.475,00	R\$ 4.125,00
Tipo II	R\$ 3.300,00	R\$ 5.500,00
Tipo III	R\$ 5.775,00	R\$ 9.625,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados disponíveis em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/nucleos/nucleo-de-monitoramento-e-cofinanciamento/cofinanciamento-estadual/novo-cofinanciamento/7004-resumo-dos-recursos-do-isentivo-estadual/file>

Esses repasses foram atualizados em 2024, a Deliberação nº 54 CIB de 2019 foi revogada pela Deliberação nº 002 CIB, de 08 de fevereiro de 2024 (SES/SC, 2024), conforme Quadro 4 e Quadro 5 demonstra os valores referentes à 2019 e 2024:

Quadro 2 – Cofinanciamento estadual para equipes de Saúde Bucal e Centro de Especialidades Odontológicas, Santa Catarina, 2024.

RECURSO DE MANUTENÇÃO		
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (Modalidade I e II)	CEO MUNICIPAL (30% do valor do incentivo de custeio federal)	CEO REGIONALIZADO (50% do valor do incentivo de custeio federal)
R\$ 1.600,00	Tipo I – R\$ 2.900,00	Tipo I – R\$ 4.600,00
	Tipo II – R\$3.600,00.	Tipo II – R\$ 6.000, 00
	Tipo III – R\$ 6.500,00	Tipo III – R\$ 10.000,00

Fonte: Deliberação 02/CIB/2024.

Quadro 3 – Cofinanciamento estadual para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2019 e 2024.

FAIXA DE PRODUÇÃO	VALOR TOTAL POR FAIXA EM (considerando R\$ 41,37 por prótese) EM 2019	VALOR TOTAL POR FAIXA (considerando R\$ 45,58 por prótese) em 2024
1 a 10	R\$ 41,37 por número de prótese produzida	R\$ 45,58 por número de prótese produzida
11 a 20	R\$ 827,44	R\$ 911,63
21 a 50	R\$ 2.068,60	R\$ 2.279,06
51 a 80	R\$ 3.309,76	R\$ 3.646,50
81 a 120	R\$ 4.964,64	R\$ 5.469,75
Acima de 120	R\$ 41,37 por número de prótese produzida	R\$ 45,58 por número de prótese produzida

Fonte: Deliberação 054/CIB/2019 e 002/CIB/2024.

Em 2019 estavam em funcionamento 49 CEO, 3 CEO em fase de implantação, 3 CEO aguardando alteração do tipo de CEO, constando ainda 21 municípios sem acesso sistemático a odontologia especializada (SES/SC, 2019). Em 2024, segundo atualização do documento Linha de Cuidado em Saúde Bucal do estado, são 58 CEO em funcionamento, sendo que 32 aderiram à RCPD. Na RSGF totalizam 9 CEO, sendo que desses, apenas 3 têm adesão à RCPD (Tabela 4):

Tabela 3 - Centro de Especialidades Odontológicas na Região de Saúde da Grande Florianópolis e incentivos financeiros, Secretaria de Estado de Santa Catarina, 2024.

MUNICÍPIO	TIPO	MUNICÍPIOS ATENDIDOS	INCENTIVO FINANCEIRO FEDERAL			COFINANCIAMENTO ESTADUAL	
			Custeio mensal MS	PMAQ -CEO	Adesão RCPD	Municipal	Regional
Biguaçu	1	Biguaçu; Antônio Carlos; Governador Celso Ramos	R\$ 23.100,00	SIM			R\$ 4.600,00
Florianópolis (Centro)	1	Florianópolis	R\$ 23.100,00	SIM		R\$ 2.900,00	
Florianópolis (Continente)	2	Florianópolis	R\$ 30.800,00	SIM	R\$ 6.160,00	R\$ 3.600,00	
Palhoça	1	Palhoça	R\$ 23.100,00	SIM	R\$ 4.620,00	R\$ 2.900,00	
Rancho Queimado	1	Alfredo Wagner; Angelina; Anitápolis; Rancho Queimado	R\$ 23.100,00				R\$ 4.600,00

Santo Amaro da Imperatriz	1	Santo Amaro da Imperatriz; Águas Mornas; São Bonifácio	R\$ 23.100,00	SIM	R\$ 4.620,00		R\$ 4.600,00
São José (Barreiros)	2	São José; São Pedro de Alcântara	R\$ 30.800,00	SIM			R\$ 6.000,0
São José (Forquilha)	1	São José	R\$ 23.100,00	NÃO		R\$ 2.900,00	
Tijucas	1	Tijucas; Canelinha; São João Batista	R\$ 23.100,00	SIM			R\$ 4.600,0

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados disponíveis em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/nucleos/nucleo-de-saude-bucal/saude-bucal/area-tecnica/ceo-1/6472-ceo-de-santa-catarina/file>

O CEO de Imbituba atende os usuários de Garopaba que são da RSGF; o mesmo acontece no CEO de Ituporanga atende Major Gercino. Nova Trento e Paulo Lopes não tem referência de CEO pactuada (SES/SC, 2024).

Quanto ao cuidado em saúde bucal da PcD no âmbito da atenção especializada ambulatorial, alguns estudos buscaram traçar o perfil dos pacientes atendidos na especialidade OPNE nos CEO do país. (Santos *et al.*, 2014; Moraes Junior *et al.*, 2019). No contexto da RCPD, um estudo evidenciou que dos 133 CEO atuando nas capitais brasileiras, apenas 79 aderiram à RCPD. A região Centro-Oeste foi a que apresentou a maior oferta de atendimento a PNE nos CEO (87,5%), e a região Sul, a menor (11,1%). Foi enfatizada a necessidade de ampliação do número de CEO que atendam a PNE com vistas à integralidade em saúde bucal (Moraes Junior *et al.*, 2018).

Outro estudo utilizando dados do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) avaliou 932 CEO. A distribuição dos CEO mostrou uma concentração nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (36,2%), enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste tinham cerca de 6% cada, e a região Sul, 12,4%. Quanto ao atendimento a PNE, 89,9% dos CEO ofereciam o serviço, 30,4% tinham acessibilidade física, e 59,7% possuíam referência para atendimento hospitalar. A maioria dos usuários chegava ao CEO com documento de referência (73,4%), e 57,5% tinham protocolos de encaminhamento UBS-CEO definidos. Embora a maioria dos CEO garantisse tratamento completo, apenas um terço oferecia 40 horas semanais de atendimento clínico a PNE (Condessa *et al.*, 2020).

3.4.3 Atenção Especializada Hospitalar

A atenção especializada hospitalar é definida pelo MS como um “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” (Brasil, 2009, p.32).

Na publicação das Diretrizes da PNSB assinala-se a necessidade de expansão da rede assistencial de atenção hospitalar na saúde bucal frente a baixa capacidade de oferta de serviços, que não acompanhou a ampliação da oferta de serviços na ESF, comprometendo a definição de sistemas de referência e contrarreferência loco-regionais em saúde bucal (Brasil, 2004).

Mudanças no âmbito da assistência odontológica hospitalar começam a ocorrer a partir de 2005, com a publicação da Portaria MS/SAS nº 741, de 19 de dezembro, que considerou a inclusão da atenção odontológica na equipe multidisciplinar na Rede de Atenção Oncológica, no credenciamento de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). O apoio multidisciplinar da odontologia nesse contexto contemplaria atividades técnico-assistenciais a serem realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência. Sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS, a portaria informou em nota que a odontologia poderia ser realizada em serviços instalados fora da estrutura hospitalar da Unidade (Brasil, 2005).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde edita a Portaria MS/SAS nº743/2005, em 22 de dezembro, considerando introduzir no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde- SIH/SUS as mudanças nas Políticas Nacionais de Saúde. Quanto à emissão do laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar, definiu-se que esta ação “está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro(a) obstetra” (Brasil, 2005). Desde então, a emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo cirurgião-dentista (CD) passou a ser permitida.

Configurou-se uma novidade na atenção hospitalar o cirurgião-dentista não especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial poder realizar a assistência odontológica nesse contexto. Caso houvesse disponibilidade para AIH por parte do gestor local, o cirurgião-dentista poderia internar pacientes na rede hospitalar do SUS.

As mudanças gradativas culminaram na publicação da Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010, que trouxe um importante avanço com relação ao cuidado odontológico à PcD em âmbito hospitalar. Até então, o enfoque do atendimento odontológico hospitalar no SUS eram cirurgias relacionadas aos traumas, urgências, patologias bucais e reabilitação facial de malformações ou síndromes. Com essa portaria, o Ministério da Saúde incluiu o procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, para atendimento às PcD em hospitais. Os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passaram a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de Atenção Primária e Atenção Especializada em ambiente hospitalar. Instituiu-se na Tabela SUS o procedimento “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” código 04.14.02.041-3 que é definido como:

“Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais: consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional, que o impeçam de ser submetido a uma situação odontológica convencional.” (Brasil, 2010).

Posteriormente, a Nota Técnica nº 01/2014 estabeleceu que não só os procedimentos realizados PcD podem ser registrados e informados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) mas todos os realizados em ambiente hospitalar, independentemente do motivo que gerou a internação, alterando o que havia sido definido na Portaria 1.032/2010. Embora a alteração tenha permitido que todos os CID-10 passassem a ser utilizados no contexto hospitalar, permaneceu a necessidade de os procedimentos serem feitos sob anestesia geral ou sedação (Brasil, 2014). Essa medida garante, assim, os cuidados com a saúde bucal dos pacientes internados por diversos motivos e que necessitem de atenção odontológica (Brasil, 2018).

Também em 2014, foi revogada a Portaria MS/SAS 743/2005, pela Portaria MS/SAS nº 1.011, de 03 de outubro, que determinou que dentre o rol de profissionais competentes e responsáveis pelos laudos de autorização para internação hospitalar estão “Cirurgiões-dentistas nos casos de autorizações de procedimentos bucomaxilofaciais” e não mais apenas cirurgiões-dentistas sem especificação, como anteriormente (Brasil, 2014).

Com o objetivo de propor ações e estratégias sobre a Odontologia Hospitalar, no âmbito do SUS, foi criado um grupo de trabalho por meio da Portaria GM/MS no 1.023, de 23 de abril de 2018, que tem por objetivos:

- I – Avaliar e propor a revisão e criação de normas relativas à regulamentação da Odontologia Hospitalar;
- II – Orientar a criação da linha de cuidado do paciente que necessita de atendimento hospitalar e as diretrizes para sua organização na Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- III – Propor protocolos e diretrizes para a implementação da Odontologia Hospitalar;
- IV – Recomendar a incorporação, inclusão, exclusão e alteração de procedimentos odontológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados aos pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar no SUS.” (Brasil, 2018).

No âmbito da RCPD, referindo-se ao atendimento odontológico hospitalar, a Portaria MS/GM No 793/2012 ao instituir essa Rede no âmbito do SUS estabelece que ela deverá: “Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim” (Brasil, 2012, 2017).

Para viabilizar a assistência odontológica na atenção hospitalar, o Plano Viver sem Limite (Brasil, 2011) previu a provisão de equipamentos odontológicos, sendo três para cada estado, para os centros cirúrgicos de hospitais gerais. Para integrar a RCPD, foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde equipamentos essenciais, a saber: kit de peça de mão; aparelho de raios-X, aparelho de ultrassom, aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, cart odontológico portátil e compressor odontológico. Foram equipados 80 centros cirúrgicos no país em 72 municípios parte da atenção odontológica da RCPD nesse nível de atenção (DAB, 2020).

Na publicação da Linha de Cuidado de Saúde Bucal (LCSB), de 2019, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina informa que oito hospitais no estado pactuaram atendimento odontológico hospitalar à PCD, destacando que essa é uma “grande carência” no cuidado em saúde bucal dos catarinenses (SES/SC, 2019).

Essa demanda reprimida foi reconhecida e ganhou relevância no estado, culminando com a aprovação da Política Hospitalar Catarinense (PHC), pela Deliberação nº 231/CIB/2021. A PHC inclui hospitais referência para atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais, especialmente nos procedimentos que requerem anestesia ou sedação (procedimento 0414020413). A estratégia de indução por meio de repasse de recursos do orçamento estadual

elencou 53 hospitais em todas as Regiões de Saúde do Estado que podem aderir ao programa. O pedido deve ser formalizado com a assinatura da direção do hospital, do gestor municipal, e do presidente da CIR aprovado em reunião da CIB-SC. Após adesão, os hospitais recebem um incentivo mensal de R\$ 5.000,00 para custear ao menos 10 horas semanais de um cirurgião-dentista especializado em PNE. Devem oferecer no mínimo três vagas semanais reguladas para PNE encaminhados pela atenção primária e CEO. A produção será monitorada, quadrimestralmente, com possível suspensão do recurso caso os hospitais não cumpram os procedimentos estipulados (SES/SC, 2021).

Na RSGF foram elencados 6 hospitais: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani De São Thiago e Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis; Hospital Regional de Biguaçu Helmuth Nass, em Biguaçu; Hospital São José, em Tijucas; Hospital Nossa Senhora da Imaculado Conceição, em Nova Trento; e Hospital São Francisco, em Santo Amaro da Imperatriz. O total de incentivos para a saúde bucal previsto para o ano de 2021 foi de R\$230.000,00 considerando 46 hospitais em todo o estado (SES/SC, 2021).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e sua interface com o cuidado em saúde bucal, identificando lacunas e possibilidades para a formação de cirurgiões-dentistas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as dimensões política, organizacional e estrutural na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na perspectiva da gestão em saúde bucal na região de saúde da Grande Florianópolis;
- Identificar o estado da arte e estratégias pedagógicas para a formação do cirurgião-dentista consoante com a estruturação do cuidado à saúde bucal na RCPD.

5 MÉTODOS

5.1 NOTA METODOLÓGICA

Esta tese é parte integrante do macroprojeto multicêntrico de pesquisa intitulado “Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar”. O macroprojeto visa investigar como determinantes políticos, estruturais e organizacionais influenciam o grau de implementação da RCPD e sua integração com outras redes, como a RASB, na construção das regiões de saúde. Além disso, explora como as particularidades de diferentes contextos regionais se refletem na qualidade e acessibilidade do cuidado oferecido aos usuários.

A coleta de dados foi realizada em seis regiões de saúde brasileiras, escolhidas por suas distintas características socioeconômicas e diferenças na oferta de serviços de saúde: Baixada Cuiabana; Entorno Manaus e Alto Rio Negro; Grande Florianópolis; Salvador; São José do Rio Preto; e Freguesia do Ó/Brasilândia. Esta tese, em específico, está inserida no núcleo regional sul do macroprojeto e concentra-se na análise da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

A estrutura metodológica desta Tese está organizada em dois estudos e um relato de experiência, desenvolvidos de acordo com as demandas e lacunas identificadas ao longo do trabalho de campo. No **Estudo 1**, optou-se pelo método de estudo de caso para aprofundar a análise da implementação da RCPD na Região de Saúde da Grande Florianópolis. Como fontes de evidência, foram utilizados documentos oficiais e entrevistas semiestruturadas com gestores da RASB, coletadas no âmbito do macroprojeto. Esse estudo permitiu identificar aspectos políticos, organizacionais e estruturais que podem ser barreiras ou facilitadores na articulação da RCPD com RASB.

O **Estudo 2** surgiu da necessidade de explorar as lacunas na formação dos profissionais de odontologia no que tange ao cuidado de PcD. Para isso, foi conduzida uma revisão de escopo, visando mapear a extensão e o tipo de evidências disponíveis sobre o ensino de graduação em odontologia para o cuidado a essa população, tanto em contextos nacionais quanto internacionais. Este estudo buscou apontar caminhos para uma formação odontológica mais inclusiva e alinhada às necessidades de saúde pública.

Com base nas reflexões e resultados dos Estudos 1 e 2, elaboramos um **relato de experiência** sobre uma vivência extensionista, enquanto pós-graduanda, que complementa as discussões do Estudo 2 por meio da prática acadêmica de interação com a comunidade. Como desdobramento prático, desenvolvemos uma **produção técnica** — uma proposta de educação permanente — voltada ao aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da Atenção Primária, especialmente das equipes de saúde bucal do SUS, no cuidado às PcD, em alinhamento com os princípios das políticas públicas de saúde.

5.2 ESTUDO 1

5.2.1 *Tipo de estudo*

Trata-se de um estudo de caso com método qualitativo, considerado uma aproximação metodológica coerente com a complexidade do objeto de pesquisa. Pretende-se analisar as dimensões política, organizacional e estrutural na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na perspectiva da gestão da saúde bucal na Região de Saúde da Grande Florianópolis (RSGF).

O interesse da pesquisa qualitativa é responder questões que não podem ser quantificadas, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, com enfoque profundo na compreensão das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Considera que para estudar o fenômeno ou processo social, faz-se necessário investigar as determinações e transformações dadas pelos atores sociais (Minayo, 2001).

O estudo de caso caracteriza-se como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”, sendo capaz de contribuir de especial forma para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (Yin, 2005). Para que a análise científica seja passível ao uso do estudo de caso, o caso deve ser um sistema delimitado, integrado, unitário e multidimensional, representando um todo composto de diferentes particularidades (Stake, 2000). Os estudos de caso são escolhidos principalmente para responder questões de “como” e “por que”, em ambientes nos quais o pesquisador não tem controle sobre os acontecimentos (Yin, 2005).

Segundo Gil (2008) os estudos de casos podem ser utilizados tanto para pesquisas exploratórias quanto descritivas e explicativas, atingindo diferentes propósitos, tais como: explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação e explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

O estudo de caso requer um profundo e exaustivo aprofundamento de um ou de poucos objetos, permitindo um conhecimento amplo e detalhado (Gil, 2008). Para isso, utiliza várias fontes de evidência, que convergem em formato de triângulo, beneficiando-se de proposições teóricas prévias para orientar a coleta e a análise dos dados (Yin, 2005). Segundo Minayo (2013) na pesquisa qualitativa, os instrumentos de trabalho de campo permitem uma mediação entre o marco teórico-metodológico e a realidade empírica.

5.2.2 Campo de estudo

Os estudos de caso podem ser únicos ou múltiplos (Yin, 2005; Stake, 2000) destaca que o uso de múltiplos casos é mais comum nas pesquisas sociais por propiciar evidências contidas em diferentes contextos, contribuindo para uma pesquisa convincente e com dados robustos.

A RSGF, no Estado de Santa Catarina, foi escolhida como campo para esse estudo, por concentrar elementos suficientes para atingir os objetivos propostos, onde os pontos de atenção em saúde bucal compõem o objeto de um estudo de caso único (Yin, 2005). Entende-se região de saúde como um agrupamento de municípios limítrofes, com identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados que os delimitam, onde é possível integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

Foram definidas pela Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, 16 Regiões de Saúde, delineadas em 9 macrorregiões. A região de saúde da Grande Florianópolis está inserida na Macrorregião da Grande Florianópolis e é composta por 22 municípios, são eles: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio 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.

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Santa Catarina fundamenta-se na Portaria 399/GM de 22 de junho de 2006 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. No documento, a regionalização é considerada como um potencializador dos processos de pactuação e negociação entre os gestores, favorecendo o acesso, a promoção da equidade, da integralidade da atenção e a racionalização de gastos e otimização de recursos (SANTA CATARINA, 2018).

Em 2019, segundo o Plano Estadual de Saúde 2020-2023, Santa Catarina contava com 4 Serviços de Reabilitação Física, 6 em Reabilitação auditiva e um Serviço Especializado em Reabilitação Visual. Além disso, para a reabilitação intelectual, o Estado conta com cinco CER II habilitados e 123 serviços, na sua maioria nas APAE contratualizadas (SANTA CATARINA, 2019).

Segundo dados do Censo de 2010, dos 1.012.233 habitantes da região de saúde da Grande Florianópolis, 20,85% relataram ter algum tipo de dificuldade ou deficiência, seja está auditiva, motora, visual ou intelectual. Além do porte populacional, a região conta com serviços municipais de especialidades com ações de reabilitação do usuário, um importante gama de serviços filantrópicos contratualizados com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) da região e com a Secretária Estadual de Saúde (SES). Por fim é uma região formadora de recursos humanos (RH) de saúde, com universidades, faculdades e cursos de residência em medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família.

5.2.3 Coleta de dados

Gil (2009) destaca que a dificuldade da coleta de dados no estudo de caso é maior do que em outros tipos de pesquisa, visto que requer mais de uma técnica, como pressuposto. Segundo Yin (2005), buscar evidências com diferentes procedimentos qualifica e torna mais acurado os resultados obtidos pela convergência ou divergência das informações coletadas, obedecendo a um estilo corroborativo de pesquisa e diminuindo a subordinação do estudo à subjetividade do pesquisador.

Os dados foram coletados no âmbito do macroprojeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar” (MS-SCTIE-DECIT/CNPQ nº 442801/2018-1).

O estudo de caso foi estruturado utilizando duas fontes de evidências distintas: análise documental e entrevistas semiestruturadas.

5.2.3.1 Análise documental

Segundo Yin (2001) o uso de documentos no estudo de caso valoriza as evidências geradas de outras fontes, podem ajudar o pesquisador a corroborar ou contradizer algum dado prévio, fazer inferências, refletir para quais objetivos e públicos a comunicação buscaram atingir. Flick (2009) expõe que é fundamental na análise de documentos que haja compreensão interpretativa do texto, para que as inferências sejam válidas e se possam compreender casos específicos, por meio da reconstrução do caso.

Cellard (2008) ressalta que por intermédio do documento, pode-se ter um corte longitudinal que propicia a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas etc., bem como o de sua gênese até os nossos dias. Além disso, na análise documental o pesquisador tem menos influência no conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos. Todavia é crucial o olhar crítico do pesquisador sobre a documentação que se pretende analisar. À avaliação crítica se aplicam cinco dimensões: o contexto da produção do documento; o autor ou os autores, ter uma boa idéia da identidade, interesses e dos motivos que a levaram a escrever; a autenticidade e a confiabilidade, assegurar-se da qualidade da informação transmitida; a natureza do texto e os conceitos-chave e a lógica interna do texto.

Busca-se analisar as dimensões política, organizacional e estrutural na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na perspectiva da gestão em saúde bucal na região de saúde da Grande Florianópolis. Foram utilizadas atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), entre janeiro de 2011 e junho de 2019. O início do recorte temporal justifica-se pela possibilidade de compreender como se deram as discussões no período que antecedeu a implementação da RCPD no Estado e na região da Grande Florianópolis. Também foram incluídos documentos e normativas relativas aos pontos de atenção à saúde bucal e regionalização em Santa Catarina, como: a publicação Linha de Cuidado em Saúde Bucal de 2019 e 2022; (SES, 2019, 2022); a Política Hospitalar Catarinense (SES, 2021) e o Plano Diretor de Regionalização (SES, 2021).

5.2.3.3 Entrevistas semiestruturadas

Minayo (2001) destaca que a pesquisa qualitativa não utiliza o critério numérico para a representatividade, mas busca quais atores sociais têm uma vinculação mais significativa com o problema investigado e que favoreçam a compreensão de suas múltiplas dimensões. Como meio de coleta de dados, a entrevista busca evidências nas falas dos atores sociais, enquanto sujeitos-objeto que vivenciam a realidade pesquisada.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que são um tipo de entrevista com perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado tem liberdade para se posicionar sobre o tema (Minayo, 2013), com a coordenação estadual de saúde bucal, coordenações municipais de saúde bucal dos municípios de Florianópolis e Nova Trento e coordenação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Florianópolis, selecionados intencionalmente. As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2020 a abril de 2021 de maneira remota, gravadas com o consentimento do entrevistado. As entrevistas foram realizadas e transcritas por um grupo de pesquisadores participantes do macroprojeto, previamente treinados, que participaram da elaboração dos roteiros de entrevista a partir do referencial de Viana *et al.* (2017).

5.2.4 Análise dos dados

Para analisar os dados, foi adotada a técnica de Análise Temática conforme descrita por Minayo (2014). Este método tem como objetivo identificar os núcleos de significado dentro da comunicação, conferindo sentido ao objeto de estudo. A presença de temas na análise dos significados destaca estruturas de relevância, valores de referência e padrões de comportamento manifestos nos discursos.

Foram definidas categorias *à priori*, buscando uma aproximação teórica com o estudo de Viana *et al.* (2017) que destacou três dimensões (política, organização e estrutura), caracterizadas segundo fatores condicionantes da regionalização: (1) Política, identificando como a atenção à saúde bucal na RCPD é referida nos espaços de atuação, negociação e conflito na região; quais são os atores protagonistas nos processos e fluxos decisórios na condução da política; e as funções exercidas pelas instituições nas decisões sobre os serviços de saúde bucal relacionados à RCPD; (2) Organização, caracterizando o planejamento, a gestão, a integração sistêmica entre os serviços de saúde bucal na RCPD, a regulação, os instrumentos de monitoramento e avaliação; (3) Estrutura, traduzindo a disponibilidade e a suficiência de recursos humanos, físicos, financeiros, readequação do espaço físico das Unidades Básicas

de Saúde (UBS) e seu entorno, e transporte sanitário relacionados ao cuidado em saúde bucal no âmbito da RCPD.

A Análise Temática compreende três etapas principais: 1) Pré-análise, que, ao examinar o material coletado, revisita as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa. Esta etapa inclui a seleção dos documentos a serem analisados e uma leitura minuciosa e abrangente das comunicações, organizando o material e constituindo um corpus de análise que permite a formulação de hipóteses e objetivos; 2) Exploração do Material, onde ocorre a codificação do conteúdo para identificar os núcleos de compreensão do texto; e 3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, que utiliza o referencial teórico inicial para propor inferências e interpretações, ou para identificar novas dimensões emergentes da análise (Minayo, 2014).

5.2.5 Considerações Éticas

O estudo faz parte da pesquisa “Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar” coordenada pela Profa Dra. Aylene Bousquat da Faculdade de Saúde Pública — USP e financiada pelo Decit/CNPq através do edital Nº 35/2018. O projeto de pesquisa foi submetido, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob parecer número 3.982.543 (Anexo 1).

5.3 ESTUDO 2

5.3.1 Tipo de estudo

O estudo foi delineado como uma revisão de escopo (scoping study ou scoping review) e pretendeu responder à seguinte questão norteadora: “Como é relatada a formação do cirurgião-dentista para a estruturação do cuidado em saúde bucal na RCPD?”.

O método de revisão recomendado pelo Instituto Joanna Briggs (2015) junto a Extensão PRISMA para revisões (Tricco *et al.*, 2018) foi utilizado para guiar os revisores nesse processo. As revisões de escopo viabilizam, por meio de um método rigoroso e transparente, uma visão ampliada sobre determinado tema, mapeando conceitos e teorias fundamentais de uma área de conhecimento, além de contribuir no exame quanto à extensão, alcance e natureza das investigações, sumarização de resultados e identificação de lacunas de conhecimento existentes para estudos posteriores (Briggs, 2015).

A revisão de escopo tem tido destaque na área das ciências da saúde, com avanços metodológicos recentes. Esse tipo de revisão diferencia-se da revisão sistemática, por não ter uma pergunta de pesquisa altamente específica e desenhos de estudos com elevada qualidade metodológica, também se distingue da revisão narrativa da literatura por requerer uma reinterpretação analítica da literatura. A abordagem aqui utilizada pretende identificar sistematicamente o estado da arte a respeito de um tema sem hierarquia de evidências, ao invés de “buscar apenas as melhores evidências disponíveis para responder uma pergunta particular relacionadas à política e prática” (Briggs, 2015).

A estrutura dessa revisão utilizou o arcabouço metodológico proposto por estudiosos do Instituto Joanna Briggs, Arksey e O'Malley, Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) e por Peters e colaboradores (2015), adaptados para os objetivos dessa pesquisa, em seis etapas principais: 1) identificação da questão e objetivo de pesquisa; 2) identificação de fontes de evidências relevantes, que viabilizassem a amplitude e abrangência dos propósitos da revisão; 3) seleção de estudo, conforme os critérios predefinidos; 4) mapeamento de dados; 5) sumarização dos resultados, por meio de uma análise temática qualitativa em relação ao objetivo e pergunta; 6) apresentação dos resultados, identificando as implicações para política, prática ou pesquisa.

5.3.2 Estratégia de busca

Para a formulação da pergunta de pesquisa, adotou-se a estratégia Population, Concept e Context (PCC) para revisões de escopo (BRIGGS, 2015). Definiu-se P - cirurgiões-dentistas, C- cuidado às PcD e C - formação odontológica, sendo estabelecida a seguinte questão norteadora: “Como é relatada a formação do cirurgião-dentista para a estruturação do cuidado em saúde bucal na RCPD?”.

Para garantir a amplitude da estratégia sistemática de busca, foram utilizadas bases de dados educacionais e científicas, incluindo: MEDLINE (via Pubmed), Embase, BIOSIS, WEB of SCIENCE, Scopus, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual de Saúde, e ERIC (EducationResourcesInformation Centre) via First Search e Fonte de Odontologia e Ciências Bucais via (via plataforma EBSCO) de maneira simultânea e rigorosa por uma autora, limitando-se a artigos em inglês, espanhol e português, publicados entre janeiro de 2006 e março de 2023.

A estratégia de busca detalhada foi desenvolvida pelas autoras e por um bibliotecário especialista da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foram utilizados termos específicos do Medical Subject Headings (MeSH)/Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) para assegurar a acurácia, bem como palavras-chave, truncamento, operadores booleanos e funções de adjacências. Foram incluídos textos em inglês, espanhol e português.

5.3.3 Seleção das fontes de evidências

Esta revisão de escopo inclui estudos primários quantitativos ou qualitativos, que atenderam aos critérios de inclusão que envolveram como participantes, ou como sujeitos de interesse, cirurgiões-dentistas, como conceito o cuidado odontológico à PcD e os contextos de interesse foram quaisquer contextos relacionados ao ensino de odontologia.

Foram considerados critérios de exclusão: artigos que não tratam da formação do cirurgião-dentista para o cuidado às PcD, artigos nos quais o enfoque foi a educação em saúde do paciente.

A estratégia de busca foi realizada por dois pesquisadores identificando o total de estudos potencialmente relevantes. Um artigo foi identificado como relevante a partir da leitura do seu título e resumo; se uma decisão não puder ser tomada a partir desses elementos por questão de dúvidas ou incongruências, o artigo completo foi incluído até mais tarde a sistematização da revisão considerar sua relevância. Na sequência, três pesquisadores utilizaram a plataforma Rayyan QCRI¹⁷ para remover os artigos duplicados e avaliar a pertinência dos artigos. Esta plataforma online foi uma ferramenta de arquivamento para simplificar esta etapa para as pesquisadoras. As vantagens de utilizar a plataforma é que ela permite para cada revisor ler o título e resumo de cada estudo e optar por incluir, excluir, permanecer indeciso ou fazer um comentário sobre cada estudo. A ferramenta contribuiu para o cegamento entre os revisores, até que todos se reunissem para discutir seu nível de concordância quanto à inclusão ou exclusão de cada estudo, procurando minimizar vieses dessa triagem inicial. Foram excluídos artigos duplicados e que pela leitura do título e do resumo não atenderam aos critérios de inclusão.

5.3.4 Mapeamento dos dados

Os mesmos revisores separadamente fizeram a triagem a partir da leitura na íntegra das evidências incluídas até essa etapa. Conforme os dois estágios finais de Arksey e O'Malley, uma visão geral dos estudos incluídos foi desenvolvida. A decisão

sobre quais dados foram extraídos foi norteada a partir da pergunta de pesquisa e incluirá: autor(es), ano de publicação, título, periódico ou editora, tipo de estudo, localização, objetivo do estudo, conteúdo relacionado ao cuidado às PcD. Para garantir a confiabilidade da abordagem de extração de dados, inicialmente os dois revisores fizeram um teste com 10 artigos para calibração, comparando suas descobertas, identificando as diferenças e como abordá-las nos artigos subsequentes.

Uma vez que a leitura na íntegra dos artigos selecionados foi concluída, foram considerados o quantitativo de evidências que compuseram o escopo desta revisão. O fluxograma do processo de seleção das publicações desta revisão foi feito com base na recomendação Prisma.

5.3.5 Análise dos dados

Foram utilizadas abordagens quantitativas e qualitativas para sintetizar as informações coletadas durante o processo de mapeamento e codificação. Os países envolvidos, tipos de métodos, contagens totais da amostra compuseram o componente quantitativo. A análise temática das informações contidas nos artigos, segundo Braun e Clarke (2006), o componente qualitativo. Os dados extraídos foram indutivamente codificados em abordagem manual. Três pesquisadores fizeram uma discussão a respeito dos códigos, identificando os temas emergentes e lacunas do conhecimento ao longo da revisão. Os resultados dessa revisão de escopo foram apresentados em formato descritivo, a síntese temática dos dados por meio de tabelas, com a intenção de apresentar uma visão geral de todo o material, seguindo recomendações do Instituto Joanna Briggs (2015). O confronto com a literatura subsidiou a análise. Não foi necessária a apreciação por parte do Comitê de Ética, uma vez que se foram utilizados apenas dados secundários.

5.4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência da equipe extensionista (EE) da UFSC no Projeto de Extensão (PE) “Promoção da Saúde na Comunidade Escolar do Colégio Aplicação da UFSC”, com ênfase no cuidado interdisciplinar à saúde bucal realizado no Colégio de Aplicação (CA), voltado a estudantes do ensino fundamental com deficiência, no período de 2015 a 2023.

Esse recorte temporal justifica-se pela publicação da Proposta Pedagógica de Inclusão Educacional do CA em 2014 (UFSC, 2014), pelos impactos da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência de 2015 na Educação Especial, bem como

por coincidir com o tempo de atuação no PE dos autores deste relato, que contemplaram o cuidado voltado aos estudantes com deficiência.

O CA é uma instituição de Ensino Fundamental e Ensino Médio que foi fundada juntamente à UFSC no ano de 1961, e atende à comunidade do município de Florianópolis, em Santa Catarina, com uma política de ensino formada em práticas democráticas, multidisciplinar e inclusiva, inserida no contexto do Ensino, da Pesquisa e da Extensão (CA, 2024). O total de matriculados por ano é de aproximadamente mil alunos. O ingresso no CA ocorre por meio de sorteio de vagas, sendo prevista uma reserva de vaga de 5% do número de estudantes por série/ano para estudantes com Deficiência e Transtorno do Espectro Autista (TEA) (UFSC, 2022). Evidencia-se que a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva define o público-alvo da Educação Especial como: alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (Brasil, 2008b).

O PE aqui descrito teve início em 2000, a partir de pressupostos como a promoção da saúde com uma abordagem interdisciplinar e com foco na formação de multiplicadores das temáticas relacionadas à promoção da saúde bucal. O funcionamento do PE se dá em um consultório odontológico nas dependências do CA, que possibilita a realização de atendimentos clínicos odontológicos dentro do ambiente escolar. A Associação de Pais e Professores (APP) do CA é uma apoiadora e financia com recursos próprios a compra de insumos para os atendimentos, manutenção dos equipamentos e do espaço físico.

A EE a cada semestre foi composta por graduandos de Odontologia bolsistas e voluntários de fases iniciais do curso (de 2 a 4 alunos do 2º ao 4º semestre) e de fases finais (2 alunos de 9º e 10º semestre), por 1 mestrando e/ou 1 doutorando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e teve coordenação e supervisão direta de 3 docentes do departamento de Odontologia da UFSC. Participaram como apoiadores profissionais gestores e professores vinculados ao CA, em especial os professores auxiliares de Educação Especial.

A participação de graduandos em diferentes estágios de formação permite a divisão do plano de atividade em ações condizentes com o grau de experiência dos extensionistas. Os estudantes dos últimos semestres realizam tarefas como: exames epidemiológicos, revelação do biofilme dental, escovação supervisionada e atendimento clínico; já os graduandos das fases iniciais auxiliam nessas atividades e participam de atividades lúdicas, palestras, teatros, atividades interativas, gincanas,

experiências científicas e gamificação (Carcneri *et al.*, 2017; Peres *et al.*, 2022). Essas atividades são voltadas aos estudantes do ensino fundamental, incluindo aqueles com deficiência. No presente relato, buscamos trazer o enfoque sobre as adaptações dessas atividades conforme as necessidades dos estudantes da educação especial.

As atividades coletivas de educação em saúde são realizadas de forma interdisciplinar e envolveram a participação de cursos como Serviço Social, Enfermagem, Nutrição e Educação Física, a depender da temática, e adaptadas à faixa etária das turmas do ensino fundamental, ao longo do período de 2015 a 2023. Seu planejamento foi desenvolvido em reuniões periódicas entre a EE e professores do CA, nas quais as propostas de ação são discutidas e um cronograma de atividades é estabelecido (Carcneri *et al.*, 2017; Peres *et al.*, 2022).

O levantamento epidemiológico das necessidades de saúde bucal subsidiou a classificação de risco e a priorização dos atendimentos clínicos, com o objetivo de promover a equidade no acesso ao tratamento odontológico, realizados mediante autorização expressa pelas famílias responsáveis pelos estudantes do CA.

Considerando o caráter de relato de experiência, a metodologia adotada está em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 2016, que dispensa a avaliação pelo Comitê de Ética em trabalhos sobre atividades próprias do processo de ensino-aprendizagem, destinadas a desenvolver experiência na formação de estudantes.

6 RESULTADOS

6.1 ESTUDO 1

OBJETIVO ESPECÍFICO – Analisar as dimensões política, organizacional e estrutural na implementação da RCPD na perspectiva da gestão em saúde bucal na região de saúde da Grande Florianópolis.

Gestão da atenção à saúde bucal na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na região da Grande Florianópolis

RESUMO

Objetivou-se analisar as dimensões política, organizacional e estrutural na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) na perspectiva da gestão da atenção à saúde bucal na região de saúde da Grande Florianópolis (RSGF). Foi realizado um estudo de caso, qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, apoiado no referencial teórico de análise de políticas públicas. A coleta de dados reuniu duas fontes de evidências distintas: análise documental e entrevistas com quatro gestores de saúde bucal. A análise documental foi feita a partir das atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SC), no período entre janeiro de 2011 e dezembro de 2019. Foram realizadas entrevistas com a coordenação estadual de saúde bucal, coordenações de saúde bucal de um município de grande porte e outro de pequeno porte, e a coordenação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), selecionados intencionalmente, entre outubro de 2020 e abril de 2021. Foi realizada a análise temática dos dados com categorias definidas à priori, a partir de três dimensões dos processos de regionalização das redes de atenção à saúde (RAS): Política, Organização e Estrutura. Observou-se a falta de uma agenda política clara para a rede de atenção à saúde bucal (RASB) como rede regionalizada no estado nos espaços colegiados de Comissão Intergestores Regionais (CIR) e CIB pelos gestores, refletindo disparidades significativas na estrutura e organização dos serviços entre os municípios. Enquanto o município de grande porte mostrou maior capacidade de coordenação e oferta de serviços especializados no CEO, o município de pequeno porte enfrentou desafios que limitaram o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal. Esse contexto foi agravado pela pandemia de COVID-19, evidenciando a dificuldade de articulação política e fragilidades na governança dos serviços de saúde bucal na região. A análise revelou a necessidade de investimentos em mecanismos de acessibilidade, de incremento da força de trabalho em saúde bucal, de capacitação profissional, além de utilização de indicadores para monitorar as ações da APS. A atenção à saúde bucal, apesar de estar presente na implementação da RCPD, apresentou fragilidades políticas, estruturais e organizacionais nos pontos de atenção e nos espaços colegiados da RSGF, comprometendo a oferta de atendimento contínuo, integral e equânime à saúde bucal para pessoas com deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal; pessoa com deficiência; redes de atenção à saúde; assistência odontológica

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the political, organizational and structural dimensions of the implementation of the Care Network for People with Disabilities (CNPd) from the perspective of oral health care management in the Greater Florianópolis Health Region (GFHR). A qualitative, exploratory-descriptive case study was conducted, supported by the theoretical framework of public policy analysis. Data collection brought together two distinct sources of evidence: documentary analysis and interviews with four oral health managers. The documentary analysis was carried out based on the minutes of the meetings of the Bipartite Intermanagerial Commission (BIC-SC), between January 2011 and December 2019. Interviews were conducted with the state oral health coordination, oral health coordinations of a large and a small municipality, and the coordination of a Center for Dental Specialties (CDS), intentionally selected, between October 2020 and April 2021. Thematic analysis of the data was carried out with categories defined a priori, based on three dimensions of the regionalization processes of health care networks (HCN): Policy, Organization, and Structure. There was a lack of a clear political agenda for the RASB as a regionalized network in the state in the collegiate spaces of the Regional Intermanagerial Commission (RIC) and BIC by the managers. A lack of robust discussions was observed in the collegiate bodies of the Regional Intermanagerial Commission (CIR) and CIB by the managers, reflecting significant disparities in the structure and organization of services between the municipalities. While the large municipality showed greater capacity for coordination and provision of specialized services in the CEO, the small municipality faced challenges that limited access to and quality of oral health care. This context was aggravated by the COVID-19 pandemic, highlighting the difficulty of political articulation and weaknesses in the governance of oral health services in the region. The analysis revealed the need for investments in accessibility mechanisms, an increase in the oral health workforce and professional training, and the use of indicators to monitor PHC actions. Oral health care, despite being present in the implementation of the RCPD, presented political, structural and organizational weaknesses in the points of care and in the collegiate spaces of the RSGF, compromising the provision of continuous, comprehensive and equitable oral health care for people with disabilities.

KEYWORDS: Oral health; person with disabilities; health care networks; dental care

INTRODUÇÃO

A relevância das necessidades de saúde da pessoa com deficiência (PcD) tem crescido expressivamente nos domínios político e social nas últimas duas décadas em todo o mundo. No Brasil, mais de 18,6 milhões de pessoas têm deficiência, correspondendo a 8,9% da população de acordo com Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua) de 2022, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2022).

A PNAD revela desigualdades marcantes em termos de educação, trabalho e renda para essa população. Em 2022, a taxa de analfabetismo entre PcD foi de 19,5%, em contraste com 4,1% entre pessoas sem deficiência. A participação no mercado de

trabalho era de apenas 29,2% para PcDs, comparada a 66,4% para pessoas sem deficiência, com apenas uma em cada quatro PcD em idade ativa estando empregada. A renda média real também variou significativamente, sendo de R\$1.860 para PcD e R\$2.690 para o grupo sem deficiência, representando uma diferença de 30% (IBGE, 2022).

Essas desigualdades se estendem ao campo da saúde, onde as PcD apresentam maiores necessidades de saúde, que muitas vezes não são satisfeitas (Clemente *et al.*, 2022). A condição de saúde bucal, em particular, é um importante indicador de exclusão social. Populações vulneráveis, incluindo PcD, continuam a experimentar pior saúde bucal e acesso limitado aos serviços odontológicos em comparação com o restante da população, necessitando de políticas intersetoriais para enfrentar esse problema (Narvai; Frazão, 2008; Watt; Venturelli; Daly, 2019).

As PcD apresentam mais perdas dentárias, alta prevalência de cárie e doença periodontal, e dificuldades no controle do biofilme (WHO, 2011; Pini; Fröhlich; Rigo, 2016; Kisely, 2016; Silva *et al.*, 2017). Além disso, enfrentam barreiras físicas e comportamentais, alto custo de tratamento e a necessidade de melhor preparo dos profissionais para atendê-las (Haddad; Tagle; Passos, 2016; Rosa *et al.*, 2020).

Em 2006, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que estabeleceu um tratado internacional na busca pelos direitos humanos dessa população (WHO, 2011). O governo brasileiro ratificou a Convenção por meio do Decreto Legislativo no 186/08 em 2008, com status de emenda constitucional (Brasil, 2009; Brasil, 2016). A atuação interministerial nos anos seguintes resultou no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver Sem Limite em 2011 (Brasil, 2011) e a criação pelo Ministério da Saúde (MS) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria n.o 793 em 2012. Nesse período, o país iniciava o segundo ciclo político de organização do SUS (2000 até os dias atuais), caracterizado pela regionalização e pelo modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Viana *et al.*, 2018). As RAS visam enfrentar a fragmentação dos sistemas de saúde por meio de organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde com objetivos comuns, ações cooperativas e interdependentes, coordenadas pela atenção primária à saúde (APS) (Mendes, 2011).

A RCPD propõe diretrizes para o cuidado às PcD através da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, promovendo acesso qualificado e

equânime, capaz de acolher as diferenças e contornar desigualdades. Sua implementação requer articulação interfederativa e pactuações com participação dos entes estaduais e municipais em espaços colegiados de governança regional (Brasil, 2012). Assegurar o direito das PcD ao tratamento odontológico e ao cuidado integral é uma tarefa complexa que exige uma articulação virtuosa entre os diversos pontos de atenção da RCPD (Carneiro *et al.*, 2023).

A organização em Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) tem maiores possibilidades de reparar a atuação historicamente fragmentada e insuficiente do Estado na saúde bucal coletiva, tanto na gestão, quanto no processo de trabalho dos profissionais (Mello *et al.*, 2014; Godoi; Mello; Caetano, 2014). A integração e coordenação dos cuidados em saúde bucal, na perspectiva de redes, é fundamental para aumentar a acessibilidade das PcD e garantir a continuidade e multidisciplinaridade da gestão do usuário num determinado território, diminuindo barreiras de acesso aos serviços (Carneiro; Frazão, 2024).

A RCPD se articula com a RASB na APS, por meio das equipes de saúde bucal (ESB), e na atenção especializada, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), reconhecidos como pontos de atenção da RCPD (Brasil, 2012). A Portaria GM/MS 1.341 de 2012 definiu incentivos financeiros aos CEO que aderem à RCPD, com repasse adicional de 20% ao valor de custeio mensal do MS, sendo a única Política articulada à RCPD a receber incentivos dessa natureza. Além disso, a RCPD pretende ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequação física e aquisição de equipamentos para centros cirúrgicos em hospitais gerais e a qualificação de profissionais de saúde bucal para atendimento de PcD (Brasil, 2012).

Dois estudos de caso recentes sobre a RCPD no âmbito da saúde bucal (RCPD-SB) regionalizada destacaram o papel gestão. Um deles demonstrou que os percursos de implementação em duas regiões de saúde sofreram influência do processo de aprendizagem dos atores envolvidos com a Política e de uma variedade de condicionantes cognitivos e não cognitivos (Carneiro; Bousquat; Frazão, 2022). Outro estudo destacou que a construção de uma rede integrada em um sistema regionalizado de saúde está sujeita ao papel de coordenação da APS e ao poder discricionário dos profissionais e das organizações da linha de frente (Carneiro *et al.*, 2023).

Na atenção especializada, um estudo que analisou dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) identificou heterogeneidade no contexto nacional e escores de baixo desempenho da assistência odontológica prestada a pacientes com necessidades especiais de saúde. A gestão eficiente e a presença de recursos humanos qualificados estiveram diretamente associadas à melhor qualidade desse atendimento (Reis-Oliveira *et al.*, 2022).

Estudo abrangendo 932 CEO no país observou uma concentração desses serviços nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (36,2%), as regiões Norte e Centro-Oeste apresentavam cerca de 6% cada uma, e a região Sul, 12,4%. Apenas um terço dos CEO dispunha de 40h semanais de atendimento clínico a PcD, 30,4% tinham acessibilidade física (cadeira de rodas, corredores e portas adaptadas e rampas com corrimão) e somente 59,7% com referência para atendimento hospitalar, sem demanda reprimida. Além disso, pouco mais da metade dos serviços estabeleceram protocolos de encaminhamento da APS para o CEO (Condessa *et al.*, 2020).

Quanto à adesão dos CEO à RCPD, um estudo nas capitais brasileiras demonstrou que dos 133 CEO, apenas 79 aderiram à RCPD; a região com maior oferta de atendimento a PcD foi a Centro-Oeste (87,5%), e a região Sul, a menor (11,1%) (Morais Junior *et al.*, 2018). Em 2022, a região Sul foi a segunda do país em termos de percentual de PcDs, com 8,8%, enquanto o Nordeste liderou com 10,3% (5,8 milhões de pessoas). Dentro da região Sul, o Rio Grande do Sul possui a maior proporção de PcDs (9,9%), seguido pelo Paraná (8,9%) e Santa Catarina (6,9%). Tanto no Sul quanto no Sudeste, onde o envelhecimento populacional é mais acentuado que a média nacional, mais da metade das PcDs são idosos (IBGE, 2022).

Mesmo os melhores desenhos de políticas públicas, com aporte de recursos suficiente e apoio político e social, podem não alcançar os resultados almejados (Lima; D'Ascenzi, 2014). O subsistema da política pública, da RCPD com a RASB, por exemplo, é composto por atores que têm conhecimento específico da área e detêm os recursos em jogo que condicionam sua participação nas ações propostas na formulação da agenda política. Todavia, na prática, os processos de implementação são idiossincráticos, com reações diversas desses atores a depender da circunstância, interesses e ideologias (Howlett; Ramesh; Perl, 2013).

A dificuldade na implementação das redes regionalizadas aponta para os componentes de negociação governamental, pela complexidade das demandas dos

municípios e pelo incipiente papel dos entes estaduais e federal (Vargas *et al.*, 2015). Um dos grandes desafios para o SUS é a construção de um sistema integrado, que respeite a autonomia de gestão de cada município, articulando suas práticas em âmbito regional, gerando atenção de qualidade e êxito nas práticas administrativas. O problema da fragmentação no sistema emerge principalmente da fragilidade de articulação entre instâncias gestoras do sistema e/ou as gerências do serviço (Lavras, 2011).

Nenhum estudo produziu informação científica sobre características da região sul que influenciaram a oferta de serviços de saúde bucal para as PcD, ou pesquisou a perspectiva dos gestores dos serviços de saúde bucal na RCPD. Este artigo pretende analisar as dimensões política, organizacional e estrutural na implementação da RCPD na perspectiva da gestão da atenção à saúde bucal na Região de Saúde da Grande Florianópolis (RSGF).

METODOLOGIA

Tipo e cenário do estudo

Trata-se de um estudo de caso único do tipo exploratório, com abordagem qualitativa (Yin, 2005), que se baseia no referencial teórico de análise de políticas públicas (Donahue; Zeckhauser, 2008), para promover a compreensão das interações entre gestores de diferentes níveis de governo, atores vinculados aos serviços, os recursos que mobilizam no desenho da política e seus resultados distributivos (Viana *et al.*, 2017).

Este estudo está vinculado ao macroprojeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar” (MS-SCTIE-DECIT/CNPQ nº 442801/2018-1), aprovado pelo CEP da Faculdade de Saúde Pública-USP, nº 3.441.243.

O estudo de caso foi realizado na RSGF, Santa Catarina. A região foi escolhida por agregar elementos suficientes para análise da implementação da RCPD, com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços, de acordo com a classificação proposta por estudo anterior conduzido por Viana e colaboradores (2015). A RSGF é composta por 22 municípios, a projeção populacional regional, para 2022, é de 2.267.831 pessoas. Em relação às deficiências (visual, auditiva, motora e intelectual-mental), a RSGF possuía, em 2010, 93.125 pessoas com deficiência, o que corresponde a 9,2% da população residente (1.102.233 habitantes) (IBGE, 2010).

Todos os 8 CEO da RSGF aderiram à RCPD, a região possui também 2 hospitais com fluxo regulamentado para o atendimento odontológico hospitalar às PcD (SES, 2019). O Quadro 1 apresenta características socioeconômicas e de estrutura de serviços na RSGF.

Quadro 1 – Indicadores demográficos, socioeconômicos e da oferta de serviços de saúde, região Grande Florianópolis em anos selecionados.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS	
População total – 2022	1.356.861
Projeção populacional – 2024	1.461.218
% pessoas residentes em domicílios com acesso à esgotamento sanitário - 2010	84,71
% pessoas residentes em domicílios com coleta de lixo – 2010	98,36
Salário médio mensal do trabalhador formal - 2022	2,23
PIB <i>per capita</i> em (R\$) – 2022	39.965,93
Taxa de analfabetismo população - 2010	3,1
INDICADORES DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
Total de hospitais – 2023	23
Cobertura populacional estimada por equipes de Atenção Básica - 2020	83,3
Cobertura populacional estimada por equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica	56,11
Cobertura populacional estimada por equipes de Estratégia Saúde da Família – 2020	72,85
Cobertura populacional estimada por equipes de Estratégia Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal – 2024	41,58
Total de leitos/mil habitantes - 2015	2,7
Total de leitos SUS/mil habitantes - 2015	2,0
Total de leitos UTI/10 mil habitantes - 2015	2,5
Nº de médicos/mil habitantes - 2015	2,6
Nº de médicos SUS/mil habitantes - 2015	1,7
Outros profissionais de saúde com nível superior/mil habitantes - 2022	2,2
Despesa total em saúde/habitante (R\$) - 2022	1046,88
% população beneficiária de planos de saúde - 2015	39,43

Fonte: IBGE; Portal da Saúde (Ministério da Saúde); CNES; E-Gestor.

Foram selecionados por conveniência dois municípios: Florianópolis e Nova Trento. Esses municípios têm taxa populacional de 6% e 7,4% de PcD, respectivamente (IBGE, 2010). Foram convidados os municípios de São Bonifácio e Major Gercino, pertencentes à RSGF, que possuem as maiores taxas de PcDs na região, 16,9% e 15,2%, respectivamente, mas ambos recusaram a participação neste estudo. Cabe destacar que no período de coleta de dados, de outubro de 2020 a abril de 2021, a situação da crise sanitária de Covid-19 era crítica na região.

Ao escolher um município de pequeno porte e outro de grande porte, como Nova Trento e Florianópolis, busca-se contrastar as percepções dos gestores da atenção à saúde bucal sobre os desafios na implementação da RCPD, oferecendo uma visão mais abrangente e representativa das variáveis que influenciam a efetividade dessas políticas em diferentes contextos socioeconômicos e estruturais.

O estudo de caso foi estruturado por duas fontes de evidências distintas: entrevistas semiestruturadas e análise documental. As entrevistas foram realizadas no formato remoto com 4 gestores da atenção à saúde bucal no contexto da RCPD, sendo: a coordenação estadual de saúde bucal, coordenações municipais de saúde bucal dos municípios de Florianópolis e Nova Trento e coordenação de um CEO do município de Florianópolis, selecionados intencionalmente.

A análise documental foi feita a partir das atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de Santa Catarina, com ênfase nos processos relacionados à atenção à saúde bucal no contexto da implementação da RCPD, no período entre janeiro de 2011 e dezembro de 2019. O início do recorte temporal justifica-se por incluir as discussões no período que antecedeu a criação da RCPD. Na extração de dados das atas, utilizou-se buscas dos termos "deficiência", "deficiente", "reabilitação", para tópicos relativos à RCPD, e "saúde bucal", "odontologia", "Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)" para tópicos relativos à atenção à saúde bucal (Ferreira; Mota; Bousquat, 2023). Também foram incluídos documentos e normativas relativas aos pontos de atenção à saúde bucal e regionalização em Santa Catarina, como: a publicação Linha de Cuidado em Saúde Bucal (LCSB) de 2019 e 2022; (SES, 2019, 2022); a Política Hospitalar Catarinense (PHC) (SES, 2021) e o Plano Diretor de Regionalização (SES, 2021).

Foi realizada a análise temática (Minayo, 2014) com categorias definidas *a priori*, buscando uma aproximação teórica com o estudo de Viana *et al.* (2017) que destacou três dimensões (política, organização e estrutura), caracterizadas segundo fatores condicionantes da regionalização: (1) Política, identificando como a atenção à saúde bucal na RCPD é referida nos espaços de atuação, negociação e conflito na região; quais são os atores protagonistas nos processos e fluxos decisórios na condução da política; e as funções exercidas pelas instituições nas decisões sobre os serviços de saúde bucal relacionados à RCPD; (2) Organização, caracterizando o planejamento, a gestão, a integração sistêmica entre os serviços de saúde bucal na RCPD, a regulação, os instrumentos de monitoramento e avaliação; (3) Estrutura,

traduzindo a disponibilidade e a suficiência de recursos humanos, físicos, financeiros, readequação do espaço físico das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seu entorno, e transporte sanitário relacionados ao cuidado em saúde bucal no âmbito da RCPD.

O Quadro 2, demonstra o modelo analítico com as dimensões e condicionantes da implementação (Viana *et al.*, 2017; Mota; Bousquat, 2023). O roteiro de entrevista e a análise documental foram guiados pelas três dimensões. Essa tríade de fatores tem distintos graus de autonomia e aspectos de interdependência. A análise em conjunto tem potencial para revelar os desafios e condicionantes da implementação da RCPD na região estudada (Mota; Bousquat, 2023). A fase final de interpretação dos dados representou a síntese crítica de inferências feitas após a análise dos dados das quatro entrevistas e da análise documental. Foram utilizados fragmentos de entrevistas e dos documentos para contextualizar as dimensões estudadas.

Quadro 2 - Modelo analítico

Dimensão	Política	Organização	Estrutura
Condicionantes	Protagonismo institucional	Planejamento	Recursos financeiros
	Conflitos	Integração	Capacidade instalada
	Tomada de decisão	Regulação assistencial	Força de trabalho
			Acessibilidade
			Transporte

Fonte: adaptado de Viana *et al.* (2017), Mota e Bousquat (2023).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os quatro gestores entrevistados eram servidores públicos estatutários municipais, sendo a coordenadora do Núcleo Estadual de Saúde Bucal cedida de um município para atuação na Secretaria de Estado da Saúde. Todos os entrevistados eram formados em Odontologia, com média de idade e tempo de serviço de 45 e 13 anos, respectivamente. As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2020 e abril de 2021, totalizando 03 horas 36 minutos de gravação.

Quanto às atas da CIB catarinense, foram analisadas 81 atas correspondentes ao período entre janeiro de 2011 a dezembro de 2019. A Tabela 1 apresenta a

frequência de presença na pauta a respeito da RCPD e da atenção à saúde bucal nessa rede (RCPD-SB). Foram considerados registros de discussões relativas à atenção à saúde bucal em todos os pontos de atenção, bem como as adesões de CEO à RCPD. Repactuações das referências de CEO nas regiões, mudança de tipo de CEO e outras pautas de saúde bucal que não se relacionassem à RCPD não foram consideradas na frequência de presença na pauta RCPD-SB.

Tabela 1 – Frequência em que a RCPD esteve presente na pauta das reuniões da CIB/SC no período de 2011 a 2019.

Ano	Nº de reuniões	Nº em que a RCPD esteve presente	Nº em que a RCPD-SB esteve presente
2011	10	3	1
2012	10	8	2
2013	8	5	3
2014	7	6	3
2015	9	2	1
2016	8	4	2
2017	11	6	2
2018	8	6	2
2019	10	9	2
Total	81	49	18

Fonte: Elaboração dos autores.

POLÍTICA

O papel do MS na implementação da RCPD-SB em SC foi reconhecido pelos entrevistados como restrito ao desenho da política e repasse dos incentivos financeiros. Como registrado em uma das entrevistas, na tomada de decisão da RCPD-SB, destacou-se como protagonista a coordenação estadual de SB, *"Eu acho que aqui no Estado a gente sempre teve nesse sentido, um protagonismo da coordenação estadual da saúde bucal... na época que a gente aderiu a rede [...] que fez contato com a gente, divulgando, estimulando, dizendo que a gente fizesse adesão"*(G1). Também foram citados gestores municipais de SB, coordenação dos CEO e os cirurgiões-dentistas especialistas em Pacientes com Necessidades

Especiais (PNE) vinculados aos CEO. Enquanto espaço para a governança, a Comissão Intergestores Regionais (CIR), CIB e as reuniões de categoria profissional nos municípios foram indicadas como importantes para a RCPD-SB.

Apenas um dos entrevistados mencionou ter conhecimento das portarias e normativas que regulamentam essa adesão, indicando que esses documentos foram pouco considerados no processo de adesão à RCPD.

Os entrevistados relataram que a participação nas reuniões da CIR e CIB ocorre somente mediante convite, o qual não haviam recebido. Um dos entrevistados referiu que quando as pautas das reuniões da CIR e CIB envolvem a temática de saúde bucal, o convite costuma ser enviado para um outro setor e que um representante do município participa mediante demanda da Secretaria de Saúde.

A baixa participação dos gestores de saúde bucal dos municípios nos espaços de CIB e CIR impacta a governança regional. Observou-se nas entrevistas e análise documental que a saúde bucal é integrada ao seu próprio núcleo em ambos os municípios. Não houve menção de participação em espaços deliberativos ou grupo condutor da RCPD; somente a coordenação estadual participa do conselho estadual de saúde representando a categoria profissional.

Estudos anteriores a respeito da CIB e CIR catarinense demonstraram que os setores responsáveis pela gestão dos serviços de saúde bucal frequentemente operam de forma isolada. Foi destacada a carência de gestores estratégicos com conhecimento e espírito de “*advocacy*”, promovendo um protagonismo para a atenção à saúde bucal e aproveitando as vantagens desse mecanismo de governança (Godoi *et al.*, 2020; Godoi; Andrade; Mello, 2017). Tal cenário reflete deficiências históricas, como o isolamento da profissão odontológica e a percepção social de que o direito à saúde bucal é secundário. Essa percepção é exacerbada pela falta de representação e influência política dos grupos sociais mais vulneráveis, que sofrem maior carga de doenças bucais (Godoi *et al.*, 2020; Watt; Venturelli; Daly, 2019).

O estudo evidenciou a ausência de atuação das organizações da sociedade civil ou controle social direcionada aos serviços de saúde bucal para PcD, pelo relato dos entrevistados: *"a odontologia não é prioridade nesse sistema, na construção desse sistema, então, no geral, e aí essa comunidade de necessidade de atendimentos especiais ela não é muito volumosa, digamos assim, porque grande parte eu consigo atender na atenção básica [...] eu já vi pressões maiores dentro do sistema de saúde vindo da sociedade civil em Florianópolis, bem mais organizadas e*

bem mais fortes do que para a organização dos serviços de saúde bucal, [...] eventualmente a gente vê alguns movimentos, mas acho que poderia ser maior para que a gente pudesse ter um serviço mais organizado, eu acho que a pressão popular ela é bem importante na organização desses serviços (G1)".

Essa necessidade de maior participação popular para a tomada de decisão na RCPD também foi mencionada no relato a seguir: *"o controle social tem que fazer parte dessas tomadas de decisões, sabe, ele é deliberativo [...] eles precisam conversar realmente com os gestores para poder definir os passos a serem seguidos, trazer as necessidades, a importância do serviço, da ampliação, de uma adesão a rede, ao RCPD, dentro de um CEO, então tem que ter esse diálogo constante[...]"* (G2).

A falta de participação das PcD em espaços de tomada de decisão pode ser vista como um reflexo da exclusão historicamente vivenciada no processo de socialização. O lema "Nada sobre nós, sem nós", que ganhou destaque no processo de construção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, continua desafiando a implementação de políticas sensíveis às necessidades dessa população nos diferentes contextos do país.

Ficou evidente nos discursos que os municípios são responsáveis pela APS, todavia os entrevistados relataram a existência de conflitos entre os níveis de governo relacionados à suficiência de recursos financeiros e gestão da atenção especializada: *"[...] nós temos alguns Estados que possuem CEO Estadual, nós não temos [...] a gente tem os cofinanciamentos [...], tem a questão de conflitos a nível de gestores, muitos colocam a responsabilidade única e exclusivamente para o estado [...] Tem aquele gestor que é sede que diz que não consegue manter sozinho o serviço e que precisa do auxílio, tem o que não quer abrir para mais ninguém"*(G2). Isso demonstra a complexidade da gestão estadual em articular os diferentes interesses dos gestores municipais para a provisão de serviços na perspectiva de RASB regionalizada.

A análise das atas da CIB revelou a falta de uma agenda política clara para a RASB como rede regionalizada no estado. As pautas de saúde bucal foram impulsionadas pela política nacional e demandas estaduais, sem contribuições de atores da gestão dos serviços, da câmara técnica ou do grupo condutor da RCPD, no que tange à regionalização da RASB e à implementação da RCPD-SB. Além disso, ficou evidente a ausência de um planejamento que considerasse o contexto

locorregional, corroborando com estudo anterior (Godoi; Andrade, Mello, 2017). Isso compromete a capacidade da região de mobilizar recursos e estratégias na implementação da RCPD-SB que favoreçam a integração sistêmica entre municípios, independentemente de seu porte populacional.

O **Quadro 3** apresenta a síntese dos temas discutidos na CIB-SC sobre a RCPD-SB. Os registros limitaram-se a solicitações de adesão de CEO existentes à RCPD, que se iniciaram em novembro de 2012, meses após a criação da rede. Isso demonstra que a estratégia de indução do MS de coordenar as ações dos governos estaduais e municipais à agenda do governo federal por meio de repasses financeiros condicionados à adesão às políticas é altamente eficaz para influenciar as escolhas e pautas dos gestores (Arretche, 2004).

Estudos anteriores indicam que, embora as CIR e a CIB em Santa Catarina sejam consolidadas e capazes de formular e implementar políticas, a RASB regionalizada continua em posição periférica nas discussões em comparação com outras RAS. A expansão dos serviços de saúde bucal tem ocorrido de maneira vertical, sem um planejamento contextualizado que considere as necessidades e problemas específicos de saúde bucal nas diferentes regiões do estado (Mello *et al.*, 2014; Godoi; Mello; Caetano, 2014; Godoi *et al.*, 2020). De maneira semelhante, Ferreira, Mota e Bousquat (2023) observaram que a RCPD no contexto da CIB de São Paulo foi mencionada de maneira protocolar, por meio de informes ou aprovação de credenciamento de ações e serviços.

Quadro 3 - Temas de discussão da CIB-SC, sobre a RCPD-SB, por ano, dimensão de análise. Santa Catarina, 2011-2019.

2011	<i>Organização</i> : Pautou-se a Portaria MS 1.032, de 05 de maio de 2010, a respeito do atendimento odontológico em ambiente hospitalar. Na ocasião, definiu-se que o fluxo seria apresentado pelo coordenador de saúde bucal.
2012	<i>Estrutura</i> : Adesão de CEO à RCPD.
2013	<i>Estrutura</i> : implantação de CEO pelo estado e adesão dos CEO à RCPD; <i>Organização</i> : repactuações das referências dos CEO em diferentes regiões do estado, todavia os gestores não pautaram nenhuma discussão específica sobre a saúde bucal no estado, nem sobre a RCPD-SB.
2014	<i>Estrutura</i> : foram aprovados os valores de custeio mensal referentes ao cofinanciamento estadual dos CEO. Nos anos que se seguiram, não houve discussão sobre saúde bucal ou RCPD-SB.

2017	<i>Estrutura:</i> aprovação dos pontos de atenção odontológica hospitalar para pessoas com necessidades especiais, nelas incluídas as PcD, nas Regiões de Saúde Carbonífera e Alto Vale do Itajaí. Estabeleceu-se que as demais regiões seriam aprovadas após pactuarem nas suas respectivas CIRs. <i>Organização:</i> atualização das pactuações dos CEO do estado, definindo os municípios referenciados e as respectivas cotas de atendimento mensal nas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral, pacientes com necessidades especiais. Iniciou-se a discussão sobre os Protocolos de Acesso a serem utilizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina.
2018	<i>Organização:</i> Aprovação do documento Linha de Cuidado em Saúde Bucal do Estado de SC. O cuidado em saúde bucal da PcD é abordado no atendimento à PNE no CEO e no ambiente hospitalar.
2019	<i>Estrutura:</i> Deliberação 054/CIB/2019 com a aprovação do cofinanciamento estadual para equipes de saúde bucal, CEO e LRPD.

Fonte: os autores.

ORGANIZAÇÃO

Com relação ao planejamento para a implementação dos CEO o estudo revela um olhar para a região de saúde: *"a gente observa muito nessas tomadas de decisões aí de onde ser o município sede, a capacidade instalada, o poder desse município de gerir esse centro de especialidade, se manter economicamente falando..., porque a gente sabe que o recurso de implantação vem, mas o custeio ele acaba, tanto o custeio e até mesmo o que é disponibilizado a nível de Estado ainda é um pouco aquém do que os municípios necessitam para manter o serviço ativo... mas é muito olhado para a região, [...] a gente olha o mapa, a gente verifica as regiões de saúde que necessitam implantação, implementação e aí a gente começa a parte política de discussão, de conversa, de incentivo para que faça então esse credenciamento, se possível regional, mas nem sempre eles aceitam dessa forma e a gente vai para a CIR, a CIR é pactuada e ali se define então o quantitativo de população, de usuário a ser atendido por especialidade odontológica". (G2).*

Em Florianópolis e Nova Trento foram citadas reuniões da categoria para a organização e planejamento dos serviços na RCPD-SB. Em Florianópolis, a coordenação de saúde bucal está vinculada à Gerência de Integração Assistencial, enquanto a coordenação dos CEO municipais está vinculada à Gerência de Atenção Especializada. O relato do gestor G3 registra que *"A gente fazia as reuniões mais*

com a gerência de atenção especializada ... para resolver assuntos específicos do CEO, e na verdade, a cada quinze dias nós temos reunião da câmara técnica e todos os envolvidos do município na discussão de saúde pública do município a gente tem conversado bastante, e dentre os participantes está a coordenadora de saúde bucal do município também." (G3). Em Nova Trento, as reuniões de planejamento das ESB são mensais, embora tenham diminuído durante a pandemia; nenhum instrumento ou indicadores voltados às ações para PcD ou outros usuários é utilizado no município.

Os CEO em Florianópolis trabalham com indicadores de produtividade, monitorados mensalmente para que se consiga atender a meta estabelecida pelo MS. Além disso, as filas de espera e a capacidade instalada também faz parte do monitoramento: *"é uma das poucas metas que todo mês a gente atinge são dos procedimentos básicos realizados em pacientes com necessidades especiais, isso a gente monitora mensalmente"* (G3). O monitoramento realizado pelo Núcleo Estadual de Saúde Bucal foi considerado frágil e relatado que não era utilizado nenhum tipo de indicador específico à RCPD: *:"[...]tinha uma época que a gente conseguia tirar todo o monitoramento pelo TabWin, hoje a gente não tem mais tido, a Coordenação Geral de Saúde Bucal ela passa pra nós o monitoramento, mas não é o monitoramento que a gente consiga utilizar para planejamento... Essa é uma questão, é uma fragilidade que a gente tem sim em relação a isso"* (G2).

Foi relatado que antes de ser implementado o sistema informatizado e-SUS nos municípios, o Núcleo Estadual de Saúde Bucal fazia o monitoramento dos indicadores de cobertura da população por ESB, média de escovação dental supervisionada, proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, biópsias da cavidade oral, proporção de exodontias em relação a outros procedimentos, entre outros indicadores: *"[...] a gente acabou perdendo essa análise que a gente fazia mais esmiuçada e que era muito importante para nós, inclusive para a gente poder ficar monitorando e auxiliando os coordenadores de saúde bucal, oh, atenção, o município de vocês a gente tem observado que está aumentando muito as extrações, porque que está aumentando, o que está acontecendo? A gente conseguia fazer esse monitoramento, e com a mudança ali a gente perdeu isso e a gente ficou muito triste, sabe, porque a gente acabou não tendo acesso e a gente acaba não desenvolvendo como deveria a nossa função de apoio técnico. Atualmente é realizado o monitoramento da produção ambulatorial dos CEO e de próteses dentárias"* (G2).

O monitoramento e avaliação são essenciais na qualificação da gestão, pois permitem acompanhar o desempenho, identificação de pontos críticos, e fundamentar a tomada de decisões. Esse aspecto restringiu-se ao acompanhamento de produção dos CEO, conforme preconizado pela instância federal, mas não indicaram estratégias ou indicadores que auxiliassem o acompanhamento local APS no cuidado à PcD. Estudo sobre a RCPD-SB na região de São José do Rio Preto demonstrou que há uma cultura institucional dos serviços em ações de monitoramento/avaliação, por meio de instrumento específico, resultando em um painel de monitoramento, em conjunto com a avaliação de toda a rede de saúde (Carneiro; Bousquat; Frazão, 2022).

Tanto no município grande como no de pequeno porte foi referido que a APS desempenha um papel central na coordenação do cuidado em saúde bucal e fortalece a integração sistêmica entre os serviços da rede, com fluxos e protocolos bem estabelecidos de referência e regulação assistencial. O relato a seguir destaca essa questão: *“hoje o paciente nosso que procura a nossa rede, ele tem o atendimento dentro das unidades, os dentistas todos atendem esses pacientes especiais quando eles apresentam condições de atendimento ambulatorial no centro de saúde, os que não permitem esse atendimento lá, [...] são encaminhados para o dentista de paciente especial no CEO, que faz o atendimento também então ambulatorial no CEO, mas com mais recursos, tanto pessoais quanto de estrutura, e se ele não consegue fazer isso, então ele faz o encaminhamento para que esse paciente receba o atendimento sob anestesia geral no hospital universitário, inclui ele na central de regulação estadual e essa central faz a marcação para o hospital universitário.”* (G1).

Foram relatadas dificuldades no atendimento especializado no CEO, por não terem referência pactuada na região e a pandemia de Covid-19 dificultou a tomada de decisão. De acordo com Cunha *et al.* (2021), houve uma queda significativa na produção de procedimentos em saúde bucal no sistema público de saúde no Brasil devido à pandemia de Covid-19. O aumento da demanda reprimida pode resultar em um grave retrocesso no quadro epidemiológico do país e maior pressão assistencial no período pós-pandêmico (Lucena *et al.*, 2020).

As ESB dos dois municípios utilizam prontuário eletrônico, sendo E-SUS em Nova Trento e sistema CELK em Florianópolis. A regulação assistencial desempenha um papel crucial na integração sistêmica da RCPD-SB na RSGF: *“a gente trabalha articulados, atenção primária, regulação e atenção secundária para a organização*

desses serviços. O fato de ter uma reguladora que trabalha só com a odontologia, e as agendas dos CEO serem 100% reguladas, facilita esse trabalho” (G1).

Todos os encaminhamentos para a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) no CEO, bem como para atendimento hospitalar à PcD, passam pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Em Florianópolis, as agendas são 100% reguladas por uma cirurgiã-dentista que trabalha 40 horas, avaliando os encaminhamentos a partir de protocolos municipais de classificação de risco. Quando há necessidade de atenção hospitalar, a regulação passa a ser estadual, conforme relatos dos entrevistados.

Florianópolis também conta com histórico importante de integração ensino-serviço-comunidade entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Secretaria Municipal de Saúde, Reibnitz *et al.* (2012) destacam que a criação da Rede Docente Assistencial – RDA no município desenvolve uma gestão compartilhada com atribuições e compromissos entre as instituições, cria espaços para discutir a integração ensino-serviço, promover ensino, pesquisa e assistência à saúde contextualizada, fomenta a educação permanente em saúde (EPS) e desenvolve mecanismos de avaliação das ações.

ESTRUTURA RCPD-SB

Os recursos financeiros relativos à RCPD-SB foram considerados muito aquém do que os municípios necessitam para manter os serviços. Santa Catarina dispõe de um cofinanciamento estadual (Deliberação 02/CIB/2024) para as equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), ESB, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e para outras ações e programas. Os incentivos relativos à Saúde Bucal estão descritos nos Quadro 4 e Quadro 5.

Quadro 4 – Cofinanciamento estadual para equipes de Saúde Bucal e Centro de Especialidades Odontológicas, Santa Catarina, 2024.

RECURSO DE MANUTENÇÃO		
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (Modalidade I e II)	CEO MUNICIPAL (30% do valor do incentivo de custeio federal)	CEO REGIONALIZADO (50% do valor do incentivo de custeio federal)
R\$ 1.600,00	Tipo I – R\$ 2.900,00	Tipo I – R\$ 4.600,00
	Tipo II – R\$3.600,00.	Tipo II – R\$ 6.000, 00
	Tipo III – R\$ 6.500,00	Tipo III – R\$ 10.000,00

Fonte: Deliberação 02/CIB/2024.

Quadro 5 – Cofinanciamento estadual para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2024.

FAIXA DE PRODUÇÃO	VALOR TOTAL POR FAIXA (considerando R\$ 45,58 por prótese) em 2024
1 a 10	R\$ 45,58 por número de prótese produzida
11 a 20	R\$ 911,63
21 a 50	R\$ 2.279,06
51 a 80	R\$ 3.646,50
81 a 120	R\$ 5.469,75
Acima de 120	R\$ 45,58 por número de prótese produzida

Fonte: Deliberação 002/CIB/2024.

O montante de recursos das três esferas é destinado para o pagamento de pessoal, compra de insumos e equipamentos: *"[...] a verba que é passada não paga nem o salário, digamos, da equipe, então basicamente é para tudo, para o pagamento das despesas com o pessoal, de material, insumos, de instrumentos"* (G4). Mesmo com a adesão dos dois CEO à RCPD em Florianópolis e o recebimento de recursos adicionais, os recursos não são capazes de sozinhos pagar a remuneração dos profissionais.

O cofinanciamento estadual não é realidade em outros contextos da RCPD no país e requer uma conjuntura política favorável para que se estabeleça. No estudo de Roese, Gerhardt e Miranda (2015), gestores municipais de uma região de saúde no Rio Grande do Sul, apesar de tentarem persuadir o estado e o MS para obtenção de recursos financeiros, não obtiveram sucesso devido à mudança de governo estadual e à indiferença federal. Em estudo de Bousquat e Mota (2023) também relatam ausência de cofinanciamento para RCPD na região de São José do Rio Preto, São Paulo.

As ESB na visão dos entrevistados atuam como ordenadoras do cuidado em saúde bucal, todavia a força de trabalho foi considerada insuficiente: *"a odontologia não consegue uma cobertura de 100% [...] a gente está aí numa cobertura de 45, 48% mais ou menos, de saúde bucal [...]"* (G1). As PcD necessitam que os serviços de saúde tenham uma resposta proativa às suas necessidades de saúde bucal (Condessa *et al.*, 2021) e isso requer além da suficiência quantitativa de recursos

humanos na APS, que eles sejam qualificados para identificar essa população nos territórios. Em Nova Trento, embora a cobertura de ESB seja de 100%, foi referida a insuficiência da força de trabalho, demanda reprimida e a necessidade de ampliar equipes.

A Fundação Catarinense de Educação Especial, sediada em São José, e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Florianópolis, que mantém atendimento odontológico nas suas estruturas e organizações, também foram citados como parte da atenção à saúde bucal na RCPD-SB. Foi relatado que a APAE de Florianópolis solicitou que o município cedesse um profissional para atender nas suas dependências, mas isso não foi implementado.

Na especialidade PNE nos CEO, os municípios vivenciam realidades distintas. A interrupção das atividades do CEO-UFSC em 2019 resultou na ausência de referência para o atendimento de PNE em oito municípios da RSGF, incluindo Nova Trento. Em 2020, a pandemia de Covid-19 dificultou a formalização de novas pactuações, gerando descontinuidade no acesso ao atendimento especializado em alguns municípios: *"a gente perdeu a referência, logo em seguida veio a pandemia, que dificulta a gente conseguir referência com outro município, que tem que ser uma conversa entre secretários e a gente tenta, mas não está conseguindo, então está difícil porque essa demanda está reprimida"* (G4). *"[...] Nós fizemos... um movimento para participar da CIR para organizar e encaminhar esses municípios para outros centros de referência, provisoriamente, mas chegou no final do ano pedi novamente pauta na CIR, a gente não conseguiu pauta em função de tudo que a pandemia estava ocasionando, então sempre teve o senão da pandemia"* (G2).

A implementação das redes regionalizadas enfrenta dificuldades devido à complexidade das demandas dos municípios, especialmente os de pequeno porte, aos desafios nos processos de negociação governamental e ao papel ainda incipiente dos entes estaduais e federal (Vargas *et al.*, 2015).

Nos processos de regionalização, os municípios de pequeno porte enfrentam desafios particulares devido às suas características específicas, como limitação de recursos financeiros e humanos, menor infraestrutura e acesso restrito a tecnologias de saúde (Pinafo *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017; Medeiros; Gerhardt, 2015). No entanto, eles desempenham um papel crucial na dinâmica de cooperação regional, contribuindo para a integração e a eficiência dos serviços de saúde nas áreas periféricas. Essas particularidades muitas vezes são marginalizadas nas pesquisas

sobre a gestão da saúde bucal no SUS, dando maior enfoque para os municípios de grande porte (Godoi; Mello; Caetano, 2014).

Faz-se necessário fomentar o empoderamento do gestor de municípios de pequeno porte, implantar processos de escuta para esses municípios para que se estabeleça uma cultura de enfrentamento dos problemas de forma coletiva e compartilhada entre os entes federados. As CIR e CIB devem criar espaços de discussões ou grupos de trabalho para auxiliar esses municípios a superarem seus problemas (Pinafo *et al.*, 2020).

A atenção especializada na RCPD-SB depende de arranjos regionais entre os níveis municipal e estadual. Essa descentralização pode favorecer a contenção de custos e dar maior autonomia e responsabilidade aos governos locais. No entanto, isso depende do poder discricionário dos profissionais e das organizações da linha de frente, que pode se alterar a depender do ambiente relacional e institucional. Em momentos de crise sanitária, como a pandemia de COVID-19, os municípios e regiões ficam mais sujeitos a variações jurisdicionais, fragmentações na coordenação, cooperação e compartilhamento de informações, que podem impactar na descontinuidade do cuidado, principalmente em municípios menores com baixa densidade tecnológica (Carneiro *et al.*, 2023).

Florianópolis conta com dois CEO municipais que aderiram à RCPD e ofertam atendimento de PNE. Foi relatado que há suficiência na prestação de serviços "*a demanda do serviço aqui em Florianópolis é baixíssima, o paciente não tem fila porque a demanda é pequena e a oferta de vagas supera a demanda, então o paciente é atendido no máximo em duas semanas*" (G3). Cabe destacar que frente às barreiras enfrentadas pelas PcD (Rosa *et al.*, 2020; Clemente *et al.*, 2022), não ter filas para especialidade PNE em município de grande porte pode indicar tanto resolutividade na APS, quanto dificuldade de acessar os serviços. Os gestores da RCPD-SB precisam estar convencidos das especificidades do cuidado em saúde bucal à PcD para atentar aos processos de trabalho da APS, buscando capacitar e incentivar a priorização desse cuidado visando a equidade.

Nesse sentido, um estudo em 13 municípios do Rio Grande do Sul analisou as ações e estratégias de EPS na RCPD sob a ótica de trabalhadores e gestores. Embora a EPS seja essencial para qualificar práticas profissionais, a maioria dos trabalhadores não participou por falta de oferta dos municípios. As dificuldades incluem estruturas físicas inadequadas e equipes reduzidas. Além disso, chamou atenção a pequena

quantidade de profissionais envolvidos e o pouco interesse na temática da PcD, evidenciado pela ausência de participação ativa desses usuários nos serviços oferecidos (Krug *et al.*, 2021).

Em Florianópolis, foi relatado pelos entrevistados que os especialistas em PNE faziam visitas domiciliares quando solicitados. O matriciamento das equipes do CEO com a APS é fundamental para a qualificação dos processos de trabalho e troca de informações, todavia a responsabilidade de coordenar o cuidado, inclusive domiciliar, é das ESB, por atuarem mais próximas ao contexto de vida dos usuários, com mais possibilidade de ofertar cuidado em tempo oportuno.

Observou-se o esforço dos gestores para prover os materiais necessários à atenção à saúde bucal das PcD: *"[...]a gente felizmente tem condições de a gente adquirir, [...] eles desenvolvem o trabalho deles tranquilamente, quando eles tem alguma coisa, eles trazem para a coordenação, a gente faz a questão da discussão sobre adquirir ou não determinado, sei lá, instrumental, material, então a gente inclui, a gente tem comissões que falam sobre isso, que conversam e que discutem sobre isso, né, padronização de materiais, equipamentos"* (G1).

A atenção hospitalar da RCPD-SB na RSGF é um problema compartilhado pelos gestores entrevistados: *"nós município não temos serviço próprio para isso, e o Estado tem uma estrutura hospitalar boa em Florianópolis [...], porém a gente não tem conseguido instituir esse serviço, [...] a gente participou de várias reuniões sobre essa questão, existe um hospital municipal do município de Biguaçu, que faz parte da grande Florianópolis e que a gente tinha algumas, fez algumas tentativas em nível da CIR para fazer o atendimento hospitalar dos pacientes especiais, mas por fim acabou que a gente não conseguiu efetivar esse serviço, mas o Estado foi muito protagonista nesse processo todo."* (G1). Outro relato destaca que há algum tempo o município não renovou um contrato com um hospital privado conveniado com a prefeitura para a atenção hospitalar de PcD em Florianópolis *"no ano passado tivemos uma reunião que estava para ser implementado novamente o atendimento hospitalar para pacientes especiais, que estamos sem contrato desde 2017, 2018, que a gente fazia aqui no Hospital [...] Carmela Dutra e [...] Carlos Correia, a gente fazia cirurgias no Carlos Correia, só que acabou o contrato, e nossa, faz muito tempo que está sem contrato e a gente estava viabilizando [...], só que aí acabou o mundo e nem pensar agora não tem leito para nada."* (G3).

O acesso na atenção hospitalar também foi considerado como insuficiente na RCPD-SB: *"Nessa referência é que a gente tem problemas, porque aí a oferta é pequena e a gente tem uma fila (...) a gente sabe que a fila é longa" (G1) "a demanda terciária a gente não dá conta, precisaria desse convênio porque só as vagas ofertadas pelo HU não dão conta e tem uma pequena fila aí"(G3).*

A necessidade de ampliação de atendimentos odontológicos hospitalares é um problema que perdura no país. Foram analisadas 6.691 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para tratamento odontológico de PNE em 2012, ano de criação da RCPD. Na época, demonstrou-se uma concentração de mais da metade das AIH em três estados, destacou-se que 57,8% dos procedimentos foram preventivos e restauradores e 13,29% foram exodontias de dentes permanentes (Lucena *et al.*, 2013). No contexto mineiro, autores relataram barreiras na operacionalização da regionalização dos serviços hospitalares em rede de saúde bucal. A minoria dos municípios que realizou o atendimento era polo regional e houve uma importante proporção de municípios que atendeu exclusivamente pacientes do seu próprio território (Santos *et al.*, 2015).

Na publicação da LCSB, de 2019, em todo estado apenas oito hospitais haviam pactuado o atendimento odontológico hospitalar à PCD, o documento definia a situação como uma "grande carência" no cuidado em saúde bucal dos catarinenses (SES/SC, 2019). Essa demanda reprimida foi reconhecida e ganhou relevância no estado, culminando com a aprovação da PHC, pela Deliberação nº 231/CIB/2021 (SES/SC, 2021).

A PHC inclui um cofinanciamento estadual específico para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. A estratégia de indução por meio de repasse de recursos do orçamento estadual elencou 53 hospitais em todas as Regiões de Saúde do Estado que podem aderir ao programa. Após adesão, os hospitais recebem um incentivo mensal de R\$ 5.000,00 para custear ao menos 10 horas semanais de um cirurgião-dentista especializado em PNE. Devem oferecer no mínimo três vagas semanais reguladas para PNE encaminhados pela atenção primária e CEO. A produção dos hospitais que aderirem à PHC é monitorada quadrimestralmente, com possível suspensão do recurso caso os hospitais não cumpram os procedimentos estipulados (SES/SC, 2021).

Na RSGF foram elencados 6 hospitais: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani De São Thiago e Hospital Infantil Joana de Gusmão, em

Florianópolis; Hospital Regional de Biguaçu Helmuth Nass, em Biguaçu; Hospital São José, em Tijucas; Hospital Nossa Senhora da Imaculado Conceição, em Nova Trento; e Hospital São Francisco, em Santo Amaro da Imperatriz. O total de incentivos para a saúde bucal previsto para o ano de 2021 foi de R\$230.000,00 considerando 46 hospitais em todo o estado (SES/SC, 2021).

A PHC representa uma resposta positiva do estado para favorecer a integralidade do atendimento odontológico, especialmente PcD. No entanto, a efetividade dessa política depende da adesão dos gestores hospitalares e da sensibilização dos mesmos para a importância de ofertar esse cuidado. É crucial que essa política seja monitorada e avaliada ao longo do tempo, a fim de verificar se ela conseguiu, de fato, se articular com a RCPD nas regiões de saúde de todo o estado, reduzindo as filas de espera para o atendimento hospitalar e estabelecendo um fluxo regulado entre os serviços.

Quanto à acessibilidade, os entrevistados indicaram haver suporte para acessibilidade física aos consultórios, UBS e CEO. No entanto, outros mecanismos de acessibilidade, como recursos de audiodescrição, intérpretes de Libras ou materiais em braille, não estão disponíveis à população. No tocante ao transporte sanitário, os gestores referem dispor de veículos individuais para o deslocamento PcD e seus acompanhantes seja no interior do município ou para tratamento fora do domicílio (TFD), há também veículo tipo “Van” equipado com elevador para cadeirantes e ambulâncias adaptadas disponíveis, mediante agendamento prévio. Essa estrutura não é homogênea no país, na percepção de cuidadores de crianças e adolescentes com paralisia cerebral mais grave, no contexto pernambucano, observou-se que dentre as barreiras de acesso aos cuidados odontológicos citadas, aquelas referentes à dificuldade de transporte e à falta de acessibilidade foram as que tiveram maior frequência (Silva *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das dimensões política, organizacional e estrutural na perspectiva da gestão da atenção à saúde bucal na RSGF sobre implementação da RCPD demonstra que o cuidado em saúde bucal para PcD está estruturado conforme o plano da política, mas tem fragilidades no contexto regional.

Na dimensão política, os espaços de governança foram restritos a reuniões de categoria profissional. Não houve menção de representação da área no grupo

condutor dessa rede. Embora a coordenação estadual tenha desempenhado um papel importante na divulgação da RCPD, incentivando a adesão dos CEO à rede, as atas das reuniões da CIB demonstraram falta de uma agenda política clara para a RASB como rede regionalizada no estado, além da fragilidade em implementar os serviços a partir das necessidades regionais, limitando-se ao credenciamento dos CEO existentes à RCPD. Mesmo com municípios na região sem referência de CEO-RCPD, a situação não foi discutida regionalmente, deixando aos gestores municipais a responsabilidade de criar alternativas por conta própria demonstrando a fragilidade da governança. A RCPD-SB não aparece entre as reivindicações do controle social. Há financiamento estadual para a APS e atenção especializada, mas o papel do estado na RCPD-SB é reduzido e os municípios relatam que os repasses do nível federal e estadual são insuficientes.

Quanto à dimensão organização, a regulação municipal da atenção especializada em Florianópolis e a estadual para a atenção hospitalar cumprem o papel de articulação entre os pontos da RCPD-SB com protocolos bem estabelecidos, sendo que a espera para atendimento especializado em Florianópolis foi de duas semanas aproximadamente, porém a espera para atendimento hospitalar foi destacada como um problema pelos entrevistados, com filas longas e demora no atendimento. O estado implantou um cofinanciamento para atendimento odontológico hospitalar que pode mitigar o problema. No município de grande porte, as reuniões de categoria são um importante espaço de discussão e integração entre a APS e a atenção secundária, no município de pequeno porte, tem o papel de discutir as demandas do serviço.

Na análise da estrutura, Florianópolis possui dois CEO que aderiram à RCPD, sendo suficientes para a demanda do município, tendo um contexto de maior concentração de serviços. Para o município de pequeno porte, no momento não há pactuação para atenção especializada. Nos dois contextos os recursos humanos na atenção primária e hospitalar foram relatados como insuficientes, nos CEO de Florianópolis como suficientes. Houve fragilidade nos mecanismos de acessibilidade na rede, os participantes relataram não haver na APS e atenção especializada materiais em braille, recursos de audiodescrição e intérprete de libras. Nos CEO de Florianópolis a acessibilidade física foi planejada. Há serviço de transporte sanitário para a PcD em ambos os municípios.

Em relação às limitações destacamos o contexto da Covid-19 que limitou a amostra, embora os esforços deste estudo estejam concentrados nas percepções da gestão da atenção à saúde bucal por meio de entrevistas e da análise documental. A pandemia de Covid-19 também impôs dificuldades na coleta de dados tendo sido necessária a realização de entrevistas de modo remoto. Investigar a implementação da RCPD relacionada ao cuidado em saúde bucal na perspectiva dos usuários e dos trabalhadores poderia aprofundar as questões abordadas por esse estudo e seus desdobramentos. Além disso, por tratar-se de um estudo de caso, não é possível fazer uma generalização estatística dos resultados. Todavia, esse método traz a possibilidade da generalização analítica, que envolve o uso de uma lógica teórica para extrapolar os achados para outras situações que compartilham características semelhantes. Essa abordagem não depende do tamanho da amostra, mas da relevância e aplicabilidade teórica dos resultados (Yin, 2005).

A análise da implementação da RASB na RCPD revelou que os gestores não discutiram pautas relativas à saúde bucal nos espaços colegiados de CIR e CIB, evidenciando a necessidade de uma agenda política clara para a RASB como rede regionalizada no estado. Houve disparidades significativas na estrutura e organização dos serviços entre um município de pequeno porte e grande. Enquanto o município de grande porte demonstrou uma maior capacidade de coordenação e oferta de serviços especializados no CEO, o município de pequeno porte enfrentou desafios estruturais e organizacionais na região que limitaram o acesso e a qualidade do atendimento odontológico. Esse contexto foi agravado pela pandemia de COVID-19, demonstrando a dificuldade de articulação política na RSGF. Apesar da reconhecida necessidade de ampliar a assistência odontológica hospitalar, não houve proposições na região. Na dimensão Organização, destacou-se que os gestores não utilizam indicadores para monitorar as ações da APS. Há necessidade de investimento em mecanismos de acessibilidade e capacitação profissional. A RASB aderiu à RCPD, mas tem fragilidades políticas, estruturais e organizacionais nos pontos de atenção e nos espaços colegiados para implementar um atendimento contínuo, integral e equânime para pessoas com deficiência na RSGF.

REFERÊNCIAS

1. ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Em Perspectiva*, 18(2): 17-26, 2004.
2. BRASIL. **Decreto nº 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 York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União* 2009; 25 ago.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria N° 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 de abril de 2012, Seção 1, p. 94. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 11 out. 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. **Define os valores de incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências**. Brasília, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf> Acesso em: 29 de outubro de 2023.
6. BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União* 2011; 17 nov.
7. CARNEIRO, J. D. B.; BOUSQUAT, A.; FRAZÃO, P. A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo da Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil. *Administração Pública e Gestão Social*, vol. 14, núm. 2, 2022.
8. CARNEIRO, J. D. B. *et al.* Assistência odontológica à pessoa com deficiência: discricionariedade na linha de frente. *Revista de Saúde Pública*, 57:74, 2023.
9. CARNEIRO, J. D. B.; FRAZÃO, P. Modelos de proteção social e o direito à assistência odontológica às pessoas com deficiência. *Saúde e Sociedade*, v. 33, n. 2, 2024. DOI 10.1590/S0104-12902024230658pt
10. CARRER, F. C. A. **Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo**. In: CARRER, F.C.A. *SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir* / [Coord.] CARRER, F. C. A., PUCCA JÚNIOR, G. A., ARAÚJO, M. E. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. 167p.
11. CLEMENTE, K.A.P. *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *RevSaude Publica*. 2022;56:64. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>
12. CONDESSA, A. M. *et al.* . Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 29, n. 5, e2018154, 2020. Disponível

- em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000500300&lng=en&nrm=iso.
13. CONDESSA, A. M. *et al.* Use of dental services by disability status in Brazil in 2013. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 49, n. 5, p. 471–477, 31 jan. 2021.
 14. FERREIRA, H. A.; MOTA, P.; BOUSQUAT, A. **Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: na periferia da governança de São Paulo.** *Saúde Soc. São Paulo*, v.32, n.2,e210894pt, p.1-13, 2023.
 15. GODOI, H. *et al.* . Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 11, e00184719, 2020.
 16. GODOI, H.; MELLO, A. L.S.F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 2, p. 318-332, Feb. 2014 .
 17. GODOI, H.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00133516.
 18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
 19. [IBGE] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 2022, pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=37280&t=resultados>
 20. HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. A. B. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, 70(2): 132-140; 2016.
 21. HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
 22. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nota Técnica 01/2018 - Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. IBGE. Brasília, 2018.
 23. KISELY, S. No Mental Health without Oral Health. **Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.** 61(5):277-82, 2016.
 24. KRUG, S. B. F. *et al.* Ações e Estratégias de Educação Permanente em Saúde Na Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 31, no. 1, 2021, <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310131>.
 25. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 .
 26. LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: MADEIRA, L. M. (Org.). **Avaliação de políticas públicas.** Porto Alegre: UFRGS; CEGOV, 2014. p. 50-63.
 27. LUCENA, C. D. R. X. *et al.* Análise dos atendimentos odontológicos em pessoas com necessidades especiais em modalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2012. **Tempus Actas Saúde Coletiva** [Internet]. 7(2):173-82; 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1352> .

28. MELLO, A. L. S. F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 205-214, Jan. 2014.
29. MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde em Debate*, v. 39, n. spe, p. 160–170, 1 dez. 2015.
30. MINAYO, M. C. S. Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: MINAYO, M.C.S. O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 303-360.
31. MORAN, M.; REIN, M.; GOODIN, R. E. (Ed.). *The Oxford handbook of public policy*. New York: Oxford University Press, 2008.
32. MORAIS JUNIOR, R. C. *et al.* Avaliação nacional dos centros de referência odontológica para atendimento de pacientes com necessidades especiais. **EFACS** (online) 2018; 6(2):166-173.
33. MOTA, P. H. S. Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado. 2020. 238 p. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2020.
34. MOTA, P. H. S.; BOUSQUAT, A. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. *Saúde e Sociedade*, v. 32, p. e220608pt, 7 ago. 2023.
35. MOYSÉS, S.J. **Saúde coletiva**: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica. [orgs.] KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. [coord] MORITA, M.C. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
36. NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas em Saúde).
37. PINI, D. M.; FROHLICH, P. C. G. R.; RIGO, L. Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v.14, n. 4, p. 501-507, Dec.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-8045082016000400501&lng=en&nrm=iso; Acesso em 3 de outubro de 2020.
38. PINAFO, E. *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1619–1628, maio 2020.
39. REIBNITZ, K.S; DAUSSY, M. F. S. ; SILVA, C. A. J. ; REIBNITZ, M. T. ; KLOH, D. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos Pró-Saúde I e II. *Revista Brasileira de Educação Médica* (Impresso), v. 36, p. 68-75, 2012.
40. REIS-OLIVEIRA, J. *et al.* Association between management, human resources, and care provided to patients with special healthcare needs in dental specialty centers in Brazil: A cross-sectional study. *Spec Care Dentist*. 2023 Sep-Oct;43(5):611-618. doi: 10.1111/scd.12811. Epub 2022 Dec 15. PMID: 36522843.
41. ROSA, S. V. *et al.* Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. **International Journal of Dentistry**. 2020:9074618; 2020.
42. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 - 2023**. 2019. 331p.

43. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. ATAS-CIB. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conselhos-e-comissoes/cib/atas-cib>
44. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado em Saúde Bucal. 79 p. Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-saude-bucal/16356-linha-de-cuidado-de-saude-bucal-2019/file> Acesso em: 29 out. 2023.
45. SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.
46. SILVA, S. N. *et al.* Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. **International journal of paediatric dentistry**; v. 27 n. 5., p. 388-98, set., 2017.
47. SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1109–1120, abr. 2017.
48. Silva, E. L. M. S. *et al.* “Cuidados Em Saúde Bucal a Crianças E Adolescentes Com Paralisia Cerebral: Percepção de Pais E Cuidadores.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 25, no. 10, Oct. 2020, pp. 3773–3784, www.scielo.br/j/csc/a/dqSGghJSVgSqSDDvJwxjVdh/?lang=pt, <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.27972018>.
49. VARGAS, I. *et al.* Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p.705–717, jul., 2015.
50. VIANA, A. L. D. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413–422, 2015.
51. VIANA, A. L. *et al.* Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018 » <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>
52. VIANA, A. L. D. Á. *et al.* Region and Networks: multidimensional and multilevel approaches to analyze the health regionalization process in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 17, n. suppl 1, p. S7-S16, 2017.
53. WATT, R. G.; VENTURELLI, R.; DALY, B. Understanding and tackling oral health inequalities in vulnerable adult populations: from the margins to the mainstream. *Br Dent J.* 2019 Jul;227(1):49-54. doi: 10.1038/s41415-019-0472-7. PMID: 31300784.
54. WHO. World Health Organization. **World report on disability**. 2011.

6.2 ESTUDO 2

OBJETIVO ESPECÍFICO - *Identificar o estado da arte e estratégias pedagógicas para a formação do cirurgião-dentista consoante com a estruturação do cuidado à saúde bucal na RCPD.*

Dentistry teaching and oral health care for people with disabilities: a scoping review

Structure according to the journal "Journal of dental education"

Abstract

Introduction: More than a billion people around the world live with some type of disability and oral health care is one of the biggest undertreated needs of this population. An important barrier to treatment is the dentist, due to weaknesses in his professional training even with curricular changes in recent decades. A scoping review of the extent and type of evidence in relation to teaching dentistry for the care of people with disabilities will help to understand how dental education can address this training gap.

Methods: A scoping review was performed using the following databases: MEDLINE, Web of Science, Scopus, LILACS, BBO, BDENF, SCIELO, ERIC, Cochrane Library e CINAHL, following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. Studies in Portuguese, English, Spanish, published between January 2006 and March 2023 were selected. The selection process included three independent reviewers. Quantitative and qualitative approaches were used to synthesize the collected information. Articles were categorized and analyzed by domain.

Results: A total of 3298 articles were identified; 52 were included from all continents, 36 quantitative, 10 qualitative, 5 experience reports and 1 mixed methods, distributed in two categories: 1) Educational context: curriculum and student characteristics (n=24) and 2) Teaching-learning process: pedagogical strategies and their impacts (n=28). From 2006 to 2013, 18 studies were published and from 2014 to 2023, 34 articles were published. As for location, the USA and Brazil were the main contexts studied (54.9% of the set). Among the curricular gaps, the insufficient workload and little clinical experience/contact with PwD stood out. Contact with PwD prior to the course was listed as a characteristic of students with positive attitudes towards treating this population. The most cited pedagogical strategies were lectures, clinical activities, dramatization, videos and focus groups with PwD, whose impacts on teaching-learning were changes in attitudes; professional and interpersonal knowledge and skills; multidisciplinary and interdisciplinary experiences.

Conclusions: There is no global guideline on undergraduate training for the care of PwD. Students are dissatisfied with the teaching in this area and lack adequate preparation. Educational institutions need to integrate the topic across the curriculum. Successful strategies and weaknesses in teaching were highlighted, which, if adequately addressed, could support changes so that future professionals can offer quality dental treatment, ensuring that the oral health needs of this population are met in a sensitive and decisive manner.

Keywords: attitude of health personnel; dental care for disabled; dental education; dental students; disability.

1 INTRODUCTION

More than a billion people around the world live with some type of disability and approximately 200 million have considerable difficulties¹. People with Disability (PwD) presents worse oral health conditions such as caries, periodontal diseases, tooth loss, oral lesions and higher risks for oral diseases in general^{2,3}. Oral health care is also experienced as one of the greatest undertreated needs for this population^{4,5}.

In the last two decades, equality legislation advancements brought opportunities and improved access to services for this population⁶. The Convention of the Rights of Persons with Disabilities, carried out by the United Nations (UN) in 2006, represented a main international milestone for promotion, protection and guarantee of rights of PwD⁷.

This historical context also had repercussions on Dentistry. Since the 1970s, significant efforts have been made to improve the training of dental students in caring for patients with special needs. In the United States of America (USA), the Robert Wood Johnson Foundation has awarded four-year grants to eleven dental clinics to develop specific educational programs for patients with "handicapping" conditions. At the same time, the American Association of Dental Schools (AADS), precursor of the American Dental Education Association (ADEA), established curricular guidelines for undergraduate training in the treatment of these patients. However, research throughout the 1990s in the USA and Canada revealed inconsistencies and inadequacies in the inclusion of this content in undergraduate curricula, with a reduction in the time dedicated to the topic^{8,9}.

After a series of debates, the International Association for Disability and Oral Health (IADH) proposed, in 2001, the term Special Care Dentistry (SCD), a field of activity that includes, in addition to PwD, all individuals with capacity restrictions who require differentiated dental treatment¹⁰. In the same year, Brazil was the first country to recognize FD as a specialty, followed by New Zealand, the United Kingdom and Australia¹¹. During this period, it was discussed that if educational institutions provided an adequate Dentistry curriculum in this area, the percentage of graduates treating this population, over time, would increase the workforce by at least 40%¹².

The Commission on Dental Accreditation (CODA) introduced new standards for dentistry and dental hygiene programs in 2004 in the USA, seeking to include education aimed at patients with special needs. Similarly, in the same period, during the annual meeting of the ADEA House of Delegates, Resolution 18-H-2004 was adopted. On January 1, 2006, the

revision of the CODA Standard 2-18 was implemented, defining that “Graduates must be competent in assessing the treatment needs of patients with special needs.”, reinforcing that clinical instruction and experiences with these patients should include communication techniques and assessment of treatment needs compatible with special needs^{8,13}. Similarly, the Association for Dental Education in Europe (ADEE) published guidelines on the competencies required of dentists, in which SCD does not appear as a specific item, but is cited several times in relation to professionalism, communication, collection of clinical information, treatment planning and oral health maintenance¹⁴.

Despite global advances, PwD continue to face physical, structural, geographic, professional and behavioral barriers that hinder access to dental services, highlighting the necessity of improvements in the training of dentists to care for this population in different national and regional contexts¹⁵. General practitioners often consider that patients with SCD are very difficult to treat, having communication problems and end up creating barriers to access for this population. It has been estimated that 90% of people requiring SCD can receive care in the primary care setting, depending on sufficient education and training of the dental team¹⁴.

Inequities in the distribution of the burden of oral diseases among people with disabilities were highlighted in the publication of the "Global oral health status report - Towards universal health coverage for oral health by 2030"¹⁶. Inclusion and accessibility are a key aspect of the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development, with an express commitment to “leave no one behind”. Health services and the training of health professionals need to be aligned to offer quality care and reduce access barriers¹⁷. In agreement, the international meeting “Rehabilitation 2030: a call to action” highlighted as a priority action the development of a multidisciplinary workforce appropriate to the context of each country and the promotion of rehabilitation concepts in the education of health professionals¹⁸.

Based on this background, this scoping review aims to understand the extent and type of evidence in relation to teaching dentistry in the undergraduation for the care of people with disabilities from 2006 to 2023.

2 METHODS

2.1 Literature Search

This scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) for scoping reviews described in the JBI evidence synthesis manual¹⁹. An initial limited search of MEDLINE and CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) was undertaken to identify articles on the topic. A full search strategy was developed by the authors with an expert librarian using key words contained in the titles and abstracts of relevant studies and the index terms. The databases MEDLINE, Web of Science, Scopus, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), BBO (Brazilian Dentistry Bibliography), BDENF (Database in Nursing-Brazilian Bibliography), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), ERIC (Education Resources Information Center), Cochrane Library and CINAHL were used to find articles published from January 1, 2006 to March 1, 2023. The year 2006 was chosen as a time cut-off point considering it represents a historic milestone in the advancement of global discussions on the rights of PwD, as commented above. The preferred reporting items for scoping reviews and meta-analyses statement for reporting was used for this study²⁰. The protocol was registered a priori on Open Science Framework (<https://osf.io/69fbj/>).

2.2 Study Selection Criteria

All identified citations were imported in an Endnote x9 library (EndNote X9, Thomson Reuters, Philadelphia, PA) and duplicates removed. The remaining set of articles was imported into Rayyan QCRI17 (Rayyan, Qatar Computing Research Institute) free software, a screening and data extraction tool, that also helped to delete duplicates. Three authors independently screened the titles and abstracts to determine which studies would undergo full-text review. The full text of the resulting papers was then reviewed for inclusion by three authors independently. Any disagreements that arise between the reviewers at each stage of the selection process was resolved through discussion, with an additional expert reviewer. Studies were included if they comprised original quantitative and qualitative research and described an intervention of any design related to undergraduate dentistry teaching to care for people with disabilities. Studies were excluded if they were not available in English, Spanish or Portuguese due to the reviewers' language fluency. Studies also were excluded if they were the wrong study design (e.g., commentaries, letters to the editor, conference abstract or documents for education organizations), duplicates, secondary analyses, or no original data reported.

2.3 Article review and data extraction

Data extraction was done by three authors using Microsoft Excel. Any disagreements between reviewers were resolved through in-depth discussion or by an additional reviewer. The

articles were divided by domain based on the themes and analyzes used in the studies, enabling a more precise synthesis of information. Subsequently, a table was created and the decision about which data was extracted was guided by the research question and included: author, year, title, journal, design of study, country, objective, content related to dental education focused on care for PwD. It was not necessary to contact the authors of these studies to obtain more details about the articles. This scoping review did not perform an assessment of the quality of the studies selected based on risk of bias. Although essential for systematic reviews, this assessment is not mandatory in scoping reviews²¹.

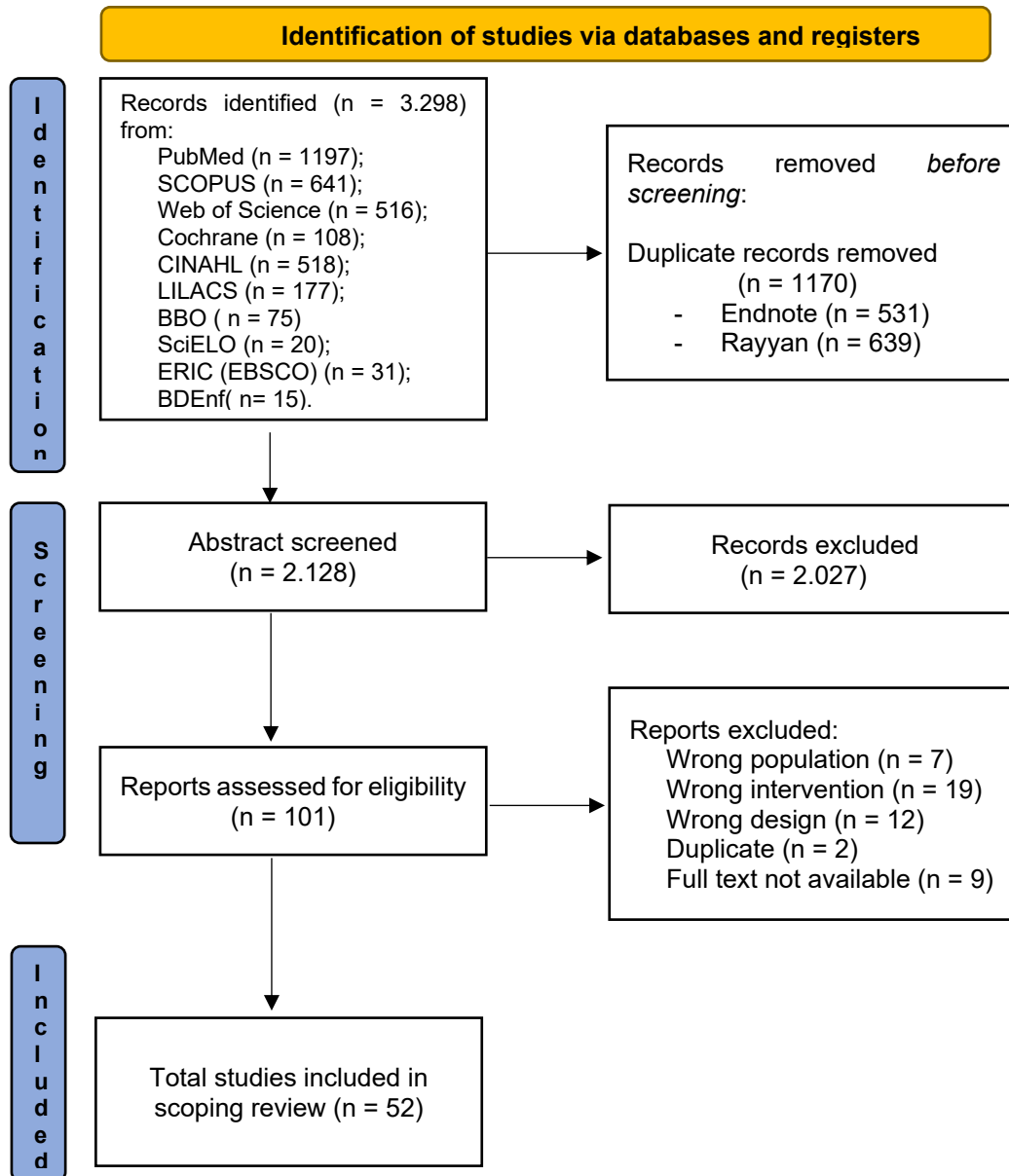
2.4 Data synthesis

We grouped according to the predominant domain of a given study to synthesize the results, using both quantitative and qualitative approaches. The results were presented in a descriptive format and thematic synthesis of the data through tables, with the aim of presenting an overview of all the material.

3 RESULTS

The original search identified a total of 3.298 references in the 10 databases investigated until March 1, 2023. All duplicated references were excluded, resulting in 1.170. After this process, three reviewers independently screened the 2.128 articles based on reading the title and abstract. Another 2.027 studies were excluded because they were outside the scope of our research question at this stage. Of the remaining 101 articles selected for full text review, 49 articles were excluded based on the eligibility criteria. Overall, 52 articles met the eligibility criteria and informed our study sample. The PRISMA flowchart (Figure 1) represents a schematic presentation of the search and inclusion of studies.

Figure 1: Flowchart of the study selection process according to the Preferred reporting items for systematic review extension for scoping reviews (PRISMA-ScR) guidelines



3.1 Selected studies characteristics

The studies were categorized based on two domains: 1) Educational context: curriculum and student characteristics^{6,9,13,22-42} and 2) Teaching-learning process: pedagogical strategies and their impacts⁴³⁻⁷⁰. **Table 1** presents a summary of the characteristics of the 52 studies, divided by domain.

Among the selected articles, from 2006 to 2013, 18 studies were published, from 2014 to 2023 there was an increase in the number of publications, totaling 34 articles. The

publications included studies with participants from all continents (**Figure 2**), the USA (n=15) and Brazil (n=13) are the main contexts studied, followed by Canada (n = 5), Malaysia (n = 5), Saudi Arabia (n = 4), Ireland (n = 3), United Kingdom (n = 3), Chile (n = 1), Cuba (n = 1), Jamaica (n = 1), Nigeria (n = 1), Italy (n = 1), Czech Republic (n = 1), Korea (n = 1), Australia (n = 1) and a study that includes the participation of experts from 30 countries (n = 1). There was a significant concentration of studies in journals specializing in dental education, such as the Journal of Dental Education (n = 15), Revista da ABENO (n = 9), and the European Journal of Dental Education (n = 7). About the methodological approach, 36 studies were quantitative in nature, 10 adopted qualitative approaches, 1 mixed methods study and 5 presented experience reports.

Figure 2: Worldwide distribution of selected studies related to undergraduate dentistry teaching to care for people with disabilities.

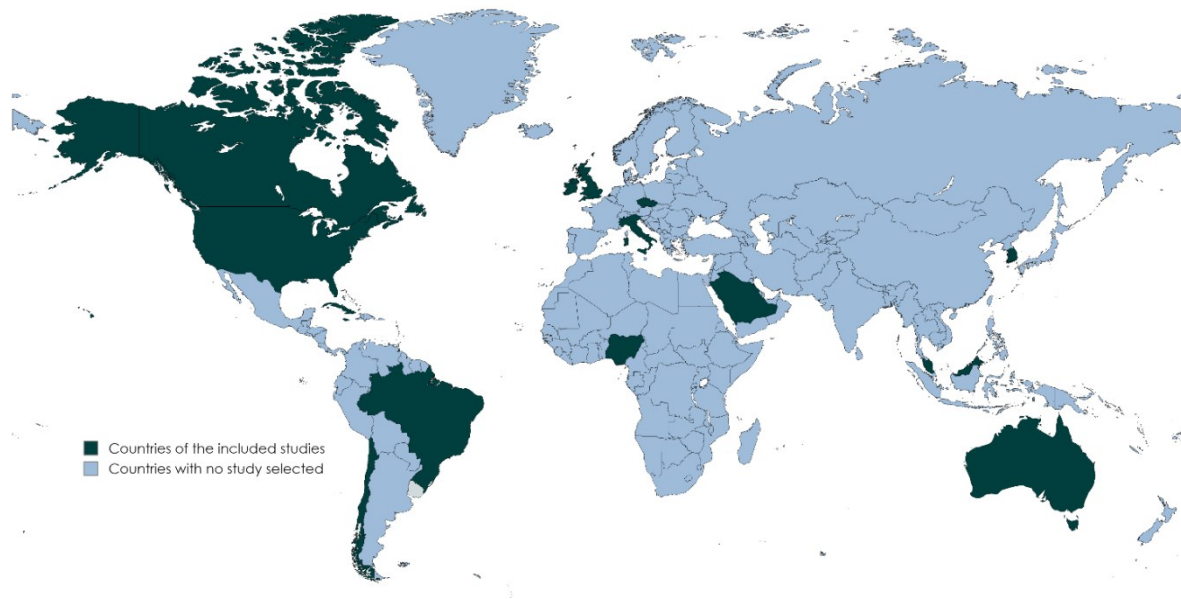


Table 1 Characteristics of the studies, divided into two domains: Educational Context (EC) and Teaching-learning Process (TP)

Title	Author, Year, Country, Journal	Methodology	Outcomes&keyfindings	Domain
²² Special care dentistry for people with intellectual disability in dental education: an Italian experience	Dellavia C <i>et al.</i> , 2009, Italy, European Journal of Dental Education	Quantitative Design - Self-administered surveys were sent to the dean and all final-year students at all dental schools in 20 Italian universities.	Four of 20 faculties offer didactic and clinical education in special care dentistry. Among responding students (51%), 83% rated the education as poor, but over 50% were interested in working with patients with special needs, with 25% willing to volunteer for the Special Smiles Project.	EC
²³ Undergraduate education in special needs dentistry in Malaysian and Australian dental schools	Ahmad MS, Razak IA, Borromeo GL, 2014, Malaysia/Australia, J Dent Educ	Quantitative design - questionnaire mailed to the deans of 6 Malaysian public dental schools and the heads of nine Australian dental schools in 2012.	Fewer Malaysian dental schools offer specific SND education compared to Australia. Both countries integrate SND into pediatric dentistry, oral medicine/pathology, and oral surgery, with clinical training in diverse settings. The main challenge in both is a shortage of faculty expertise in SND education.	EC
²⁴ Latin American and Caribbean dental	Smitley MG <i>et al.</i> , 2009, USA, Rev PanamSaludPublica/	Quantitative design - short questionnaire e-mailed to the deans/program directors listed in	Over half of the 142 respondents reported students receive less than 5 hours of didactic and clinical training in special needs care. Additionally, 23%	EC

schools: teaching about special needs	Pan Am J Public Health	the WHO World Directory of Medical Schools in LAC.	and 30% of respondents felt no curricular hours were needed for didactic or clinical training. The main challenge identified was the lack of faculty expertise in this area.	
²⁵ Analysis of the curricular component “Patients with Special Needs” in Dentistry courses in the state of Rio Grande do Norte	Faria MHD, Pereira FJP, Lima IPC, 2021, Brazil, Rev ABENO	Quantitative design - cross-sectional, exploratory and descriptive study collected from the course’s websites.	Of 10 courses, 5 included special needs education, with only 1 as an elective. Two combined theoretical and practical elements; the rest were theoretical. Four private institutions made it mandatory, while the public institution offered it as an elective.	EC
¹³ Preparing dental students to treat patients with special needs: changes in predoctoral education after the revised accreditation standard	Clemetson JC <i>et al.</i> , 2012, USA, J Dent Educ	Quantitative design - a survey instrument about 3 domains were mailed to the deans, clinic directors and department chair of the fifty-four dental schools operating in the United States and Puerto Rico in 2008.	Of 167 surveys, 104 were returned (62% individual response rate; 93% school response rate). 34% of clinics were in pediatric dentistry, 80% of schools wanted more teaching time for special needs care, and 59% of schools fully met CODA guidelines, 16% partially, and 8% were unknown.	EC
²⁶ Preparing health professionals to	Holder M, Waldman HB, Hood H, 2009,	Quantitative design - 1-questionnaire e-mailed to the	Out of 2,219 surveys, 795 were returned (36% response rate). Over half of the deans viewed a	EC

provide care to individuals with disabilities	USA, International Journal of Oral Science	directors and administrators of all medical and dental schools in the United States. 2 - Online searches e-mailed to organizations to get a "convenience sample" to select students who participated in World Congress on Disabilities.3 - Online Student surveys were e-mailed.	curriculum for patients with disabilities as low priority. About 68% of dental students received 5 hours or less of didactic instruction, half had no clinical training, and 75% felt inadequately prepared to provide services.	
²⁷ Pre-doctoral special healthcare needs education: Lost in a crowded curriculum	Inclan ML, Meyer BD, 2020, USA, J Dent Educ	Qualitative design - one-on-one interviews with academic leaders.	Twelve faculty members from 10 institutions noted that SHCN training primarily occurs post-undergraduate, with curricula being inconsistent due to scheduling constraints. There are concerns about incorporating SHCN education into undergraduate programs and creating sustainable training systems.	EC
²⁸ Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and	Krause M <i>et al.</i> , 2010, USA/Canada, J Dent Educ	Quantitative design - sixty-five deans of dental schools in the United States and Canada, received an email asking the web address to the person in their school most	91% of programs included SHCN in clinical education, but only 64% offered a separate course. Clinical education varied, with 37% having a dedicated area for SHCN patients. The most common challenge was curriculum overload (55%).	EC

Canadian dental schools		responsible for the curriculum about care for patients with special needs.	77% of schools planned changes within 3 years, focusing on more clinical experiences (36%).	
²⁹ Dentistry for patients with special needs: how is this discipline offered in dental schools in southeastern Brazil?	Lopes DF <i>et al.</i> , 2021, ArqOdontol, Brazil.	Quantitative design - The search was made through the institution's website or, when it was not possible, by contacting the coordination's email	Out of 176 dentistry courses in the region, 144 were included. 62.5% offer the subject, with 71.1% of these being mandatory, especially in private universities. 51.1% provide practical or theoretical-practical activities, including distance learning with practical content. Course load ranged from 30 to 240 hours.	EC
³⁰ Characterization of the curricular component Dentistry for Patients with Special Needs in the Dental courses of the state of Paraíba	Penha ES <i>et al.</i> , 2018, Brazil, Rev ABENO	Quantitative design - A questionnaire was produced, and information was collected through the official website of educational institutions.	Data from 9 out of 11 courses showed 6 included the discipline, with varying names. The course was compulsory in all, mostly with a theoretical/clinical approach. 2 courses offered it in the 8th and 9th semesters, averaging 62.2 hours. In 50% the subject was linked to other disciplines; 60% were taught independently.	EC

³¹ Survey of special patient care programs at U.S. and Canadian dental schools	Schwenk DM, Stoeckel DC, Rieken SE, 2007, USA/Canada, JDE	Quantitative design - questionnaire e-mailed to sixty-five deans of dental schools in the United States and Canada.	Out of 42 schools, 40% had designated SPC clinics, with most involving predoctoral students. 71% could use sedation or general anesthesia. The number of SPC clinics hasn't significantly increased in the past decade, and education alone won't solve the access to care issue.	EC
³² Special needs education in Canadian dental school curriculum: is there enough?	Carla M Sherman 1, Ross D Anderson, 2010, Canada, J Can Dent Assoc	Quantitative design - A survey package was sent to all dental undergraduate programs in Canada and data were analyzed using basic descriptive statistics.	10 undergraduate programs completed surveys. In 70% of them, special needs training is provided by the pediatric dentistry department, occasionally with support from other departments. There are no specific courses for special needs care, with the focus remaining on basic dental skills due to the full curriculum	EC
³³ A survey of the quality and quantity of special care dentistry teaching, including Gerodontology, in dental schools of the	Sherman CM, Anderson RD, 2009, United Kingdom, Journal of Disability and Oral Health	Quantitative design - postal questionnaire survey to the 1,220 final year students and 15 staff who coordinate Special Care Dentistry teaching of 15 dental schools	Didactic teaching and clinical experience varied widely. 87.9% of students felt they lacked sufficient clinical experience, leaving many unprepared to treat Special Care patients. Of those with hands-on experience, only 22.9% felt confident to perform treatments.	EC

United Kingdom and Ireland		across the UK and Republic of Ireland.		
³⁴ Developing an undergraduate curriculum in Special Care Dentistry – by consensus	Dougall A <i>et al.</i> , 2014, Eur J Dent Educ.	Qualitative design by three round Delphi method. Selection of the Delphi panel - A web-based tool was used for all three rounds of the survey to enable randomisation. All statistical analyses were undertaken using IBM SPSS ver.19.0	Experts from 30 countries established a core curriculum that adopts a patient-centered approach using the CIF framework. The new focus emphasizes treatment planning based on function and environment for patients with disabilities, promoting transferable core skills centered on patient function, needs, and preferences rather than specific diagnoses.	
³⁵ Dentistry for Special Needs Patients in undergraduate teaching: perception of students and professors at university in Piauí and a Brazilian overview	Conceição ABS, dos Santos IT, Silva AM, Prado Júnior RR, Mendes RF.; 2021; Brazil; Revista da ABENO	Quantitative design - 1 -questionnaire mailed to students and teachers of the UFPI Dentistry course. 2- The curricular matrices of 143 dental schools in Brazil were consulted on institutional electronic addresses.	54.8% had never attended a SCN clinic and felt unprepared (67.7%). 84.7% and teachers (53.8%) supported making SCN mandatory. Despite 73.1% of teachers having SCN training, they neither engaged in patient care nor pursued further study. SCN courses are offered in 67.8% of Dentistry programs.	EC

³⁶ Patients with special needs: dental students' educational experiences, attitudes, and behavior	Vainio L, Krause M, Inglehart MR.; 2011; USA; J Dent Educ	Quantitative design - Web-based survey data were collected from forty-nine dental student leaders in thirteen U.S. dental schools and paper-and-pencil survey data from 397 dental students at a Midwestern dental school.	Most respondents recognized the importance of SHCN education and intended to provide such care in the future. However, satisfaction with their education varied. Confidence in treating SHCN patients was linked to the perceived quality of their dental training, affecting their intention to include these patients in future practice.	EC
⁹ What influences dental students to serve special care patients?	Baumeister SE, Davidson PL, Carreon DC, Nakazono TT, Gutierrez JJ, Andersen RM.; 2007; USA; SpecCareDentist	Quantitative design - (1) bivariate comparisons between the dependent variable and each covariate, and (2) multivariate modeling. Data were sourced from the ADEA Survey of Dental School Seniors (2003), the US Census 2000, the ADA report on dentist distribution (2001), and the Bureau of Primary Health Care (BPHC) Uniform Data.	Interest in serving special care populations was associated with communities having older adults and low-income residents. Influencing factors included a college-educated father, extramural rotations, preparedness for disabled patients, a service-oriented attitude, and dental school demographics.	EC

³⁷ Saudi dental students' perception of their education in special care dentistry and its effect on their confidence to render care	Pani SC, Shalan AA, Saigh HA, Shaheen R, Radwan W.; 2012; Saudi Arabia; J Disab Oral Health	Quantitative design - 222 students from four dental schools in Saudi Arabia responded to a structured questionnaire.	Saudi dental students are willing to treat SHCN patients but lack confidence due to insufficient clinical experience. Despite satisfaction with theoretical training, overall confidence in providing care remains low, with gender differences affecting willingness to treat certain disorders.	EC
³⁸ Dental care for special-needs patients: attitudes and perceptionsofdentistry students	Santos MFS, Hora IAA.; 2014; Brazil; Revista Da ABENO	Quantitative design - application of a closed questionnaire to 96 final year students of dentistry courses at the Federal University of Sergipe, a public institution, and the Tiradentes University, a private institution.	76% of students learned about special patient dentistry through lectures, 66% through conferences and projects, and 49% saw patients with systemic changes. Most (94%) support adding a dedicated course, but 57% feel insecure about future care. There is a need to enhance and diversify educational approaches.	EC
³⁹ Attitudes of Korean Dental Students Toward Individuals with Special Health Care Needs	Lee HS, Jung HI, Kim SM, Kim J, Doh RM, Lee JH.; South Korea; 2015; J Dent Educ	Quantitative design - A survey of 1,057 students from 4 of 11 dental schools in Korea used the SADP as the primary instrument,	Students' attitudes were similar across genders, but nine other variables showed significant differences. Korean dental students had lower SADP scores than their Western counterparts, likely due to Eastern	EC

		incorporating 10 independent variables.	cultural values, indicating a need to enhance attitudes towards patients with disabilities.	
⁴⁰ Saudi and U.S. dental student attitudes toward treating individuals with developmental disabilities	Alkahtani ZM, Stark PC, Loo CY, Wright WG, Morgan JP.; 2014; Saudi Arabia and USA; J Dent Educ	Quantitative design - Two subsequent classes of senior dental students at Faculty of Dentistry at King Abdulaziz University (KAU), Saudi Arabia, and at Tufts University School of Dental Medicine (TUSDM), Massachusetts, were surveyed using a pretested, validated, online questionnaire.	TUSDM students had more training, experience, and positive attitudes toward individuals with DD than KAU students. Only 11% of KAU students felt their teachers showed how to enjoy treating DD patients, compared to 49% at TUSDM. Prior experience and preparedness were linked to better attitudes, highlighting the importance of predoctoral education in improving care for DD patients.	EC
⁶ Meeting the needs of patients with disabilities: how can we better prepare the new dental graduate?	Wilson KE, Dunn K, Holmes RD, Delgaty L.; 2019; United Kingdom; Br Dent J	Qualitative design - focus groups with 16 dental students at Newcastle School of Dental Sciences. The data were analyzed using thematic analysis.	Students' preparedness varied with knowledge, experience, and special care dentistry education. Experiential learning was preferred over didactic teaching, with a call for more structured education and increased exposure to the disabled community.	EC

⁴¹ Preparedness of dental undergraduates for provision of care to individuals with special health care needs in Nigeria	Oredugba FA, Akinwande JA.; 2008; Nigeria; J Disabil Oral Health	Quantitative design- Three survey questionnaires were applied to Deans of the four dental schools in Nigeria, lecturers teaching the course and final year dental students.	SHCN teaching varies across four schools, with inconsistent content and training. Few educators felt students were adequately prepared, and while 76.9% of students were willing to treat SHCN patients, only 42.3% felt prepared. Standardizing and improving the curriculum is recommended.	EC
⁴² Special Needs Dentistry: perception, attitudes and educational experience of Malaysian dental students	Ahmad MS, Razak IA, Borromeo GL.; 2015; Malaysia; Eur J Dent Educ	Quantitative design - A self-administered questionnaire was administered in the classroom style to final year undergraduate dental students in Malaysian public dental schools.	Most students learned about SND from academic staff but had poor knowledge and felt uncomfortable providing care. They saw their training as inadequate and agreed on the need for more didactic and clinical education. Despite limited exposure, many were interested in postgraduate SND education.	EC
⁴³ Effect of Disability-Specific Education on Student Attitudes Toward People With Disabilities	Alahmari KA, Rengaramanujam K, Reddy RS, Silvian Samuel P, Ahmad I, Nagaraj Kakaraparthi V,	Quantitative design - 24 final-year health science students from health sciences answered a questionnaire employing the SADP before and	Dental students showed significant positive attitudes toward disability compared with other students. The disability-specific structured teaching program was effective in improving attitudes toward disability. Authors recommend modifying	TP

	Tedla JS.; 2021; Saudi Arabia, Health Educ Behav	after a disability-specific structured teaching program.	the disability-related content in the health sciences curriculum.	
⁴⁴ Extramural Oral Health Educational Program Involving Individuals With Disabilities: Impact on Dental Students' Professionalism	Ahmad MS, Mokhtar IW, Khan NLA; 2020;Malaysia, J Int Soc Prev Community Dent.	Qualitative design - 165 1st to 5th-year Dental students participated in a volunteer 2-days extramural program conducted in a Visually Impaired Children School in Malaysia. Data were collected through a focus group and analyzed via thematic analysis.	Students recommended regular programs for patients with disabilities (PwD) to enhance knowledge, skills, and attitudes. They preferred practical care center activities and quality-focused assessments, finding such programs beneficial for developing professionalism and comfort in managing PwD.	TP
⁴⁵ Developing competencies for the dental care of people with sensory disabilities: A pilot inclusive approach	Campos V, Cartes-velásquezR ; 2020; Chile, Cumhuriyet Dental Journal	Quantitative design - 14 2nd to 5th year enrolled in an elective course on auditory and visual impairments, which included lectures, discussions, roleplay, standardized patients, and participation from deaf and blind instructors. Post-course, students completed an open-ended survey,	All students excelled in the course, successfully defining approaches for hearing and visual disabilities. The experience was deemed pleasant, productive, and positively impactful, helping students effectively identify and address the healthcare needs of individuals with visual or hearing disabilities.	TP

		and their experiences and grades were analyzed using descriptive statistics and topical analysis.		
⁴⁶ Does Special Care Dentistry undergraduate teaching improve dental student attitudes towards people with disabilities?	Phadraig CMG <i>et al.</i> ; 2015; Ireland, Eur J Dent Educ.	Quantitative design - A validated instrument (ATDP-Form 0) was given as a course evaluation to 109 third-year dental students in the Dublin Dental University Hospital over 3 years from 2010 to 2013, immediately before and after the delivery of a brief comprehensive curriculum in Special Care Dentistry.	The mean score of students before the course was 74.8, and 76.8 after the course, with no significant change in attitudes toward PwD. The comprehensive blended learning module did not significantly improve student attitudes toward PwD within the given timeframe.	TP

⁴⁷Promoting openness to autism amongst dental care professional students	Phadraig CMG <i>et al.</i>; 2023; Ireland, Eur J Dent Educ.	Quantitative design - Effectiveness of training provided by an individual with autism was assessed by measuring changes in 62 dental students' openness to autism and confidence in treating autistic patients. The cohort included third-year dental students and second-year dental nursing and hygiene students.	The training led by a person with autism resulted in a 7.6% increase in openness and a 4.9% increase in confidence among dental students. Openness scores predicted baseline confidence levels. The intervention suggests benefits of peer-led teaching by autistic individuals, though further research is needed.	TP
⁴⁸Incorporating Experiential Learning Techniques to Improve Self-Efficacy in Clinical Special Care Dentistry Education	Watters AL <i>et al.</i>; 2015;USA, J Dent Educ.	Quantitative design - A survey was used to assess changes in 127 students' perceived knowledge, beliefs, and attitudes regarding treating PSN before and after the clinical experience for July 2012-June 2013.	Training led to significant improvements in students' comfort and intent to treat PSN, interest in further training, and belief in treating PSN in private practice. Clinical experience was preferred over didactic instruction and improved self-efficacy, especially among those with less prior experience.	TP

⁴⁹ Student evaluation of clinical outreach teaching in Community Special Care Dentistry	Zoitopoulos <i>et al</i> ; 2007; United Kingdom, Journal of Disability and Oral Health	Quantitative design - The outreach program's content and operations were detailed, and 120 randomly selected student evaluations from three years were analyzed for recurring feedback. Student attendance and patient details were also reviewed.	The program saw high attendance and each student pair treated an average of six patients daily. The proportion of special care patients increased yearly, and 81% of student evaluations were positive, highlighting tutor skills, insights into special care dentistry, and patient diversity.	TP
⁵⁰ Remote Training of Dental Students and Professionals to Promote Cooperative Behavior in Patients with Intellectual and Developmental Disabilities	Matteucci M, Lerman DC, Tsami L, Boyle S. ; 2023; USA, J Dev Phys Disabil.	Quantitative design - The training for dental students and oral health professionals was evaluated using pre- and post-course questionnaires, participant feedback, and practical observations to assess skill application.	Group video conferencing training successfully taught six of seven participants behavior techniques for patients with intellectual and developmental disabilities, demonstrating efficiency in training dental professionals without post-training feedback.	TP
⁵¹ Effectiveness of educational intervention of oral health for special	Salama FS, Al-Balkhi BK.; 2020;	Quantitative design - Students completed pre- and post-intervention questionnaires before and after a 30-minute DVD session	The study involved 150 students across five course years. The intervention raised knowledge scores from a mean of 15.46 to 18.09, with 62% of	TP

needs on knowledge of dental students in Saudi Arabia	Saudi Arabia, Disabil Health J.	on oral health care for individuals with SHCN.	students rating their initial knowledge as minimal and 98% planning to use the new information.	
⁵² Virtual patient instruction for dental students: can it improve dental care access for persons with special needs?	Sanders C, Kleinert HL, Boyd SE, Herren C, Theiss L, Mink J.; 2008; USA, Spec Care Dentist.	Quantitative design - team of dental faculty, parents, an individual with developmental disability, and educational specialists created an interactive virtual-patient module featuring a young man with congenital deafblindness, requiring students to make clinical decisions.	Significant improvements in dental students' comfort and knowledge levels after completing an interactive, multimedia learning module. Students expressed overall satisfaction with the module, indicating its effectiveness in providing clinical exposure to patients with developmental disabilities.	TP
⁵³ Implementation of an online treatment planning exercise focused on vulnerable patient groups	Nair RU, Marchini L, Johnsen DC, Xie XJ.; 2020; USA, J Dent Educ.	Case report design - a virtual program, created during the pandemic, to develop skills related to the treatment of a young adult with special needs.	The virtual approach, incorporating interprofessional practice and clear instructions, led to active student participation. There was a link between students' risk staging using ROHD and their treatment recommendations.	TP
⁵⁴ Feeling the smile: an experience of	Oliveira, JB; Silva, TC; Costa, DPTS;	Case report - inclusive experience of the extension project Sentir o	Visually impaired individuals received training to manage their oral health through workshops and	TP

promoting oral health with a group of visually impaired people in Recife	Silva, CHV; 2012; Brazil, Odontol. Clín.-Cient. (Online)	sorriso, experienced by a team from the Undergraduate Course in Dentistry at UFPE.	lectures. Dentistry students learned to teach oral hygiene techniques and self-examination skills to these individuals.	
⁵⁵ Oral health promotion and university extension: new perspectives for patients with special needs	Oliveira JS, Prado-Júnior RR, Fernandes RF, Mendes RF; 2015; Brazil; Revista da ABENO	Case report - Present the experience report on activities focused on dentistry carried out at the Integrated Center for Special Education in Teresina, Piauí, and promote a discussion on the importance of extension activities in Dentistry courses.	Educational actions can develop competence and encourage those responsible for patients and provide students with security and familiarity in caring for special patients. It fosters competence, builds confidence in patient care, and enhances the university's social impact through research and professional interaction.	TP
⁵⁶ Use of scenarios with people with disabilities and their families in dental education	Fregoneze AP, Brancher JA, Vosgerau DSR, Bahten ACV; 2020; Brazil; Revista da ABENO	Qualitative design - Sixty dental students in the Integrated Clinic for Patients with Special Needs course participated in focus groups with semi-structured questionnaires. They engaged with people with disabilities and their families in a simulated scenario, developed	Before the scenario, students focused on skill development rather than the needs of people with disabilities. After the scenario, students' perceptions shifted significantly, with increased emphasis on respect and empathy, suggesting that exposure to real experiences can effectively educate dental students.	TP

		hypotheses about patient care, and analyzed data using Atlas Ti software.		
⁵⁷ Improving student dentist competencies and perception of difficulty in delivering care to children with developmental disabilities using a virtual patient module	Kleinert HL, Sanders C, Mink J, Nash D, Johnson J, Boyd S, Challman S.; 2007; USA, J Dent Educ.	Quantitative design - A team developed an interactive CD-ROM module with a virtual patient, involving pediatric dentistry faculty, parents, individuals with developmental disabilities, and educational specialists. Student dentists used the module to make decisions on interactions and clinical procedures throughout the case.	Significant improvements were observed in student dentists' perceived difficulty levels, knowledge, and overall satisfaction with the learning modules. An interactive multimedia CD-ROM module effectively prepared students to provide competent care for children with developmental disabilities.	TP
⁵⁸ Sign language in dental education-A new nexus	Jones T, Cumberbatch K.; 2018; Jamaica, Eur J Dent Educ.	Case report - To present a sign language teaching program in an undergraduate dentistry course in Jamaica. The programme was	Two cohorts have completed the program, showing a positive impact on dental care access and treatment for deaf patients. Direct communication between dental students and deaf patients improved	TP

		introduced in 2012 in the third year of the 5-year undergraduate dental programme.	access and treatment, suggesting a model applicable globally.	
⁵⁹ Teaching Communication with Disabled Patients Using Case-Based Learning - Experience from practice	Juricková L, Ivanová K, Azeem K, Tucková D; 2021; Czech Republic, 7th International Conference on Higher Educational Advances.	Case report- The CBL method, involving controlled questioning and small group interactions, facilitates both intentional and unintentional learning. It allows students to communicate with a disabled patient and their public guardian, enhancing practical teaching.	The CBL method helps medical students improve communication with disabled patients and develop empathy. Students engage with the patient's guardian and address communication issues, enhancing practical training in patient interactions.	TP
⁶⁰ Dental Students' Attitudes Toward the Care of Individuals with Intellectual Disabilities: Relationship Between	Delucia LM, Davis EL; 2009; USA; J Dent Educ	Quantitative design - Third-year students were surveyed immediately before and one week, six months, and one year after a lecture on management of patients with developmental disabilities.	After instruction, expectations of dental capabilities increased, but comfort levels remained unchanged. Experience was linked to comfort, not expectations. Classroom instruction didn't affect comfort or anticipated skills, highlighting the need for experiential learning with reflection to improve comfort in treating PwD.	TP

Instruction and Experience				
⁶¹ Perception of UFRGS dentistry students of the area of dental care for patients with special needs	Figueiredo MC, Haas AN, Da Silva AM, Furtado TC, Melgar XC.; 2019; Brazil; Odontoestomatología	Mixed methods design - A longitudinal study used a questionnaire with 20 questions to assess 64 students in their 9th and 10th semesters who took an elective course in Dental Care for PSN	Most students (98.4%) felt moved and valued the experience, with 76.6% feeling prepared to work with PSN. While 67.2% did not wish to specialize in PSN, 100% agreed that the training was essential and should be mandatory.	TP
⁶² Oral Health and Patients with Special Needs: perceptions of undergraduate Dentistry students at FOB-USP	Jacomine JC, Ferreira R, Sant'Ana ACP, et al.; 2018; Brazil; Revista da ABENO	Quantitative design - A questionnaire was applied to undergraduates from the 2nd to 4th year of the Faculty of Dentistry of Bauru (n = 122), with questions regarding dental care and their perceptions about PSN.	The majority of students, particularly in the 4th year, do not feel prepared for this service, with 95% expressing this insecurity. The most common reactions among students were insecurity and difficulty in caring for people with disabilities, while few reported ease and confidence.	TP

⁶³Undergraduate students' perception of the importance of the Dentistry discipline for patients with special needs	da Silva TD, Santaella NG, Caminha RDG, Santos PSS.; 2020; Brazil; Revista da ABENO	Qualitative design - Data were collected through a questionnaire administered to 29 students at the end of the Dentistry for Patients with Special Needs discipline at the Bauru School of Dentistry (BSD).	Students recognized that limited contact with people with disabilities during their course could lead to professional insecurity in treating these patients. While the discipline provided valuable learning, most students wanted more clinical practice and theoretical classes to build confidence, despite challenges like limited faculty and access.	TP
⁶⁴Assessments of future dentists on their training for the care of deaf patients, Havana, 2016	Pérez YS, López AMN.; 2017; Cuba; Revista Habanera de Ciencias Médicas	Quantitative design- A crosssectional descriptive study was carried out in a population of 35 students in the fifth year of stomatology's career from the Institute of Basic and Preclinical Sciences "Victoria de Girón" Playa Municipality in Havana, They received the optional training course "Dental management of the deaf patient" and then was performed a survey.	The most interesting topic was Cuban Sign Language, with 62.9% expressing interest. Additionally, 65.7% of students felt that the current curriculum does not adequately address the special dental care needs of deaf patients, and 91.4% believe an elective course is necessary to complement their education.	TP

⁶⁵ Verbalizations of dentistry students about the social inclusion of people with disabilities	De Moraes ABA, Batista CG, Lombardo I, Horino LE, Rolim GS.; 2006; Brazil; Psicologia em Estudo	Qualitative design - A questionnaire consisting of examples of inclusive situations was applied prior to and after a teaching module focusing handicapped patients.	Results indicated increased positive responsiveness after the teaching module, with higher scores for individual-focused responses than for inclusive actions. Negatively polarized responses decreased, underscoring the value of Human Sciences, particularly psychology, in improving dental students' education.	TP
⁶⁶ Perception of undergraduate dentistry students regarding care for people with disabilities	Ferreira SH, Suita RA, Rodrigues PH, Kramer PF.; 2017; Brazil; Revista Da ABENO	Qualitative design - a semi-structured interview was conducted with 13 students in the Dental College Clinic and were analyzed with content analysis.	Most participants changed their opinions about PwD and their approach to providing assistance, embracing new concepts that improve professional performance. The experience of delivering dental care to PwD helped them grow both technically and emotionally, turning initial fear, insecurity, and pity into a drive to understand, adapt care, and pursue further knowledge in this field.	TP
⁶⁷ Impact of the special care dentistry education on Malaysian students' attitudes, self-	Rohani MM, Fuad NA, Ahmad MS, Esa R.; 2022; Malaysia; Eur J Dent Educ	Quantitative design - A questionnaire was developed based on the Dental Student Attitude to the Handicapped Scale, Scale of Attitudes to the Disabled Persons	There was no significant difference in overall attitude scores between universities, but students from University A, with more clinical experience and DET exposure, had significantly higher individual scores. The intention to treat PWLD was	TP

efficacy and intention to treat people with learning disability		and Health Action Process Approach, distributed to clinical dental students from two Malaysian universities that offer a specific and structured undergraduate curriculum in Special Care Dentistry.	not significantly affected by university, gender, or year of study, highlighting the importance of integrating SCD education with clinical experience and DET in the curriculum.	
⁶⁸ Dental students' perception on Disability Equality Training as part of the special care dentistry curriculum	Rohani MM, Nor NAM. 2021; Malaysia; J Dent Educ	Qualitative design - studied the perception of 2 cohorts of 100 third-year dental students from Faculty of Dentistry, University of Malaya (FODUM) about the DET Program from open questions that generated reflection notes, analyzed using Luborsky's method of thematic analysis.	Most students gave positive feedback on the training, highlighting improved knowledge, attitudes, and skills in treating PWDs. They valued the DET for fostering social and professional responsibility and suggested enhancements like learning sign language, visiting special needs centers, and adding simulations with real PWDs.	TP
⁶⁹ Dental Students' Clinical Expectations and Experiences	Perusini DJ, Llacuachaqui M, Sigal MJ,	Quantitative design - Senior dental students at the Faculty of Dentistry, University of Toronto (n=92) were surveyed prior to	Before rotations, 70% of respondents had minimal experience with PWDs, and 46% felt uncomfortable providing basic care. After rotations, students felt confident without needing	TP

Treating Persons with Disabilities	Dempster LJ. 2016; Canada; J Dent Educ	(Phase I) and at the end of (Phase II) mandatory clinical rotations at the Mount Sinai Hospital's Dentistry Clinic for Persons with Special Needs.	further training, with most favoring general dentists as the best care providers and nearly all willing to provide care after graduation.	
⁷⁰ Dental student's perceptions and experience treating adults with developmental disabilities	Cassim N, Mylopoulos M, Campbell K, Dempster L.; 2022; Canada; J Dent Educ	Qualitative design- Semi-structured interviews were conducted with three groups: AWDD experts (n=3), students without clinical training (n=3), and students with clinical training (n=8). Interviews were held one-on-one, in person, or via video call.	Experts and students highlighted the importance of clinical training in working with AWDDs, with students finding the informal curriculum transformative for health advocacy. They differed on the value of the skills developed, especially between clinically trained students and experts.	TP

Acronyms and abbreviations: Classification of Functioning, Disability and Health (CIF); Commission on Dental Accreditation (CODA); Latin America and the Caribbean (LAC); Patient with Special Needs (PSN); Rapid Oral Health Deterioration (ROHD); Special Health Care Needs (SHCN); Scale of Attitudes toward Disabled Persons (SADP); Special Patient Care (SPC); Special Needs Dentistry (SND); Special Needs Dentistry (SND); Special Care Needs (SCN); Developmental Disabilities (DD); United States of America (USA); World Health Organization (WHO).

3.2 Domains

3.2.1 Educational context: the curriculum and student characteristics

This category included 24 studies that provided an overview of the educational context related to curricular challenges in training undergraduate students to care for people with disabilities (PwD). In addition, it included research that explored the students' perceptions about their training related to this area and attitudes in front of treating PwD.

There was a consensus on the need to train general dentists capable of treating people with disabilities, since these professionals can treat most of this population as long as they have training or experience^{22,31-33}. Among the studies that examined the curriculum, the following points stand out: the theme of PwD is not standardized; the theoretical content covered in classes is insufficient^{22,13,22-25,41}; the discipline can be mandatory^{24,27,28,35} or elective^{13,28,30,35}, with a highly variable workload^{22,24,25,27,30-32,35,41}; there is no requirement for clinical experience^{13,27,30,41}; universities do not offer adequate accessibility to PwD^{26,29,31,32}; the content may be dispersed or integrated with other disciplines^{23,28,30,31,41}; there is small interaction between the courses and the health service network or groups specialized in PwD^{24, 31-33}, which could contribute to training; and there are few technological resources or devices aimed at PwD used in teaching^{28, 31, 32, 41}.

The studies showed that the main gaps in the curriculum were related to little clinical experience/contact with PwD^{13,23,24,26,29} and weaknesses in the development of communication skills and interpersonal relationships^{22, 23, 25, 32, 33} that are essential for the care of PwD.

Few studies have addressed the perspective of teachers^{35,40,41}. In one study, most teachers reported having already treated patient with special healthcare needs (SHCN) but had never provided guidance on this care in undergraduate clinics, or taken courses on PNE, and they also showed no interest in the topic, despite supporting the inclusion of the subject as a mandatory subject in the curriculum³⁵. Deans and professors point out that they are not adequately prepared to care for PNE, due to the lack of equipment, patients, and problems in the undergraduate curriculum⁴¹. For deans and course coordinators, the curriculum full of subjects, the lack of training of faculty, and the lack of clinics and patients are the main reasons for the short time spent teaching about care for PwD^{22, 23, 13, 31,32,41}. There was a discrepancy between students at a university in Saudi Arabia and another in the US in agreeing that their professors showed them how to enjoy treating individuals with developmental disabilities, with those who felt more prepared having more positive attitudes toward their educational experiences^{40,41}.

Regarding the characteristics of students with positive attitudes and openness to the treatment of PwD, the studies indicated aspects such as: contact with PwD prior to the Dentistry course^{6,37,35,39,40}; female students^{9,37,42}, although two studies did not identify a significant difference regarding gender^{39,41}; advancement in the course, due to theoretical deepening and greater clinical experience^{36,39}; age (≥ 25 years)^{9,39}; non-white students⁹; parents with higher education⁹; with religious affiliation and high self-esteem³⁹.

A study conducted with schools in the United States⁹ suggested that students' interest in providing care to PwD is partially conditioned by the demographic context and the dental market of the school. Culture was cited in two studies, one highlighted the influence of culture on Korean students who scored lower than those in Western countries on the Scale of Attitudes toward Disabled Persons (SADP)³⁹; another study cited the traditional Islamic society and culture of Saudi Arabia, justifying the importance of investigating students' opinions on providing care to PwD³⁷.

The students are not satisfied with their training in treating PwD^{6,35-38,40-42}. Although they recognize the importance of the topic and show motivation to learn and care for these patients, they do not feel confident in providing care for PwD^{36-38,41}. Evaluations of clinical/practical experiences were more negative than those of theoretical approaches. Lectures and occasional seminars were considered insufficient to instill confidence in students^{6,36-38,41}. Direct contact with PwD, clinical experiences, participation in outreach projects, and extracurricular activities contributed to increasing students' confidence and comfort^{9,6,35,37,38,40}, while the lack of exposure to PwD was identified as a barrier to learning⁶. A study also found that students' confidence in treating patients SHCN was positively associated with their perceived quality of education and their intention to include these patients in their future practice³⁶.

Only one study addressed student perceptions of accessibility on campus, and students were divided on whether their campuses were wheelchair-accessible or not³⁷. One study found contrasting opinions from students regarding the concept of disability, some focusing on the medical model of disability, while others recognized social aspects and broader implications⁶. Most students reported never having treated a person with special needs (54.8%) and, of these, 67.7% did not feel prepared to provide such care³⁵. Among the curricular improvements suggested by students, the following stand out: the need for greater structure for teaching and exposure to PwD^{6,37,38,41,42} and their caregivers^{6,41}, both in the clinic and in extramural settings in the community^{6,36,41}; intensification and diversification of approaches³⁸; harmonization of curricular content centered on the patient^{38,39,41,42}; more lectures and clinical

hours⁴¹; early clinical exposure⁴²; provide support from experienced dentists or access to online resources⁶; add auxiliary equipment and devices to clinics that make providing care easier and less time-consuming⁴¹; organize seminars in small groups involving patients with disabilities⁶ and make the discipline mandatory³⁵.

3.2.3 Teaching-learning process: pedagogical strategies and their impacts

This category included 28 studies on teaching strategies focusing on oral health care for PwD. Most of the studies presented experiences of a theoretical-practical nature^{44-46,48-50,54,58,59,61-64,66-70}; and nine approaches were exclusively theoretical^{43,47,51-53,56,57,60,65}, complementary or mandatory, and with a duration between ninety minutes^{43,47} and a set of disciplines in different semesters⁵⁸.

Most strategies were implemented within educational institutions^{43,47,48,51,52,56-61,63-66,69,70}; four presented extramural activities^{44,49,54,55}, and another four were intra and extramural^{45,46,67,68}. Two studies used emergency remote teaching methods, due to restrictions imposed by the COVID-19 pandemic^{50,53}. Extramural environments included schools^{44,55}, non-governmental organizations⁵⁴, health units⁴⁵, community clinics^{45,46,49} and institutions focused on the care of PwD^{67,68}. A total of 64 pedagogical strategies were identified and presented in **Table 2**. The predominance of expository classes, dental clinic experiences and educational videos stands out, which together represent more than 60% of the strategies adopted.

Table 2. Pedagogical strategies identified in the studies included in this scoping review.

PEDAGOGICAL STRATEGIES	n	%
Lecture class	17	26,6
Virtual simulation	3	4,7
Language teaching (sign language/Libras)	3	4,7
Lesson/focus group guided by PwD	7	10,9
Disability Equality Training (DET)	2	3,1
Educational videos	10	15,6
Dental clinic/clinical rotations	13	20,3
Health activities in institutions aimed at PwD	3	4,7
Role playing activities	5	7,8
Activities in Primary Health Care Units	1	1,6
TOTAL	64	100,0

Studies indicate a positive influence of experiences on students' attitudes toward contact and oral health care aimed at PwD^{43,47,57,59}. The experiences provided a better understanding of

the area, breaking down prejudices and overcoming feelings such as pity, fear, anxiety and insecurity prior to care^{44,48,49,56,57,59,61-66}. Other improvements were related to perceptions, attitudes and comfort^{44,48,50,51,52,56,62-67,69}, overcoming conflicting feelings^{48,62,66,65}, and greater willingness to care in the future and adapt to the needs of PwD^{44,47,48,52,54,59,61,65,66}. Positive feelings and ideas such as “gratitude”, “duty fulfilled”, “life lesson”, “knowing a new reality”, “understanding”, “empathy”^{56,59,61,63,66} were identified. Only two studies indicated that there was no significant change in comfort levels⁶⁰ or knowledge⁴⁶ after pedagogical experiences.

The development of professional knowledge and skills included: training and understanding of the links between disability, health, oral health, social health and environmental health^{44,55,68,70}; communication, adaptability and the use of different methods in approaches^{44,49-52,54,55,57,58,62,63,66,68-70}; organization, planning and efficiency^{44,49,69,70}; diagnostic and risk classification capabilities⁵³; and the development of skills beyond traditional teaching, such as Braille, the use of technology, teamwork and leadership^{44,45,49,58,64,68,70}.

The theme of developing interpersonal skills addressed the change in the vision and understanding of the human being⁴⁴, the ability to interact, establish connections and adopt more appropriate behaviors^{45,58,59,61,70}, the perception of the need for more inclusive approaches^{45,65}, the sense of health advocacy, social responsibility and understanding of the social determinants of health^{45,55,68,70}. One study highlighted the need to value interpersonal skills through formal assessments at the end of clinical sessions⁷⁰.

Some experiences highlighted the importance of multidisciplinary and interdisciplinary work for training in the area and the coordinated effort to enable comprehensive care^{45,55,62,63,69,70}. Breaking down barriers was related to activities focused on teaching and recognition of the difficulties in access experienced by PwD^{45,55,58-60,64,70}.

The training experiences were generally well accepted by the students^{44,45,48-51,61,63,69}, who demonstrated interest in expanding their knowledge in undergraduate^{44,62} or postgraduate^{44,48}. Among the students' suggestions, the following stand out: incorporation of training in Braille or sign language⁴⁴, greater interaction with PwD in academic training^{44,49}, continuity/mandatory nature of courses in the curriculum^{44,61,62,64}, greater clinical training^{48,63}, screening of challenging cases with gradual introduction according to skills⁷⁰.

Among the difficulties cited, the following stand out: the intensity of the activities^{49,69}, the lack of a wider range of patients treated⁴⁹, the effort and time involved^{50,69}, the fear of interacting with the patient⁶⁵, the clinical management of uncooperative patients^{61,70}, the use of physical restraint^{61,69}, non-pharmacological management and psychological aspects⁶¹, the

difficulty in understanding patients⁶¹, the execution of clinical procedures^{61,70}, training limitations^{61,70}, bonding and communication⁶¹ and dealing with family life stories⁶¹.

DISCUSSION

This was one of the first scoping reviews to present a set of evidence on contemporary challenges and pedagogical strategies in undergraduate dentistry education for the oral health care of PwD, whether physical, intellectual or sensory. These data can support planning for training in the area and expansion of the workforce, considering the difficulties experienced by this population in accessing dental treatment^{15, 71}. Although the selected studies are from different parts of the world, characterized by different teaching systems and curricular approaches in undergraduate courses, the results show significant similarities.

This scoping review demonstrated that there is no international standard for mandatory theoretical and clinical practice guidelines in undergraduate curricula related to the care of people with disabilities. Among the curricular gaps reported in the studies, the following stand out: insufficient content, the occasionally non-mandatory nature of the activities, the wide variability in the workload, the lack of opportunities for greater clinical experience, little practical training in behavior management, communication and treatment planning, accessibility difficulties in the clinics of educational institutions and the little integration of the courses with the service networks^{6,9,22,24,25,27, 29,32,35,36-42,60,62,64-70}.

Most dentistry students expressed dissatisfaction with their training in the area and felt unprepared to care for PwD^{6,23,26,33,36-38,40-42}. The (in)experience in oral health care for PwD during undergraduate studies proved to be decisive for the posture, attitudes and behavior of future professionals when caring for this population³⁵. Students with positive attitudes and openness to treating PwD generally had contact with PwD before the course^{6,35,37,39,40,60,62,69} or direct contact during the course^{6,9,35,37,38,40}. Theoretical knowledge, without clinical practice, was insufficient to increase students' confidence in offering this service^{6,35-38,40-42}. Studies that evaluated the impact of pedagogical teaching strategies also highlighted that practical experience with PwD is fundamental in changing perceptions, and providing greater comfort and security to undergraduates^{35,44, 47, 48, 52, 54, 59, 61, 65, 66}.

Considering the persistence of access barriers, curricular gaps and student dissatisfaction with training, in contrast to the successful training experiences described in the literature, it is important to question what training is desired in this area. The work of the International Association for Disability and Oral Health (iADH) stands out, which developed a proposal for a basic curriculum, through the consensus of experts from thirty countries, using the Delphi Method, launched in 2012. The learning outcomes are related to people who need

Special Care Dentistry care, focusing on a holistic approach, centered on the patient, and not on the medical condition. Among the competencies that stand out are: the scope of the specialty, access and barriers to oral health experienced by PwD, consent, communication skills, the impact of disabilities on oral conditions and functions and clinical management, in the areas of knowledge (cognitive), skills (psychomotor) and behaviors (affective), in different environments and teaching methodologies³⁴.

Similar movements have also occurred with the participation of institutions outside the context of dental education, such as the National Council on Disability (NCD) in the United States. In its most recent documents, the NCD highlighted the need for improvements in oral health care standards, the development of general guidelines, the expansion of training in the area, with emphasis on the necessary skills, and the need to restructure curricula to make them didactic and clinical, and for continuing education, in favor of training professionals with mastery of clinical and practical skills, capable of providing integrated health care that is understandable and sensitive to the health needs of this population^{32,72, 73, 32}.

Implementing these changes in education implies approaching training focused on the care of PwD from the perspective of the transversality and curricular integration of the topic, an aspect little discussed in the selected studies. Although the deans recognize the importance and affirm that their students are being prepared, many believe that they do not offer adequate training to students for several reasons, such as: lack of physical structure, lack of patients, full curriculum and poorly qualified faculty^{23,35,40,41}. It is imperative that this topic is not restricted to a single discipline, module, extension project or the responsibility of a few professors, but is addressed transversally throughout the undergraduate course by the entire faculty, who is aware of it, has received adequate additional training and is committed to including care for PwD.

In contrast, there are numerous successful teaching experiences that can be implemented by dental schools, which are in line with the assumptions expected for training in oral health care for PwD, with emphasis on the predominance of the theoretical-practical nature of these activities. Practical experiences are fundamental to dental training in the context of care for PwD, enabling the development of skills and competencies such as communication with PwD and their caregivers; the ability to establish a diagnosis and a treatment plan that considers the singularities of PwD; sensitivity in adapting clinical procedures^{44,49-52,54,55,57,58,62,63,66,68,70}; organization of time/efficiency^{44,49,69,70}; in addition to understanding the relationship between health conditions and social context, favoring the sense of professional responsibility and health defense^{44,45,48,55,68,70}.

When undergraduate students have experience in managing PwD, and if they consider their educational experience to be positive, they feel more confident in caring for and resolving oral health problems in this population^{22,29,32,33,36}. However, it cannot be assumed that simply being in a clinical/practical environment will increase students' understanding and appreciation of the needs and capabilities of PwD⁶⁰. In each dental situation, the patient may have different reactions and different strategies are necessary, which does not mean, in this case, special environments or equipment^{66,64}. Knowledge of the special conditions of PwD and their individuality will define the best way to meet their needs^{66,64,70}. Therefore, scientific knowledge and technical skills alone do not seem to be sufficient for undergraduates to work with this population. In addition to a predisposition to care, it is necessary to develop the sensitivity to identify the singularities of each case^{61,65,60} which we can characterize as "soft skills".

On this topic, a study⁷⁰ highlighted the discrepancy in the importance given to undergraduates regarding operative/technical skills and the underestimated importance of communication and interpersonal skills (soft skills), which are underemphasized and under evaluated, which may reflect a component of the hidden curriculum of dentistry. In addition, the lack of direct feedback from the teacher in practical activities may also result in unproductive failure, reinforcing uncertainty about whether the care they provided was sufficient. Creating an environment where it is safe not to know can encourage them to think critically and seek solutions independently. To this end, it is essential that the ratio of teachers to the number of students is adequate and that educators explore assessments that highlight the importance of soft skills in caring for PwD.

Experiences developed in environments that go beyond institutional walls bring students closer to the context of life in which PwD participate, such as schools, care institutions and even specialized clinics, where it is possible to facilitate experiences with a multiprofessional and interdisciplinary nature and have a positive impact on the community^{9,44,45,54,55,62,63,69,70}. Knowing the service network and developing teamwork skills favors a comprehensive perspective in health care for PwD. In-service learning, which incorporates reflective components, would be a method of evaluating the effectiveness of these experiences and involving the student in the learning process⁶⁰.

In addition to contact from a practical perspective, dental education can no longer be oblivious to the central motto established by the UN in 2004, on the occasion of the International Day of Persons with Disabilities: "Nothing about us, without us"⁷⁴. If we truly want to expand access, address the barriers experienced by this population and change the perception, behavior and sensitivity of students^{34,73}, it is necessary to overcome an outdated

conception of PwD as “patient” or “studied phenomenon”, in favor of inclusion as active and central actors in the teaching-learning process, as observed in some of the teaching experiences^{45,47,54,56,59,67,68}.

Strategies such as Disability Equality Training (DET), a program developed by the United Nations, enable the effective inclusion of PwD in the training process, since it is conducted by a qualified trainer who is a PwD, exploring reflections based on their experiences of prejudices and barriers regarding disability that are sought to be overcome⁷⁵. The two studies that reported the use of DET in training^{67,68} indicated improvements in students' skills, a broader view of disability and greater motivation to care for these patients. Only two other studies^{6,42} addressed reflective questions about the conceptual model of disability in undergraduate training. These discussions contribute to the students' consideration of their professional responsibilities in the face of the need for equality among vulnerable groups in the provision of health services⁶.

Disability is a concept that is constantly evolving, following social, scientific and cultural changes over time, and is also influenced by the mobilization of PwD¹. Only two studies in this review^{39,37} pointed to the country's culture in the context of the difficulties faced by PwD, for example. Depending on the conceptual model of disability adopted, teaching aimed at dental care for PwD can provide training contexts that are susceptible to the replication and maintenance of the Medical Model of disability with a technical approach, in which health professionals exclusively hold the decision-making power. There is a gap in the dental literature regarding the exploration of the Biopsychosocial Model of disability in undergraduate courses.

In the Medical Model, represented by the International Classification of Impairments, Disabilities and Impairments (ICIDH) of 1980, disability focused on the atypical body to be treated, corrected and cured. In contrast, the Social Model, which originated from the mobilization of PwD in the United Kingdom, recognizes society as responsible for the process of exclusion and invisibility. The World Health Organization revised the ICIDH, resulting in the International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF) of 2001, which represents the Biopsychosocial Model, relating functionality and disability to the context of interaction between health conditions, activities, social participation, personal and environmental factors, as well as body functions⁷⁶.

Understanding the feelings, perceptions and attitudes of undergraduates regarding their training focused on caring for PwD can help educational institutions to address curricular gaps in the area^{66,62,69}. In this review, most studies used different methodologies and terminologies to assess attitudes, perceptions and subjective aspects of students regarding PwD and their

dental training, which may make it difficult to delve deeper into the topic beyond comparing more general characteristics.

Only three studies used validated instruments to assess students' attitudes; one used the Attitudes Towards Disabled Persons Scale (ATDP-Form 0)⁴⁶; two other studies used the SADP^{38,67}. Only one study used a questionnaire with face validity⁴⁰. Although there is a validated instrument for dental students, the Dental Students' Attitudes Toward the Handicapped Scale (DSATHS), none of the articles in this review used this scale. Validated instruments to detect factors that affect students' attitudes towards PwD are important for evaluating training and for scientific research in the area⁷⁷.

When investigating the student's perspective regarding the treatment of PwD, terminology used was comfort level^{6,42,60,69}; confidence level^{6,37}; level of preparation or confidence in treating^{6,35,40,41,62,63,70}; interest in treating^{40,70}; willingness to treat^{37,41}. The use of confidence as an indicator of the student's ability to treat a patient, although not perfect, allows the establishment of a baseline in an area that lacks a universally accepted scale³⁷. More generally, studies investigated perceptions and feelings^{38,61,66,68,65,70}, of students in relation to PwD. Regarding the student's evaluation of their learning process, the terms used were: satisfaction of learning needs^{36,64}; level of knowledge or adequate training^{37, 41, 42}.

There was also variability in the use of the terms “Special Care Dentistry (SCD)” or “Special Needs Dentistry (SND)” in the studies. These terms are used interchangeably globally, evidencing both discrepancies in nomenclature and variability in the definitions associated with these concepts. The disparity is observed between different countries and between professional dental associations. In general terms, SCD focuses on the care provided by oral health professionals to patients, whereas SND emphasizes the needs of patients, not necessarily the care provided⁷⁸.

This review sought to address undergraduate education focused on oral health care for people with disabilities, whether physical, intellectual or sensory. As a pioneering study, it has some limitations. It is important to highlight that we sought to encompass different databases to compose a global panorama, since this is a topic that has been little studied. Although SCD encompasses PwD, it is not limited to them⁷⁹. However, due to the focus on people with disabilities, other permanent or temporary health conditions were not addressed, and could be explored in future studies. The time frame can also be considered a limitation, but it was chosen due to its relationship with historical milestones of advances in the social rights of PwD and the influence on the context of dental education aimed at serving this population. The cultural-linguistic framework can also be a limiting factor, defined based on the authors' expertise.

Future studies that include studies published in other languages can broaden the discussion of the topic.

6 CONCLUSION

This scoping review highlighted weaknesses and potentialities in dental education for the care of PwD in undergraduate courses. There has been a significant increase in the number of studies in the last decade, with representation from all continents, with the United States and Brazil accounting for most publications. The set of evidence provided an international overview of the educational context, through the perceptions of students, deans and professors regarding the curriculum; and about the teaching-learning process, with pedagogical intervention strategies and their impacts.

Considering the international scenario, dental students do not receive adequate preparation for oral health care for people with disabilities and are dissatisfied with their training. Evaluations of clinical/practical experiences were more negative than theoretical approaches. As a result, students do not demonstrate confidence in offering treatment to this population in their professional future.

Successful pedagogical intervention strategies shared a common factor: providing greater contact with people with disabilities. Most of these strategies combined theory and practice within educational institutions. Extramural settings included schools, non-governmental organizations, basic health unit, community clinics, and institutions that care for people with disabilities. Integrating teaching experiences in the community context, with reflective components, enriches students' learning. This facilitates understanding of the service network, develops interprofessional teamwork skills, and allows students to understand the complexity of the social determinants of health of people with disabilities, in addition to offering quality services and positively impacting the community. Despite some efforts, there is no global guideline or consensus that standardizes undergraduate training for the care of people with disabilities, exacerbating barriers to access to dental treatment for this population.

This review highlighted the urgent need to discuss the issue and develop innovative and comprehensive curricula that fill the gaps in undergraduate training. Educational institutions must face this challenge proactively, incorporating structural and curricular changes that ensure accessibility to university clinics, and integrate care for people with disabilities across the curriculum, also through community inclusion. The theoretical and practical training of students must address the biopsychosocial model of disability, develop clinical and communication skills, and foster social responsibility for more inclusive and ethical practice. With this preparation, future professionals will be more confident and capable of providing quality dental

treatment or coordinating comprehensive care, ensuring that the oral health needs of this population are met in a sensitive and effective manner.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

1. World Health Organization [and] The World Bank. World Report on Disability. Geneva, Switzerland :World Health Organization, 2011.
2. Ward LM, Cooper SA, Hughes-McCormack L, Macpherson L, Kinnear D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J ofIntellectualDis Res*. 2019;63:1359-1378. doi: 10.1111/jir.12632
3. Faulks D. Oral health inequalities and disability: Closing the gap. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023 Aug;51(4):621-626. doi: 10.1111/cdoe.12843.
4. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010 May-Jun;30(3):110-7. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x.
5. Alvares GA, Mekertichian K, Rose F, Vidler S, Whitehouse AJO. Dental care experiences and clinical phenotypes in children on the autism spectrum. *SpecCareDentist*. 2023 Jan;43(1):17-28. doi: 10.1111/scd.12746.
6. Wilson KE, Dunn K, Holmes RD, Delgaty L. Meeting the needs of patients with disabilities: how can we better prepare the new dental graduate? *Br Dent J*. 2019;227(1):43-48. doi: 10.1038/s41415-019-0462-9.
7. UN General Assembly, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities : resolution / adopted by the General Assembly, A/RES/61/106*, 24 January 2007, <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2007/en/49751>
8. Albino JE, Inglehart MR, Tedesco LA. Dental education and changing oral health care needs: disparities and demands. *J Dent Educ*. 2012 Jan;76(1):75-88.
9. Baumeister SE, Davidson PL, Carreon DC, Nakazono TT, Gutierrez JJ, Andersen RM. What influences dental students to serve special care patients? *SpecCareDentist*. 2007 Jan-Feb;27(1):15-22. doi: 10.1111/j.1754-4505.2007.tb00322.x.
10. Ettinger RL, Chalmers J, Frenkel H. Dentistry for persons with special needs: how should it be recognized? *J Dent Educ*. 2004; 68: 803–6. PMID: 15286100

11. Mugayar L, Hebling E, Dias PV. Special care dentistry: a new specialty in Brazil. *SpecCareDentist*. 2007 Nov-Dec;27(6):232-5. doi: 10.1111/j.1754-4505.2007.tb01755.x.
12. Fenton SJ. If only we all cared. *J Dent Educ*. 2004 Mar;68(3):304-5. PMID: 15038630.
13. Clemetson JC, Jones DL, Lacy ES, Hale D, Bolin KA. Preparing dental students to treat patients with special needs: changes in predoctoral education after the revised accreditation standard. *J Dent Educ*. 2012;76(11):1457-65. doi:[10.1002/j.0022-0337.2012.76.11.tb05407.x](https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2012.76.11.tb05407.x)
14. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ*. 2012 Nov;16(4):195-201. doi: 10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x.
15. da Rosa SV, Moysés SJ, Theis LC, Soares RC, Moysés ST, Werneck RI, Rocha JS. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *Int J Dent*. 2020 Jul 23;2020:9074618. doi: 10.1155/2020/9074618.
16. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
17. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
18. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *Eur J PhysRehabil Med*. 2017 Apr;53(2):155-168. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
19. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Khalil H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM EvidSynth*. 2020 Oct;18(10):2119-2126. doi: 10.11124/JBIES-20-00167. PMID: 33038124.
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850.

21. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Method*. 2018;18(1):143
22. Dellavia C, Allievi C, Ottolina P, Sforza C. Special care dentistry for people with intellectual disability in dental education: an Italian experience. *Eur J Dent Educ*. 2009;13(4):218-22. doi: 10.1111/j.1600-0579.2009.00578.x.
23. Ahmad MS, Razak IA, Borromeo GL. Undergraduate education in special needs dentistry in Malaysian and Australian dental schools. *J Dent Educ*. 2014;78(8):1154-61. doi: [10.1002/j.0022-0337.2014.78.8.tb05786.x](https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2014.78.8.tb05786.x)
24. Smitley MG, Waldman HB, Perlman SP, Ocanto RA. Latin American and Caribbean dental schools: teaching about special needs. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4):322-7. doi: 10.1590/s1020-49892009000400006.
25. Faria MHD, Pereira FJP, Lima IPC. Análise do componente curricular “Pacientes com Necessidades Especiais” nos cursos de Odontologia do estado do Rio Grande do Norte. *Revista Da ABENO*. 2021;21(1):1311. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v21i1.1311>
26. Holder M, Waldman HB, Hood H. Preparing health professionals to provide care to individuals with disabilities. *Int J Oral Sci*. 2009;1(2):66-71. doi: 10.4248/ijos.09022.
27. Inclan ML, Meyer BD. Pre-doctoral special healthcare needs education: Lost in a crowded curriculum. *J Dent Educ*. 2020;84(9):1011-1015. doi: 10.1002/jdd.12134.
28. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. *J Dent Educ*. 2010;74(11):1179-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2010.74.11.tb04991.x>
29. Lopes DF, Medeiros YL, Faria LV, Soares MRPS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais: como é a oferta dessa disciplina nas faculdades de Odontologia do sudeste brasileiro? *Arquivos Em Odontologia*. 2021;57(16):149–157. doi: <https://doi.org/10.35699/2178-1990.2022.33746>
30. Penha ES, Tenório DA, Fonseca FRA, Guênes GMT, Montagna E. Caracterização do componente curricular Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais nos cursos de Odontologia do estado da Paraíba. *Revista Da ABENO*. 2018;18(2):13–19. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i2.423>
31. Schwenk DM, Stoeckel DC, Rieken SE. Survey of special patient care programs at U.S. and Canadian dental schools. *J Dent Educ*. 2007;71(9):1153-9. doi: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2007.71.9.tb04379.x>

32. Sherman CM, Anderson RD. Special needs education in Canadian dental school curriculum: is there enough? *J Can Dent Assoc.* 2010;76:a11.
33. Gordon F, Morgan MZ, Thompson S. A survey of the quality and quantity of Special Care Dentistry teaching, including Gerodontology, in dental schools of the United Kingdom and Ireland. *Journal of Disability and Oral Health.* 2009;10 (1):3-10.
34. Dougall A, Pani SC, Thompson S, Faulks D, Romer M, Nunn J, et al. Developing an undergraduate curriculum in Special Care Dentistry – by consensus. *Eur J Dent Educ.* 2014;18(1):39-46. doi: <https://doi.org/10.1111/eje.12011>
35. Conceição ABS, dos Santos IT, Silva AM, Prado Júnior RR, Mendes RF. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no ensino de graduação: percepção de discentes e docentes em uma instituição do Piauí e um panorama brasileiro. *Revista da ABENO.* 2021;21(1):1608. doi:<http://dx.doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1608>
36. Vainio L, Krause M, Inglehart MR. Patients with special needs: dental students' educational experiences, attitudes, and behavior. *J Dent Educ.* 2011;75(1):13-22. doi:[10.1002/j.0022-0337.2011.75.1.tb05018.x](https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2011.75.1.tb05018.x)
37. Pani SC, Shalan AA, Saigh HA, Shaheen R, Radwan W. Saudi dental students' perception of their education in Special Care Dentistry and its effect on their confidence to render care. *J Disab Oral Health.* 2012;13(1):19-25. doi:[10.4483/JDOH_003Pani07](https://doi.org/10.4483/JDOH_003Pani07)
38. - Santos MFS, Hora IAA. Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de odontologia. *Revista Da ABENO.* 2014;12(2):207–212. doi:<https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v12i2.125>
39. Lee HS, Jung HI, Kim SM, Kim J, Doh RM, Lee JH. Attitudes of Korean Dental Students Toward Individuals with Special Health Care Needs. *J Dent Educ.* 2015;79(9):1024-30. doi:<https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2015.79.9.tb05995.x>
40. Alkahtani ZM, Stark PC, Loo CY, Wright WG, Morgan JP. Saudi and U.S. dental student attitudes toward treating individuals with developmental disabilities. *J Dent Educ.* 2014;78(8):1145-53. doi:<https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2014.78.8.tb05785.x>
41. Oredugba FA, Akinwande JA. Preparedness of dental undergraduates for provision of care to Individuals with special health care needs in Nigeria. *J Disabil Oral Health* 2008; 9(2):81-86.
42. Ahmad MS, Razak IA, Borromeo GL. Special needs dentistry: perception, attitudes and educational experience of Malaysian dental students. *Eur J Dent Educ.* 2015;19(1):44-52. doi: 10.1111/eje.12101

43. Alahmari KA, Rengaramanujam K, Reddy RS, Silvian Samuel P, Ahmad I, NagarajKakaraparthi V, Tedla JS. Effect of Disability-Specific Education on Student Attitudes Toward People With Disabilities. *Health EducBehav*. 2021 Aug;48(4):532-539. doi: 10.1177/1090198121995774.
44. Ahmad MS, Mokhtar IW, Khan NLA. Extramural Oral Health Educational Program Involving Individuals With Disabilities: Impact on Dental Students' Professionalism. *J IntSocPrev Community Dent*. 2020;10(3):323-328. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD_74_20.
45. Campos V, Cartes-Velásquez R. Developing competencies for the dental care of people with sensory disabilities: A pilot inclusive approach. *Cumhuriyet Dental Journal*. 2020; 23(2):107–115. doi:<https://doi.org/10.7126/cumudj.706518>
46. Phadraig CMG, Nunn JH, Tornsey O, Timms M. Does Special Care Dentistry undergraduate teaching improve dental student attitudes towards people with disabilities? *Eur J Dent Educ*. 2015;19(2):107-12. doi: 10.1111/eje.12110.
47. Phadraig CMG, Kahatab A, Daly B. Promoting openness to autism amongst dental care professional students. *Eur J Dent Educ*. 2023;27(2):396-401. doi: 10.1111/eje.12821.
48. Watters AL, Stabulas-Savage J, Toppin JD, Janal MN, Robbins MR. Incorporating Experiential Learning Techniques to Improve Self-Efficacy in Clinical Special Care Dentistry Education. *J Dent Educ*. 2015 Sep;79(9):1016-23. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2015.79.9.tb05994.x>
49. ZoitopoulosL , Papadakis T, Tanna Y, Dunne S.Student evaluation of clinical outreach teaching in Community Special Care Dentistry.*Journal of Disability and Oral Health*. 2007;8(2):86–90.
https://www.stephenhancocks.com/download.php?article_id=227&op=view_article
50. Matteucci M, Lerman DC, Tsami L, Boyle S. Remote Training of Dental Students and Professionals to Promote Cooperative Behavior in Patients with Intellectual and Developmental Disabilities. *J DevPhysDisabil*. 2023;35(1):59-79. doi: 10.1007/s10882-022-09844-x.
51. Salama FS, Al-Balkhi BK. Effectiveness of educational intervention of oral health for special needs on knowledge of dental students in Saudi Arabia. *Disabil Health J*. 2020;13(1):100789. doi: 10.1016/j.dhjo.2019.03.005.
52. Sanders C, Kleinert HL, Boyd SE, Herren C, Theiss L, Mink J. Virtual patient instruction for dental students: can it improve dental care access for persons with special needs? *SpecCareDentist*. 2008;28(5):205-13. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008.00038.x.

53. Nair RU, Marchini L, Johnsen DC, Xie XJ. Implementation of an online treatment planning exercise focused on vulnerable patient groups. *J Dent Educ.* 2020. doi: 10.1002/jdd.12422.
54. Oliveira JB, Silva TC, da Costa DPTS, da Silva CHV. Sentir o sorriso: uma experiência de promoção de saúde bucal com um grupo de deficientes visuais em Recife. *Odontol. Clín.-Cient. (Online).* 2012; 11(2):151-153. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000200012
55. Oliveira JS, Prado Júnior RR, Fernandes RF, Mendes RF. Promoção de saúde bucal e extensão universitária: novas perspectivas para pacientes com necessidades especiais. *Rev. ABENO.* 2015;15(1):63-69. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i1.152>
56. Fregoneze AP, Brancher JA, Vosgerau DSR, Bahten ACV. Uso de cenário com pessoas com deficiência e seus familiares no ensino odontológico. *Revista Da ABENO.* 2020;20(2):74–79. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v20i2.921>
57. Kleinert HL, Sanders C, Mink J, et al. Improving student dentist competencies and perception of difficulty in delivering care to children with developmental disabilities using a virtual patient module. *J Dent Educ.* 2007;71(2):279-86. doi: [10.1002/j.0022-0337.2007.71.2.tb04276.x](https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2007.71.2.tb04276.x)
58. Jones T, Cumberbatch K. Sign language in dental education-A new nexus. *Eur J Dent Educ.* 2018;22(3):143-150. doi: 10.1111/eje.12285.
59. Jurícková L, Ivanová K, Azeem K, Tucková D. Teaching Communication with Disabled Patients Using Case-Based Learning – Experience from practice. 7th International Conference on Higher Education Advances (HEAd'21). Editorial Universitat Politècnica de València. 2021;243-251 doi: [10.4995/HEAd21.2021.13023](https://doi.org/10.4995/HEAd21.2021.13023). <https://doi.org/10.4995/HEAd21.2021.13023>
60. Delucia LM, Davis EL. Dental students' attitudes toward the care of individuals with intellectual disabilities: relationship between instruction and experience. *J Dent Educ.* 2009;73(4):445-453. doi: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2009.73.4.tb04715.x>
61. Figueiredo MC, Haas AN, Da Silva AM, Furtado TC, Melgar XC. Percepción de los estudiantes de odontología de la UFRGS sobre la disciplina de pacientes con necesidades especiales. *Odontoestomatología.* 2019;21(33):28-36. doi:10.22592/ode2019n33a4
62. Jacomine JC, Ferreira R, Sant'Ana ACP, et al. Saúde bucal e Pacientes com Necessidades Especiais: percepções de graduandos em Odontologia da FOB-USP.

- Revista da ABENO.* 2018;18(2):45–54. doi:<https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i2.434>
63. da Silva TD, Santaella NG, Caminha RDG, Santos PSS. Percepção de estudantes de graduação sobre a importância da disciplina Odontologia para pacientes com necessidades especiais. *Revista da ABENO.* 2020;20(1):26–32. doi:<http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v20i1.907>
 64. Pérez YS, López AMN. Valoraciones de futuros estomatólogos sobre su formación para la atención al paciente sordo, La Habana, 2016. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2017;16(2), 280–294. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000200014>
 65. De Moraes ABA, Batista CG, Lombardo I, Horino LE, Rolim GS. Verbalizações de alunos de Odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência. *Psicologia em Estudo.* 2006;11(3):607–15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/FKC8K6ptbmmyKFz3sMQnhRq/?format=pdf&lang=pt>
 66. Ferreira SH, Suita RA, Rodrigues PH, Kramer PF. Percepção de estudantes de graduação em Odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. *Revista Da ABENO.* 2017;17(1), 87–96. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i1.367>
 67. Rohani MM, Fuad NA, Ahmad MS, Esa R. Impact of the special care dentistry education on Malaysian students' attitudes, self-efficacy and intention to treat people with learning disability. *Eur J Dent Educ.* 2022;26(4):741-749. doi: 10.1111/eje.12756.
 68. Rohani MM, Nor NAM. Dental students' perception on Disability Equality Training as part of the special care dentistry curriculum. *J Dent Educ.* 2021;85(5):690-698. doi: 10.1002/jdd.12528.
 69. Perusini DJ, Llacuachqui M, Sigal MJ, Dempster LJ. Dental Students' Clinical Expectations and Experiences Treating Persons with Disabilities. *J Dent Educ.* 2016;80(3):301-10. doi: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2016.80.3.tb06085.x>
 70. Cassim N, Mylopoulos M, Campbell K, Dempster L. Dental student's perceptions and experience treating adults with developmental disabilities. *J Dent Educ.* 2022;86(8):990-997. doi: 10.1002/jdd.12927.
 71. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav.* 2020 Sep;110:107174. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107174.
 72. National Council on Disability. Neglected for Too Long: Dental Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities. Washington: National Council on Disability; 2017.

73. National Council on Disability. Incentivizing Oral Health Care Providers to Treat Patients with Intellectual and Developmental Disabilities. Washington: NationalCouncilonDisability; 2023
74. Sassaki RK. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 2. Revista Nacional de Reabilitação, ano X, n. 58, set./out. 2007, p.20-30. Available from: <https://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/nada-sobre-n%C3%93s-sem-n%C3%93s2.pdf>
75. Carr L, Darke P, Kuno K. Disability equality training: action for change / Liz Carr, Paul Darke, Kenji Kuno (Disability equality training (DET) manual series. No. 5). 2012. Available from: <https://detforum.com/wp-content/uploads/2009/03/Disability-Equality-Training-DET-Manual-No-5.pdf>
76. Mota PHS, Bousquat A. Disability: words, models and exclusion. Saúde debate. 2021 45(130). Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113021>
77. Lam WY, Gunukula SK, McGuigan D, Isaiah N, Symons AB, Akl EA. Validated instruments used to measure attitudes of healthcare students and professionals towards patients with physical disability: a systematic review. J NeuroengRehabil. 2010 Nov 9;7:55. doi: 10.1186/1743-0003-7-55.
78. Mandasari M, Rahmayanti F, Derbi H, Wimardhani YS. Special care dentistry perception among dentists in Jakarta: An online survey study. PLoSOne. 2021 Apr 7;16(4):e0249727. doi: 10.1371/journal.pone.0249727.
79. Ackerman MB. Specialist envy: Is special care dentistry a dental specialty or a dental special interest group? SpecCare Dent. 2016; 36: 3–6. <https://doi.org/10.1111/scd.12155> PMID: 26782363.

Appendix 1



PROSPERO International prospective register of systematic reviews

Review title and timescale

1 Review title

Give the working title of the review. This must be in English. Ideally it should state succinctly the interventions or exposures being reviewed and the associated health or social problem being addressed in the review.

The utilization of oral health services by adults in countries with universal health coverage: a systematic review.

2 Original language title

For reviews in languages other than English, this field should be used to enter the title in the language of the review.

This will be displayed together with the English language title.

A utilização dos serviços de saúde bucal por adultos em países com cobertura universal de saúde: uma revisão sistemática

3 Anticipated or actual start date

Give the date when the systematic review commenced, or is expected to commence.

22/08/2017

4 Anticipated completion date

Give the date by which the review is expected to be completed.
28/02/2018

5 Stage of review at time of this submission

Indicate the stage of progress of the review by ticking the relevant boxes. Reviews that have progressed beyond the point of completing data extraction at the time of initial registration are not eligible for inclusion in PROSPERO. This field should be updated when any amendments are made to a published record. The review has not yet started ✕

Review stage Started Completed Preliminary searches Yes No Piloting of the study selection process Yes No Formal screening of search results against eligibility criteria No NoData extraction No NoRisk of bias (quality) assessment No NoData analysis No NoProvide any other relevant information about the stage of the review here.

Review team details

6 Named contact

The named contact acts as the guarantor for the accuracy of the information presented in the register record.
Ana Carolina Oliveira Peres

7 Namedcontactemail

Enter the electronic mail address of the named contact.
anacaroll.peres@gmail.com

8 Named contact address

Enter the full postal address for the named contact.
Jornalista Tito Carvalho street ,102 ap 403 Carvoeira - Florianópolis - SC 88040-480

9 Named contact phone number

Enter the telephone number for the named contact, including international dialing code.
+5549999155765

10 Organisationalaffiliation of the review

Full title of the organisational affiliations for this review, and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Federal University of Santa Catarina (UFSC)
Website address:
www.ufsc.br

11 Review team members and their organisational affiliations

Give the title, first name and last name of all members of the team working directly on the review. Give the organisational affiliations of each member of the review team.

Title First name Last name Affiliation
Ms Ana Carolina Oliveira Peres Federal Universityof Santa Catarina
Ms Christine Böhm da Costa Federal Universityof Santa Catarina
Mr Igor GreikAgnolotto Federal Universityof Santa Catarina
Professor Daniela Lemos Carcereri Federal Universityof Santa Catarina
Professor Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello Federal Universityof Santa Catarina

12 Funding sources/sponsors

Give details of the individuals, organizations, groups or other legal entities who take responsibility for initiating, managing, sponsoring and/or financing the review. Any unique identification numbers assigned to the review by the individuals or bodies listed should be included.

None

13 Conflicts of interest

List any conditions that could lead to actual or perceived undue influence on judgements concerning the main topic investigated in the review. Are there any actual or potential conflicts of interest?

None known

14 Collaborators

Give the name, affiliation and role of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. Title First name Last name Organisation details

Review methods

15 Review question(s)

State the question(s) to be addressed / review objectives. Please complete a separate box for each question.
How adults use the oral health services in countries with universal health coverage?

16 Searches

Give details of the sources to be searched, and any restrictions (e.g. language or publication period). The full search strategy is not required, but may be supplied as a link or attachment.

The search strategy created will search published literature related to the research topic. Initially, the search took place in the PROSPERO in order to identify revisions already started and not published on the subject. Afterwards, new searches will be done in the databases Pubmed / MEDLINE, Web of Science, Scopus and Lilacs which consists of a controlled vocabulary for indexing, cataloging and information search. All the identified references at the studies published in Portuguese, English or Spanish at the last 30 years, considering the publication of the Ottawa Charter, will be considered in this review.

https://www.crd.york.ac.uk/prosperto/review_print.asp?RecordID=76585&UserID=38441 1/3

09/09/2017 PROSPERO - Print review

17 URL to search strategy

If you have one, give the link to your search strategy here. Alternatively you can e-mail this to PROSPERO and we will store and link to it. (((("public health dentistry" OR "Community Dentistry" OR "dental public" OR "public dental" OR "public oral" OR "oral public" OR "oral health policies" OR "oral health policy" OR "public health care coverage" OR "Public dental care" OR ("Health Policy" AND "Oral Health")) AND ("Dental serves" OR "dental care"OR "Dental Health Services " AND "utilization" OR "use" OR "use of services" OR "use of dental care" OR "use of dental services")) AND adult*

18 Condition or domain being studied
Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied. This could include health and wellbeing outcomes. Through the progress made following the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care, the WHO document "The Goals of Health for All" and the debate at the World Health Assembly on the necessary intersectoral actions, the Ottawa Charter establishes Factors of importance for the achievement of a health policy for all. The actions of health promotion aim, through the defense of health, to ensure that the conditions of Peace - Housing - Education - Food - Income - stable ecosystem - sustainable resources - social justice and equity, are increasingly favorable. Among one of the factors to achieve equity is the reorientation of health services, which requires changes in attitudes and organization to focus on the needs of the individual as an integral person. Oral health is an essential element of general

health and quality of life through an individual's life-course. Enhancing access to affordable dental care is important and has been one of objectives to reduce the burden of oral disease. But, the oral health services offered by universal health systems for adult population do not have a rule. Universal Health Coverage (UHC) means that all people and communities can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship. This definition of UHC embodies three related objectives: 1. Equity in access to health services - everyone who needs services should get them, not only those who can pay for them; 2. The quality of health services should be good enough to improve the health of those receiving services; and 3. People should be protected against financial-risk, ensuring that the cost of using services does not put people at risk of financial harm. UHC is firmly based on the WHO constitution of 1948 declaring health a fundamental human right and on the Health for All agenda set by the Alma Ata declaration in 1978. UHC cuts across all of the health-related Sustainable Development Goals (SDGs) and brings hope of better health and protection for the world's poorest. (WHO, 2016) The objective of this review is characterize the utilization of oral health services by adults in countries with universal health coverage, identifying the kind of dental public services the adults use in case of dental emergency, treatment of dental disease or just to preventive treatment.

19 Participants/population

Give summary criteria for the participants or populations being studied by the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

This review required publications focused on countries with universal health care coverage that include public dental care coverage for adults. Cost studies in public health, evaluation of materials used in dental public health, studies with different outcome measures as provision and quality, studies that exclusively investigating other age groups - children, adolescents and elderly, studies investigating collective outcomes - fluoridation, supervised toothbrushing and studies in countries that do not have universal coverage in health, will be excluded. Grey literature, such as theses and dissertations, documents, bulletins were not included.

20 Intervention(s), exposure(s)

Give full and clear descriptions of the nature of the interventions or the exposures to be reviewed

The review will focus in the utilization/use of dental services by adults, and seeks to identify countries with public dental

health care coverage. 21 Comparator(s)/control

Where relevant, give details of the alternatives against which the main subject/topic of the review will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group).

None

22 Types of study to be included

Give details of the study designs to be included in the review. If there are no restrictions on the types of study design eligible for inclusion, this should be stated. Will be included observational studies (descriptive), cross sectional, longitudinal studies and case reports in countries with Public Health coverage including dental public health and studies focused on adults. The year of publication of the Ottawa Charter will also be a criterion for including studies because it is a document presented in response to growing expectations for a new public health movement around the world and set goals for achieving a Health for All by the year 2000 and beyond.

23 Context

Give summary details of the setting and other relevant characteristics which help define the inclusion or exclusion criteria. Adults who need public dental health services.

24 Primary outcome(s)

Give the most important outcomes.

The outcome for this review is the characterization of the use/utilization of dental health services in countries with universal health coverage. This outcome will reveal which countries offers public oral health services and how they are organized to be accessed by adults.

Give information on timing and effect measures, as appropriate.

25 Secondary outcomes

List any additional outcomes that will be addressed. If there are no secondary outcomes enter None.

As a secondary outcome, we intend to know what kinds of dental care treatment are offered to adults.

Give information on timing and effect measures, as appropriate.

26 Data extraction (selection and coding)

Give the procedure for selecting studies for the review and extracting data, including the number of researchers involved and how discrepancies will be resolved. List the data to be extracted.

Initially, one reviewer will evaluate the CSDR and EPOC, as well as, the index terms retrieved from the published studies in PubMed/MEDLINE. The author's decision about the best search key will be conducted. Then the title and abstracts of studies will be inspected independently by the three reviewers using EndNote software. Any disagreement will be resolved by consensus. Later, a PRISMA flowchart will be designed for explain findings. 27 Risk of bias (quality) assessment

State whether and how risk of bias will be assessed, how the quality of individual studies will be assessed, and whether and how this will influence the planned synthesis.

Studies selected will be assessed by three independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review. As there is still no consensus on criteria that validate the quality of qualitative studies, a systematic evaluation of the methodology will be carried out through the standardized Critical Appraisal Skills Program (CASP, 2017), developed by Better Value Healthcare Ltd (BVHC) an Oxford-based company.

28 Strategy for data synthesis

Give the planned general approach to be used, for example whether the data to be used will be aggregate or at the level of individual participants, and whether a quantitative or narrative (descriptive) synthesis is planned. Where appropriate a brief outline of analytic approach should be given. A narrative data synthesis about main characteristics will be undertaken using the tabulated information about the selected studies. The proposal is to describe how adults uses and access public dental health services. We will not consider statistical meta-analysis/synthesis or subgroup analysis. 29 Analysis of subgroups or subsets

Give any planned exploration of subgroups or subsets within the review. 'None planned' is a valid response if no subgroup analyses are planned. None planned.

Review general information

30 Type and method of review

Select the type of review and the review method from the drop down list.

Systematic review

Public health (including social determinants of health)

31 Language

Select the language(s) in which the review is being written and will be made available, from the drop down list. Use the control key to select more than one language.

English

Will a summary/abstract be made available in English?

Yes

09/09/2017 PROSPERO - Print review

32 Country

Select the country in which the review is being carried out from the drop down list. For multi-national collaborations select all the countries involved. Use the control key to select more than one country.

Brazil

33 Other registration details

Give the name of any organisation where the systematic review title or protocol is registered together with any unique identification number assigned. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here.

None

34 Reference and/or URL for published protocol

Give the citation for the published protocol, if there is one.

Give the link to the published protocol, if there is one. This may be to an external site or to a protocol deposited with CRD in pdf format.

35 Dissemination plans

Give brief details of plans for communicating essential messages from the review to the appropriate audiences.

Findings will be disseminated by publication in a peer reviewed journal and also presented at National and International Health conferences which involve policy makers, health care professionals and researchers about health decisions.

Do you intend to publish the review on completion?

Yes

36 Keywords

Give words or phrases that best describe the review. (One word per box, create a new box for each term)

Oral health care.

Public health dentistry

Dental health services

Health policies

Utilization

Adult

37 Details of any existing review of the same topic by the same authors

Give details of earlier versions of the systematic review if an update of an existing review is being registered, including full bibliographic reference if possible.

38 Current review status

Review status should be updated when the review is completed and when it is published.

Ongoing

39 Any additional information

Provide any further information the review team consider relevant to the registration of the review.

None

40 Details of final report/publication(s)

This field should be left empty until details of the completed review are available.

Give the full citation for the final report or publication of the systematic review.

Give the URL where available.

6.3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

OBJETIVO ESPECÍFICO - Identificar o estado da arte e estratégias pedagógicas para a formação do cirurgião-dentista consoante com a estruturação do cuidado à saúde bucal na RCPD.

Artigo foi aceito para a publicação (no prelo) em novembro de 2024 na Revista Conexão UEPG

CUIDADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE BUCAL DE ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA: VIVÊNCIA EXTENSIONISTA

INTERDISCIPLINARY CARE IN THE ORAL HEALTH OF STUDENTS WITH DISABILITIES: UNIVERSITY OUTREACH EXPERIENCE

RENATA MARQUES DA SILVA, VINÍCIUS SPIGER, ANA CAROLINA OLIVEIRA PERES, CARLA MIRANDA SANTANA, MANOELA DE LEON NOBREGA RESES, DANIELA LEMOS CARCERERI

Resumo

As Diretrizes Curriculares Nacionais para Odontologia incluem a saúde bucal (SB) das pessoas com deficiência (PcD), destacando o cuidado humanizado e compartilhado com a equipe de saúde. Objetivou-se relatar uma experiência de cuidado interdisciplinar à SB de estudantes PcD no projeto de extensão (PE) “Promoção da Saúde na Comunidade Escolar do Colégio Aplicação da Universidade Federal de Santa Catarina”, entre abril de 2015 a dezembro de 2019 e entre abril de 2022 a dezembro de 2023. Atendeu-se estudantes com Transtorno do Espectro Autista, Síndrome de Down e Paralisia Cerebral. Com as professoras de educação especial e familiares dos estudantes, praticou-se estratégias de cuidado fundamentadas na interdisciplinaridade, interprofissionalidade, ambiência e no uso de tecnologias leves e assistivas. O PE qualificou o cuidado no modelo biopsicossocial e aproximou os graduandos das PcD. Contribuiu para a formação odontológica humanista, que articula diferentes saberes e implicada em diminuir barreiras de acesso ao tratamento.

Palavras-chave: Educação em Odontologia; Pessoas com Deficiência; Relações Comunidade-Instituição; Tecnologias Assistivas; Deficiência Intelectual.

Abstract

The National Curricular Guidelines for Dentistry include the oral health (OH) of people with disabilities (PwD), highlighting humanized care shared with the healthcare team. The objective is to report an experience of interdisciplinary care for OH of PwD students in the outreach project (OP) “Health Promotion in the School Community of Colégio Aplicação of the Universidade Federal de Santa Catarina”, between April 2015 and December 2019 and between April 2022 and December 2023. Students with Autism Spectrum Disorder, Down Syndrome and Cerebral Palsy were treated. Care

strategies based on interdisciplinarity, interprofessionalism, ambiance, and the use of light and assistive technologies were practiced with the special education teachers and student's family members. The OP qualified care in the biopsychosocial model and brought undergraduate students closer to PwD. It contributed to humanistic dental training, which articulates diverse knowledge and is involved in reducing treatment access barriers.

Keywords: Dental Education; People with Disabilities; Community-Institution Relations; Self-Help Devices; Intellectual Disability.

Introdução

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas convivam com alguma deficiência, enfrentando barreiras no acesso a serviços essenciais como a saúde, a educação e o transporte, em especial aqueles que vivem em comunidades economicamente desfavorecidas (OMS, 2011). No Brasil, cerca de 18,6 milhões de pessoas com mais de dois anos convivem com algum tipo de deficiência (IBGE, 2023).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2006, definiu que pessoas com deficiência (PcD) são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. O governo brasileiro ratificou o texto da Convenção por meio do Decreto Legislativo nº 186/08 em 2008, conferindo-lhe a condição de emenda constitucional (Brasil, 2008a).

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem limite - estabeleceu a articulação entre as políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade (Brasil, 2011). Em 2015, publicou-se a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), que destaca a educação e a saúde enquanto direitos fundamentais da PcD, que devem ser garantidos em todos os níveis do sistema educacional e de saúde, com foco na potencialização de habilidades por meio de ambientes inclusivos e acessíveis (Brasil, 2015).

Apesar dos avanços, as barreiras de acesso à educação ainda persistem: a taxa de analfabetismo do país é de 19,5% entre as PcD em comparação a 4,1% das pessoas sem deficiência (IBGE, 2023). O mesmo ocorre na saúde, área em que também as PcD enfrentam barreiras financeiras, físicas, de comunicação, de serviços,

de organização e de transporte, que implicam em importante prejuízo à população (Clemente *et al.*, 2022).

As PcD experimentam piores condições de saúde bucal, com mais perdas dentárias e maior prevalência de doenças como a cárie e a doença periodontal (Ward *et al.*, 2019; Wilson *et al.*, 2019; Ningrum *et al.*, 2021). A maioria dos atendimentos às PcD pode ser realizado por um cirurgião-dentista clínico geral; para isso é desejável que a formação esteja consoante com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Cursos de Graduação em Odontologia (DCN), promovendo segurança na oferta de cuidados de saúde bucal às PcD (Rosa *et al.*, 2020).

Segundo as DCN, o egresso do curso deve ser capaz de ofertar cuidado humanizado, de desenvolver projetos terapêuticos compartilhados que promovam autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades. A comunicação é entendida nas DCN como uma competência geral a ser desenvolvida de modo que o futuro cirurgião-dentista interaja com pacientes e familiares possibilitando que compreendam as ações e os tratamentos a serem realizados (Brasil, 2021).

Essas competências podem ser desenvolvidas em diferentes dimensões do ensino odontológico, sendo a extensão um espaço privilegiado para tal, tendo em vista as diferentes interações vivenciadas no cotidiano das atividades. Graduandos e pós-graduandos de odontologia que participam de PE voltados à PcD vivenciam o cuidado integral e tem oportunidade de adquirir maior confiança para oferecer atendimento à essa população. Em muitos casos, a extensão é o primeiro contato dos estudantes com esse atendimento, especialmente quando não há uma disciplina teórico-prática específica (Conceição *et al.*, 2021). Esse convívio proporciona a quebra de preconceitos e contribui para a formação de profissionais tecnicamente competentes e humanamente preparados para oferecer cuidado integral, evitando a negligência ou a negação do atendimento odontológico (Ferreira *et al.*, 2017). Além disso, os PE dessa natureza estimulam a interdisciplinaridade na formação odontológica (Castilho *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2023).

Também é importante destacar que atividades extensionistas voltadas à Educação Especial são fundamentais para contribuir com a permanência e inclusão dos discentes com deficiência na educação básica (Maia *et al.*, 2022) ou no ensino superior (Andrade; Fernandes, 2016), além de oferecerem suporte para familiares e cuidadores (Cardoso *et al.*, 2022; Saraiva *et al.*, 2019). Na extensão universitária, a

formação acadêmica se aproxima da realidade vivenciada pelas PcD, oportunizando uma reflexão-ação na busca pela garantia de direitos, favorecem uma formação acadêmica com responsabilidade social a partir do exercício da cidadania, da empatia, com vínculo comunitário, capacidade de escuta e comunicação com o próximo (Maia *et al.*, 2022; Cardoso *et al.*, 2022; Saraiva *et al.*, 2019)

O Colégio de Aplicação (CA) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é uma escola inclusiva e que oferta um Serviço Pedagógico de Educação Especial junto a estudantes com deficiência, conforme os princípios da Política Nacional de Educação Especial em uma Perspectiva Inclusiva (Brasil, 2008b), e trabalha de forma colaborativa, com uma rede multiprofissional e pedagógica e de profissionais especializados. Desde 2000, o projeto de extensão (PE) “Promoção da Saúde na Comunidade Escolar do Colégio Aplicação da UFSC” atua com uma equipe extensionista do curso de Odontologia da UFSC (EE), com atividades semanais com estudantes do primeiro ao nono ano do Ensino Fundamental.

Os projetos de extensão no contexto específico da promoção da saúde e educação em saúde bucal oportunizam avançar na superação de modelos pedagógicos tradicionais, tecnicistas e descontextualizados. Vão além da prática nas clínicas odontológicas da Universidade, agregando diferentes perspectivas sociais, fundamentais para orientar práticas que promovam autonomia e atendam às necessidades de saúde de cada indivíduo ou comunidade. Os PE nesta área buscam a transformação da realidade por meio do agir contextualizado nos determinantes sociais de saúde, com valorização do conhecimento popular (Lima; Fadel, 2023), metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Santos *et al.*, 2021). Estimulam a abordagem interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, que incentiva os acadêmicos a integrar seus conhecimentos ao espaço comunitário (Carceneri *et al.*, 2017; Peres *et al.*, 2022).

Este estudo tem como objetivo apresentar um relato de experiência do PE “Promoção da Saúde na Comunidade Escolar do Colégio Aplicação da UFSC”, no período de abril de 2015 a dezembro de 2019 e de abril de 2022 a dezembro de 2023, com enfoque no cuidado à saúde bucal interdisciplinar de estudantes do ensino fundamental com deficiência e seu impacto na comunidade escolar e na formação em Odontologia.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência da EE da UFSC no PE “Promoção da Saúde na Comunidade Escolar do Colégio Aplicação da UFSC”, com ênfase no cuidado interdisciplinar à saúde bucal realizado no CA, voltado a estudantes do ensino fundamental com deficiência, no período de abril de 2015 a dezembro de 2019 e de abril de 2022 a dezembro de 2023.

Esse recorte temporal com início em 2015 justifica-se pela publicação da Proposta Pedagógica de Inclusão Educacional do CA em 2014 (UFSC, 2014), pelos impactos da LBI de 2015 na Educação Especial, bem como por coincidir com o tempo de atuação no PE dos autores deste relato, que contemplaram o cuidado voltado aos estudantes com deficiência.

As atividades realizadas em 2020 e 2021 não foram incluídas neste relato. Devido às restrições impostas pelas condições sanitárias e de biossegurança na pandemia de COVID-19, o PE não realizou atividades presenciais. Nesse período, o PE foi selecionado em um edital especial da Pró-Reitoria de Extensão da UFSC, realizando atividades exclusivamente remotas, com maior ênfase na educação em saúde. A EE utilizou diversas tecnologias digitais para manter, trabalhando de forma interprofissional com áreas como Enfermagem, Design de Produtos e Pedagogia, na produção de materiais educativos em formato digital. Além disso, o PE promoveu campanhas para arrecadação de cestas básicas, alimentos, máscaras de proteção e produtos de higiene pessoal e bucal (como escovas dentais e dentifrícios), visando assegurar o acesso às informações e aos insumos essenciais para a manutenção da saúde bucal durante o período de isolamento (Orlandi *et al.*, 2021).

O CA é uma instituição de Ensino Fundamental e Ensino Médio que foi fundada juntamente à UFSC no ano de 1961, e atende à comunidade do município de Florianópolis, em Santa Catarina, com uma política de ensino formada em práticas democráticas, multidisciplinar e inclusiva, inserida no contexto do Ensino, da Pesquisa e da Extensão (CA, 2024). O total de matriculados por ano é de aproximadamente mil alunos. O ingresso no CA ocorre por meio de sorteio de vagas, sendo prevista uma reserva de vaga de 5% do número de estudantes por série/ano para estudantes com Deficiência e Transtorno do Espectro Autista (TEA) (UFSC, 2022). Evidencia-se que a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva define o público-alvo da Educação Especial como: alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (Brasil, 2008b).

O PE aqui descrito teve início em 2000, a partir de pressupostos como a promoção da saúde com uma abordagem interdisciplinar e com foco na formação de multiplicadores das temáticas relacionadas à promoção da saúde bucal. O funcionamento do PE se dá em um consultório odontológico nas dependências do CA, que possibilita a realização de atendimentos clínicos odontológicos dentro do ambiente escolar. A Associação de Pais e Professores (APP) do CA é uma apoiadora e financia com recursos próprios a compra de insumos para os atendimentos, manutenção dos equipamentos e do espaço físico.

A EE a cada semestre foi composta por graduandos de Odontologia bolsistas e voluntários de fases iniciais do curso (de 2 a 4 alunos do 2º ao 4º semestre) e de fases finais (2 alunos de 9º e 10º semestre), por 1 mestrando e/ou 1 doutorando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e teve coordenação e supervisão direta de 3 docentes do departamento de Odontologia da UFSC. Participaram como apoiadores profissionais gestores e professores vinculados ao CA, em especial os professores auxiliares de Educação Especial.

A participação de graduandos em diferentes estágios de formação permite a divisão do plano de atividade em ações condizentes com o grau de experiência dos extensionistas. Os estudantes dos últimos semestres realizam tarefas como: exames para identificação do Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO), revelação do biofilme dental, escovação supervisionada e atendimento clínico; já os graduandos das fases iniciais auxiliam nessas atividades e participam de atividades lúdicas, palestras, teatros, atividades interativas, gincanas, experiências científicas e gamificação, conforme relatado em estudos anteriores (Carcneri *et al.*, 2017; Peres *et al.*, 2022).

O INTO utiliza uma codificação na qual se classifica o indivíduo pelo número de necessidades odontológicas presentes, por meio de seis escores: escore 0 - sem nenhuma necessidade de restauração ou extração; escore 1 - de uma a três necessidades de restauração ou extração; escore 2 - de quatro a oito necessidades de restauração ou extração; escore 3 - mais de oito necessidades de restauração ou extração; escore 4 - doença periodontal generalizada (adultos); e escore 5 - necessidade de exodontias múltiplas (adultos) (Dumont *et al.*, 2008). O INTO auxilia no diagnóstico epidemiológico e planejamento das ações de saúde bucal no PE, com ênfase na equidade, subsidiando a priorização no agendamento de atendimento individual e favorecendo a programação das atividades coletivas de promoção da

saúde. Trata-se de uma alternativa ao Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD), que necessita de maior período para a calibração e coleta de dados (Cypriano; Sousa; Wada, 2005). Na revelação do biofilme dental, utilizou-se a técnica recomendada pelo fabricante do produto.

Essas atividades são voltadas aos estudantes do ensino fundamental, incluindo aqueles com deficiência. No presente relato, buscamos trazer o enfoque sobre as adaptações dessas atividades conforme as necessidades dos estudantes da educação especial.

As atividades coletivas de educação em saúde são realizadas de forma interdisciplinar e envolveram a participação de cursos como Serviço Social, Enfermagem, Nutrição e Educação Física, a depender da temática, e adaptadas à faixa etária das turmas do ensino fundamental, ao longo do período de 2015 a 2023. Seu planejamento foi desenvolvido em reuniões periódicas entre a EE e professores do CA, nas quais as propostas de ação são discutidas e um cronograma de atividades é estabelecido (Carceneri *et al.*, 2017; Peres *et al.*, 2022).

O levantamento epidemiológico das necessidades de saúde bucal subsidiou a classificação de risco e a priorização dos atendimentos clínicos, com o objetivo de promover a equidade no acesso ao tratamento odontológico, realizados mediante autorização expressa pelas famílias responsáveis pelos estudantes do CA.

As etapas dessa abordagem consideraram as diretrizes da Academia Americana de Odontopediatria, que destacam a importância do consentimento informado, dos registros documentais, da anamnese e levantamento do histórico do paciente, e de um conjunto de medidas positivas para o comportamento, conduzidas nas diferentes etapas como a pré-consulta, a consulta e a pós-consulta (Dhar *et al.*, 2023a).

Considerando o caráter de relato de experiência, a metodologia adotada está em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 2016, que dispensa a avaliação pelo Comitê de Ética em trabalhos sobre atividades próprias do processo de ensino-aprendizagem, destinadas a desenvolver experiência na formação de estudantes.

Resultados

O processo de cuidado interdisciplinar da saúde bucal dos estudantes com

deficiência começou antes das etapas de consulta clínica, propriamente dita. O primeiro contato com as turmas de ensino fundamental se deu nas salas de aula com atividades coletivas de educação em saúde bucal e promoção da saúde; seguidas de escovação dental supervisionada nos banheiros do CA; e por fim realizou-se uma avaliação das necessidades de saúde bucal para fins de levantamento epidemiológico. A EE contou o apoio essencial das professoras auxiliares de educação especial para adaptar as abordagens e procedimentos de acordo com as especificidades de cada estudante com deficiência, para incluí-los em todas as ações coletivas, com o maior conforto possível. Exemplificando, para um estudante com TEA o exame foi feito com a criança em pé, pois não queria sentar-se; outro estudante também com TEA solicitou que a escovação supervisionada fosse realizada em outro banheiro, de sua preferência, que não o sugerido pela equipe.

A partir do levantamento epidemiológico das necessidades em saúde bucal pelos alunos extensionistas, o atendimento de crianças com deficiência foi priorizado. Esses atendimentos foram realizados no consultório odontológico do CA por estudantes de graduação em Odontologia do 9º e 10º semestre, sob supervisão de uma professora do curso, e com o apoio da Professora Auxiliar em Educação Especial e uma monitora; os estudantes das fases iniciais do curso de graduação auxiliaram os atendimentos. O tempo médio das consultas foi de 45 minutos. As condições de saúde mais prevalentes nos estudantes atendidos foram a síndrome de down (SD), TEA e paralisia cerebral (PC).

As singularidades de cada criança e de suas necessidades de saúde bucal foram abordadas previamente pela EE em contato com a professora auxiliar da educação especial e com a família quando necessário. Destacamos nos tópicos abaixo as diferentes estratégias utilizadas pela EE no atendimento clínico no consultório do CA dos estudantes com deficiência atendidos no PE.

Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

As ações do PE voltadas aos estudantes com deficiência foram essencialmente interprofissionais e interdisciplinares. As professoras auxiliares de educação especial atuaram em conjunto com a EE em todas as fases das atividades educativas, escovação supervisionada e atendimentos clínicos, incorporando aspectos importantes das particularidades e histórico de cada criança para aprimorar a abordagem da equipe, além de estabelecerem conexões entre os extensionista e as famílias dessas crianças. Tendo em vista as fragilidades na formação em odontologia

voltada ao cuidado de PcD e a dificuldade que essa população enfrenta em encontrar profissionais aptos para esse cuidado, experiências significativas como a do PE, não apenas aproximam os estudantes com deficiência e graduandos de fases iniciais e finais do curso de Odontologia, mas também promovem a troca de conhecimentos pedagógicos com especialistas em educação especial. Esse diálogo coletivo sobre o cuidado em saúde bucal, com foco na integralidade, é uma abordagem inovadora na graduação que proporcionou maior confiança para que o futuro cirurgião-dentista possa oferecer esse atendimento de maneira resolutiva, articulando diferentes saberes e buscando uma atuação interprofissional, humanizada e contextualizada.

Ambiência

O ambiente do consultório odontológico pode causar ansiedade e medo nos estudantes com deficiência, por estímulos sensoriais como barulho alto, luzes brilhantes e cheiros diferentes, o que requer maior atenção da EE ao espaço físico. A visão das professoras de educação especial sobre o consultório odontológico nas dependências do CA foi essencial para melhorar a ambiência no tratamento dos estudantes com deficiência. Previamente aos atendimentos, as professoras visitaram o espaço, identificaram e sugeriram alterações para favorecer a colaboração dos estudantes.

As professoras sugeriram remover itens das bancadas e armazená-los nas prateleiras, deixando visível apenas o que era estritamente necessário, para não desviar o foco da criança durante o atendimento. Nas paredes, foi sugerida a remoção de cartazes que não tivessem apelo infantil e a substituição por figuras mais atrativas para esse público-alvo. Outro destaque foi a sugestão de investimento em brinquedos sensoriais, como bolinhas de gel coloridas em um pote em que a criança pudesse manusear, tubos sensoriais, brinquedos em forma de massa gelatinosa, brinquedos siliconados do tipo “pop it” com bolinhas que ao serem apertadas emitem um barulho similar ao que ouvimos quando estouramos um plástico bolha. Oferecer uma experiência tátil e sensorial por meio dos brinquedos durante os atendimentos odontológicos aos estudantes com deficiência demonstrou ser um mediador da comunicação e favoreceu que as crianças se mantivessem calmas e concentradas, promovendo a regulação emocional e bem-estar de forma divertida e interativa.

Tecnologia Assistiva

Considerando o nível de suporte que a pessoa com TEA apresenta, e principalmente nos casos em que há comprometimento da comunicação verbal, o uso

de Tecnologias Assistivas (TA) como a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) pode auxiliar no desenvolvimento e ampliação de habilidades de comunicação.

Neste contexto, uma criança com TEA, que apresentava dificuldades de interação e comunicação social, além de padrões comportamentais restritos e repetitivos, foi atendida em uma consulta interdisciplinar com a EE. Previamente ao atendimento, a professora auxiliar de educação especial da criança trouxe o tema das TA para a EE. Essa é uma temática ainda pouco explorada nos currículos de graduação em Odontologia. A criança utilizava como prancha de CAA um tablet, com o aplicativo *Expressia* (2024), que utiliza diferentes modalidades de comunicação em uma interface intuitiva, como texto, imagens, vídeos e voz gravada.

Previamente às atividades no consultório, a família da criança atualizou a sua prancha de CAA com diversas figuras relativas às atividades realizadas no ambiente odontológico. Esse material digital apresentava imagens de objetos, ações e expressões que favoreceram a comunicação entre a criança, as professoras e a equipe odontológica. Além disso, a criança foi previamente preparada sobre o que aconteceria na consulta, visto que a previsibilidade e controle da situação são questões fundamentais na rotina da pessoa com TEA. Também foram atualizadas na prancha fotografias da EE com gravação de áudios dos graduandos. Isto tornou o primeiro contato entre a criança e a equipe favorável: ela entrou tranquila no consultório odontológico, explorou o ambiente, permitiu a aproximação das profissionais e aceitou um breve manuseio de escova com creme dental em sua cavidade bucal. O uso de TA facilitou a interação entre a equipe interdisciplinar e o paciente, contribuindo para contornar as dificuldades de comunicação enfrentadas por pessoas com TEA.

As TA podem ser mais complexas e tecnológicas como o uso do tablet e programas específicos, ou alternativas mais simples que se adaptem à necessidade da criança. Em outro caso, em que o estudante apresentava deficiência na capacidade motora, junto com a professora de educação especial, foi pensada uma adaptação da empunhadura da escova de dente, para que possa proporcionar maior destreza e autonomia à criança. Esse é um exemplo claro da diferença entre TA e tecnologias de reabilitação, a TA é voltada para atender as necessidades específicas da PcD, e não apenas como um recurso do profissional da saúde para diagnóstico ou tratamento.

Nesse caso, a TA foi uma adaptação simples de auxílio para uma atividade de vida diária.

Tecnologias leves: vínculo, comunicação e ludicidade

Nos atendimentos voltados à estudantes com SD, os extensionistas utilizaram técnicas de manejo comportamental não farmacológicas, como estabelecer uma comunicação clara e simples, ou técnica dizer-mostrar-fazer, com ênfase em tornar a experiência o mais lúdica possível, com imagens positivas. As atitudes colaborativas recebiam reforço positivo, uma técnica que consiste em elogios e recompensas incentivando o bom comportamento. Também foi utilizado o controle de voz e os extensionistas estabeleceram uma rotina durante os atendimentos, para que a criança pudesse sentir conforto e segurança. Além de orientação de higiene oral, foram realizados procedimentos como aplicação profissional de fluoreto, profilaxia e restaurações.

A importância do vínculo entre a equipe e a comunidade escolar é uma questão essencial para o cuidado, visto que ele pode influenciar o caminho dos estudantes até o serviço e seu plano terapêutico. O PE atua há quase 20 anos no CA e o consultório odontológico sempre esteve nas dependências da escola, próximo ao espaço de convívio do recreio. É bastante comum que as crianças desenvolvam vínculo com os graduandos da EE e voluntariamente procurem visitá-los no consultório nos intervalos de aula, para expressar carinho e afeto. Essas manifestações das crianças são acolhidas e incentivadas pela equipe. Como os estudantes com deficiência foram atendidos em um consultório "conhecido", próximo de sua sala de aula, acreditamos que esse fator facilitou a ambiência e o processo de adaptação, diferente do contexto das clínicas odontológicas da UFSC ou de um consultório odontológico no setor público ou privado.

As relações de cuidado entre a EE e a família dos estudantes com deficiência também são permeadas pelo vínculo e acolhimento. As orientações de higiene oral e alimentação saudável são reforçadas com os familiares e cuidadores, dado o maior risco dessas crianças desenvolverem problemas de saúde bucal e configuram-se uma das principais estratégias voltadas ao cuidado das crianças com PC atendidas no PE. O contato entre os graduandos extensionistas e as famílias/cuidadores é fundamental para criar e manter hábitos saudáveis. Para deficiências relacionadas à coordenação motora, a higienização oral depende da supervisão ou mesmo da escovação feita pelo

cuidador/familiar, que com a orientação adequada feita pelos extensionistas, conseguirá ofertar um cuidado efetivo.

Discussão

A condição de saúde bucal das PcD é um dos mais importantes sinais de exclusão social e o enfrentamento desse problema requer políticas intersetoriais (Narvai; Frazão, 2008), ações multiprofissionais e interdisciplinares de cuidado integral, capazes de dar resposta efetivas às suas necessidades. Em seu papel formador, a extensão permite ao graduando o contato direto com a comunidade, e corrobora para a percepção mais ampla sobre os processos de saúde-doença para além da visão formativa intramuros; na perspectiva da comunidade, a extensão favorece também o acesso à saúde bucal (Pizzolatto; Dutra; Corralo, 2021). Destaca-se nessa possibilidade a dupla importância na experiência relatada neste estudo: enquanto espaço formativo em saúde, oferece um espaço de experiência clínica ao graduando no atendimento às PcD em relação à lacuna formativa identificada, ao mesmo tempo que oferece à comunidade uma oportunidade de acesso aos cuidados em saúde bucal, frente às tantas barreiras vivenciadas pelas PcD.

A formação em Odontologia ainda tem fragilidades não só no que diz respeito ao cuidado dessa população e ao manejo clínico e uso de técnicas para adaptação dos atendimentos, mas também referentes ao distanciamento da realidade das PcD e seus desafios cotidianos no acesso à saúde e na vida em sociedade. Por isso, acreditamos que o PE enquanto espaço de formação de promoção de saúde no contexto de uma escola inclusiva seja capaz de trazer discussões ampliadas, que dificilmente seriam abordadas no contexto intramuros, sem a vivência cotidiana e as diferentes possibilidades de contato, seja no consultório, sala de aula, no recreio ou na troca com as famílias. O enfoque na graduação em Odontologia geralmente apresenta maior ênfase nos aspectos biológicos e do manejo clínico importantes para a consulta, todavia isso pode reforçar o Modelo Médico de Deficiência, onde a pessoa é representada pelo desvio ou perda em alguma função de seu corpo, ditando quem é "normal" e quem é "incapaz", descartando a relação com o meio em que está inserida (Mota; Bousquat, 2021).

No PE a formação da EE contempla uma discussão ampliada sobre o atendimento à PcD ao abordar as representações da deficiência a partir do Modelo

Biopsicossocial, que tira o foco do problema restrito ao corpo, valoriza o que de fato a PcD é capaz de realizar em seu contexto de vida, identificando suas "capacidades" e "incapacidades" nas interações entre condições de saúde, atividades, participação social, fatores pessoais e ambientais e as funções do corpo (Mota; Bousquat, 2021). Abordar esse tópico com os graduandos extrapola o nível conceitual, visto que a falta de uma reflexão aprofundada sobre as representações que os futuros cirurgiões-dentistas têm sobre as PcD pode perpetuar mal-entendidos e preconceitos comuns no momento da prática clínica.

Em alguns currículos de Odontologia prevalece a abordagem exclusivamente teórica sobre o atendimento à PcD, e mesmo quando há carga horária teórico-prática, parece não ser suficiente para gerar segurança e conforto no graduando em ofertar atendimento clínico (Conceição *et al.*, 2021). Esse distanciamento da discussão conceitual, das barreiras sociais e a falta de contato com atendimento à PcD na graduação quando comparado a outros aspectos abordados na grade curricular contribui para invisibilizar essa população e manter barreiras de acesso ao tratamento odontológico. No PE essa aproximação da realidade das PcD dentro de uma escola inclusiva tem potencial para superar essas questões, pois além das condições de saúde bucal, os graduandos podem acompanhar indiretamente o aprendizado escolar, as interações sociais, as particularidades da educação especial e a história de vida das PcD pelo contato com suas famílias.

Em especial, essas experiências são também espaço para uma outra percepção formativa, de caráter social, histórico e humanizante, central à formação dos profissionais de saúde, fundamental na garantia da apropriação de conhecimentos conscientizadores à transformação e à libertação, em uma práxis no sentido freiriano (Mattia; Teo, Alves, 2023).

Com isso, o PE contribui na compreensão do mundo particular de cada estudante com PcD, além do aprendizado teórico-prático, também pela modulação emocional dos graduandos no atendimento à PcD, com compartilhamento das emoções vivenciadas, superação de preconceitos e melhora no controle de ansiedade e inseguranças, o que repercute no aprimoramento na prática clínica ao orientar atitudes, ações e reações que capacitem esses pacientes e facilitem o atendimento dos graduandos aumentando sua autoconfiança. Assim como no relato de Ferreira *et al.* (2017), os graduandos que expressam, inicialmente, medo e ansiedade nos primeiros atendimentos, diminuem essas falas com o tempo, sendo seguidas pela

busca de informações, conhecimento e predisposição ao atendimento que permitem a adaptação adequada dos estudantes e facilita a realização dos procedimentos.

Embora a EE seja formada apenas por professoras, graduandos e pós-graduandos de Odontologia, o PE vai além da formação tradicional e tecnicista odontológica, visto que busca atuar no contexto de uma comunidade escolar como agente de inclusão, articulada com os profissionais de educação especial, para a promoção da saúde com atuação interprofissional e interdisciplinar. Ao longo dos atendimentos foi notável que a forma de abordagem dos extensionistas foi se tornando mais natural quando percebem que as dificuldades podem ser superadas no processo de compartilhamento de saberes. Essa vivência na graduação é fundamental na formação de valores de cidadania, no sentido de que o próprio extensionista seja um promotor de ações e atitudes inclusivas, construindo um futuro cirurgião-dentista mais completo, tecnicamente competente, consciente da importância de sua prática.

Em relação à ambiência, a cooperação das professoras da educação especial foi fundamental na adequação do ambiente. Além disso, a utilização de estratégias como a consulta interdisciplinar, a utilização de uma prancha de CAA e a adaptação dos exames, como a realização em pé ou no banheiro de preferência foram ferramentas que possibilitaram, pela adaptação, a condução das medidas. Tais medidas parecem ter propiciado mais conforto às crianças, seja pela alteração no ambiente, seja pelo fornecimento de distrações (Dhar *et al.*, 2023a).

A TA é um campo interdisciplinar em evolução constante, que abrange ferramentas, recursos e serviços projetados para facilitar e ampliar habilidades funcionais de pessoas com limitações ou restrições de desempenho, especialmente aquelas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, para favorecer maior autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Brasil, 2015; Araújo; Bernardo; Rodrigues, 2021; Andrade; Fernandes, 2016; Maia *et al.*, 2022). A CAA é uma área que objetiva responder às complexas necessidades de comunicação por meio de gestos, símbolos, tecnologias e aparelhos, combinados em estratégias para obter uma comunicação funcional e independente (Mirenda, 2017).

Atualmente, observa-se uma crescente utilização dos recursos de TA na área da educação especial. Nesse contexto, surge a pertinência de considerar a possibilidade de transformar ambientes tradicionalmente hostis (Araújo; Bernardo; Rodrigues, 2021), como do consultório odontológico em locais de acesso a atividades de educação em saúde bucal, garantindo uma experiência de aprendizagem

significativa que respeite sua realidade. O emprego de formas de distração audiovisual e sensorial adaptados ao ambiente odontológico têm demonstrado seu potencial na redução da ansiedade em crianças e adolescentes com deficiência (Dhar *et al.*, 2023a).

Os processos de trabalho em saúde são influenciados por diversas tecnologias, dentre as quais destacamos no PE a importância das tecnologias leves no cuidado à PcD. As tecnologias leves se caracterizam como ferramentas relacionais que abrangem aspectos como vínculo, autonomia, acolhimento e gestão do cuidado. Elas são fundamentais para orientar e coordenar os processos de trabalho, pois a noção de tecnologia não se limita apenas a conhecimentos cognitivos (tecnologias leves-duras) ou a recursos materiais e equipamentos (tecnologias duras), mas também abrange as interações e conexões que surgem nos encontros durante a produção do cuidado (Merhy, 2002).

A valorização das tecnologias leves com o uso de técnicas de manejo de comportamento não farmacológicas (Dhar *et al.*, 2023b) como dizer-mostrar-fazer, controle da voz, imagens positivas, ludicidade, reforço positivo, pela na EE se dá na intencionalidade, de estabelecer uma comunicação eficaz e lúdica com a criança, pois as relações de confiança e vínculo na consulta não ocorrem espontaneamente, é necessário que se crie um contexto de empatia e segurança em relação aos procedimentos (Castro *et al.*, 2021).

Os desafios dos atendimentos clínicos à PcD no PE exercitam competências interprofissionais e interdisciplinares nos graduandos, gerando reflexões éticas, criticidade, proatividade, solidariedade, autonomia, habilidades de comunicação e criatividade para aplicar os conhecimentos teóricos da Odontologia, articulá-los com os saberes pedagógicos buscando a resolução das necessidades de saúde bucal dos estudante, com práticas emancipatórias que promovam autonomia para as crianças e seus familiares. Essas competências a partir da experiência teórico-prática fora do ambiente intramuros são o diferencial na formação da equipe, visto que o conhecimento teórico estruturado e as técnicas para tratar as condições de saúde bucal de uma criança com deficiência são as mesmas utilizadas para a população geral, todavia identificar as limitações e manejar as incertezas é fundamental para o sucesso do tratamento à PcD.

As vivências no cotidiano do PE a partir de práticas colaborativas com a família e a professora auxiliar de educação especial fazem com que os graduandos sejam

mais resolutivos no atendimento tanto no âmbito da universidade, quanto fora dela. São experiências clínicas motivadoras e significativas como as do PE que proporcionam maior destreza e confiança nos estudantes para ofertar esse atendimento em seu futuro profissional.

O conhecimento técnico aliado com a compreensão dos fatores sociais e biológicos relacionados ao cuidado à PcD são aliados na experiência extensionista para transpor barreiras de acesso. Em muitos casos, a procura por atendimento odontológico da PcD é demorada ou negligenciada seja pelo baixo nível cultural e socioeconômico, seja pela baixa prioridade da saúde bucal em detrimento a outros problemas médicos, e de encontrar um profissional que ofereça esse cuidado, seja no setor público ou privado. Vivências como essa do PE na graduação, de busca ativa por uma população com reconhecida maior concentração de doenças bucais, favorecem um futuro profissional capaz de programar ações de promoção, proteção, recuperação e manutenção de saúde bucal, tanto em contextos coletivos quanto de consultas individuais. Com uma inserção no mercado de trabalho mais amadurecida, que elabore o cuidado não a partir da concepção beneficente, mas que enquanto profissional da saúde bucal trabalhe para garantia de acesso equitativo à saúde enquanto direito da PcD.

Os valores desenvolvidos no PE também se estendem ao núcleo familiar. O contato com as famílias dos estudantes com deficiência, o compartilhamento de suas vivências e saberes dá contexto para o aprendizado prático dos extensionistas, trazendo a centralidade do cuidado para a criança com deficiência, seus cuidados/famíliares, valorizando sua história enquanto sujeitos ativos nesse processo, com espaço para ouvi-los e agregar o contexto trazido por eles ao plano de tratamento. O contato da EE com as famílias visa dar suporte para hábitos saudáveis na alimentação e higiene oral, buscando compreender quais são as principais dificuldades do núcleo familiar e como contribuir na construção e manutenção desses hábitos. Quando há alguma limitação física e/ou de coordenação da criança, a higienização bucal é feita pelo familiar/cuidador e capacitá-lo para fornecer esse cuidado com técnicas adequadas e eficientes de escovação também é uma ação da EE, principalmente voltada às famílias de crianças com PC, SD e TEA. O trabalho com ações de promoção da saúde, voltado aos familiares busca abordar fatores de risco comuns às doenças, faz que compreendam de maneira simples, por exemplo,

que uma dieta com menos alimentos ultraprocessados, menos açucarada, não tem impacto na diminuição de cárie apenas, mas em todo o desenvolvimento saudável da criança.

Esse tipo de contato com a comunidade escolar dificilmente seria compreendido pelo graduando nas clínicas intramuros da universidade. O PE favorece o desenvolvimento das competências almejadas pelas DCN para o futuro cirurgião-dentista, capaz de atuar de forma ética, humana, atento à dignidade da pessoa e com abordagem das necessidades individuais e coletivas, promovendo a transformação da realidade de acesso ao cuidado em saúde bucal da criança com deficiência e sua família, beneficiando a comunidade escolar e sua própria formação.

Consideramos que o consultório odontológico estar nas dependências do CA contribuiu no atendimento das crianças com deficiência, visto que proporcionou mais conforto e previsibilidade, não havendo necessidade de deslocamento para uma clínica da faculdade ou consultório privado, mas foi realizado em um espaço conhecido, com a professora auxiliar de educação especial. Apenas um caso de um estudante com TEA não pôde ser tratado no consultório do colégio, por razões estruturais, e foi encaminhado para atendimento nas clínicas odontológicas da UFSC.

As equipes extensionistas que atuaram ao longo desses anos, semanalmente, no PE foram capazes de criar uma cultura de proximidade entre os estudantes e a Odontologia, permeada pelo afeto, brincadeiras, atividades lúdicas, desconstruindo o medo e a ansiedade relacionada à figura do dentista pelo público infantil. As temáticas de promoção da saúde trabalhadas ao longo dos anos no PE, com diferentes áreas de conhecimento, demonstram a potencialidade da articulação multiprofissional e enriquecem as ações almejando construir uma escola promotora de saúde e seus alunos multiplicadores de conhecimento.

Além disso, o PE possibilitou o acompanhamento longitudinal de saúde bucal dos estudantes, incluindo aqueles com deficiência. Com isso, os extensionistas são preparados para trabalhar saúde bucal de forma coletiva dentro da comunidade escolar, desde o levantamento situacional a partir de bases epidemiológicas, planejamento de educação em saúde articulado com o cronograma escolar e as demandas trazidas pela equipe pedagógica, contato com os familiares dos estudantes, até compreender na prática a importância da equidade no acesso ao

tratamento, priorizando os atendimentos daqueles que têm maior concentração de necessidades clínicas, sem negligenciar os demais.

As ações do PE integram a promoção da saúde bucal de forma transversal no cotidiano escolar, para além do consultório odontológico. Por isso, experiências como a do PE no contexto de uma escola inclusiva, inserida na realidade dos alunos com deficiência e com apoio das professoras auxiliares de educação especial é tão potente, a EE é protagonista na construção do conhecimento.

O PE inova enquanto espaço formador ao oportunizar ao graduando extensionista vivenciar uma consulta interdisciplinar com uso de TA e uma interação colaborativa com o AEE. A literatura que relaciona TA ao atendimento odontológico à PcD ainda é escassa, principalmente no contexto de um PE, no entanto utilizar ferramentas, recursos ou estratégias que proporcionem maior independência e autonomia à PcD é um aprendizado fundamental para o futuro profissional. As ferramentas de TA podem ser simples, como a adaptação à empunhadura da escova dental ser mais grossa para facilitar a preensão, até mais complexas, como programas de computador que favoreçam acessibilidade (Quaggio *et al.*, 2016).

As TA estão se consolidando progressivamente como uma ponte para a criação de novas oportunidades nos processos de aprendizagem e no desenvolvimento de práticas pedagógicas inclusivas, com recursos mais atrativos e versáteis, contribuindo para a mediação da aprendizagem tanto para quem ensina, como para quem aprende (Araújo; Bernardo; Rodrigues, 2021). Esse espaço de aprendizado da EE e da criança foi um diferencial do PE na formação em odontologia para o cuidado à PcD. A TA facilitou as consultas odontológicas com o paciente com TEA, com a expertise da professora auxiliar de educação especial e o planejamento conjunto com a EE, houve um preparo prévio ao atendimento no consultório que contou com identificação da equipe e dos procedimentos que seriam realizados ao longo das consultas. Esse tempo e contato para articulação interprofissional e discussão do caso dificilmente aconteceria na clínica intramuros da universidade, por isso experiências significativas como essa do PE preenchem uma lacuna formativa importante. Com isso, houve acessibilidade na prática, a CAA permitiu adaptações do tratamento odontológico e aumento da eficiência na comunicação, beneficiando tanto a criança quanto os futuros profissionais cirurgiões-dentistas. Ao investir em TA, a EE expande seus conhecimentos para além da Odontologia e demonstra um compromisso com a inclusão e a diversidade, entendendo que com o planejamento

adequado, atendimento interprofissional e interdisciplinar, a maioria das limitações podem ser contornadas.

A oportunidade de experiências como essa durante a graduação provoca a busca por mais informação e conhecimento frente aos desafios do atendimento à PcD na futura prática clínica, com potencialmente menos chances de enquanto profissionais da área haver uma negativa de acesso ao tratamento. O PE no que diz respeito à PcD promove a formação de um profissional técnico e humanisticamente mais bem preparado, com uma prática que promove justiça social, equitativa e inclusiva no acesso ao cuidado em saúde bucal.

Para os pós-graduandos, o contexto do PE na formação docente em saúde bucal coletiva sensibiliza sobre a relevância de abordar a lacuna na formação odontológica voltada ao atendimento de PcD para os alunos de graduação com experiências significativas, dialógicas e com práticas emancipatórias, reforçando que a formação na graduação precisa estar comprometida em transpor as barreiras de acesso ao tratamento, a partir da prática de futuros docentes imbricados em formar dentistas generalistas para operarem essa mudança nas condições de saúde bucal das PcD. O estágio docente do pós-graduando no contexto comunitário com o desafio de articular ensino-pesquisa-extensão caracteriza-se como um potente espaço formador para o futuro docente de Odontologia em Saúde Coletiva, capaz de promover uma formação mais harmônica ao perfil profissional almejado ao cirurgião dentista (Peres *et al*, 2022).

Dentre as dificuldades vivenciadas pelo PE estão a escassez de recursos financeiros para a compra de mais equipamentos e recursos sensoriais voltados ao atendimento de estudantes com deficiência. A EE pretende demonstrar para a APP, que financia o PE, a importância de investir nesses recursos, melhorando a ambiência e a autorregulação emocional das crianças. Além disso, as dificuldades também se relacionam com a própria formação odontológica, que pouco aborda estratégias para superar as barreiras de comunicação e acesso à saúde, ou mesmo busca modificar percepções equivocadas sobre as PcD.

Em relação às deficiências (visual, auditiva, motora e intelectual-mental), segundo dados do último censo do IBGE (2010), a região da Grande Florianópolis possui 93.125 PcD, o que corresponde a 9,2% da população residente (1.102.233 habitantes). Destacamos que o acesso facilitado ao tratamento odontológico no

contexto relatado do PE com consultas interdisciplinares não é a realidade das crianças com deficiência em todas as escolas municipais/estaduais de Florianópolis. No contexto das políticas públicas de inclusão, as TA representam um tema que merece maior debate e discussão, criando possibilidades para a participação plena do indivíduo na sociedade (Araújo; Bernardo; Rodrigues, 2021). A EE teve na graduação o contato teórico-prático da potencialidade de usar TA nas consultas à PcD, mas sabemos que essa prática pedagógica precisa estar mais bem articulada aos currículos e às realidades dos serviços públicos e privados. Embora haja uma articulação entre as escolas com as unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Programa Saúde na Escola, com ações de saúde bucal, experiências como as do PE de consulta interdisciplinar podem ser melhor difundidas e ampliadas na rede de serviços em parceria com a comunidade acadêmica da UFSC, com medidas mais efetivas de priorização de atendimento em saúde bucal dos alunos com deficiência para garantir que o direito seja efetivado na prática dos serviços.

Considerações finais

Considera-se que as atividades de extensão voltadas à PcD contribuem na formação de cirurgiões-dentistas com perfil generalista, ético, humanista e apto ao cuidado ampliado.

As experiências vivenciadas no Projeto “Promoção da Saúde na Comunidade Escolar do Colégio Aplicação da UFSC” possibilitaram aos extensionistas o espaço necessário para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, de planejamento e de atendimento clínico interdisciplinar à PcD, no contexto do ambiente escolar. Além disso, ofereceram aos pós-graduandos a possibilidade de sensibilização enquanto futuros docentes sobre a importância de formar profissionais generalistas e resolutivos na atenção à saúde bucal dessa população.

Destaca-se também que a inserção dos participantes do PE no contexto do ensino e na realidade vivenciada pelas PcD, bem como o contato com as professoras auxiliares de educação especial, permitiu ampliar conhecimentos sobre a importância da interdisciplinaridade, ambiência, TA e uso de tecnologias leves como o vínculo, a comunicação e ludicidade no atendimento à PcD. Essas estratégias vão além do aspecto puramente clínico, trazendo na prática a inclusão, integralidade do cuidado e

a multiprofissionalidade, resultando em uma formação que teve como foco a oferta do cuidado em saúde de modo humanizado.

Reitera-se a experiência descrita o papel da extensão enquanto aproximação do mundo acadêmico com a comunidade que o circunda, capaz não somente de trazer importantes benefícios formativos, como também uma contrapartida importante a essa comunidade em oferecer um serviço resolutivo e humanizado para estudantes com deficiência.

Agradecimentos

Agradecemos à Pró-Reitoria de Extensão da UFSC pela parceria estabelecida no projeto. Agradecemos ao CA, a APP e às professoras auxiliares de educação especial que foram essenciais nesta experiência.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, C. C. S; FERNANDES, E. M. Validação de um modelo em relevo para auxiliar no processo de ensino-aprendizagem de árvore em estrutura de dados para pessoas com deficiência visual. *Revista Conexão UEPG*, v. 12, n. 2, p. 240-249, 2016. DOI: 10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0006

ARAÚJO, K. S. X.; BERNARDO, K. F.; RODRIGUES, J. M. C. O atendimento psicopedagógico hospitalar e as tecnologias assistivas: importantes aliados no processo de inclusão. *Revista Conexão UEPG*, v. 17, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.17.16966.011>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília- DF, 24 mai 2016.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 10.645, de 11 de março de 2021. Regulamenta o art. 75 da Lei nº13.146, de 8 de julho de 2015, para dispor sobre as diretrizes, objetivos e os eixos do Plano Nacional de Tecnologia Assistiva. *Diário Oficial da União*, Brasília- DF, 12 mar. 2021.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília- DF, 10 jul. 2008a.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília- DF, 17 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília- DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021, Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília- DF, 17 jun. 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>. Acesso em: 09 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. MEC/SEESP, Brasília, 2008b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducesp>. Acesso em: 09 abr. 2024.

CARDOSO, S.; VARGAS, G.; SARAIVA, A.; MARTINS, C.; SILVA, C.; BARSCHAK, A.; GUTIERREZ, L. L. Multiplicadores de conhecimento: Papel das ações de extensão junto a cuidadores de pessoas com deficiência. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, v. 13, n. 1, p. 13-25, 2022.

CARCERERI, D. L.; PERES, A. C. O.; LUDWIG, C. P.; OLIVEIRA, T. F. S.; MENOSSO, A. G.; BORTOLI, J. Q.; SILVA, R. M. Práticas inovadoras de educação em saúde bucal para promoção da saúde: relato de experiência. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, v. 14, n. 26, p. 143-151, 2017.

CASTILHO, L. S.; VILAÇA, E. L.; LEÃO, D. M.; MOREIRA, L. D.; SANTOS, B. P. R.; DIAS, D. R. Experiência de uma disciplina da Odontologia da UFMG na Formação

Transversal em Acessibilidade e Inclusão. *Revista Docência do Ensino Superior*, v. 10, e023856, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.23856>

CASTRO, A. M. M.; SILVA, J. S.; MACEDO, L. C. S. A.; ROSA, N. S. F.; BERTUSSI, D. C.; SANTOS, M. L. M.; MERHY, E. E. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. e11351, p. 1-25, 2021.

CLEMENTE, K. A. P.; SILVA, S. V.; VIEIRA, G. I.; BORTOLI, M. C.; TOMA, T. S.; RAMOS, V. D.; BRITO, C. M. M. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, n. 1, p. 56-64, 2022.

CA - COLÉGIO DE APLICAÇÃO. *Histórico do CA*. UFSC, 2024. Disponível em: <https://www.ca.ufsc.br/historico-do-ca/>. Acesso em: 24 mar. 2024.

CONCEIÇÃO, A. B. S.; SANTOS, I. T.; SILVA, A. M.; PRADO JÚNIOR, R. R.; MENDES, R. F. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no ensino de graduação: percepção de discentes e docentes em uma instituição do Piauí e um panorama brasileiro. *Revista da ABENO*, v. 21, n. 1, 1608, 2021. DOI: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1608>

CYPRIANO, S.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 285-92, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24054.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

DHAR, V.; GOSNELL, E.; JAYARAMAN, J.; LAW, C.; MAJSTOROVIĆ, M.; MARGHALANI A. A.; RANDALL, C.L.; TOWNSEND, J.; WELLS, M.; CHEN, C. Y.; WEDEWARD, R. Nonpharmacological Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent*. v. 45, n. 5, p. 385-410, 2023a.

DHAR, V.; RANDALL, C. L.; MARGHALANI, A. A.; JAYAARAMAN, J.; CHEN, C. Y.; WELLS, M.; LAW, C.; GOSNELL, E.; MAJSTOROVIĆ, M.; TOWNSEND, J.; WEDEWARD, R. Nonpharmacological Behavior Guidance for Children During Preventive Dental Visits: A Systematic Review-Part 1. *Pediatr Dent*., v. 45, n. 3, p. 181-

196, 2023b.

DUMONT, A. F. S. et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 1017-1022, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/24.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

EXPRESSIA. [Site institucional]. Disponível em: <https://expressia.life/>. Acesso em: 09 abr. 2024.

FERREIRA, S. H.; SUITA, R. A.; RODRIGUES, P. H.; KRAMER, P. F. Percepção de estudantes de graduação em Odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. *Revista da ABENO*, v. 17, n. 1, p. 87-96, 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 09 abr. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílio. (2023). *Pessoas com deficiência : 2022*. Disponível em : <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102013>

LIMA, A.; FADEL, C. B. Educação em saúde bucal: caminhos pensados e inesperados de uma prática extensionista. *Revista Conexão UEPG*, v. 19, e2322110, p. 01-12, 2023. DOI: 10.5212/Rev. Conexao.v19.22110.036

MAIA, N.; SILVA, P.; GOULART, P.; REAL, J.; PETTEN, A.; BORTOLUS, M. Tecnologia assistiva, educação especial e a pandemia da Covid-19: A necessidade da continuidade do suporte em tempos de isolamento social. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, v. 13, n. 2, p. 257-265, 2022.

MATTIA, B. J.; TEO, C. R. P. A.; ALVES, S. M. Por uma pedagogia para a formação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS): diálogos com Freire e Saviani. *Interface (Botucatu)*, v. 27, n. 1, e220317, 2023.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo (SP): Hucitec, 2002.

MIRENDA, P. Values, Practice, Science, and AAC. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, v.42, n.1, p.33-41, 2016.

MOTA, P. H. S.; BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 847-860, 2021.

NARVAI, P .C.; FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, (Coleção Temas em Saúde), 2008.

NINGRUM, V; BAKAR, A.; SHIEH, T-M.; SHIH, Y-H. The Oral Health Inequities between Special Needs Children and Normal Children in Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, v. 9, n. 4, p. 410. DOI: 2021<https://doi.org/10.3390/healthcare9040410>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World report on disability*. Suíça: OMS; 2011.

ORLANDI, D.B.; GNECCO, I.B.; PIVA, M.; SPIGER, V.; CARCERERI, D.L.; SANTANA, C.M. Promoção da Saúde na Comunidade Escolar do Colégio de Aplicação da UFSC no Contexto da COVID-19. *Revista da ABENO*, v.21, supl.1, p.35, 2021.

PERES, A. C. O.; SILVA, R. M.; SPIGER, V.; AGNOLETTI, I. G.; SANTANA, C. M.; CARCERERI, D. L. Experiência de integração ensino-serviço-comunidade na formação docente em Odontologia. *Revista da ABENO*, v. 22, n. 2, p. 1715, 2022. DOI: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1715>

PIZZOLATTO, G.; DUTRA, M. J.; CORRALO, D. J. A extensão universitária na formação do cirurgião-dentista. *Revista da ABENO*, v. 21, n. 1, p. 974, 2021. DOI: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.974>

QUAGGIO, C. M. P.; NOGUEIRA, M. G. A.; SGAVIOLI, C. A. P. P.; FRANZOLIN, S. O. B.; VIRMOND, M. C. L. Higienização bucal em paciente com deformidade nas mãos: uso de adaptador para escova dental. *RFO*, v. 21, n. 3, p. 357-362, 2016.

ROSA, S. V.; MOYSÉS, S. J.; THEIS, L. C.; SOARES, R. C.; MOYSÉS, S. T.;

WERNECK, R. I., ROCHA, J. S. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *International Journal of Dentistry*, 2020:9074618, 2020. DOI: [10.1155/2020/9074618](https://doi.org/10.1155/2020/9074618)

SANTOS, P. P. S.; MATA, A. R.; SILVA, J. M. S.; LIMA, E. N. A.; TAVARES, D. S.; OLIVEIRA, F. M. SorrisAÇÃO: práticas educativas integradas à avaliação da saúde bucal no contexto do ensino médio. *Revista Conexão UEPG*, v. 17, e2117990, p. 1-21, 2021. DOI: 10.5212/Rev.Conexao.v.17.17990.59

SARAIVA, A. C.; OLIVEIRA, M.; SOUZA, K.; MARTINS, C.; SOUZA, L.; BARSCHAK, A.; GUTIERREZ, L. L. Experiência extensionista no desenvolvimento de metodologias em educação em saúde junto à cuidadoras de pessoa com deficiência. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, v. 10, n. 3, p. 101-108, 2019.

SILVA, I. K. S.; SÁ, F. G.; CARVALHO, M. S.; ARRUDA, M. E. C.; SIQUEIRA, A. H. C.; COSTA, S. G. A.; ARAÚJO, F. S. M. S.; LOPES, D. S. Prover Sorrisos: cuidados com a saúde periodontal de pacientes com deficiência visual. *Revista De Extensão Da Universidade De Pernambuco - REUPE*, v. 8, n. 1, p. 27–35, 2023.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro De Ciências Da Educação. Colégio de Aplicação. *Proposta Pedagógica para Estudantes Público-alvo da Educação Especial: a coletividade como fator de promoção de aprendizagem no CA/UFSC*. Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://capl.paginas.ufsc.br/files/2023/03/Proposta-Pedag%C3%B3gica-para-estudantes-PAEE-do-CA-UFSC-FINAL.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2024.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro De Ciências Da Educação. Colégio de Aplicação. *Proposta Pedagógica de Inclusão Educacional do Colégio de Aplicação/UFSC*. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://capl.paginas.ufsc.br/files/2020/08/Proposta-Pedag%C3%B3gica-de-Inclus%C3%A3o-Educacional.pdf> Acesso em: 09 abr. 2024.

WARD, L. M.; COOPER, S. A.; HUGHES-MCCOMACK, L.; MACPHERSON, L.; KINNEAR, D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res.*, v. 63, n. 11, p. 1359-1378, 2019. DOI: 10.1111/jir.12632.

WILSON, N.J.; LIN, Z.; VILLAROSA, A.; PHILIP, P.; SUMAR, B.; GEORGE, A. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health*, v. 19, 1530, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7863-1>

6.4 PRODUÇÃO TÉCNICA – PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Com vistas a compartilhar os conhecimentos produzidos no percurso de desenvolvimento da tese foi elaborada uma proposta de educação permanente voltada aos profissionais de saúde do município de Pomerode, local de atuação da autora como cirurgiã-dentista de saúde da família.

A proposta foi elaborada reunindo os conhecimentos pedagógicos e técnicos adquiridos no período do curso de doutorado. Neste sentido buscou-se planejar atividades fundamentadas no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, atenção à saúde bucal e cuidado à saúde bucal na RCPD. A seguir, apresentamos o detalhamento da referida proposta.



PROPOSTA DE CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CAPACITAÇÃO PARA O CUIDADO À SAÚDE BUCAL NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: COORDENAÇÃO DO CUIDADO INCLUSIVO, HUMANIZADO E RESOLUTIVO

MINISTRANTES: Renata Marques da Silva*, Vinicius Spiger*, Daniela Lemos Carcereri**

*Cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do Município de Pomerode – SC, doutorandos PPGO/UFSC

** Professora titular do Departamento de Odontologia/UFSC, professora orientadora PPGO/UFSC

PÚBLICO-ALVO: Equipes de saúde bucal do município de Pomerode (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) e equipes de saúde da família incluindo profissionais de nível técnico.

NÚMERO DE VAGAS POR TURMA: 30 VAGAS DISTRIBUÍDAS PREFERENCIALMENTE ENTRE EQUIPES ESF DA MESMA UBS.

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: 2025.1

CARGA-HORÁRIA TOTAL: 30 HORAS

FORMATO: HÍBRIDO

16 horas presenciais divididas em 4 encontros de 4 horas;

14 horas para desenvolvimento de atividades à distância.

NATUREZA: TEÓRICO- PRÁTICO

METODOLOGIA:

O curso fundamenta-se na metodologia construtivista, partindo do conhecimento do grupo para a produção de novos saberes. Tal abordagem prevê o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem com a formação de comunidades de aprendizagem. Será disponibilizada uma lista de textos para leitura prévia e elaboração de resenhas pelos participantes. Um rol de atividades será listado para ser desenvolvido no local de trabalho e posteriormente compartilhado no grande grupo. Por ser um processo dinâmico está aberto à possibilidade de ajustes no decorrer de seu desenvolvimento.

OBJETIVO GERAL DO CURSO

Reconhecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), este curso visa capacitar profissionais das equipes de saúde bucal (auxiliares de saúde bucal, técnicos de saúde bucal e cirurgiões-dentistas) e da ESF para acolher e coordenar o cuidado em saúde bucal, sensível às necessidades e aos agravos mais comuns entre as pessoas com deficiência (PcD). Esta capacitação fundamenta-se na lógica da integralidade e humanização, alinhada com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Saúde Bucal e articulada com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisitar os pressupostos da APS; conhecer os principais estudos sobre o cuidado à saúde bucal da pessoa com deficiência, relacionar o papel da APS no cuidado à saúde bucal na RCPD.

DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES	CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS	Carga Horária
Unidade I – Sobre o curso, a metodologia empregada e o sistema de avaliação.	Após a inscrição, o participante recebe um cartão de inscrição, com o plano de ensino, constando o cronograma de atividades presenciais e a distância. Atividades individuais a distância Assistir o vídeo: Modelo biomédico e biopsicossocial da deficiência, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=tPq9FaYxY6k Leitura complementar e resenha do artigo: Deficiência: palavras, modelos e exclusão, disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113021	3
	1º encontro presencial: Apresentação e interação entre os participantes. "O que você entende por 'Deficiência'?" Planejar as atividades a serem realizadas. Diálogos sobre os seguintes temas: A evolução do conceito de deficiência; O campo da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE.	4
Unidade II – Deficiência, Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Saúde Bucal no SUS: qual o papel da APS?	Atividades individuais à distância Assistir os vídeos:	3

	1. 3x4 Pessoas com deficiência e serviços de saúde bucal (12:42 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Wvgxp_-cAQY 2. Episódio 2 - Diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (3:53 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=891o5kDrKJU Leitura complementar: Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf 2º encontro presencial: Diálogos sobre os seguintes temas: -Articulação da rede de atenção à saúde bucal (RASB) com a RCPD, em Santa Catarina, a partir da publicação “Linha de Cuidado em Saúde bucal” de 2022; Porta de entrada para a PcD: acolhimento, busca ativa e atenção domiciliar à PcD, envolvendo a equipe de saúde da família, família e cuidador no plano terapêutico. Atividade em grupo: Espaço de discussão sobre as vivências nos serviços, relacionadas às temáticas abordadas. <i>Pergunta</i>	4
--	--	---

	<i>disparadora</i> : Em Pomerode, quais são os pontos de atenção da RCPD? Há articulação com a saúde bucal?	
Unidade III – Saúde bucal das Pessoas com Deficiência: panorama das iniquidades e estratégias de cuidado para equipes de saúde bucal	<i>Atividades individuais à distância</i> Assistir os episódios 8 ao 11 da playlist Curso: Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência - Ênfase no Autismo do CRO-PR (vídeos curtos 15 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=zpouH3DREYI&list=PLGkKpW7IzCh7URjbGEyOr8VwVTlIGuL8R&index=5	3
	Leitura complementar: Leitura do tópico "6.1.2.2.8 Atenção à pessoa com deficiência" (página 128-135) da publicação "A saúde bucal no Sistema Único de Saúde". Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf <i>3º encontro presencial:</i> Diálogos sobre os seguintes temas: Iniquidades em saúde bucal: Identificar as principais condições de saúde bucal em pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Paralisia Cerebral (PC), Síndrome de Down (SD);	4

	Recursos de Audiodescrição, Sistema Braille e Linguagem Brasileira de Sinais (Libras) na APS: cartilhas, aplicativos e vídeos disponíveis; Estratégias para o manejo e o cuidado odontológico na APS, baseado em evidências científicas. <i>Atividade em grupo:</i> Espaço de discussão sobre as vivências nos serviços, relacionadas às temáticas abordadas. <i>Pergunta disparadora:</i> Na sua realidade, quais são os principais desafios do atendimento à PcD na Unidade Básica de Saúde?	
Unidade IV – Encerramento e avaliação	Atividade coletiva à distância <i>Elaboração do trabalho escrito em grupo interprofissional, preferencialmente da mesma UBS.</i>	5
	4º encontro presencial: Apresentação dos trabalhos, avaliação e encerramento.	4

BIBLIOGRAFIA BÁSICA DO CURSO	BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 350 p. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 120 p. CONDESSA, A. M. <i>et al</i> . Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 29, n. 5, e2018154, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000500300&lng=en&nrm=iso>. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE (SES/SC). Superintendência de Planejamento Em Saúde Diretoria De Atenção MOTA, P.H.S; BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. Saúde Debate, 45(130):847-860, 2021. Primária À Saúde. Linha de cuidado de saúde bucal. 2022. 79 p. https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-saude-bucal/16356-linha-de-cuidado-de-saude-bucal-2019/file
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	IBGE. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. FOLHETO. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua : pessoas com deficiência : 2022; PNAD contínua : pessoas com deficiência : 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013_informativo.pdf. CARNEIRO, J. D. B.; BOUSQUAT, A.; FRAZÃO, P. A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo da Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil. Administração Pública e Gestão Social, vol. 14, núm. 2, 2022.

	CARNEIRO, J. D. B. <i>et al.</i> Assistência odontológica à pessoa com deficiência: discricionariedade na linha de frente. <i>Revista de Saúde Pública</i>, 57:74, 2023. HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. A. B. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, 70(2): 132-140; 2016.
--	--

AVALIAÇÃO

O encontro de saberes fará parte do processo avaliativo dos graduandos Os critérios para avaliação dos participantes levam em conta: assiduidade, pontualidade, responsabilidade, interesse, motivação e participação.

Avaliação do trabalho escrito com a descrição de uma ação a ser desenvolvida em sua UBS em prol do cuidado à saúde bucal na RCPD.

Critérios de avaliação:

- Entrega no prazo combinado
- Qualidade da produção - apresentação escrita, interprofissionalidade e intersetorialidade
- Criatividade

Também serão aplicados instrumentos de auto avaliação e de avaliação do curso.

Professor Responsável pelo Curso: Renata Marques da Silva
Orientadora: Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri

e-mail de contato: odontologiarenata@gmail.com
e-mail de contato: daniela.lemos.carcereri@ufsc.br

7 CONCLUSÃO

A compreensão do processo de integração entre a RASB e a RCPD, a partir da análise das diferentes regiões do país, mas também com foco específico na região da Grande Florianópolis, revelou as barreiras de acesso ao cuidado em saúde bucal enfrentadas por essa população e fragilidades na consolidação dos objetivos propostos pelo plano da política na prática dos serviços. Este contexto ressaltou a importância de um exame detalhado das lacunas na formação odontológica, identificadas por meio de uma revisão de escopo, e a necessidade de educação permanente para a consolidação eficaz dessa integração em rede. Essa reflexão é essencial para o desenvolvimento de estratégias que promovam a inclusão e a qualidade dos serviços de saúde bucal, garantindo que as necessidades específicas das pessoas com deficiência sejam plenamente atendidas.

A participação no macroprojeto de pesquisa “Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar” foi de grande aprendizado enquanto pesquisadora. A participação em estudos multicêntricos durante a pós-graduação proporcionou experiência em pesquisa colaborativa, acesso a diversos recursos e dados, além de oportunidades para publicações de alto impacto. A coleta de dados atravessou contextos adversos como a pandemia de COVID-19, mas conseguiu coordenar esforços e alcançar uma comunicação eficaz entre os pesquisadores, o que amplia minha visão para desafios complexos em pesquisas futuras.

O primeiro objetivo específico, analisar o cuidado em saúde bucal na RCPD em diferentes regiões brasileiras, Além dos estudos desenvolvidos nesta tese, as respostas ao objetivo geral contaram com o trabalho que desenvolvi junto ao núcleo de saúde bucal do projeto. O estudo "Integração sistêmica da assistência odontológica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: estudo de caso múltiplo" analisou os dados coletados nas diferentes regiões do país, contextualizando e confrontando com a literatura. Os encontros colaborativos aprofundaram a discussão das dimensões de integração sistêmica, e resultaram em uma análise qualificada e inédita na literatura nacional. A pesquisa realmente é produzida coletivamente! Pude vivenciar este trabalho coletivo nesta etapa do doutorado junto com os professores e colegas da UFSC e da USP.

A análise da gestão da atenção à saúde bucal na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) na região da Grande Florianópolis, considerando um município pólo e outro de pequeno porte, revelou que a implementação da atenção à saúde bucal para PcD é ainda incipiente. Este estudo visou responder ao primeiro objetivo específico, correlacionar as dimensões política, estrutural e organizacional da RASB e RCPD identificando as barreiras de acesso ao cuidado em saúde bucal da PcD na região de saúde da Grande Florianópolis. Na dimensão política, a governança foi limitada a reuniões de categorias profissionais, em espaços de CIR e CIB foi evidente a necessidade de uma agenda política clara para a RASB como rede regionalizada no estado. A coordenação estadual incentivou a adesão dos CEO à RCPD, mas não conseguiu articular serviços na região quando o município de pequeno porte perdeu a pactuação de CEO. Na dimensão organizacional, a regulação municipal e estadual articula os pontos de atenção da RCPD-SB com protocolos bem estabelecidos. No município polo, as reuniões de categoria facilitam a integração entre APS e atenção secundária, enquanto no município pequeno discutem demandas do serviço. Estruturalmente, ambos os municípios possuem serviço de transporte sanitário para PcD; o município polo possui CEO suficientes, mas os recursos humanos na atenção primária e hospitalar são insuficientes em ambos os contextos, com fragilidade nos mecanismos de acessibilidade na rede.

O segundo objetivo específico, identificar o estado da arte e estratégias pedagógicas para a formação do cirurgião-dentista consoantes com a estruturação do cuidado à saúde bucal na RCPD, se relacionou com o elemento formação profissional na estruturação da RCPD. Desde a criação da RCPD, em 2012, o Plano Viver sem Limite (Brasil, 2012) enfatiza a importância da formação, definindo como objetivo a capacitação de seis mil profissionais das equipes de atenção básica para a assistência odontológica na rede. Passados mais de dez anos, esta tese reforça que os investimentos em educação permanente, a abordagem das lacunas na formação odontológica nas instituições de ensino e as possibilidades de integração ensino-serviço-comunidade continuam a ser fundamentais para melhorar a qualidade dos atendimentos, reduzir barreiras de acesso aos serviços na APS e consolidar a RCPD-SB. Esta tese apresenta uma revisão de escopo nesse sentido, que contribui com um panorama contemporâneo sobre o ensino odontológico na graduação voltado ao cuidado da pessoa com deficiência (PcD), trazendo contribuições para o âmbito internacional do ensino, e contextualizando a compreensão de aspectos locais que

influenciam direta e indiretamente a RCPD-SB. Além disso, explora possibilidades de integração ensino-serviço-comunidade por meio da extensão universitária e traz uma proposta de educação permanente para o serviço.

Em âmbito internacional, a Revisão de Escopo trouxe contribuições para o ensino de graduação voltado ao cuidado em saúde bucal das PcD como: distribuição entre os países e tipos metodologias empregadas; discussões sobre as lacunas curriculares; características dos estudantes associadas a melhores atitudes com PcD; a percepção dos discentes, docentes e reitores sobre o ensino na área; e estratégias de ensino-aprendizagem e seus impactos na formação. Reuniu ainda importantes contribuições, identificando e sintetizando o conhecimento contemporâneo existente sobre práticas educacionais e curriculares voltadas ao cuidado da PcD. Dentre outros aspectos, esta revisão trouxe como potencialidades: evidenciar a necessidade de maior contato com Pcd ao longo da graduação e de maior experiência clínica, principalmente em atividades extra-muros; destacou a percepção dos alunos de insatisfação e insegurança com sua formação na área; compilou as características dos estudantes associadas à boas atitudes com as PcD; identificou práticas educacionais inovadoras e metodologias de ensino eficazes; e enfatizou a importância da colaboração interdisciplinar na formação e na prática odontológica.

Embora os estudos selecionados sejam de diferentes partes do mundo, caracterizados por sistemas de ensino e abordagens curriculares diversas na graduação, os resultados apresentam semelhanças significativas, trazendo uma base de evidências sobre os desafios e potencialidades no ensino na área que podem subsidiar discussões desde associações de ensino dos diferentes países, até mudanças curriculares nas IES que propiciem a formação para um cuidado integral, humanizado e resolutivo. Para alcançar essa formação, todo o corpo docente, independente da área de especialidade, precisa estar engajado em inserir a temática da PcD, todavia poucos estudos abordaram a percepção e práticas dos docentes sobre a formação na área, essa lacuna pode ser estudada em pesquisas futuras. Além disso, sugerimos a padronização de instrumentos para avaliação de atitudes dos estudantes, visto que a nomenclatura utilizada foi ampla para aspectos semelhantes e poucos estudos utilizaram instrumentos validados.

No cenário nacional, abordar nesta tese o ensino odontológico na graduação voltado ao cuidado da pessoa com deficiência (PcD) foi essencial para contextualizar a importância da formação de força de trabalho qualificada para a articulação da

Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). A literatura científica registra que uma das principais barreiras de acesso dessa população ao tratamento odontológico são as lacunas na formação profissional. Portanto, avaliar a suficiência da força de trabalho em saúde bucal com base na cobertura populacional das equipes de saúde bucal na APS é uma abordagem relevante, mas limitada. Mesmo que haja uma cobertura satisfatória, equipes de saúde bucal que não se consideram aptas a cuidar da PcD, podem reproduzir processos de trabalho excludentes. A ausência de filas para a especialidade de OPNE em município polo, com uma população de 42 mil PcD (IBGE, 2022), por exemplo, não necessariamente indica a resolatividade da APS. Pelo contrário, pode sinalizar que essa população não está acessando os serviços adequadamente, que está invisibilizada. A formação de profissionais qualificados depende de uma prática que envolva o acompanhamento contínuo das PcD, enquanto usuárias do SUS, pelas equipes de saúde bucal, com os devidos encaminhamentos para a atenção especializada no CEO sempre que necessário. No âmbito da gestão, gestores técnicos da RCPD-SB, pela mesma lacuna de formação, podem desconsiderar as especificidades desse cuidado e não atentarem para um modelo de atuação inclusivo nos serviços, favorecendo a invisibilização dessa população.

A RCPD-SB conta com financiamento contínuo para os CEO, e para a qualificação estrutural da atenção hospitalar, mas no contexto da APS não houve o mesmo investimento ao longo dos anos. Enquanto porta de entrada do SUS, a equipe de saúde bucal - incluindo Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Cirurgiões-Dentistas (CD) - precisam estar qualificados para identificar ativamente essa população nos territórios, com buscas ativas quando necessário, e ofertar atendimento humanizado, em consultório ou domicílio, estabelecendo projetos terapêuticos compartilhados com os demais profissionais da equipe, coordenando o cuidado em saúde bucal com os demais pontos de atenção da RCPD-SB.

Cursos de capacitação em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) que abordem as lacunas na formação profissional identificadas nesta tese podem promover avanços na compreensão e na produção do cuidado em saúde bucal, favorecendo a identificação das especificidades no manejo da PcD dentro da APS. Além disso, qualificar o registro de procedimentos ambulatoriais realizados na APS para PcD e definir indicadores de desempenho em âmbito nacional pode induzir um processo de trabalho mais atento à saúde bucal dessa população.

Ao refletir sobre o percurso realizado concluiu que as etapas percorridas permitiram compreender o processo de integração entre a RASB e a RCPD em diferentes regiões brasileiras e, de modo especial na RSGF. A visão ampliada proporcionada pelo macroprojeto de pesquisa proporcionou a análise dos aspectos políticos, organizacionais e estruturais que influenciam essa integração no âmbito nacional, mas também as disparidades dentro de uma mesma região de saúde. A tese revelou que é essencial continuar investindo em educação permanente, na integração ensino-serviço-comunidade e na ampliação da força de trabalho quanti e qualitativamente na APS, CEO e atenção hospitalar para consolidar a RCPD-SB e garantir um cuidado mais abrangente e inclusivo para pessoas com deficiência.

REFERÊNCIAS

ABENO. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Disponível em: http://reuniaoanual.abeno.org.br/54reuniao/index.php?area=grade_cientifica.

AHMAD, M. S. *et al.* Extramural Oral Health Educational Program Involving Individuals With Disabilities: Impact on Dental Students' Professionalism. **Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry**. 10(3), p. 323-328, May-June; 2020.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L.. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Methodol**. 2005;8(1):19-32.

BASTOS, E. E. 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. 2015. 165 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

BEZERRA, M. F. B.; MARTINS P. C. R. A CONCEPÇÃO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL AO LONGO DA HISTÓRIA. **Interfaces da Educ. Paranaíba**, v. 1, n. 3, p.73-84; 2010.

BEKIROGLU, N.; ACAR, N.; KARGUL, B. Caries experience and oral hygiene status of a group of visually impaired children in Istanbul, Turkey. **Oral health&preventivedentistry**. 10(1):75-80; 2012.

BONATO, L. L. *et al.* Situação atual da formação para assistência de pessoas com necessidades especiais nas faculdades de odontologia no Brasil. **ClipeOdonto**. 5(1):10-5; 2013.

BOUSQUAT, A. Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar. Projeto de Pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Chamada MS-SCTIE-DECIT/CNPQ nº 35/2018, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed.

BRASIL. 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**. Diário Oficial da União 1999; 20 dez.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 02 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. Diário Oficial da União 2004; 02 dez.

BRASIL. **Decreto nº 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 York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União 2009; 25 ago.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União 2011; 17 nov.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 2015; 06 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpcomofunciona>. Acesso em 15 de novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria N° 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 de abril de 2012, Seção 1, p. 94. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 11 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. **Define os valores de incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010.** Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 599 DE 23 DE MARÇO DE 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário da União, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal – Caderno de Atenção Básica, nº 17**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 743, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2005**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 120 p.

BRASIL. Nota **Técnica nº 01/2014 – COSAN/CGPAE/DIRAE/FNDE** Assunto: Restrição da oferta de doces e preparações doces na alimentação escolar. Disponível

em :
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_procedimentos_odontologicos_aih.pdf.

BRASIL. **Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: [s.n.], 2010.

BRASIL. **Práticas em reabilitação na AB : o olhar para a funcionalidade na interação com o território**. Brasília: [s.n.], 2017.

BRASIL. **Resolução no23/2017**. Brasília: [s.n.], 2017.

BRASIL. Lei Nº 14.572, de 8 DE maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Diário Oficial da União 2023; mai 9.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualit Res Psychol.**;3(2):77-101. 2006.

BRIGGS, J. **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015**: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute, 2015.

BVS. Biblioteca Virtual da Saúde. Atenção Primária - descritores em ciência da saúde. Disponível em:
https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=11756&filter=ths_termall&q=aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria.

CALDAS Jr, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. Org. **Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**: Protocolos, Diretrizes e Condutas para Cirurgiões-Dentistas. UNA-SUS UFPE. Recife. Editora Universitária (UFPE), 2013. 231p.

CARRER, F. C. A. **Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo**. In: CARRER, F.C.A. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir / [Coord.] CARRER, F. C. A., PUCCA JÚNIOR, G. A., ARAÚJO, M. E. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. 167p.

CARVALHO, M. L. *et al*. Deficiente? Quem? Cirurgiões dentistas ou pacientes com necessidades especiais? **EM EXTENSÃO**, Uberlândia, 4 (1), p.65-71, setembro, 2004.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: J. Poupart, *et al*. (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade geral de cirurgiões-dentistas especialistas. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **RESOLUÇÃO CFO-22**, de 27 de dezembro de 2001 Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95. Disponível em: <http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2001/2>.

CHU, K. Y. *et al.* Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. **J Formos Med Assoc.** 111(4):214- 9; 2012.

CNSB. 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 10 a 12/10/1986. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.

CONDESSA, A. M. *et al.* Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 29, n. 5, e2018154, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000500300&lng=en&nrm=iso.

CONNIL, E. M. 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, 18(Suplemento):191-202, 2002.

CORDE, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. 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, 2008. p. : 164.

COSTA, A. A. I.; DELLA BONA, A.; TRENTIN, M. S. Influence of Different Intellectual Disability Level on Caries and Periodontal Disease. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto , v. 27, n. 1, p. 52-55, Feb. 2016 .

DAB. Departamento de Atenção Básica. Centros cirúrgicos adaptados RCPD. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Centro_cirurgicos_adaptados_RCPD.pdf.

DALL'MAGRO, A. K.; DALL'MAGRO, E.; KUHN, G. F. Perfil clínico dos pacientes especiais tratados sob anestesia geral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo entre os anos de 2005 e 2010. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 251-254, set./dez. 2010.

DA SILVA, S. N. *et al.* Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. **International journal of paediatric dentistry**; v. 27 n. 5., p. 388-98, set., 2017.

DINIZ, Débora (2007). **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense.

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(117):455-67.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2), p. 164-176. 2007

FERREIRA, S. H. *et al.* Percepção de estudantes de graduação em odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. *Revista da ABENO*, 17(1):87-96, 2017.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Política de saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FISHER, K. Is There Anything to Smile about? A Review of Oral Care for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Nursing Research and Practice*, 2012(), 1–6., 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 35. 2019.

GLASER, B.; STRAUSS, A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Capítulo 5: “El método de comparación constante de análisis cualitativo”, pp. 101- New York: AldinePublishingCompany, 1967.

GODOI, H. *et al.* Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 11, e00184719, 2020.

GODOI, H.; MELLO, A. L.S.F.; CAETANO, J. C. Rede de atencao a saude bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, n. 2, p. 318-332, Feb. 2014 .

HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. A. B. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 70(2): 132-140; 2016.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. Política Pública: seus ciclos e subsistemas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://https://censo2010.ibge.gov.br/>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nota Técnica 01/2018 - Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. IBGE. Brasília, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>.

KISELY, S. No Mental Health without Oral Health. **Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr**. 61(5):277-82, 2016.

LARA, L. S. *et al.* perfil dos pacientes de um centro odontológico de referência para pacientes especiais em mato grosso atendidos em ambiente hospitalar. **RevOdontolBras Central** 2019; 28(87): 240-243.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 .

LEITE, T. *et al.* Condição de Saúde Bucal, Estado Nutricional e Perfil Socioeconômico de Pacientes com Necessidades Especiais. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, 30(1): 21-32.jan-mar; 2018.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: MADEIRA, L. M. (Org.). Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre: UFRGS; CEGOV, 2014. p. 50-63.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, v. 21, n. 48, p. 101–110, dez. 2013.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. In: Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil / organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019.324 p.

LIMA, G. T. Políticas públicas: um olhar para a saúde bucal das pessoas com deficiência visual. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.53. 2017.

LOBO, L. F. (2008). **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina.

LUCENA, C. D. R. X. *et al.* Análise dos atendimentos odontológicos em pessoas com necessidades especiais em modalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2012. **Tempus Actas Saúde Coletiva** [Internet]. 7(2):173-82; 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1352> .

LUCENA, E. H. G.; PUCCA JR, G. A., SOUZA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas Saude Coletiva**. v. 5 n. 3: Saúde Bucal, p. 53-63, 2011.

LUPPI, C. G. *et al.* **Atenção Primária à Saúde**/Atenção Básica. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. p. 332-353.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>.

MARQUES, E. C. L. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, p.1-11, 2019.

MARTA, S. N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. RGO, **Rev. gaúch. odontol.** (Online) vol.59 no.3 Porto Alegre Jul./Set. 2011.

MELLO, A. L. S. F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 205-214, Jan. 2014.

MELLO, G. A *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistematizada. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, Apr. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde (13ª Ed). São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de março de 2001**. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MORAIS JUNIOR, R. C. *et al.* Avaliação nacional dos centros de referência odontológica para atendimento de pacientes com necessidades especiais. **EFACS** (online) 2018; 6(2):166-173.

MORAIS JUNIOR, R. C. *et al.* Social, Educational and Dental Profiles of Brazilian Patients with Special Needs Attended at a Center for Dental Specialties. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 19, e3819, p.1-12, 2019.

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.

MOTA, P. H. S. Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado. 2020. 238 p. Tese (doutorado). Programa de

Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2020.

MOYSÉS, S.J. **Saúde coletiva**: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica. [orgs.] KRIGER, L.; MOYSÉS, SJ; MOYSÉS, ST. [coord] MORITA, MC. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas em Saúde).

NARVAI, P. C.. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 141-147, Aug. 2006.

NARVAI, P. C. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional De Saúde Bucal em meados do Século XXI. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 175–187, 2020.

NARVAI, P. C. et al. Fluoretação da água em capitais brasileiras no início do século XXI : a efetividade em questão. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 562–571, 2014.

NQCOBO, C. B. *et al.* Dental caries prevalence in children attending special needs schools in Johannesburg, Gauteng Province, South Africa. **SADJ**. 67(7):308-13, aug, 2012.

NUNES, B. R.; FURLAN, E. C.; PIRES, P. D. S. Avaliação da Condição de Saúde Bucal em Pacientes com Necessidades Especiais das APAEs na Região Carbonífera em SC. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**. 31(3): 6-16set-dez; 2019.

NUNES, R. *et al.* Prevalência de alterações bucais em pessoas com deficiência na clínica da Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo** ; 29(2): 118-28, mai-ago, 2017.

OPAS/OMS. CONGRESSO INTERNACIONAL "SOCIEDADE INCLUSIVA", 2001. Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão. Declaração de Montreal sobre a Inclusão de 2001. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_inclu.pdf.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS**, que SUS para 2030? Brasília : OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>.

PECORARO, P. V. B. F. *et al.* Pacientes com deficiências: metodologia e prática de inclusão social na faculdade de odontologia de Valença/RJ. **Revista Interdisciplinar de Direito**, v. 10, n. 2, out. 2017.

PEREIRA, J. A. ; SARAIVA, J. M. Trajetória histórico-social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. **SER Social**, 19(40): 168-185; 2017.

PEREIRA L. M. *et al.* Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatos** v.16, n.31, p.92-99, jul/dez, 2010.

PETERS, M. D. J. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, 13(3), 141–146. 2015.

PHADRAIG, M. G. *et al.* Does Special Care Dentistry undergraduate teaching improve dental student attitudes towards people with disabilities? **European Journal of Dental Education**, 19(2), 107–112; 2015.

PINI, D. M.; FROHLICH, P. C. G. R.; RIGO, L. Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. **Einstein** (São Paulo), São Paulo , v.14, n. 4, p. 501-507, Dec.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-8045082016000400501&lng=en&nrm=iso; Acesso em 3 de outubro de 2020.

PUCCA JR, G. A. *et al.* Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J. dent. res.** Washington, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

QUEIROZ, F. S. *et al.* Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **Rev Odontol UNESP**. 43(6): 396-401. Nov.-Dec.2014.

RAMON, T. *et al.* Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. **Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr**. 18(3):101-5; May; 2003.

RENDEIRO, M. M. P. O ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema Público Brasileiro: atores, idéias e instituições. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.189 f.

ROSA, S. V. *et al.* Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. **International Journal of Dentistry**. 2020:9074618; 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 - 2023**. 2019. 331p.

SANTOS, C. M. L. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um centro de especialidades odontológicas do interior baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 38, n. 1, p. 83, jul. 2014. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/446>.

SANTOS, J. S. *et al.* Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-

MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):515-524, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0515.pdf>.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE (SES/SC). SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Linha de cuidado de saúde bucal**. 2019. 34 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-saude-bucal/16356-linha-de-cuidado-de-saude-bucal-2019/file>.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE (SES/SC). SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Linha de cuidado de saúde bucal**. 2022. 79 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-saude-bucal/16356-linha-de-cuidado-de-saude-bucal-2019/file>

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE (SES/SC). POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE (PHC) ATUALIZAÇÃO 2021. 59 p. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/politica-hospitalar-catarinense/phc-2022/18935-politica-hospitalar-catarinense-aprovada-2/file>

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE (SES/SC). Centro de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina, 2024. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/nucleos/nucleo-de-saude-bucal/saude-bucal/area-tecnica/ceo-1/6472-ceo-de-santa-catarina/file>

SILVA, L. A. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013..

SOCIALIST HEALTH ASSOCIATION. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn). Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 01 de outubro de 2020.

SOUZA, C. H. Gomes. **A construção de um conceito**: da deficiência mental à intelectual. In: SOUZA, C. H. PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL - Desafios para inclusão nas empresas de grande porte do Pólo Industrial de Manaus/AM. Dissertação de Mestrado. 2011. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro, 2011, p. 25 – 57.

SPEZZIA, S.; BERTOLINI, S. R. Ensino odontológico para pacientes especiais e gestão em saúde Dental teaching for special patients and health management. **Journal of Oral Investigations**, Passo Fundo, vol. 6, n. 1, p. 85-98, Jan.-Jun., 2017.

STAKE. R. E. **Case studies**. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.) Handbook of qualitative research. London: Sage, 2000. p. 435-454.

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

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. DOS A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 0, 2015.

SUTER, E. *et al.* Ten key principles for successful health systems integration. **Healthc Q.** 13 Spec No(Spec No):16-23, 2009.

TRENTIN, M. S. *et al.* Prevalence of dental caries in patients with intellectual disabilities from the Association of Exceptional Children’s Parents and Friends of Southern Brazil. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol.*, Campinas , v. 65, n. 4, p. 352-358, Dec. 2017 .

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann Intern Med.** 2018;169(7):467-473.

VARGAS, I. *et al.* Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p.705–717, jul., 2015.

VIANA, A. L. D. Á.; BOUSQUAT, A.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A. B. *et al.* Region and Networks: multidimensional and multilevel approaches to analyze the health regionalization process in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 17, n. suppl 1, p. S7-S16, 2017.

VIANA, A. L. *et al.* **Quanto o Brasil mudou I** - observações a partir da situação das regiões de saúde nos anos 2000 e 2014 Novos Caminhos. Região e Redes; 2015. Nota Técnica 1/2015.

VIANA, A. L. D. Á.; BAPTISTA, T. W; F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

WHO. World Health Organization. **Rehabilitation 2030**: a call for action. .Genebra: [s.n.], 2017.

WHO. World Health Organization. **World report on disability**. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman;2005.

ZOLA, I. K. **Toward the Necessary Universalizing of a Disability Policy**. *The Milbank Quarterly*, 67, p. 401-401, 1989