

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o direito à
saúde bucal e a implementação da assistência
odontológica especializada**

Joana Danielle Brandão Carneiro

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

São Paulo

2023

**Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o direito à
saúde bucal e a implementação da assistência
odontológica especializada**

Joana Danielle Brandão Carneiro

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

Versão revisada

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Carneiro, Joana Danielle Brandão

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o direito à saúde bucal e a implementação da assistência odontológica especializada : Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência / Joana Danielle Brandão Carneiro; orientador Paulo Frazão. -- São Paulo, 2023.

115 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2023.

1. Direito à saúde bucal da pessoa com deficiência. 2. Modelo de Coalizão de Defesa e a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. 3. Burocracia do nível de rua e a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. 4. Integração sistêmica na rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito da saúde bucal. I. Frazão, Paulo, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a dois grandes sanitaristas brasileiros, que sempre “seguraram a minha mão” para eu poder chegar até aqui: Paulo Frazão e Aylene Bousquat.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho final de curso, independentemente do nível de titulação, só é possível com muito esforço pessoal e o suporte daqueles que estão sempre conosco ou que vamos encontrando ao longo da caminhada. Serei econômica nas palavras, mas a gratidão é infinita. Obrigada sempre à minha família que, mesmo longe, sempre se fez e faz presente, mesmo que nem sempre entendendo o significado de um curso de Doutorado. Mãe, pai, Na, Lo (a que esteve mais próxima), Dan (e sua família), vó, tios, tias, primos e primas, muito obrigada! Em breve, vamos comemorar muito.

Às professoras da banca examinadora, titulares e suplentes, que aceitaram dedicar uma parte do vosso tempo e rotina para me examinar e contribuir com o meu crescimento profissional (e pessoal) e a construção da ciência. Obrigada Carinne, Daniela, Simone, Renata, Helena e Paulo!

Aos amigos queridos, que sempre estiveram ou se fizeram perto, para tornar esta caminhada mais leve. Vou evitar citar nomes para não esquecer de ninguém, mas vocês irão se reconhecer aqui neste texto, que escrevo com muito carinho. Obrigada sempre!

Obrigada à professora Arlete Gomes, muito querida e alto astral, desde os tempos da Mandic, sempre me incentivando a seguir.

À Ciência, especialmente a ciência brasileira, duramente criticada e massacrada no governo anterior, onde vimos os melhores sanitaristas do mundo, diante da maior crise sanitária do século, longe das instâncias de tomada de decisão e gestão central. Que bom que hoje já é outro dia (mas a história não pode ser apagada)! Obrigada também à CAPES, por contribuir com o fomento à pesquisa no país, mesmo diante de tanto retrocesso.

Obrigada às minhas ex-coordenadoras da UMC, Jamile e Tati, por acreditarem em mim e por me deixarem sempre livre para deixar a Saúde Coletiva da Universidade com a “minha cara”. Obrigada também aos alunos e colegas de trabalho pela parceria durante o meu período na UMC.

Obrigada também à equipe da Coordenação Geral de Saúde Bucal, sempre parceira e leve, à nossa coordenadora, Doralice Cruz, muito humana, disposta e sempre comprometida em garantir uma saúde bucal de e com qualidade ao povo brasileiro. Este também é o meu compromisso enquanto trabalhadora do SUS e cidadã.

Obrigada à Faculdade de Saúde Pública, à Universidade de São Paulo, por ser minha casa durante 6 anos ininterruptos. Aprendi tanto neste tempo e repetiria tudo novamente se pudesse voltar no tempo. Na FSP é assim que me sinto, em casa. E assim sempre será.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para este trabalho e para eu chegar até aqui, muito obrigada!

Por fim, mais que agradecer, quero dedicar este trabalho em formato de tese (que tem muita dedicação, cansaço, trabalho, estudo e aprendizado) ao meu orientador, Paulo Frazão, e à professora Aylene Bousquat, responsáveis por eu ter chegado até aqui. Obrigada sempre por fazerem o conhecimento de vocês também ser o meu. Espero que gostem do resultado e que eu possa estar sempre perto. Desculpem se fui muito pretenciosa, mas achei que apenas as palavras não seriam suficientes para expressar o tamanho da minha gratidão.

Resolvi ser mais econômica nos agradecimentos, porque o cansaço tem me consumido bastante, mas espero que gostem da leitura e, principalmente, da contribuição que tentei (tentamos) produzir em torno da implementação de políticas públicas que assegurem o direito à saúde bucal, como parte do direito à saúde, às pessoas com deficiência. Boa leitura!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

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.

RESUMO

Carneiro JDB. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o direito à saúde bucal e a implementação da assistência odontológica especializada [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2023.

A implementação de políticas públicas depende das interrelações entre Estado, sociedade, política e economia, as quais produzem efeitos que irão repercutir na vida das pessoas. Na literatura, diferentes modelos teóricos estão disponíveis para estudo da implementação de políticas públicas. A relevância das necessidades de saúde da pessoa com deficiência cresceu, após a aprovação da Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência (PcD), elevando a consciência sobre a necessidade da implementação de políticas públicas efetivas e duradouras de inclusão das PcD. Esta tese objetivou estudar o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) a partir do Modelo de Coalização de Defesa e da teoria da Burocracia do Nível de Rua; e descrever a extensão da integração sistêmica que orienta a conformação do cuidado da RCPD, no âmbito da saúde bucal, em seis regiões de saúde brasileiras, bem como produzir uma síntese de recomendações/expectativas sobre a assistência odontológica às PcD, adicionalmente. Para a viabilização dos resultados, foram utilizados dois métodos de pesquisa: o estudo de caso (único e múltiplo) e a revisão integrativa. Os resultados foram a elaboração de quatro artigos que tratam sobre: a descrição, sob o Modelo de Coalizão de Defesa, das condições que favoreceram a conformação do subsistema da política pública e o processo de implementação da RCPD em duas regiões de saúde brasileiras semelhantes (Artigo 1); a descrição da influência da discricionariedade dos profissionais e organizações da linha de frente na implementação de diferentes formas de acesso à assistência odontológica especializada na RCPD (Artigo 2); a produção de uma síntese da literatura científica sobre as expectativas/recomendações a respeito da assistência odontológica como direito à saúde bucal para pessoas com deficiência no âmbito internacional (Artigo 3); e a descrição da extensão da integração sistêmica da assistência odontológica na RCPD, em seis regiões de saúde brasileiras (Artigo 4). No contexto internacional, o direito à saúde bucal para PcD atravessa um cenário complexo e por vezes contraditório, afetado pelo modelo de proteção social dos países abordados pelos pesquisadores. No Brasil, os estudos de caso mostraram que a implementação da RCPD sofreu influência das crenças/convicções dos seus implementadores, bem como do poder discricionário deles. Além disso; a extensão da integração sistêmica foi influenciada pela indução federal, e pelas características do contexto loco-regional no processo de implementação da RCPD no âmbito da saúde bucal.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Implementação; Direito; Saúde Bucal; Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

Carneiro JDB. [Care Network for Persons with Disabilities: the right to oral health and the implementation of specialized dental care] [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2023. Portuguese.

The implementation of public policies depends on the interrelationships between the State, society, policy and economy, which produce effects that will have repercussions on people's lives. In the literature, different theoretical models are available to study the implementation of public policies. The relevance of the health needs of people with disabilities grew after the approval of the Declaration of the Rights of People with Disabilities (PwD), raising awareness of the need to implement effective and lasting public policies for the inclusion of PwD. This thesis aimed to study the implementation process of the Care Network for People with Disabilities (CNPd) based on the Defense Coalition Model and the Street Level Bureaucracy theory; and describe the extent of systemic integration that guides the shaping of CNPD care, within the scope of oral health, in six Brazilian health regions, as well as producing a synthesis of recommendations/expectations regarding dental care for PwD, in addition. To make the results viable, two research methods were used: the case study (single and multiple) and the integrative review. The results were the elaboration of four articles that deal with: the description, under the Advocacy Coalition Framework, of the conditions that favored the conformation of the public policy subsystem and the process of implementing the CNPD in two similar Brazilian health regions (Article 1); the description of the influence of the discretion of frontline professionals and organizations in the implementation of different forms of access to specialized dental care in the CNPD (Article 2); the production of a synthesis of the scientific literature of expectations/recommendations regarding dental care as a right to oral health for people with disabilities at the international level (Article 3); and the description of the extent of the systemic integration of dental care in the CNPD, in six Brazilian health regions (Article 4). At international context, the right to oral health for PwD has been crossed by a complex and sometimes contradictory scenario, affected by the social protection model of the countries addressed by the researchers. In Brazil, the case studies showed that the implementation of the CNPD was influenced by the beliefs/convictions of its implementers, as well as their discretion. Moreover, the extent of systemic integration was influenced by federal induction, in addition to characteristics of the loco-regional context in the process of implementing the CNPD in the field of oral health.

Key words: Public Policies; Implementation; Right; Oral Health; Disabled People.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO GERAL	18
	2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	19
	3.1 ÉTICA EM PESQUISA	19
	3.2 A REVISÃO INTEGRATIVA	19
	3.3 O ESTUDO DE CASO	21
	3.4 A FONTE DOS DADOS	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
	4.1 ARTIGO 1	27
	4.2 ARTIGO 2	44
	4.3 ARTIGO 3	63
	4.4 ARTIGO 4	83
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
6	REFERÊNCIAS	111
7	CURRÍCULO LATTES	114

SIGLAS UTILIZADAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Tripartite

OMS – Organização Mundial da Saúde

PcD – Pessoa com Deficiência

PNPD – Política Nacional da Pessoa com Deficiência

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RCPD-SB – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal

1 INTRODUÇÃO

Políticas públicas são produtos de ações (ou por vezes inações) (BARACH E BARATZ, 1963) de agentes e agências públicas, ou de terceiros, com poder delegado por eles para fazê-lo, que produzem efeitos e repercutem na economia e na sociedade. Portanto, sua formulação e implementação depende das interrelações entre Estado, sociedade, política e economia (SOUZA, 2007).

Sobre uma mesma política podem incidir regras institucionais e organizações de diferentes níveis de governo, em variados desenhos federativos cuja investigação é essencial para a compreensão de como divisões de papéis formais e de ações promovidas por várias escalas do Estado influenciam na produção de políticas localmente. No caso brasileiro, o desenho do Estado e as dinâmicas (complexas) das políticas nacionais (ARRETCHE, 2013), mostram o poder de influência nas políticas de saúde, seja pela capacidade de indução associada à capacidade de financiamento, ou a capacidade técnica para coordenação inicial no processo de implementação, bem como sua regulação.

Entre suas especificidades, cabe destacar as peculiaridades do ciclo de políticas, e em especial o momento da implementação. O estudo da implementação começou a ser valorizado no início dos anos 1970, por se acreditar que ela alteraria potencialmente o que havia sido decidido e definido no topo das cadeias de produção de políticas (SOUZA, 2007). A partir dos anos 1980, estabeleceram-se argumentos sustentando que as fases finais de entrega das políticas criariam elementos novos, inclusive nos escalões mais baixos da cadeia de produção das políticas, como, por exemplo, pela ação dos agentes finais (LIPSKY, 2019 [1980]).

Diferentes modelos teóricos estão disponíveis na literatura para análise de formulação, e implementação de políticas. Um deles é a teoria da Burocracia de Nível de

Rua. Ela parte da premissa que os burocratas são foco de tensões, pois são pressionados pelas demandas dos serviços (aumentar a eficiência e efetividade) e pelos cidadãos (para aumentarem a resposta e eficácia). São eles que determinam o acesso da população a direitos e benefícios do governo, bem como a frequência e circunstância de utilização dos recursos e é por meio deles que o público consegue acessar a administração pública (LIPSKY, 2019 [1980]). Estes atores, conhecidos como burocratas, por assumir papel central no processo de implementação das políticas, são muito importantes para se compreender os rumos das decisões e suas consequências em termo de resultados de políticas. Sua atuação se tornaria fator chave à efetividade das políticas, permitindo aos servidores adaptarem as ações às necessidades e circunstâncias particulares presentes no momento da implementação (LOTTA e SANTIAGO, 2018). Outro é o Modelo da Coalizão de Defesa (*Advocacy Coalition Framework - ACF*) proposto para orientar a interpretação do processo de formulação, implementação e os padrões de mudança que afetam as políticas públicas (SABATIER, 1988; WEIBLE et al., 2009).

Embora a deficiência seja algo inerente à condição humana, muitos tipos de deficiências têm sido abordados de maneira estigmatizada desde os primórdios da humanidade, seja pela presença de maus espíritos (antigo Egito), a expressão da imperfeição dos corpos (para os gregos) ou um castigo divino (para o cristianismo) (PEREIRA e SARAIVA, 2017). Entretanto, esta conotação de algo extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem o apresentava foi sofrendo transformações ao longo do tempo e, no século XX, diferentes modelos conceituais foram elaborados, sendo os mais conhecidos: o modelo médico, o modelo social e o modelo biopsicossocial. O modelo médico associava a deficiência à incapacidade (*disability*) social ou mental e necessitava de um cuidado individualizado por profissionais de saúde para a cura; o modelo social, no qual a deficiência era entendida como uma das muitas variações humanas e não mais

uma forma de vida inferior às demais; e o modelo biopsicossocial, o qual reconhece que o aspecto da ‘deficiência’ está presente nas interações entre condições de saúde, atividades, participação social, fatores pessoais e ambientais e as funções do corpo, ou seja, é possível que uma pessoa ou um grupo seja identificado como tendo suas capacidades e incapacidades dentro de cada contexto (MOTA e BOUSQUAT, 2021).

A relevância das necessidades de saúde da pessoa com deficiência cresceu, após a aprovação da Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 1975, e do Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência (Resolução nº 37/52), ambas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (PEREIRA e SARAIVA, 2017). A elevação da consciência sobre a necessidade da implementação de políticas públicas efetivas e duradouras de inclusão das PcD (MONTEIRO et al., 2018), tem ajudado a colocar no centro do debate demandas pela aprovação de dispositivos normativos que assegurem os direitos da PcD. Cabe destacar que a extensão do direito à saúde, como parte da proteção social, pode ser mais ou menos abrangente, a depender do modelo de proteção social adotado em cada país. Conforme o modelo, as propostas de financiamento, a estrutura de serviços e a cobertura das ações, entre outros aspectos, variam.

No Brasil, o direito à saúde é garantido constitucionalmente desde 1988, colocando o Estado como o principal provedor e garantidor. Na primeira década do século XXI, foram aprovadas a Política Nacional da Pessoa com Deficiência (PNPD) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), impulsionando a articulação da estrutura de cuidados odontológicos básicos, por meio de equipes de saúde bucal na rede de atenção primária à saúde (APS); e especializados, por meio de centros de especialidades odontológicas (CEO) para garantir a integralidade do cuidado dos usuários, incluindo as pessoas com deficiência (PcD) (CARNEIRO et al., 2023).

Regionalizar e integrar redes de atenção é uma estratégia de estruturação dos sistemas de saúde para enfrentar os problemas decorrentes da fragmentação do cuidado. As redes têm por referência territórios e suas respectivas populações, com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde. O funcionamento destas redes depende do funcionamento de sistemas de apoio (sistemas de informação, diagnóstico e terapêutico, dentre outros) e logísticos, controlando o acesso e o fluxo dos usuários, operados por distintos atores, numa estrutura complexa de governança (CARNEIRO et al., 2022; SILVA, 2011).

Após pactuação tripartite, em 2011, o Ministério da Saúde implantou as redes de atenção à saúde prioritárias para o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as populações. Uma delas foi a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), criada em 2012, que suscita a articulação interfederativa a fim de promover o acesso das PcD aos diferentes tipos de tratamentos especializados, mediante pactuações e governança regionais onde participam dirigentes de estados/municípios de uma determinada região de saúde. A garantia do direito ao tratamento odontológico e ao cuidado integral não é tarefa simples e cobra uma articulação virtuosa entre os diferentes pontos de atenção da RCPD (CARNEIRO et al., 2022), na qual deveria se destacar a APS como coordenadora dos cuidados à saúde (VIANA et al., 2017).

Na literatura científica, trabalhos que relacionem a assistência odontológica integrada à RCPD são escassos. Assim como também são escassos trabalhos que incorporem modelos analíticos de implementação de políticas públicas, no âmbito das redes de atenção, em especial a RCPD. Pode-se citar estudos que descreveram e mapearam a assistência especializada odontológica para PcD (MACIEL et al., 2019; CONDESSA et al., 2020) e que se ocuparam da acessibilidade para a utilização de serviços públicos odontológicos (ROCHA et al., 2015). Também há estudos voltados à

percepção de usuários sobre a qualidade assistencial da RCPD (DIAS et al., 2019) e um estudo descritivo sobre a construção metodológica de uma pesquisa multicêntrica para avaliar a RCPD (RIBEIRO et al., 2021). Em relação à incorporação de modelos analíticos no processo de implementação, há estudos que analisaram o poder discricionário de agentes comunitários de saúde na implementação de ações da política de atenção básica (LOTTA, 2018) e a atuação de burocratas de nível de rua na implementação da política de fluoretação das águas de abastecimento público em pequenos municípios brasileiros (MOTA e FRAZÃO, 2021). Produzir informações científicas sobre a interface entre os serviços de APS e especializados, na perspectiva da integração em rede pode auxiliar na compreensão dos avanços e dos gargalos desta estratégia de cuidado e organização sistêmica da rede de serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, garantir direitos às PcD é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa. Na literatura, este aspecto é objeto de estudo, principalmente numa orientação de compreensão do direito como universal, que inclua diferenças e promova saúde (DE PAULA e MAIOR, 2008; CARVALHO e ALMEIDA, 2012). No entanto, nenhum estudo sumarizou as expectativas/recomendações de pesquisadores a respeito da assistência odontológica para PcD como parte do direito à saúde bucal. Uma revisão sobre estas expectativas/recomendações poderia auxiliar tomadores de decisão na compreensão das possibilidades/limites decorrentes dos respectivos modelos de proteção social que determinam o desenho dos sistemas de saúde adotados em cada país e das propostas de implementação de estratégias voltadas à expansão do acesso e elevação da qualidade da atenção à saúde bucal às PcD.

Sendo assim, esta tese objetivou produzir quatro manuscritos, para publicação, que dispusessem elaborar uma síntese de recomendações/expectativas sobre a assistência odontológica às PcD; estudar o processo de implementação da RCPD, a luz de algumas

propostas analíticas de políticas públicas, quais sejam: o Modelo de Coalização de Defesa e a teoria da Burocracia do Nível de Rua; e descrever a extensão da integração sistêmica que orienta a conformação do cuidado da RCPD, no âmbito da saúde bucal, em seis regiões de saúde brasileiras.

2 OBJETIVO GERAL

Descrever a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito da Saúde Bucal, em diferentes contextos institucionais e regionais, identificando a influência da regionalização na conformação encontrada (política, estrutura e organização). Adicionalmente, será produzida uma revisão de literatura sobre expectativas/recomendações de autores, no âmbito internacional, em relação à assistência odontológica especializada à PcD

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1 Sob a teoria do Modelo de Coalizão de Defesa (ACF) descrever os condicionantes para a conformação da política pública e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal (RCPD-SB), em duas regiões de saúde brasileiras semelhantes socioeconomicamente e na oferta de serviços de saúde;

2.1.2 Sob a teoria da Burocracia em Nível de Rua descrever a influência da discricionariedade dos profissionais e organizações da linha de frente na implementação de diferentes formas de acesso à assistência odontológica especializada, em duas regiões de saúde semelhantes socioeconomicamente e na oferta de serviços de saúde;

2.1.3 Descrever a extensão da integração sistêmica da assistência odontológica na RCPD em seis regiões de saúde do Brasil, com diferenças socioeconômicas e na oferta de serviços de saúde.

2.1.4 Apresentar uma síntese da literatura sobre as expectativas e recomendações de pesquisadores a respeito da assistência odontológica para pessoa com deficiência como um direito social no âmbito internacional;

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Toda pesquisa científica necessita definir seu objeto de estudo e, a partir daí, construir um processo de investigação, delimitando os aspectos do universo que serão estudados. Os estudos que compõem esta tese resultaram de estratégias de pesquisa que auxiliaram no delineamento deles para compreensão dos respectivos objetos. A revisão integrativa e o estudo de caso foram as escolhas adotadas, e algumas breves considerações a respeito destes métodos de pesquisa e sua relação com os estudos apresentados serão descritas a seguir.

3.1 ÉTICA EM PESQUISA

Os estudos contidos nesta tese foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), sob número de parecer 3.441.243.

3.2 A REVISÃO INTEGRATIVA

Métodos de revisão da literatura de saúde têm sido usados desde a década de 1970 como um esforço para sintetizar achados de estudos primários discretos e aumentar a generalização de dados sobre um fenômeno (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

A revisão integrativa da literatura científica é um método que permite compreender determinado fenômeno, por meio da sumarização de múltiplos estudos científicos, subsidiando a tomada de decisão e incorporando evidências na prática profissional (MENDES et al., 2008), além de ser o mais amplo método de revisão de

pesquisa, pois permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais para entender um determinado fenômeno (WHITTEMORE e KNAFL, 2005). As revisões integrativas, portanto, têm o potencial de construir a ciência de uma determinada área de conhecimento, informando pesquisas, práticas e iniciativas políticas. Revisões integrativas bem produzidas apresentam o estado da ciência, contribuem para o desenvolvimento da teoria e têm aplicabilidade direta na prática e na política (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

Este tipo de revisão é operacionalizado por seis etapas básicas: (1) formulação da pergunta de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) coleta de dados; (4) avaliação dos estudos selecionados; (5) análise e interpretação dos resultados; e (6) apresentação da súmula do conhecimento (MENDES et al., 2008).

O Artigo 3, apresentado como resultado de pesquisa desta Tese, fez uso da revisão integrativa de literatura para produzir uma síntese sobre as diretrizes da assistência em saúde bucal para pessoas com deficiência, no âmbito internacional. Além das etapas descritas no parágrafo acima, foi utilizada uma ferramenta denominada Rayyan, para auxiliar nas fases de triagem dos registros que serão avaliados pelos revisores para proceder a seleção daqueles que terão o seu conteúdo examinado na íntegra. O programa possui recursos que permitem refinar a seleção de trabalhos mais próximos com a pergunta norteadora, como o uso de mineradores de texto.

A complexidade inerente à combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor, imprecisão e parcialidade, e essa é uma questão considerável, pois os dados extraídos de artigos primários de diversas metodologias geralmente consistem em um grande repertório de dados variados. Um método atualizado de revisão integrativa tem o potencial de permitir que diversos métodos de pesquisa primária se tornem uma parte maior das iniciativas de prática baseada em evidências (WHITTEMORE e KNAFL,

2005). No Artigo 3, apresentado a seguir, foram considerados para a fase de elegibilidade apenas artigos científicos em inglês, português ou espanhol, com resumos completos disponíveis para o acesso prévio. A fim de dirimir possíveis vieses de seleção, dois pesquisadores realizaram a seleção dos trabalhos, de forma independente, e o uso do coeficiente Kappa foi utilizado para mensurar o grau de concordância entre ambos, ao final da eleição dos trabalhos que iriam para as seleções finais (elegibilidade e inclusão). No estudo 3, uma síntese da literatura científica foi produzida sobre as expectativas/recomendações a respeito da assistência odontológica como direito à saúde bucal para PcD, em países com distintos modelos de proteção social.

3.3 O ESTUDO DE CASO

Para CHIZZOTTI (2006), o estudo de caso como modalidade de pesquisa se originou nos estudos antropológicos de Malinowski e na Escola de Chicago e, posteriormente, teve seu uso ampliado para o estudo de eventos, processos, organizações, grupos, comunidades etc.

Um estudo de caso é uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Ele contribui para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, pelo desejo de se conhecer fenômenos complexos inseridos num determinado contexto (YIN, 2015). Os artigos 1 e 2 utilizaram o método do estudo de caso para investigar um determinado fenômeno político. No Artigo 1, a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal (RCPD-SB) foi descrita a partir do Modelo de

Coalizão de Defesa, explicitando as condições que favoreceram a conformação do subsistema da política pública, explorando as crenças e convicções dos atores que conformam esta rede, em duas regiões de saúde brasileiras semelhantes. No Artigo 2, o estudo de caso foi utilizado para descrever a atuação dos profissionais e das organizações da linha de frente em relação à atenção primária e às atividades de planejamento/avaliação das ações para compreender o exercício da discricionariedade na implementação de diferentes formas de acesso à assistência odontológica especializada na RCPD, em duas regiões de saúde brasileiras.

A investigação do estudo de caso baseia-se na confrontação dos dados obtidos a partir de várias fontes de evidências. A coleta e a análise dos dados devem ser orientadas pela exploração de proposições teóricas previamente formuladas. Entre os vários componentes importantes de um estudo de caso, destacam-se: as questões de interesse abordadas pelo estudo de caso; as proposições, se houver; as unidades de análise; a lógica que une os dados às proposições; e os critérios para a interpretação das constatações (YIN, 2015). Nos artigos apresentados, o material de análise envolvia entrevistas com atores-chaves no processo de implementação da RCPD, foram realizadas análises documentais de atas de reuniões colegiadas nas diferentes escalas de atuação.

Há variações dentro dos estudos de casos como estratégia de pesquisa e elas podem incluir, tanto estudos de caso único, quanto estudos de caso múltiplo. Embora algumas áreas tentem traçar uma linha bem delimitada entre estas duas abordagens (utilizando, por exemplo, o termo método de caso comparativo para definir estudo de caso múltiplo), estudos de caso único e múltiplo são duas variantes de projetos de estudo de caso. Nos artigos apresentados nesta Tese, as análises fizeram uso do estudo de caso comparando duas regiões (Artigos 1 e 2), como também do estudo de caso múltiplo

(Artigo 4), sempre com foco na implementação da RCPD-SB em diferentes contextos regionais.

Para o pesquisador, não basta aprender um conjunto mínimo de procedimentos técnicos, é necessário dominar o problema de pesquisa devido à contínua interação entre as questões teóricas que estão sendo estudadas e os dados que estão sendo coletados. Assim, deve ser sensível e estar atento a provas contraditórias (YIN, 2001). Os pesquisadores que coletaram os resultados que permitiram a elaboração dos artigos 1, 2 e 3 faziam parte de uma rede de pesquisa sobre implementação de políticas de saúde, previamente treinados, e que participaram do processo de elaboração dos instrumentos de coleta, tendo como base referencial VIANA et al. (2017). Uma “coleta de campo piloto” foi realizada previamente para testar os instrumentos e verificar sua sensibilidade para a captação das informações referentes às dimensões Política, Estrutural e Organizacional da RCPD, e, identificadas as falhas, ajustes foram realizados, em reunião conjunta do grupo de pesquisa, para então partir para a coleta de dados nos cinco territórios regionais eleitos intencionalmente: Baixada Cuiabana, Entorno Manaus e Alto Rio Negro, Grande Florianópolis, Salvador e São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia).

Em relação às limitações, destaca-se a dificuldade de generalização dos resultados (YIN, 2015; VENTURA, 2007). Por esta razão, cabe lembrar que, embora o estudo de caso se processe de forma relativamente simples, ele pode exigir do pesquisador muita atenção e cuidado, principalmente porque ele está profundamente envolvido na investigação. Sendo assim, os argumentos mais comuns dos críticos dos estudos de caso estão no risco de o investigador apresentar uma falsa certeza das suas conclusões e fiar-se demais em falsas evidências. A recomendação para controlar possíveis vieses da investigação é elaborar um plano de estudo de caso que previna prováveis equívocos subjetivos do observador sobre o que está sendo observado (VENTURA, 2007).

3.4 A FONTE DE DADOS

Os dados dos estudos de caso apresentados foram produzidos no âmbito de uma pesquisa mais ampla, intitulada “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), sob coordenação da Prof. Dr. Aylene Bousquat. São, portanto, provenientes de fontes primárias, em decorrência de entrevistas realizadas com atores-chaves da administração pública e da prestação de cuidados que exerciam a direção, davam sustentação ou atuavam na assistência à PcD, no nível loco-regional da RCPD, tais como: gerentes de CEO, secretários de saúde, representantes da sociedade civil (Conselho Municipal de Saúde da PcD, representante da CIR), representantes de Grupo Condutor de redes. As entrevistas, até 2019, eram realizadas em formato presencial e, a partir de 2020 até 2021, precisaram ser adaptadas para o formato remoto, tendo em vista a crise sanitária mundial de Covid-19. Os questionários e roteiros semiestruturados envolviam perguntas estratificadas em três eixos: Política, Estrutura e Organização da RCPD. O eixo Político trazia perguntas sobre espaços de negociação, decisão, atuação e conflitos na implementação da RCPD; na Estrutura, as perguntas envolviam a capacidade instalada, a força de trabalho, recursos financeiros e contratualização dos serviços; e, para a Organização da RCPD, as perguntas eram sobre o planejamento, a gestão, a integração sistêmica, a regulação, a rede informal de cuidados às PcD, a atenção primária à saúde e o acesso.

Além das fontes primárias, foram utilizados dados secundários, decorrentes da busca de documentos e seleção de dispositivos normativos, relatório técnicos e atas de reunião, que trouxessem conteúdos a fim de traçar a trajetória da política, desde sua entrada na agenda, formulação no nível federal, até a sua implementação no nível loco-

regional, abrangendo eventos de 1988 a 2021. As fontes envolveram decretos, leis e portarias relacionadas à RCPD e sua interface com a saúde bucal nos sites institucionais das respectivas regiões (Secretarias Municipais e Estaduais, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão); relatórios técnicos produzidos no âmbito das regiões de saúde e atas de reuniões de Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regional (CIR), quando disponibilizadas publicamente ou pelos técnicos das respectivas secretarias de saúde. Os resultados são apresentados na forma de dois artigos publicados e dois manuscritos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO 1



Administração Pública e Gestão Social
ISSN: 2175-5787
apgs@ufv.br
Universidade Federal de Viçosa
Brasil

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

Brandão Carmelo, Joana Danielle; Bousquet, Aylene; Frazão, Paulo
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
Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351570330009>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



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

The Implementation of the Care Network for People with Disabilities in the Scope of Oral Health from the Advocacy Coalition Framework in Two Health Regions in Brazil

La implementación de la Red de Atención a Personas con Discapacidad en el Ámbito de la Salud Bucal del Modelo de Coalición de Defensa en dos Regiones de Salud de Brasil

Joana Danielle Brandão Carneiro
Universidade de São Paulo, Brasil
joanadani9@gmail.com

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351570330009>

Aylene Bousquat
Universidade de São Paulo, Brasil
aylenebousquat@gmail.com

Paulo Frazão
Universidade de São Paulo, Brasil
pafrazao@usp.br

Recepción: 25 Junio 2021
Aprobación: 01 Febrero 2022
Publicación: 07 Abril 2022

RESUMO:

Objetivo da pesquisa: descrever, sob o Modelo da Coalizão de Defesa (ACF), as condições que favoreceram a conformação do subsistema da política pública e o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal (RCPD-SB) em duas regiões de saúde brasileiras semelhantes.

Enquadramento Teórico: o ACF sustentou a interpretação dos resultados e a identificação do sistema de convicção e valores que orientou as coalizões formadas, suas estratégias, decisões governamentais, regras institucionais e efeitos obtidos no curso da implementação.

Metodologia: estudo de caso em duas regiões de saúde semelhantes socioeconomicamente e na oferta de serviços, com análise documental e entrevistas com atores-chave.

Resultados: foram identificadas três coalizões nas regiões e uma delas divergente à orientação das políticas públicas que estruturavam a RCPD-SB. Apesar da semelhança socioeconômica e na oferta de serviços nas regiões, a implementação resultou em percursos distintos, nos aspectos cognitivos ou não cognitivos.

Originalidade: o uso do Modelo de Coalizão de Defesa para estudo de implementação de políticas no âmbito loco-regional e em torno da pessoa com deficiência, é um aspecto positivo e inovador deste trabalho.

Contribuições teóricas e práticas: a análise a partir do ACF possibilitou observar que a região cujos condicionantes cognitivos estavam mais alinhados com as orientações do subsistema da política pública em torno da RCPD, apresentou melhor integração e estruturação da rede de saúde, corroborando a importância do aprendizado orientado à política.

PALAVRAS-CHAVE: Modelo de Coalizão de Defesa, Políticas Públicas, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência.

ABSTRACT:

Research objective: to describe, supported by the Advocacy Coalition Framework (ACF), the conditions that favored the conformation of the public policy subsystem and the implementation process of the Care Network for People with Disabilities in the scope of Oral Health (CNPD-OH) in two similar Brazilian health regions.

Theoretical framework: the ACF supported interpretation of the results and identification of the belief system and values that oriented the coalitions formed, their strategies, government decisions, institutional rules and effects obtained in the course of implementation.

Methodology: case study, in two socioeconomically similar health regions and in the provision of services, with documentary analysis and interviews with key subjects.

Results: three coalitions were identified in the regions and one diverged from the orientation of the public policies structuring the CNPD-OH. Despite the socioeconomic similarity and the offered services in the regions, the implementation resulted in different paths, in the cognitive or non-cognitive aspects.

Originality: the use of the Advocacy Coalition Framework to study policies implementation at the loco-regional level and around people with disabilities is a positive and innovative aspect of this work.

Theoretical and practical contributions: the analysis from the ACF made it possible to observe that the region whose cognitive conditionings were more aligned with the guidelines of the public policy subsystem around CNPD showed better integration and structuring of the health network, corroborating the importance of policy-oriented learning.

KEYWORDS: Advocacy Coalition Framework, Public Policies, Oral Health, Disabled Person.

RESUMEN:

Objetivo: describir, sostenido en el Modelo de Coalición de Defensa (ACF), las condiciones que favorecieron la conformación del subsistema de políticas públicas y las características del proceso de implementación de la Red de Atención a Personas con Discapacidad en el ámbito de la Salud Bucal (RAPD-SB) en dos regiones de salud brasileñas similares.

Enquadramento teórico: el ACF apoyó la interpretación de resultados y la identificación del sistema de creencias y valores que guiaron las coaliciones formadas, sus estrategias, decisiones gubernamentales, reglas institucionales y efectos obtenidos en el curso de la implementación.

Metodología: estudio de caso, en dos regiones de salud socioeconómicamente similares y en la prestación de servicios, con análisis documental y entrevistas a temas clave.

Resultados: se identificaron tres coaliciones en las regiones y una divergió de la orientación de las políticas públicas que estructuraron el RAPD-SB. A pesar de la similitud socioeconómica y la oferta de servicios en las regiones, la implementación resultó en formas diferentes, en los aspectos cognitivos o no cognitivos.

Originalidad: el uso del Modelo de Coalición de Defensa para estudiar la implementación de políticas a nivel loco-regional y en torno a las personas con discapacidad es un aspecto positivo e innovador de este trabajo.

Aportes teóricos y prácticos: el análisis de la ACF permitió observar que la región cuyas limitaciones cognitivas estaban más alineadas con los lineamientos del subsistema de políticas públicas en torno a la RAPD mostró una mejor integración y estructuración de la red de salud, corroborando la importancia del aprendizaje orientado a política.

PALABRAS CLAVE: Modelo de Coalición de Defensa, Políticas Públicas, Salud Bucal, Persona Discapacitada.

INTRODUÇÃO

Políticas de saúde voltadas para pessoas com deficiência podem ser compreendidas como expressão de processos de exclusão e silêncio impostos por relações culturais e políticas existentes em cada formação social. As mudanças nos termos e a variedade de acepções para se referir às pessoas com deficiência, demonstram não apenas as disputas engendradas por essas relações, mas também o interesse dos formuladores de políticas e dos pesquisadores na superação dos modelos conceituais que perpetuam desigualdades e fomentam processos de exclusão. Entre os modelos conceituais mais difundidos, estão o proposto por Saad Nagi, o Modelo Biomédico, o Modelo Social e o Modelo Biopsicossocial. Esse último, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2001, preconiza que uma pessoa ou um grupo possa ser identificado por suas 'capacidades' e 'incapacidades' de acordo com os valores predominantes em cada contexto social. O problema em questão não está mais restrito ao corpo, mas diz respeito às interações entre condições de saúde, atividades, participação social, fatores pessoais e ambientais e as funções do corpo (Mota & Bousquat, 2021).

A relevância das necessidades de saúde da pessoa com deficiência cresceu expressivamente nos domínios político e social após a aprovação da Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, em 1975, e do programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência (Resolução nº 37/52), ambas pela Organização das Nações Unidas (ONU) (Pereira & Saraiva, 2017). O Relatório Mundial de Deficiência (2011) chama a atenção para a variedade de serviços que pessoas com deficiência podem exigir, bem como a multiplicidade de prestadores (públicos, privados, filantrópicos) que assistem essas pessoas. Assim, a

integração entre eles é importante para garantir a efetividade dos serviços, da infância até a senescência (World Health Organization [WHO], 2011).

No Brasil, antes de 1988, a assistência à saúde das pessoas com deficiência dependia quase que exclusivamente de instituições filantrópicas. Após esse ano, o direito universal à saúde foi reconhecido na Constituição, criando condições para a formulação de políticas públicas específicas voltadas a esse grupo populacional. A Lei n.º 7.853/1989, que definiu atribuições para o setor saúde, deu sustentação a vários dispositivos normativos voltados à atenção integral a essa população na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ao pagamento de procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar, e à concessão de órteses e próteses. Na primeira década do século XXI, a implementação da Política Nacional da Pessoa com Deficiência (PNPD) e da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) impulsionou a articulação da estrutura de cuidados odontológicos básicos: por meio de equipes de saúde bucal na rede de atenção primária; e especializados, por meio de centros de especialidades odontológicas (CEO) que devem oferecer tratamentos ambulatoriais mais complexos a todos que deles precisarem, incluindo as pessoas com deficiência (PcD). A extensão e a profundidade dos diferentes tipos de tratamentos especializados são aprovadas em espaços de pactuação regional. A garantia do direito ao tratamento odontológico e ao cuidado integral não é tarefa simples e cobra uma articulação virtuosa entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) (Brasil, 2019).

A organização de redes regionalizadas e integradas de atenção é uma estratégia de estruturação dos sistemas de saúde para enfrentar os problemas decorrentes da segmentação e fragmentação dos cuidados à saúde. As redes têm por referência territórios e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; os serviços de saúde ou pontos da rede devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e o sistema de governança (Silva, 2011). A RCPD é um arranjo institucional que busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS), mas são escassos os estudos sobre sua implementação.

Definida pelo curso das ações necessárias para que uma política se efetive, a implementação compreende um conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, com vistas à obtenção de objetivos estabelecidos antes ou durante a execução das políticas (Rua, 1997). Como políticas bem desenhadas, com recursos disponíveis e apoio político e social podem não gerar os efeitos esperados, a implementação passou a ser considerada um momento com dinâmica e estrutura próprias. Diferentes modelos teóricos estão disponíveis na literatura para análise de formulação e implementação de políticas. Um deles é o *Advocacy Coalition Framework* (ACF), ou Modelo da Coalizão de Defesa, proposto para orientar a interpretação do processo de formulação, implementação e os padrões de mudança que afetam as políticas públicas (Sabatier, 1988).

Embora sejam observadas tentativas de aproximação das práticas dos serviços de reabilitação às diretrizes nacionais, pouco se conhece sobre as condições que moldaram a implementação da RCPD incluindo as características desse processo em regiões de saúde brasileiras. As informações científicas se referem a estudos voltados à percepção de usuários sobre a qualidade assistencial da RCPD (Dias, Friche, & Lemos, 2019) e ao mapeamento dos serviços especializados que compõem a RCPD (Maciel, Friche, Januário, Santos, Reis, Neto, & Lemos, 2020), ambos em nível estadual; e ainda trabalhos descritivos sobre a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliar a RCPD (Ribeiro, Barroso, Ramos, Ferrari, & Saldanha, 2021); e sobre as características dos centros de especialidades odontológicas que ofereceram assistência para pacientes com necessidades especiais, incluindo pessoas com deficiência no Brasil (Condessa, Lucena, Figueiredo, Goes, & Hilgert, 2020). Investigar o processo de implementação da RCPD a partir de alguns componentes do ACF, pode auxiliar na compreensão do percurso de sua construção nos diferentes territórios regionais e na identificação das semelhanças e diferenças que caracterizam sua estruturação, tendo por referência uma rede que deixe o estigma caritativo para trás e, portanto, seja inclusiva, acessível, equitativa, com clara tendência

solidária e cooperativa. Com isso, pode-se contribuir para a identificação de condicionantes cognitivos relacionados às crenças e convicções dos atores do subsistema da política pública; e não cognitivos, associados às mudanças no subsistema mais amplo e no contexto político e econômico (Weible, Sabatier, & McQueen, 2009).

O objetivo foi descrever, sob o Modelo da Coalizão de Defesa, as condições que favoreceram a conformação do subsistema da política pública e o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal (RCPD-SB), em duas regiões de saúde brasileiras semelhantes.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Modelo da Coalizão de Defesa foi proposto por Sabatier e Jenkins-Smith no final da década de 1980, e aperfeiçoado por Sabatier e Weible, em 2007. O modelo foi criado em resposta às limitações identificadas na literatura sobre o processo político. Os autores consideravam a heurística de estágios, que separava o processo político em subprocessos funcional e temporalmente distintos, como uma teoria causal inadequada. Embora compartilhassem nos estudos de implementação os pontos fortes e fracos das abordagens *top-down* e *bottom-up*, também reconheciam a necessidade de um enfoque sistêmico capaz de integrar aspectos gerais e específicos na análise de políticas. Uma adicional limitação dizia respeito à aparente falta de teoria e pesquisa sobre o papel da informação científica e técnica no processo político. Como resposta, foi proposto um modelo baseado em uma abordagem sistêmica que busca integrar as fases do ciclo de políticas e incorpora aspectos das análises *top-down* e *bottom-up*, dando centralidade às informações científicas e técnicas em muitas de suas hipóteses (Weible *et al.*, 2009).

Ao orientar a interpretação dos processos de formulação, implementação e os padrões de mudança que afetam as políticas públicas, o modelo se apoia na premissa de que esses processos estão relacionados a fatores cognitivos ligados a um sistema de crenças/convicções composto por prioridades de valor e suposições causais sobre como colocá-las em prática. Esse sistema ganha dominância e afeta 'subsistemas da política', isto é, componentes específicos nos quais se dá a interação de atores de diferentes instituições interessadas em uma política pública específica, gerando uma aprendizagem que orienta a sua trajetória ao longo do tempo (Sabatier, 1988).

Uma importante contribuição do modelo é a distinção conceitual entre os subsistemas de políticas e o ambiente político mais amplo. O ACF especifica subsistemas como a principal unidade de análise porque os sistemas políticos envolvem muitos tópicos em amplas áreas geográficas, que obrigam os atores a se especializarem em um tópico e o local para compreender sua complexidade e serem eficazes na produção de mudanças. Os subsistemas não são imutáveis aos efeitos externos e eles operam dentro de um ambiente político mais amplo, definido por parâmetros relativamente estáveis e eventos externos, e restringidos por estruturas de oportunidade de coalizão de longo prazo, restrições de curto prazo e recursos dos atores do subsistema, e outros eventos do subsistema de política (Weible *et al.*, 2009).

Uma das principais revisões do ACF ocorreu em 2007, quando a estrutura foi reformulada para facilitar as aplicações em ambiente distinto ao contexto dos Estados Unidos. As revisões incluíram a adição de dois conjuntos de variáveis como importantes estruturas de oportunidade de longo prazo. A primeira, é o grau de consenso necessário para mudanças importantes nas políticas que afetam a densidade e a composição das coalizões, além da estratégia da coalizão para chegar a acordos. A segunda, é o grau de abertura dos sistemas políticos. Por exemplo, o federalismo e os freios e contrapesos nos Estados Unidos criam processos descentralizados com muitos locais e encorajam a entrada e a participação diversa, enquanto em sistemas menos abertos e mais centralizados, a participação é limitada (Weible *et al.*, 2009).

O Modelo da Coalizão de Defesa tem sido aplicado em diversas áreas de formação e pesquisa, como Administração, Ciências Políticas, Educação, destacando-se estudos de política de meio ambiente e energia, política econômica, social, de saúde, relações internacionais e segurança, dentre outros. Boa parte dos estudos

envolvem políticas em nível nacional, transnacional e subnacional, implementadas nos Estados Unidos, Canadá, Alemanha e Reino Unido (Ma, Lemos, & Vieira, 2020). A literatura é escassa em relação ao uso do ACF para análise de políticas de redes loco-regionais de atenção à saúde e que envolvam pessoas com deficiências.

Estudo sobre um balanço de pesquisas nacionais utilizando o ACF (Capelari, Araújo, & Calmon, 2015), mostrou o predomínio de trabalhos em duas instituições de ensino: Universidade de Brasília (UnB) e Fundação Getúlio Vargas (FGV). O foco de análise se deu mais em políticas de âmbito nacional, em detrimento do âmbito estadual e municipal. Essas políticas, em sua maioria, eram voltadas para meio ambiente e energia. Em menor número, foram encontradas análises de políticas sociais, econômicas, científica e tecnológica, voltadas à infância, ao esporte e ao turismo. Desconhece-se estudos voltados especificamente para serviços de saúde. Os autores apontaram três publicações acadêmicas sobre coalizões de defesa com foco (i) na política de drogas no Brasil, entre 1998-2000; (ii) na política de saneamento em Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, entre 1993-2004; e (iii) no processo de licenciamento ambiental da usina hidroelétrica de Mauá, estado do Paraná, em meados da década de 1990.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de caso (Yin, 2001) em duas regiões de saúde brasileiras – semelhantes socioeconomicamente e na oferta de serviços – com base em dados documentais e de entrevistas obtidos pelo estudo intitulado *Desafios da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar*, coordenado pela segunda autora (MS-SCTIE-DECIT/CNPQ nº 442801/2018-1) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nº 3.441.243.

Das 438 regiões de saúde que se encontram organizadas no país, de acordo com pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil* (Viana *et al.*, 2015), foram selecionadas intencionalmente as regiões de saúde Baixada Cuiabana (BC) e São José do Rio Preto (SJRP), pois ambas tinham características socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde semelhantes e contavam com a presença de centros especializados de reabilitação (CER), centro de especialidades odontológicas (CEO), serviços municipais e/ou filantrópicos de especialidades com ações de reabilitação ao usuário (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Associação de Assistência à Criança Deficiente, organizações não governamentais), e de instituições formadoras (universidades, faculdades e cursos de residências médica e/ou multiprofissional). Do ponto de vista socioeconômico, o produto interno bruto *per capita* das regiões era maior do que 26 mil reais; o rendimento médio mensal total domiciliar *per capita* nominal era maior do que 745 reais; e a proporção de pessoas de 10 anos ou mais, com pelo menos o ensino médio, era acima de 38%. Em relação à oferta de serviços de saúde, em ambas as regiões a proporção de beneficiários de plano de saúde na população era maior do que 40,0%, o número de médicos por mil habitantes era acima de 1,4, a proporção de médicos vinculados ao SUS no total de médicos era menor do que 77,0%, o número de leitos por mil habitantes era maior do que 1,8 e a proporção de leitos SUS no total de leitos era menor do que 70%. Detalhes relativos às fontes de dados, aos critérios e aos indicadores utilizados para a classificação das regiões de saúde foram publicados em artigo anterior (Viana *et al.*, 2015).

Situada no estado do Mato Grosso (MT), a região BC inclui os seguintes municípios: Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antônio do Leverger e Várzea Grande. São José do Rio Preto (SJRP), região situada no estado de São Paulo (SP), compreende os seguintes municípios: Bady Bassitt, Bálamo, Cedral, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Ipiguá, Mirassol, Mirassolândia, Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, São José do Rio Preto, Tanabi e Uchoa.

Para a coleta de dados, utilizou-se instrumentos estruturados (questionários) e semiestruturados (roteiros), com itens distribuídos nas dimensões Política, Estrutura e Organização. Eles foram aplicados por meio de entrevistas com atores da administração pública e da prestação de cuidados que exerciam a direção, davam sustentação ou atuavam na linha de frente do processo de implementação no nível loco-regional da RCPD-SB, tais como: gerentes dos CEO, secretários de saúde, representantes da sociedade civil (Conselho Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência), representantes do Grupo Condutor da RCPD, totalizando nove respondentes, entre questionários (3) e roteiros (6).

Além disso, foi realizada pesquisa documental para identificar dispositivos normativos, relatórios técnicos e atas de reunião a fim de traçar a trajetória da política, desde sua entrada na agenda, formulação no nível federal até sua implementação no nível loco-regional, abrangendo eventos de 1988 a 2019. Para isso, foram consultados decretos, leis e portarias relacionadas ao tema nos *sites* institucionais das respectivas regiões (Secretarias Municipais e Estaduais, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão); relatórios técnicos produzidos no âmbito das regiões de saúde e atas de reuniões de Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regional (CIR), quando disponibilizadas publicamente ou pelos técnicos das respectivas secretarias de saúde. A seleção dos documentos se deu a partir da identificação de palavras-chave que identificassem o núcleo do conteúdo de interesse, quais sejam: saúde bucal, odontologia, deficiência, rede de cuidados.

A interpretação do material referenciada no ACF (Weible *et al.*, 2009), foi realizada por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2016) com categorias definidas a priori. Foram investigadas as condições para a conformação do subsistema da política pública relacionados aos aspectos não cognitivos ligados aos parâmetros estáveis no curso do processo político e aos eventos externos indicativos de mudança. Foram pesquisados, também, a composição das coalizações e os recursos que viabilizaram as estratégias de implementação, como participação de autoridades formais, identificação de lideranças com habilidades específicas, e alocação financeira e convênios (Capelariet *et al.*, 2015). Em relação aos fatores cognitivos relacionados às crenças/convicções adotadas pelos atores, o foco foi direcionado para os aspectos relativos ao núcleo da política pública, que se referem ao conteúdo normativo expresso por meio de diretrizes organizacionais, programáticas e técnicas utilizadas para conformar as especificidades do subsistema da política pública, formar coalizões e coordenar as atividades entre seus membros (Weible *et al.*, 2009).

RESULTADOS

Os componentes utilizados na análise do subsistema da política pública estão ilustrados na Figura 1. Entre os fatores não cognitivos relacionados aos parâmetros considerados de maior estabilidade, destacaram-se: a democracia capitalista multipartidária, estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988; o federalismo em três níveis, que marca a autonomia política, administrativa e financeira de estados e municípios em relação à União; o sufrágio universal associado a um calendário de eleições periódicas; e o direito universal à saúde, inspirado em um modelo de bem-estar social, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas características do contexto institucional constituíram as fronteiras do ambiente político mais amplo que permitiram o florescimento do subsistema de política pública aqui investigado.



Figura 1: Componentes utilizados na análise do subsistema da política pública relativa à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal (RCPD-SB) tomando por referência o Advocacy Coalition Framework (ACF – Modelo da Coalizão de Defesa)

Fonte: Adaptado de Weible et al., 2009.

Os eventos externos indicativos de mudanças foram a ascensão de uma coalizão política de centro-esquerda, seguida do seu enfraquecimento e ruptura do pacto político que culminou na destituição da presidenta eleita em 2014. Com a ascensão dessa coalizão, foram aprovadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), estabelecidas em 2004; a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2008, que culminou na formulação da Política Nacional da Pessoa com Deficiência (PNPD) no mesmo ano, e orientou a formulação do Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, em 2011. A ascensão econômica a partir de 2003 (ano marcado também por um contexto internacional favorável), seguida de retração a partir de 2014, geraram impactos que se refletiram nas políticas sociais, incluindo a saúde. Uma coalizão de direita sustentada em valores morais conservadores, antidemocráticos e políticas econômicas neoliberais, com redução dos gastos públicos e privatização de instituições estatais (redução do tamanho do Estado) como principal saída para recuperação econômica, passou a dar os rumos do país. Em 2017, observou-se mudança expressiva na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desestimulando a incorporação em nível local de novas equipes multiprofissionais (Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF), equipes de saúde bucal (ESB) e agentes comunitários de saúde (ACS).

Foram identificadas três coalizões: uma em SJRP e duas na BC. A coalizão A foi responsável pela implementação da RCPD-SB, sob orientação da PNPD. Em SJRP, ela era composta por atores vinculados ao serviço público, sejam servidores da própria secretaria de saúde ou profissionais de outras instituições parceiras do SUS (secretário de saúde, gerentes e profissionais de UBS). A presença de dentistas que trabalhavam nos centros de especialidades odontológicas (CEO) em atividades de assistência e gerência, todos funcionários públicos, e a presença de lideranças que participavam do Conselho Municipal da PcD representando a sociedade civil, foi também muito importante no interior da coalizão. Na BC, a coalizão A era composta por dentistas que trabalhavam nos CEO, em atividades de assistência e gerência, todos funcionários públicos. Nessa região, havia uma cirurgiã-dentista membro do Grupo Condutor de Redes (no caso, da RCPD), assumindo uma centralidade importante. Além da coalizão A, verificou-se uma coalizão distinta, a coalizão B, formada pela gestão municipal do principal município da região (Cuiabá), que buscava imprimir diferente papel ao CEO na rede de atenção. A intenção era assegurar maior oferta de consultas à demanda livre, gerando consequências para o curso de implementação da RCPD no âmbito da saúde bucal. Além disso, a atenção básica não assumia o papel de coordenadora dos cuidados, tinha baixa cobertura de equipes de saúde da família, inclusive das ESB.

Entre os fatores cognitivos ligados às *crenças/convicções* que orientavam as coalizões, foram identificadas convergência (SJRP) e divergência (BC) na perspectiva pela qual era abordada o conteúdo normativo relativo ao núcleo da política pública. Na região SJRP era dada importância ao trabalho em rede, com papéis definidos para cada nível de atenção, incluindo o atendimento (acolhimento) com definição de escala de risco. Na BC, as convicções de núcleo na política se encontravam em disputa. Entre os entrevistados pertencentes à coalizão A, havia preocupação em relação aos recursos do sistema de saúde e à coordenação dos cuidados, com definição de papéis entre os níveis assistenciais. Por outro lado, na coalizão B, o modelo de organização defendido se pautava na livre demanda e centralização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como porta preferencial de acesso e a estruturação de uma APS coordenadora dos cuidados à saúde não estava presente na agenda.

Em relação ao processo de implementação da RCPD-SB, os principais resultados nas duas regiões de saúde, para o ano de 2019, foram sumarizados na Tabela 1.

Entre os aspectos não cognitivos relacionados aos *recursos* utilizados pelas coalizões, observou-se em uma das regiões a *participação de atores com autoridade formal institucionalizada*. Na BC, a Lei Estadual de Saúde Bucal (nº 10.116 de 11/6/14) que estabelece implementação do CEO, o fortalecimento do Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE) e a priorização do atendimento odontológico aos usuários deficientes, foi homologada pelo então governador do estado de Mato Grosso. Além dos recursos federais previstos para financiamento da RCPD-SB (Portaria nº 1.464 de 24/6/11, nº 1.341 de 13/6/12), o Plano Estadual Plurianual destinava verba específica para confecção de próteses dentárias no CEOPE.

Em SJRP, foram mencionados recursos financeiros para estruturação dos CEO (Portaria nº 1.464 de 24/6/11, nº 1.341 de 13/6/12, nº 1.938 de 21/8/17 e incentivos previstos na avaliação do PMAQ-CEO), e verificou-se *liderança atrativa* com experiência e habilidade para promover a qualificação do CEO, por meio da implementação de protocolos, matrizes de metas e indicadores para avaliação e monitoramento constante do serviço (% de absenteísmo, reaproveitamento de vagas e % de atendimento), e divulgar os benefícios produzidos atestados pela participação em eventos e premiações.

A *estratégia* estabelecida a partir dos *instrumentos de redirecionamento* incluía, para ambas as regiões, a adoção da Portaria que instituiu a RCPD no SUS (n. 793, 2012), a qual preconizava, dentre outras coisas, respeito aos direitos humanos, cuidado integral, garantia de acesso e de qualidade dos serviços e sua organização em redes de atenção regionalizadas. Nos planos estadual e regional, a estratégia adotada pela BC nos seus espaços decisórios incluiu a instituição de Grupo Condutor para monitorar, aprimorar a gestão do cuidado e organizar a RCPD, seguindo a orientação do Plano Viver Sem Limite. Também foi aprovado o Plano de Ação da RCPD para o estado do Mato Grosso, mas não foi incluído entre seus indicadores, metas e ações referentes à saúde bucal. Para SJRP, a *estratégia* a partir de *instrumentos de redirecionamento* incluiu a instituição de serviços de reabilitação efetivos, integrados (saúde mental, segurança, social) e em formato de redes de atenção à saúde (conforme orienta o Plano Estadual da Pessoa com Deficiência) e a adesão dos CEO à RCPD (Portaria n. 1.341, 2012).

A *decisão das autoridades governamentais* sofreu influência dos atores que compunham as coalizões, refletindo-se nas decisões tomadas nos espaços formais de negociação (CIB, CIR, reuniões de conselhos de saúde, de Grupo Condutor), e na alocação de recursos financeiros previstos nos respectivos planos (Tabela 1).

No aspecto referente às *regras governamentais*, à *alocação de recursos* e *convênios*, os documentos das regiões orientavam para a implementação da RCPD-SB de forma regionalizada e integrada aos três níveis assistenciais, além da urgência-emergência com foco no usuário e suas necessidades. Os recursos previstos eram os mencionados nas portarias que previam incentivos específicos. Em ambas as regiões, havia convênios estabelecidos com laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD) e não foram mencionadas parcerias com serviços odontológicos privados (Tabela 1).

A materialização da política pública se refletiu na implementação da RCPD no âmbito da Saúde Bucal (*resultados das políticas*) com características distintas nas duas regiões. Na BC, os dados indicaram força de

trabalho insuficiente para demanda, e uma rede estruturada nos três níveis de atenção, incluindo a urgência-emergência. Entretanto, a atenção básica não assumia o papel de coordenadora dos cuidados, o que resultava em porta de entrada mista para os usuários. Os serviços de atenção à saúde bucal estavam integrados apenas entre si, enquanto na região SJRP, os serviços estavam integrados com toda a RCPD. Os dados mostraram que nessa região havia suficiência de força de trabalho para a demanda, a rede estava estruturada nos três níveis de atenção, incluindo a urgência-emergência, a atenção básica atuava como porta de entrada preferencial e o acesso do usuário ao serviço especializado predominantemente por meio da atenção básica. Em ambas as regiões, a interação entre os pontos de atenção à saúde bucal ocorria apenas no âmbito da rede de serviços públicos. Os serviços privados de assistência às pessoas com deficiência (de caráter filantrópico em sua maioria) e seus correspondentes públicos, não se comunicavam, caracterizando desarticulação em ambas as regiões (Tabela 1).

Quanto às atividades de planejamento, de monitoramento e de avaliação relativas à implementação da RCPD-SB, na região da BC o planejamento se restringia ao que o PMAQ-CEO solicitava, ocorrendo de forma pontual e combinada com a avaliação. Embora o CEOPE possuísse um instrumento específico para avaliação (não padrão para Rede), a avaliação e o monitoramento não estavam sendo realizados; a gestão, tanto na esfera municipal, quanto regional ou estadual, não estava sendo monitorada ou demandando ações nesse sentido para os serviços. Em SJRP, o planejamento, o monitoramento e a avaliação eram parte da cultura institucional dos serviços, com preenchimento e estudo de instrumento específico que, ao final de cada mês, era apresentado ao município e publicado, com periodicidade definida, em formato de manual (painel de monitoramento), em conjunto com a avaliação de toda a rede de saúde (Tabela 1).

Tabela 1: Estratégias e resultados do processo de implementação da RCPD-SB em duas regiões de saúde brasileiras, 2019

Componentes	Banada Cuibana (BC)	São José do Rio Preto (SJRP)
Estratégia adotada pelos instrumentos de redirecionamento - processos decisórios	Portaria que institui os CBO (nº 1.464 de 24/6/11) E Rede Viver Sem Limite	A partir da Portaria nº 1.464 de 24/6/11 (institui os CBO); Portaria nº 1.341 de 13/6/12 (incentivos de implantação e custeio mensal dos CBO); Portaria nº 1.938 de 21/8/17 (adesão dos CBO à RCPD, com incentivos financeiros); incentivos previstos no PMAQ-CBO por cumprimento de metas durante o processo de avaliação externa.
Decisões das autoridades governamentais		
Reuniões de CIB, CIR	Instituição de Grupo Condutor para monitorar, aprimorar a gestão do cuidado, organizar a RCPD	Instituição serviços de reabilitação efetivos, integrados (saúde mental, segurança, social) e em formato de RAS; adesão dos CBO à RCPD (Portaria 1.341 /2012)
Atores principais na tomada de decisão	Grupo Condutor da RCPD, dentistas do CBO/CBOPE	Dentistas do CBO
Regras governamentais, alocação de recursos e convênios	Plano Plurianual (destina verba específica para confecção de próteses dentárias no CBOPE), não há contratos/convênios com instituições privadas/filantrópicas de saúde bucal	Conta com bônus de verba por atingir metas previstas na avaliação do PMAQ-CBO; convênio com LRPD; não há contratos/convênios com instituições privadas/filantrópicas de saúde bucal
Resultado das políticas na conformação da RCPD-SB		
Capacidade instalada	Rede básica: equipes de saúde bucal e clínicas odontológicas; Atenção especializada: CBO e CBOPE, Atenção hospitalar: Hospital Geral; Urgência e Emergência: Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	Rede básica: equipes de saúde bucal; Atenção especializada: CBO e Ambulatório Médico de Especialidades; Atenção Hospitalar: Hospital de Base; Urgência e Emergência: UPA
Força de trabalho	Insuficiente	Suficiente
Acesso	Misto (referência ou demanda aberta)	Apenas via referência da APS
Unidades da APS como porta de entrada preferencial do usuário	Nem sempre, depende da localização, pois algumas unidades não possuem ESB	Sim
Integração dos serviços odontológicos	Integrados entre si, mas não integrados à RCPD. Serviços privados de assistência odontológica não foram mencionados na integração da RCPD	Integrados entre si e à RCPD como um todo. Serviços privados de assistência odontológica não foram mencionados na integração da RCPD
Planejamento	Restringe-se ao que o PMAQ-CBO avalia (estrutura física e força de trabalho especializada); Reuniões do Grupo Condutor da RCPD apontou a necessidade de integração da RCPD (protocolos, fluxos comuns, oferta de serviços)	Acompanhamento através das portarias específicas que orientam a estruturação dos CBO; manuais de especialidades; realiza matriciamento com as ESB da AB para instituição de procedimentos operacionais padrão (POPs) e fluxos de encaminhamento comuns
Monitoramento e avaliação	Não realizam. Se restringe apenas à época em que acontece a avaliação do PMAQ-CBO. Ao finalizá-la, as avaliações e monitoramento são encerradas. CBOPE possui um instrumento próprio de monitoramento, mas não é padrão para RCPD-SB e não estava sendo utilizado	Avaliação e monitoramento mensais, em reuniões de equipe: nº restaurações, absenteísmo, total de consultas, tratamento concluído. Instrumento específico criado pela gerência CBO

Nota: Atenção Primária à Saúde (APS); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE); Equipes de Saúde Bucal (ESB); Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD); Pessoa com Deficiência (PD); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); Rede de Atenção à Saúde (RAS).

DISCUSSÃO

As condições que levaram a moldar o subsistema da política pública voltada aos direitos da pessoa com deficiência, foram descritas com auxílio do Modelo da Coalizão de Defesa. Tais condições representam uma base importante para a compreensão dos aspectos externos, relativos ao contexto da realidade brasileira, e dos fatores internos ao subsistema que exerceram influência para a obtenção dos resultados alcançados decorrentes do processo de implementação da RCPD-SB em duas regiões de saúde.

A combinação entre presidencialismo, federalismo e multipartidarismo, tem sido apontada pela literatura como imprudente para assegurar níveis de governabilidade e estabilidade do sistema político. Mas, na América Latina, e especificamente no Brasil, tem sido uma combinação estável e dominante, sob a lógica da formação de coalizões governamentais cujas regras foram consagradas pela Constituição Federal (CF) de 1988, e onde é difícil manter uma democracia presidencialista multipartidária, tendo em vista a extrema fragmentação dos partidos políticos (Power, 2010). Recentemente, em 2016, impasses na condução econômica do país, entre executivo e legislativo, combinado ao caráter extremamente fluído de partidos políticos desprovidos de programa e de disciplina, resultou no imobilismo político da então presidenta eleita, seguida de sua destituição por meio de um golpe jurídico-institucional. A agenda presidencial que vinha sendo sustentada por uma coalização de centro-esquerda, desde 2002, foi abandonada após a ruptura da coalização. Essa agenda impulsionou mudanças, criando condições para a aprovação da PNSB (2004) e da PNPD (2008, relançada em 2015), bem como o Decreto n. 7.508 que estabeleceu a estruturação dos serviços em RAS (Brasil, 2011). Cabe destacar, ainda, que o lançamento do Plano Viver sem Limite (PVSL), em 2011, aprimorou sua estrutura normativa se comprometendo com quatro áreas estratégicas: acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde (Plano Viver sem Limite, 2013).

O federalismo brasileiro está estruturado em três esferas de governo (federal, estadual e municipal) que gozam de autonomia política, administrativa e financeira. Como a gestão e estruturação dos serviços de saúde no âmbito do SUS devem ser compatíveis com essa ordenação institucional, o princípio da regionalização só pode ser realizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados (Dourado & Elias, 2011). Dessa forma, é possível encontrar diferentes composições na estrutura da rede de serviços de saúde, mesmo em regiões que apresentam características socioeconômicas semelhantes, como foi o caso de SJPR e BC para RCPD-SB.

Em ambas as regiões estudadas, a implementação da RCPD-SB ficou sob responsabilidade de cada território loco-regional, cabendo ao nível federal a formulação e pactuação de diretrizes nacionais (Plano Viver sem Limite, portarias específicas com incentivos adicionais à implementação da RCPD-SB), e políticas de indução voltadas à implementação da RCPD-SB.

Apesar de as regiões analisadas serem semelhantes socioeconomicamente e na oferta de serviços, o material reunido mostrou que a implementação produziu resultados distintos, indicando que a implementação está sujeita a um processo de aprendizagem e mudança dependente de uma variedade de aspectos. Essas desigualdades territoriais na provisão dos serviços de saúde são efeitos apontados na literatura sobre federalismo e políticas públicas, pois os constituintes de 1988 optaram pelo formato de competências concorrentes para a maior parte das políticas sociais brasileiras (Arretche, 2004). Outro fator que explica as diferenças encontradas nas regiões, diz respeito a condicionantes de caráter mais local, decorrentes da dinâmica política e particular de cada território como, por exemplo, o predomínio da força de negociação e autonomia de certos municípios (concentrando serviços ou favorecendo uma RAS específica) em detrimento

de um processo de planejamento que favoreça uma perspectiva regional cooperativa de alocação de recursos (Vargas *et al.*, 2014).

A influência de organizações coletivas para mobilizar interesses a seu favor (Acemoglu & Robinson, 2015), auxilia na explicação das especificidades encontradas nas regiões em relação, por exemplo, à porta de entrada preferencial dos usuários pela APS e suficiência de força de trabalho. De modo distinto à região BC, em SJRP havia uma liderança com habilidade para divulgar e elevar a legitimidade social da política pública, como também forte participação do Conselho da Pessoa com Deficiência, o qual possuía um atleta paraolímpico medalhista como membro e participante ativo. Mantendo-se a conexão com outros atores e organizações sociais, esses aspectos podem ser muito importantes na implementação de uma política pública, como a RCPD-SB aqui analisada, pela facilidade com que podem exercer pressão sobre as instituições que definem as “regras do jogo” e exercem poder de júri arbitrando conflitos (Acemoglu & Robinson, 2015) de forma a mobilizar recursos que auxiliem em sua melhor estruturação.

O ACF identifica explicitamente as crenças como motor causal do comportamento político (Weible *et al.*, 2009) e os resultados mostraram divergências nas convicções relacionadas ao núcleo da política pública. O processo de implementação da RCPD-SB em cada região culminou em distintos desenhos. Em uma das regiões não havia consenso na defesa de um arranjo que considerasse as necessidades territoriais e epidemiológicas na formulação de protocolos assistenciais capazes de orientar o acesso referenciado a determinados pontos de atenção da rede de cuidados.

No momento das entrevistas, as políticas que impulsionaram a implementação da RCPD-SB estavam em vigência há vários anos, possibilitando a análise sob a lente do ACF (Sabatier, 1988; Oliveira, 2011). O material reunido mostrou que por trás dessas políticas públicas havia atores e interesses organizados em sua preservação, por meio de redes de sustentação, da criação de compromissos em torno dos arranjos existentes, dos efeitos de aprendizado e coordenação, aspectos que podem gerar, no caso de uma proposta de mudança, um custo muito alto, também conhecido na literatura como dependência de trajetória (Pierson, 2001; Hacker & Pierson, 2010).

Diferenças importantes entre as regiões foram notadas. Do ponto de vista normativo, a região BC aprovou a lei que criou Política Estadual de Saúde Bucal (Lei n. 10.116, 2014). Entretanto, do ponto de vista estrutural, a vinculação obrigatória de uma ESB para cada ESF ainda não era uma completa realidade na região, e o ingresso por livre demanda predominava como estratégia de acesso à atenção especializada. Tal aspecto era compatível com a crença de que a rede de saúde bucal poderia ser mais ou menos acessível, a depender do interesse político de cada momento e não como parte do direito do cidadão aos cuidados de saúde e da obrigação dos entes estatais presentes no território. Ao contrário da região SJRP, essa característica do subsistema da política pública na região BC poderá inibir o desenvolvimento de uma atenção básica mais robusta e abrangente, reforçar o isolamento das ações especializadas destinadas à PcD, colocando em risco a implementação da PNSB que preconiza a estruturação da rede assistencial de saúde bucal a partir da APS como coordenadora, com níveis de complexidade crescente, visando à integralidade do cuidado.

A alteração da PNAB, aprovada em 2017, ao recomendar a cobertura de 100% da população apenas para áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, enfraqueceu o caráter universalista do SUS. Os princípios da ESF perderam centralidade na estruturação dos cuidados que serão ofertados na APS, facilitando a alteração da composição de equipes e carga horária que remetem à antiga “atenção básica tradicional”. Ao racionalizar recursos e introduzir a lógica gerencialista, abriu-se espaço para que o Estado transfira parte de suas funções e recursos ao setor privado (Morosini, Fonseca, & Baptista, 2020). Nessas iniciativas de contrarreforma por dentro do SUS, subjaz a transição de um modelo social-democrata (universalista) para um modelo liberal, que estaria voltado apenas para os comprovadamente pobres (Esping-Andersen, 1991), cabendo, ao restante da população, recorrer (ou não) aos serviços privados para satisfação de suas necessidades conforme sua capacidade de pagamento.

A vitória eleitoral de uma agenda presidencial de extrema-direita (2018) trouxe – como solução para o enfrentamento da crise econômica do país – propostas de redução do tamanho do Estado (privatizações de empresas estatais, retração do orçamento para políticas sociais etc.). A presença de uma primeira-dama que fala a língua de sinais poderia ter contribuído para a qualificação da RCPD, entretanto, sua atuação tem cumprido mais um papel decorativo, na medida em que não se opõe às ações que prejudicam a construção da PNPD, por exemplo, o Projeto de Lei n. 6.159/2019, que flexibiliza as exigências para contratação de PcD por empresas.

A universalização do voto no Brasil atrelada a um calendário de eleições periódicas, são estratégias importantes que podem auxiliar a população a pressionar mudanças a seu favor, em detrimento de grupos de interesse. No entanto, não são as eleições que afetam as desigualdades (territoriais, sociais), mas sim, as políticas públicas instituídas. Eleições são importantes, mas o eleitor não dispõe de informação para afetar o desenho das políticas e fica sujeito aos formuladores de políticas e aos grupos de interesses que exercem pressão. Somente a partir de cuidadosa atenção à política e ao processo pelo qual ela é feita, é que podemos entender como o poder dos interesses organizados é exercido e condicionado, por meio da indicação das forças que impulsionam as mudanças (Hacker & Pierson, 2010). Tais aspectos podem auxiliar na compreensão das diferenças encontradas nas regiões de estudo, além de indicar a força que determinados grupos organizados (movimento da pessoa com deficiência, complexo financeiro da saúde, coalizões político-eleitorais) exercem nas arenas decisórias relacionadas ao processo de implementação da RCPD-SB.

O impasse decorrente de divergências nas convicções correspondentes ao núcleo da política pública (coalizões A e B), de um lado afeta a densidade, a capacidade de obtenção de adesão e a estratégia da coalizão para chegar a acordos; e de outro, aponta a necessidade de se estabelecer uma mediação que resulte em um acordo negociado, orientado pelo subsistema que influencia a implementação da RCPD-SB. A literatura destaca condições que podem atuar a favor do desenvolvimento do subsistema da política pública, dentre as quais, liderança eficaz, regras de decisão baseadas em consenso, financiamento diversificado e duração do processo e compromisso dos membros (Weible *et al.*, 2009). Esse impasse, frente às ameaças que uma agenda – conservadora no plano político e ultraliberal no plano econômico – representa para a implementação da RCPD, deixa uma das regiões mais vulnerável às contrarreformas.

O uso do Modelo da Coalizão de Defesa para estudo de políticas públicas voltadas para pessoa com deficiência, é um aspecto positivo e inovador deste trabalho. Apesar de sujeitos-chave terem sido entrevistados, novas rodadas de entrevistas poderiam oferecer informações para explorar as crenças e convicções por trás das coalizões que representavam o núcleo duro do subsistema da política e complementar os resultados aqui apresentados. Examinar aspectos como o papel do Estado na provisão e na estruturação da assistência pública odontológica para as pessoas com deficiência, a contribuição das entidades e organizações da sociedade civil nessa área e a participação social no controle das ações e dos programas, poderia alargar a compreensão sobre a sustentação do subsistema da política pública sob o enfoque do ACF e ampliar os debates setorial e intersetorial em relação aos pontos críticos que desafiam a estruturação das redes de atenção à saúde. Embora os achados do estudo de caso não sejam generalizáveis no sentido convencional, eles podem ajudar a compreender como o subsistema da política pública voltada à pessoa com deficiência está sendo implementado em nível loco-regional e subsidiar o planejamento de novos estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo por referência o Modelo da Coalizão de Defesa, observou-se que a implementação da RCPD ocorreu a partir da ascensão de uma coalizão de centro-esquerda no governo federal, que deu sustentação à formulação e aprovação de políticas públicas, como a PNSB e a PNPD, que criaram incentivos e condições para a organização e integração de serviços e cuidados à saúde em nível loco-regional destinados à PcD. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases da democracia capitalista multipartidária, do federalismo

e do direito universal à saúde no país, além de definir as características do contexto institucional mais amplo que propiciou o florescimento do subsistema de política pública investigado. Apesar das semelhanças socioeconômicas e na oferta de serviços, e dos aspectos externos comuns que moldaram o subsistema da política pública de ambas as regiões, a estruturação da RCPD-SB apresentou trajetórias distintas, mostrando que a implementação está sujeita a um processo de aprendizagem e mudança dependente de uma variedade de condicionantes cognitivos e não cognitivos. Em relação aos primeiros, SJRP apresentou uma coalizão de defesa da política pública alinhada ao conteúdo normativo da PNPD e da implementação da RCPD. Em relação aos aspectos não cognitivos, observou-se integração entre serviços de diferentes níveis assistenciais e melhor estruturação em relação aos recursos (financeiros e de força de trabalho) e às políticas intra e intersecretoriais que compunham transversalmente essa rede. A BC apresentou coalizões divergentes que defendiam estratégias opostas ao modelo de acesso aos serviços para PcD. Verificou-se serviços odontológicos integrados entre si, mas não com a RCPD como um todo, e também dupla porta de entrada para a assistência odontológica à PcD, descaracterizando a APS como estratégia central de coordenação e acesso. Nessa região, a divergência observada enfraquecia o conteúdo normativo do núcleo da política pública colocando em risco o futuro do processo de implementação da RCPD. Em SJRP, os condicionantes cognitivos caminharam consoante o conteúdo normativo que orienta a implementação da RCPD e às políticas que lhe dão sustentação (PNPD e PNSB), confirmando a importância do aprendizado orientado à política pública.

REFERÊNCIAS

- Acemoglu, D., Robinson, J. A. (2015). *The Rise and Decline of General Laws of Capitalism*. *Journal of Economic Perspectives*, 29(1), 3-28. doi: 10.1257/jep.29.1.3.
- Arretche, M. (2004). Federalismo e Políticas Sociais no Brasil – problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 17-26. doi: 0.1590/S0102-88392004000200003.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L.A. Reto, A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Brasil. (1989). Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Brasil. (2011). Decreto n. 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*. Brasília, DF.
- Brasil. (2012a). 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 União*. Brasília, DF.
- Brasil. (2012b). Portaria n. 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Brasil. (2014). Lei n. 10.116, de 11 de junho de 2014. Cria a Política Estadual de Saúde Bucal e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*. Cuiabá, MT.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência*. Brasília, DF.
- Capelari, M. G. M., Araújo, S. M. V. G., Calmon, P. C. D. P. (2015). *Advocacy Coalition Framework: Um Balanço Das Pesquisas Nacionais*. *Administração Pública e Gestão Social*, 7(2), 91-99. doi: 10.21118/apgs.v7i2.4637.
- Condessa, A. M., Lucena, E. H. G., Figueiredo, N., Goes, P. S. A., Hilgert, J. B. (2020). Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(5). doi: 10.1590/S1679-49742020000500001.

- Dias, T. E. C., Friche, A. A. L., Lemos, S. M. A. (2019). Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *CoDAS*, 31(5). doi: 10.1590/2317-1782/20192018102.
- Dourado, D. A., Elias, P. E. M. (2011). Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 204-11. doi: 10.1590/S0034-89102011000100023.
- Esping-Andersen G. (1991). As três economias políticas do *welfare state*. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 24, 85-116. doi: 10.1590/S0102-64451991000200006.
- Hacker, J. S., Pierson, P. (2010). *Winner-Take-all Politics: Public Policy, Political Organization, and the Precipitous Rise of Top Incomes in the United States*. *Politics & Society*, 38(2), 152-204. doi: 10.1177/0032329210365042.
- Lima, L. L., D'Ascenzi, L. (2014). Estrutura Normativa e Implementação de Políticas Públicas. In: Madeira LM. *Avaliação de políticas públicas*. Porto Alegre: UFRGS/Cegov.
- Ma, J., Lemos, M. A. C., Vieira, D. M. (2020). *How is the Advocacy Coalition Framework Doing? Some Issues since the 2014 Agenda*. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 32, 7-42. doi: 10.1590/0103-335220203201.
- Maciel, F. J., Friche, A. A. L., Januário, G. C., Santos, M. F. N., Reis, R. A., Neto, R. O., Lemos, S. M. A. Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. (2020). *CoDAS*, 32(3). doi: 10.1590/2317-1782/20202018104.
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., Baptista, T. W. F. (2020). Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9). doi: 10.1590/0102-311x00040220.
- Mota, P. H. S., Bousquat, A. (2021). Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde debate*, 45(130). doi: 10.1590/0103-1104202113021.
- Oliveira, A. P. B. V. (2011). *As mudanças na política de saneamento em Belo Horizonte no período 1993-2004: uma análise a partir do Modelo de Coalizão de Defesa*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Pereira, J. A., Saraiva, J. M. (2017). Trajetória histórico-social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. *SER Social*, 19(40), 168-185. doi: 10.26512/ser_social.v19i40.14677.
- Pierson, P. (2001). Coping with Permanent Austerity: welfare state restructuring in affluent democracies. In P. Pierson. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Power, T. J. (2010). *Optimism, Pessimism, and Coalitional Presidentialism: Debating the Institutional Design of Brazilian Democracy*. *Bulletin of Latin American Research*, 29, 18-33. doi: 10.1111/j.1470-9856.2009.00304.x.
- Ribeiro, K. S. Q. S., Barroso, R. B., Ramos, B. G., Ferrari, F. P., Saldanha, J. H. S. (2021). Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 25. doi: 10.1590/interface.200767.
- Rua, M. G. (1997). *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Brasília: ENAP.
- Sabatier, P. A. (1988). "An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein". *Policy Sciences*, 21, 129-168. doi.org/10.1007/BF00136406.
- Silva, F. S. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6), 2753-2762. doi: 10.1590/S1413-81232011000600014.
- Vargas, L., Mogollón-Perez, A. S., Unger, J. P., da Silva, M. R. F., De Paepe, P., Vázquez, M. L. (2014). *Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice*. *Health Policy and Planning*, 30, 705-717. doi: 10.1093/heapol/czu048.
- Viana, A. L. D., Bousquat, A., Pereira, A. P. C. M., Uchimura, L. Y. T., Albuquerque, M. V., Mota P. H. S., Demarzo, M. M. P., Ferreira, M. P. (2015). Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 413-422. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.30112019.
- Viver Sem Limite. (2013). *Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. (Elaborado pela Secretaria de Direitos Humanos e Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Aprovado pela Presidência da República). Brasília, DF.

- Weible, C. M., Sabatier, P. A., McQueen, K. (2009). *Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework*. *The Policy Studies Journal*, 37(1). doi: 10.1111/j.1541-0072.2008.00299.x.
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability*. Recuperado de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2 ed.). Porto Alegre: Bookman.

4.2 ARTIGO 2

Manuscrito aceito para publicação na Revista de Saúde Pública, em 22/3/2023
(ID RSP-2023-5318.R1).

Assistência odontológica à pessoa com deficiência: discricionariedade na linha de frente

Autores: Joana Danielle Brandão Carneiro, Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira, Aylene Bousquat e Paulo Frazão

RESUMO

Objetivou-se descrever a influência da discricionariedade dos profissionais e organizações da linha de frente na implementação de diferentes formas de acesso à assistência odontológica especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Estudo de caso, em duas regiões de saúde brasileiras cujo acesso à assistência odontológica especializada era distinto, com análise documental e entrevista com atores-chave, entre julho a dezembro de 2019. Na região com acesso referenciado, observou-se que a APS tinha centralidade do cuidado e o planejamento/avaliação faziam parte da rotina institucional dos serviços; na região cujo agendamento era possível por demanda espontânea, notou-se trocas episódicas de informação entre as unidades de APS e as especializadas, o papel de coordenação do cuidado não era um atributo das equipes de APS e as atividades de planejamento/avaliação não estavam incorporadas à rotina das organizações. A implementação da política de assistência odontológica especializada à pessoa com deficiência se mostrou dependente da coordenação da APS e da condução de atividades de planejamento/avaliação voltadas à construção de uma rede de cuidados integrada e sujeita ao poder discricionário dos profissionais e das organizações da linha de frente, sugerindo que o ambiente relacional e institucional joga um papel importante no processo de implementação de políticas públicas em um sistema descentralizado e regionalizado de saúde.

Palavras-chaves: políticas públicas; implementação; assistência odontológica; pessoas com deficiência.

ABSTRACT

The aim was to describe the influence of the discretion of frontline professionals and organizations in the implementation of different forms of access to specialized dental care in the Care Network for Persons with Disabilities. Case study, in two Brazilian health regions where access to specialized dental care was different, with document analysis and interviews with key actors, between July and December 2019. In the region with referenced access, it was observed that PHC had centrality of care and planning/evaluation were part of the institutional routine of services; in the region where scheduling was possible by spontaneous demand, episodic exchanges of information between PHC and specialized units were noted, the role of care coordination was not an attribute of the PHC teams, and planning/evaluation activities were not incorporated to the routine of organizations. The implementation of the specialized dental care policy for people with disabilities proved to be dependent on the coordination of the PHC and the conduction of planning/evaluation activities aimed at building an integrated care network and subject to the discretionary power of professionals and of frontline organizations, suggesting that the relational and institutional environment plays an important role in the process of implementing public policies in a decentralized and regionalized health system.

Keywords: public policies; Implementation; dental care; disabled persons.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos ganharam impulso diferentes estratégias de descentralização e regionalização de serviços de saúde¹. A implementação de políticas de saúde passou a depender de diferentes organizações e uma infinidade de acordos público-privados em nível local. Neste contexto, a discricionariedade enquanto conceito-chave da teoria da burocracia de nível de rua² passou a ser investigada a partir de diferentes dimensões que orientam a tomada de decisão, desde valores éticos, regras e dispositivos normativos, até aspectos profissionais e organizacionais que vão se manifestar nos papéis esperados das organizações e profissionais da linha de frente³.

As formas pelas quais organizações/profissionais da linha de frente proporcionam benefícios e sanções contribuem para estruturar e delimitar a vida das pessoas ampliando ou restringindo oportunidades. Como prestadores de

serviços de utilidade pública e operadores da política pública, os profissionais da linha de frente, e as organizações que têm seus custos operacionais a eles dependentes, podem ser foco de tensões entre as demandas dos destinatários dos serviços, que querem maior efetividade e responsividade, e as demandas de cidadãos, cobrando mais eficácia e eficiência das organizações responsáveis pela oferta dos serviços públicos².

A discricionariedade dos agentes no processo de implementação de uma determinada política pública pode ser mais ampla ou restrita conforme o grau de estruturação/detalhamento da política e a abrangência/ambiguidade das regras mantidas pelas organizações onde eles operam⁴. Enquanto o exercício da discricionariedade em sua dimensão política pode enfraquecer/fortalecer o interesse geral e a legitimidade do programa, a discricionariedade administrativa é vista como uma gama de escolhas dentro de um conjunto de parâmetros que se manifestam na forma de regras organizacionais. Organizações/profissionais usam sua discricionariedade para fazer arranjos, que mesclam diferentes dimensões voltadas à obtenção de resultados política e socialmente desejados, em uma direção legitimamente definida que podem explicar diferenças na linha de frente da implementação da política pública³. Estes arranjos não decorrem só da interação pessoa a pessoa, mas podem ser resultado da interação de uma rede de diferentes profissionais e organizações da linha de frente que atuam isolada ou colaborativamente⁵.

Na literatura brasileira, trabalhos que incorporem modelos analíticos de implementação de políticas de saúde e burocracia de nível de rua são escassos. Há estudos que analisam o poder discricionário de agentes comunitários de saúde na implementação de ações da política de atenção básica⁶ e a atuação de burocratas de nível de rua na implementação da política de fluoretação das águas de abastecimento público em pequenos municípios brasileiros⁷. Estudos sobre a discricionariedade da burocracia do nível de rua na implementação de políticas de redes de atenção à saúde (RAS) são pouco explorados, sendo oportuna a investigação do acesso à assistência odontológica especializada no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. O acesso pode ser definido pelas diferentes estratégias adotadas pelas organizações para que os usuários consigam utilizar os serviços de que necessitam⁸.

Na primeira década do século XXI, a aprovação da Política Nacional da Pessoa com Deficiência (PNPD) e da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil impulsionaram a articulação da estrutura de cuidados odontológicos básicos, por meio de equipes de saúde bucal na rede de atenção primária à saúde (APS); e especializados, por meio de centros de especialidades odontológicas (CEO) a fim de oferecer tratamentos ambulatoriais mais complexos a todos que deles precisarem, incluindo as pessoas com deficiência (PcD)⁹.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), criada no SUS em 2012, suscita a articulação interfederativa a fim de promover o acesso das PcD aos diferentes tipos de tratamentos especializados, mediante pactuações e governança regionais onde participam dirigentes de estados/municípios de uma determinada região de saúde. A garantia do direito ao tratamento odontológico e ao cuidado integral não é tarefa simples e cobra uma articulação virtuosa entre os diferentes pontos de atenção da RCPD⁹, na qual deveria se destacar a APS como coordenadora dos cuidados à saúde⁸.

Estudo abrangendo 930 CEO, mostrou que 85% estavam sob gestão municipal e 10% não ofereciam atendimento à PcD, apesar de obrigatório. O acesso do usuário era referenciado pela APS em pouco mais da metade das unidades especializadas. Uma proporção expressiva (42,7%) possibilitava o agendamento por meio da demanda espontânea¹⁰, mas nenhum estudo investigou esta situação contrastante. Pode-se admitir que a implementação desta política pública depende de como organizações/profissionais da linha de frente atuam. Produzir informação científica sobre a interface entre os serviços de APS e especializados voltados à PcD pode ajudar na compreensão dos avanços e dos gargalos para a construção das redes integradas de saúde.

O objetivo deste trabalho foi descrever a atuação dos profissionais e das organizações da linha de frente em relação à APS e às atividades de planejamento/avaliação a fim de compreender o exercício da discricionariedade na implementação de diferentes formas de acesso à assistência odontológica especializada na RCPD em duas regiões de saúde brasileiras.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de caso¹¹ em duas regiões cujo acesso à assistência odontológica especializada era distinto. As regiões foram selecionadas com base em dados documentais e de entrevistas obtidos num estudo mais amplo¹ aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública-USP, nº 3.441.243.

O acesso à assistência especializada era referenciado na região de saúde São José do Rio Preto (SJRP), identificada daqui em diante como região A, enquanto na região Salvador (região B) era misto, ou seja, importante proporção dos usuários acessava livremente a unidade especializada sem necessidade de um encaminhamento/referência formal, sujeitando-se a regras próprias da unidade especializada.

As duas regiões foram selecionadas intencionalmente porque ambas tinham características socioeconômicas e de oferta de serviços semelhantes, em tipologia realizada por Viana *et al.*¹² foram classificadas como regiões com alta situação socioeconômica e alta oferta e complexidade dos serviços da saúde. Além do mais, elas contavam com a presença de centros especializados de reabilitação (CER), centro de especialidades odontológicas (CEO), serviços municipais e/ou filantrópicos de especialidades com ações de reabilitação ao usuário (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Associação de Assistência à Criança Deficiente, organizações não governamentais), e de instituições formadoras (universidades, faculdades e cursos de residências médica e/ou multiprofissional).

A coleta de dados ocorreu entre julho e dezembro de 2019, com profissionais previamente treinados. Concordaram em participar da pesquisa cinco unidades que prestavam assistência odontológica especializada às PcD e quatro unidades da APS sob gestão municipal das duas regiões. Das cinco unidades especializadas, quatro estavam sob gestão municipal (uma na região A e três na região B), e uma sob gestão estadual (região B). Foram entrevistados nove profissionais da linha de frente, representados neste estudo pelos gerentes, considerados atores-chaves dentro das organizações. Quando a unidade não

¹ 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).

possuía gerente, o informante-chave foi o cirurgião-dentista responsável pelo atendimento à PcD.

Instrumentos estruturados (questionários) e semiestruturados (roteiros) foram utilizados para a coleta dos dados. Neste estudo foram analisadas as respostas dos entrevistados relativas à frequência de acesso da PcD às unidades especializadas via APS, aos critérios de priorização que eram adotados; às dificuldades para que a APS fosse a principal porta de acesso aos serviços; às iniciativas da APS para exercer a coordenação do cuidado; e ao uso de instrumentos de monitoramento/avaliação, sua frequência e os atores participantes.

Relatórios técnicos e atas de reuniões colegiadas que continham conteúdo relativo à implementação da RCPD no nível loco-regional, abrangendo eventos de 1988 a 2019 foram examinados, buscando-se identificar dispositivos normativos e aspectos ligados à organização da APS e das atividades de planejamento/avaliação. Para isso, foram consultados decretos, leis e portarias relacionados ao tema nos sites institucionais das regiões (Secretarias Municipais e Estaduais, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão); relatórios técnicos produzidos no âmbito das regiões de saúde e atas de reuniões de Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regional (CIR), disponibilizadas publicamente ou pelos técnicos dos serviços. A seleção dos trechos dos documentos se deu a partir de palavras-chaves que identificassem núcleos de sentido¹³ relacionados às seguintes categorias: tipo de acesso, atributo da APS relativo à coordenação do cuidado; planejamento, avaliação e monitoramento. O acesso diz respeito às estratégias adotadas para que os usuários consigam utilizar os serviços de que necessitam. A coordenação do cuidado refere-se à condução clínica dos casos por meio da articulação entre as ações e serviços oferecidos por diferentes unidades da rede de atenção para responder às necessidades de saúde dos usuários visando a reorientação do modelo assistencial. O planejamento, monitoramento e avaliação dizem respeito aos instrumentos e indicadores específicos que orientam o processo de trabalho dos profissionais da linha de frente, bem como a qualidade das ações ofertadas⁸.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados segundo as categorias temáticas e a região. Os Quadros 1, 2 e 3 apresentam trechos das entrevistas agrupados nas categorias “acesso à assistência odontológica especializada para a PcD”, “APS como coordenadora dos cuidados”, “planejamento, avaliação e monitoramento”, respectivamente. O Quadro 4 apresenta a síntese dos resultados, por categoria temática, nas regiões A e B. Os entrevistados foram identificados como ER₁ a ER₃ para a região A, e ER₄ a ER₉ para a região B.

As discussões entre diferentes níveis de governo no espaço da CIB, sobre gestão e organização da RCPD tiveram início no final de 2011 na região A, enquanto na região B, entraram na pauta somente a partir de 2013. Na região A, onde o acesso à assistência odontológica especializada ocorria apenas por meio de um pedido formal expedido por uma unidade da rede de serviços, observou-se que esta referência acontecia quando o cirurgião-dentista da APS considerava não dispor das condições necessárias para prover o tratamento adequado. Assim ocorria também na região B, onde o acesso era por demanda espontânea e referenciada. Neste tipo misto, o usuário podia ingressar livremente, sem necessidade de um pedido formal e de acordo com as regras próprias da unidade especializada.

Para acessar outros serviços especializados em reabilitação que compunham a RCPD (CER, AME), a UBS era a porta preferencial de acesso na região A, cabendo-lhe a referência de usuários aos serviços especializados. O acesso às unidades especializadas localizadas no município pelo se dava via APS, obrigatoriamente. Casos que não obedecessem a este critério eram acolhidos para orientação e redirecionados para a APS.

Trechos de documentos mostraram que a necessidade de garantir a acessibilidade da RCPD era um tema recorrente nas reuniões da Comissão Intersetorial de Atenção à Pessoa com Deficiência, na região A. Este esforço significava maior disponibilidade de transporte sanitário e oferta de auxílio para uso de ônibus de linha comum.

Na região B, havia unidades especializadas de assistência odontológica administradas pelas esferas estadual e municipal. Observou-se que os profissionais vinculados à unidade estadual não se comunicavam nem interagiam com os dentistas da rede municipal que atuavam nas unidades de

APS e nas especializadas. Na prática, aquele serviço possuía uma porta de entrada que seguia regras próprias pré-estabelecidas. Por outro lado, na região A, foi reconhecida a importância do trabalho em rede para qualificar a assistência à PcD e, conseqüentemente, a RCPD (Quadro 1).

O custo dos meios de transporte, na região B, e a maneira como PcD auditiva eram recebidas nas unidades especializadas da região A foram identificados como possíveis barreiras de acesso aos serviços. O município polo da região A ofertava uma profissional intérprete da Língua Brasileira de Sinais (Libras), que atuava como tradutora durante a consulta odontológica especializada, mediante agendamento prévio.

Identificou-se que as UBS não eram a porta preferencial de acesso aos serviços de saúde para o usuário na região B. Seu papel como coordenadora dos cuidados mostrava-se fragilizado, em decorrência da baixo potencial de cobertura populacional e da fragmentação da atenção, apontando para o enorme desafio de integrar a APS com os serviços especializados. Em reuniões de CIB, foram propostas estratégias para elaboração do Plano Estadual, como estabelecimento de linhas de cuidado, ordenamento do fluxo, cadastramento de equipes de saúde da família com saúde bucal e expansão da APS. Entretanto, não foram observadas mudanças na linha de frente. A contrarreferência dos usuários à APS, pelos profissionais das unidades especializadas da região B também não acontecia (Quadro 2).

Na região A, a APS era central no cuidado, sendo a principal responsável pela assistência às PcD. Os profissionais participavam de matriciamento sobre o tema, ofertavam ações de reabilitação e conseguiam agendar, em tempo hábil, consultas em reabilitação para os usuários encaminhados. A agenda de matriciamento do CEO com a APS era planejada anualmente em reunião de equipe. As UBS que possuíam equipes de saúde bucal, em ambas as regiões, realizavam atendimento às PcD. Aos CEO eram encaminhados os casos mais complexos, como os de usuários não colaborativos com necessidade de contenção ou de uma intervenção mais individualizada.

O planejamento, avaliação e monitoramento das ações não faziam parte da rotina institucional dos serviços na região B. Como consequência, o processo de trabalho não era monitorado nem orientado por critérios previamente estabelecidos. Somente alguns serviços realizavam reuniões periódicas de

equipes e monitoramento de indicadores. Cabe destacar que o Plano Estadual da RCPD previa como diretriz para qualificação da gestão, a produção, acompanhamento e monitoramento das informações, além da qualificação profissional (Quadro 3).

Na região A, o planejamento, avaliação e monitoramento eram parte da rotina institucional dos serviços e alguns gestores (como a gerente do CEO) desenvolveram instrumento próprio para avaliação e monitoramento de indicadores específicos relacionados entre outros, à satisfação do usuário, ao número de procedimentos dentários restauradores, proporção de absenteísmo, porcentagem de tratamento concluídos, número de exodontias, quantidade de PcD atendidas em todas as especialidades. As reuniões do Grupo Condutor da RCPD também reconheciam a importância, tanto da avaliação e monitoramento das ações para consolidação da RCPD, através do diagnóstico situacional (quantidade de PcD, principais demandas de saúde, elaboração do plano regional), quanto do papel da gerência no uso dos instrumentos de monitoramento das ações e promoção do compartilhamento das informações em reunião com toda a equipe.

Quadro 1. Relatos dos entrevistados agrupados na categoria “acesso à assistência odontológica especializada para a PcD” para as regiões A (acesso referenciado) e B (acesso misto).

REGIÃO A	REGIÃO B
<p>“a UBS é a porta de entrada preferencial na região” (E_{R1}).</p> <p>“Eu acho que se a gente tem um CEO que funciona hoje é porque a gente tem uma atenção básica que começou a trabalhar direito, está funcionando. Senão você não organiza CEO se a atenção básica não encaminhar direito, protocolo.” (E_{R2})</p> <p>“nós temos que trabalhar em rede, CEO, atenção básica, especializada, só assim vai funcionar” (E_{R3}).</p>	<p>“a porta de entrada é através de encaminhamento da UBS. Eles vão pra UBS, ou PA, ou UPA, ou ESF (quando coberto) e, caso o dentista não faça o atendimento, eles fazem um documento encaminhando o paciente para ser atendido no CEO” (E_{R4}).</p> <p>“então, os pacientes já sabem que chegando aqui, com sua carteirinha do seu instituto onde ele é acompanhado, com seu relatório médico informando que é um portador de necessidades especiais, que ele vai ser atendido aqui, sem precisar de um encaminhamento” (E_{R5}).</p> <p>“para ele entrar na unidade, ele passa pelo GO [grupo de orientação], que vai dizer se é perfil ou não, ele entra e aqui dentro ele passa por um grupo de profissionais que o avalia e vê a necessidade real do usuário e pode colocá-lo como prioritário ou não” (E_{R6}).</p>

Elaborado pelos autores.

Quadro 2. Relatos dos entrevistados agrupados na categoria “APS como coordenadora dos cuidados” para as regiões A (acesso referenciado) e B (acesso misto).

REGIÃO A	REGIÃO B
<p><i>“a gente dá apoio matricial para a atenção básica, fazemos capacitações quatro vezes por ano. E isso é pactuado com a atenção básica,” (E_{R2}).</i></p>	<p><i>“a atenção básica [referindo-se à região B] está bastante fragmentada, tanto é que cada dia aumenta mais o meu número de diabéticos, acho que isso é um sinal grande da falha da atenção básica” (E_{R7}).</i></p> <p><i>“cobertura ela [APS] não tem no Salvador todo, em torno de 30% [...] a gente queria muito que existisse a cobertura da atenção primária que acho que resolveria muitos problemas nossos se a gente conseguisse uma cobertura maior” (E_{R8}).</i></p> <p><i>“os especiais [PcD], não. Eu resolvo tudo aqui. Eu nem devolvo, apenas os pacientes que não são especiais [PcD] que, agora, tão retornando para UBS” (E_{R8}).</i></p>

Elaborado pelos autores.

Quadro 3. Relatos dos entrevistados agrupados na categoria “planejamento, avaliação e monitoramento” para as regiões A (acesso referenciado) e B (acesso misto).

REGIÃO A	REGIÃO B
<p>“se você não conhece portaria, você não sabe como fazer o CEO funcionar. E tem portaria para tudo. É ridícula a produção que o Ministério exige, e tem município que não dá conta. Então é uma questão de conhecer portaria e falar: ‘agora vocês vão ter que fazer!’” (ER2).</p> <p>“eu li a portaria, li com eles, discuti nas reuniões de equipe, levei as portarias, e eu acho que isso é importante, passei as portarias para eles se apropriarem” (ER2).</p>	<p>“não existe planejamento de ação” (ER9).</p> <p>“pelo menos a cada 2 meses [realizam reunião de equipe], por conta da carga horária dos profissionais (a equipe toda)” (ER8).</p> <p>“a gente atende paciente, mas não tem meta. Normalmente o CEO tipo III faz 190 procedimentos básicos que é do PNE, da qual, pelo menos, 50% têm que ser procedimentos restauradores” (ER8).</p>

Elaborado pelos autores.

Quadro 4. Síntese dos resultados segundo as categorias temáticas. RCPD-SB, em duas regiões de saúde brasileiras, 2019.

ORGANIZAÇÃO DA RCPD-SB		
Categorias temáticas	Região A	Região B
Acesso	Apenas via referência da APS.	Referenciado pela APS ou outro serviço especializado ou livre demanda.
APS na coordenação dos cuidados	Sim. Realizavam matriciamento sobre o tema (RCPD), estabeleciam linhas de cuidado, ofertavam ações de reabilitação e conseguiam agendar em tempo oportuno consultas em reabilitação para usuários encaminhados.	Não coordenava, especialmente pela baixa cobertura populacional. A contrarreferência dos CEO para APS não acontecia.
Planejamento, monitoramento e avaliação	Avaliação e monitoramento mensais, em reuniões de equipe, com uso de indicadores e instrumento específico criado pela gerência CEO. Grupo condutor constituía dispositivo para compartilhamento de informações e deliberações.	Não fazia parte da rotina institucional dos serviços da RCPD-SB. Cada serviço definia seu processo de trabalho e nem sempre seguiam os padrões estabelecidos em portarias e políticas ministeriais. Ausência de espaço para compartilhamento das informações.

Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Neste estudo de caso, descreveu-se a atuação dos profissionais e das organizações da linha de frente a fim de compreender o exercício da discricionariedade na implementação de diferentes formas de acesso à assistência odontológica especializada na RCPD em duas regiões de saúde brasileiras.

Os achados evidenciaram distintas características em relação à APS, às atividades de planejamento e avaliação e à estratégia de acesso adotada. Na região A, onde o acesso era referenciado, observou-se que a APS tinha papel de coordenação do cuidado e o planejamento/avaliação faziam parte da rotina institucional dos serviços. Na região B, de acesso misto, notou-se que a troca de informação entre as unidades de APS e as unidades especializadas era esporádica e que o papel de coordenação do cuidado não era um atributo das equipes de APS. Nesta região, as atividades de planejamento/avaliação não estavam incorporadas à rotina das organizações, conforme orienta a PNSB, pois cada serviço decidia, através dos seus implementadores, se as realizava ou não.

Com isso, o exercício da discricionariedade na forma pela qual o acesso do usuário era regulado em cada região estava estreitamente relacionado ao papel da APS na rede assistencial e às características das unidades especializadas quanto às atividades de planejamento/avaliação. Os distintos resultados de implementação encontrados neste estudo de caso confirmaram a ideia de que a implementação efetiva é sempre realizada com base nas referências que os implementadores de fato adotam para desempenhar suas funções, e corroboram a noção de que o exercício da discricionariedade encerra diferentes dimensões voltadas à obtenção de resultados política e socialmente desejados, em uma direção legitimamente definida conforme o ambiente relacional e institucional presente no contexto loco-regional, sobressaindo-se tanto a dimensão administrativa quanto a dimensão política³.

A discricionariedade administrativa é entendida como o uso de estratégias para introduzir mudanças procedimentais³. Neste estudo de caso, diz respeito ao uso de canais de comunicação e fluxos compartilhados com auxílio de protocolos e outros instrumentos comuns, a fim de promover a articulação entre as unidades de APS e os serviços odontológicos especializados com vistas a obter níveis crescentes de integralidade do cuidado. Inclui também a decisão de

criar espaços de planejamento e avaliação compartilhados entre gerentes de diferentes programas e serviços mantidos dentro de uma mesma organização, ou envolvendo diferentes unidades de igual ou de distinta densidade tecnológica, uma vez que o uso da ação discricionária dos atores públicos requer o desenvolvimento de habilidades de governança³. Na região A, a implementação de protocolos e fluxos comuns a toda a rede foi uma característica que auxiliou na articulação das organizações de nível primário e especializado permitindo a adoção do acesso referenciado pelos serviços odontológicos especializados.

A dimensão política diz respeito aos valores e aos referenciais em jogo na interação dos atores e a competência de combiná-los durante o exercício de poder para torná-los funcionais à obtenção dos fins desejados³. Embora seja possível identificar um componente relacionado à trajetória individual dos atores, estes referenciais não são apenas produzidos por escolhas individuais, mas sim engendrados pelas influências derivadas das relações estabelecidas no curso da implementação em contextos institucionais e relacionais específicos¹, nos quais a colaboração entre as partes interessadas pode encurtar o caminho para o alcance dos desfechos pretendidos¹⁴.

Na região A, uma política de interesse geral relacionada à construção de uma rede de cuidados integrados de saúde estava em curso, sendo mencionada tanto pelos entrevistados das unidades de APS quanto das unidades especializadas. Por outro lado, na região B, essa construção não pertencia à perspectiva dos atores. O material obtido mostrou que a comunicação e a interação entre os profissionais destas unidades não eram recursos estruturantes das ações de cuidado. Neste ambiente relacional, as unidades operavam numa lógica de prestação de serviços básicos e especializados de forma isolada e fragmentada.

Após a aprovação das diretrizes da PNSB, em 2004, mais de mil CEO foram criados no Brasil para possibilitar o acesso referenciado das PcD e da população, em geral, a cuidados complexos, atendendo ao princípio da integralidade¹⁵. No que pese a estratégia por livre demanda ser considerada negativa como forma de acesso ao serviço especializado dentro de uma rede de atenção voltada à produção de cuidados integrados, ela pode ser interpretada positivamente pelo usuário que não precisa recorrer à unidade de APS nas consultas subsequentes. Num contexto relacional e institucional onde as

unidades não operam de forma colaborativa, nem estabelecem compromissos recíprocos, onde práticas fragmentadas predominam, recorrer a outra unidade pode gerar custos, incerteza e estresse para o usuário. Do ponto de vista da política pública sob análise, gera distorções na implementação dos CEO, criando condições para que sua operação passe a responder a lógicas de “guichê” voltadas à obtenção de resultados política e socialmente desejados, relacionados a interesses específicos de curto prazo que podem ensejar uma perspectiva clientelística¹⁶.

Cabe destacar que, no Brasil, desde o final dos anos 90, o nível local é responsável pela provisão dos serviços de APS, sendo a provisão de serviços especializados dependente de arranjos regionais entre os níveis municipal e estadual. Sistemas descentralizados em repúblicas federativas, à semelhança de países como Canadá e Austrália, podem representar uma vantagem importante, ao possibilitar a contenção de custos para o nível central e dar maior autonomia e responsabilidade aos governos locais perante as necessidades de saúde da população. Mas, é também um desafio porque os municípios e as regiões ficam sujeitos a variações jurisdicionais, fragmentações na coordenação, cooperação e compartilhamento das informações¹⁷.

Examinando a atuação de agentes comunitários de saúde⁶, verificou-se que as atividades diferiam bastante, embora exercessem a mesma função e fossem regidas por uma mesma política. Além dos fatores individuais, aspectos organizacionais e de contexto exerceriam influência sobre o tipo de atividade desenvolvida pelos agentes em sua rotina. No presente estudo, a despeito dos serviços serem providos por profissionais da linha de frente com formações ligadas à área da saúde e regidos por interesses gerais definidos pelas diretrizes de uma política pública voltada à implementação da RCPD, as estratégias de acesso à assistência odontológica especializada eram distintas. Apesar de semelhanças socioeconômicas e na oferta de serviços, a resposta da implementação não foi a mesma, sugerindo que o ambiente relacional e institucional exerce um papel importante.

Em relação às limitações deste estudo, é preciso destacar que a implementação na linha de frente é influenciada por múltiplas forças, muitas vezes concorrentes no sistema de implementação¹⁴. A opinião dos usuários dos serviços não foi incluída na análise deste trabalho e pensar investigações que

incorporem tanto a visão dos profissionais, quanto dos usuários poderiam complementar e aprofundar as considerações aqui levantadas, a fim de explorar efeitos da discricionariedade que poderiam gerar inclusão, equidade, exclusão e desigualdade. Diferenças socioculturais, da prevalência de PcD e de número de usuários em cada região também não foram consideradas. Apesar destes pontos e dos resultados serem provenientes de um estudo de caso, a investigação inova ao fazer uso da teoria de implementação de política pública numa perspectiva *bottom-up* e explora domínios analíticos pouco investigados concernentes aos aspectos relacionais e institucionais que exerceriam influência na linha de frente da política pública aqui investigada.

Conclui-se que a implementação da política de assistência odontológica especializada à pessoa com deficiência está sujeita ao poder discricionário dos profissionais e das organizações da linha de frente, sugerindo que o ambiente relacional e institucional joga um papel importante no processo de implementação de políticas públicas em um sistema descentralizado e regionalizado de saúde, no qual diferentes estratégias de acesso aos serviços especializados estão associadas ao papel coordenador da APS e à condução de atividades de planejamento/avaliação voltadas à construção de uma rede de cuidados integrados de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães L, Giovanella L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. Revista Panamericana Salud Pública, 2004; 16(4). Doi: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8185>.
2. Lipsky M. Burocracia do nível de rua – Dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília: ENAP, 2019.
3. Hupe P. Dimensions of Discretion: Specifying the Object of Street-Level Bureaucracy Research. Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management, 2013; 6(2): 425-440. Doi: 0168-ssoar-59188-7.
4. Lotta G. Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil. Brasília: Enap, 2019.

5. Loyens K. Networks as unit of analysis in Street-Level Bureaucracy Research. In: Hupe P. Research Handbook on Street-Level Bureaucracy: The Ground Floor of Government in Context. Massachusetts: Elgaronline, 2019. Doi: 10.4337/9781786437631.
6. Lotta G. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. *Revista de Sociologia e Política*, 2018; 26(66): 145-173. Doi 10.1590/1678-987318266607.
7. Mota AG, Frazão P. Street-level implementers of population-based oral health policies: the case of water fluoridation supply in Brazil's small towns. *Community Dental Health*, 2021; 38: 187–191. Doi: 10.1922/CDH_00332Mota05.
8. Viana ALD, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MAB, Uchimura LYT, Fusaro ER *et al.* Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 2017; 17(Supl. 1): S17-S26. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100002>.
9. Carneiro JDB, Bousquat A, Frazão P. A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo de Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil. *Administração Pública e Gestão Social*, 2022; 14(2). DOI: <https://doi.org/10.21118/apgs.v14i2.12731>.
10. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P JL. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001(2ª edição).
12. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Sociedade*, 2015; 24(2): 413-422. Doi: 10.1590/S0104-12902015000200002
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016 (obra original publicada em 1977).
14. Jagannath HP. Street-level collaboration: perception, power, and politics on the frontlines of collaboration. *International Journal of Public Sector Management*, 2020; 33(4): 461-476. Doi: 10.1108/IJPSM-07-2019-01.

15. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros-Júnior A, Clara-Costa IC. Referência e contrarreferência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Revista Salud Pública*, 2015; 17(3): 416-428. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>.
16. Dubois V. Políticas no guichê, políticas do guichê. In: Pires RRC. *Implementando Desigualdades – Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Brasília: IPEA, 2019.
17. Freeman T, Baum F, Javanparast S, Ziersch A, Mackean T, Windle A. Challenges facing primary health care in federated government systems: Implementation of Primary Health Networks in Australian states and territories. *Health Policy*, 2021; 125: 495-5053. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.002>.

4.3 ARTIGO 3

Social protection models and the right to dental care for people with disabilities

ABSTRACT

We summarized expectations/recommendations from researchers on dental care as a right to oral health for people with disabilities (PwD) at the international level. Content analysis of the integrative review was referenced in the theory of welfare state. Sixteen articles were included and all claimed expansion of access to services. In the liberal model, the main expectations/recommendations were: guarantee of civil rights and the reorientation of the oral health care model. In the conservative model, the need for professional qualification, systematic and free dental care, integration between services, multidisciplinary work and guarantee of funding for actions stood out. In the social-democratic model, qualification of the infrastructure and workforce and systemic articulation between the levels of care were claimed. A complex and sometimes contradictory scenario of propositions was observed, indicating little potential for expressive changes.

Keywords: public policies, guidelines, oral health, people with disabilities.

Points of interest

- This study produced a synthesis of the scientific literature on expectations/recommendations regarding dental care as a right to oral health for people with disabilities at the international level, from articles published until August 30, 2021.
- Term mining techniques were adopted, via the Rayyan platform, to include/exclude records and based on the focus of the research and the records selected by the tool, two reviewers selected the records in Spanish, English and Portuguese to be read in full.
- The authors' expectations/recommendations were based on nine countries: USA, Sweden, Denmark, Norway, Finland, Iceland, France, England and Brazil. They were presented according to the three types of social protection model mentioned and the characteristics of access to health.

- A scenario of complex and sometimes contradictory propositions was observed, especially if the contemporary challenges arising from the economic crises and the state of well-being that imply serious constraints on social protection models and the rights of PwD.

INTRODUCTION

The movement for rights and advocacy for people with disabilities (PwD) grew in the 1960s with the spread of disability studies as these people strived to be recognized as active agents in their lives (Diniz, Barbosa, and Santos 2009; Maior 2017). An example was the United Nations approval of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2006 (United Nations 1975), which emphasized participation as a critical factor in formulating policies and actions aimed at this population (Diniz, Barbosa, and Santos 2009).

In theory, the concept of “disability” also took on new meanings, moving away from a disabling conception of the individual (the medical model of disability) to embrace a social model of disability, where PwD are seen as societal agents sharing everything society has to offer (Diniz, Barbosa, e Santos 2009; Merry, and Edwards 2002; Mota, and Bousquat 2021).

PwD hold an essential space in every territory, and their unique perspectives and needs must be considered, as their reality impacts health and sustainable development indicators, which is reason enough for the social segment of PwD to have their specific rights and needs included in the political agenda of all countries (Maior 2017). In the UK, out 6.5 million of 8.5 million PwD are of working age (Merry, and Edwards 2002). In the United States, the 2000 census reported 47.9 million PwD, representing about 19.3% of

the population (Glassman, and Subas 2008). In Brazil, the 2019 National Health Survey released by the Brazilian Institute of Geography and Statistics indicated 17.3 million PwD or 8.4% of the population.

Extensive literature shows that PwD have more dental diseases, more missing teeth, and more difficulty obtaining dental care than the general population (Glassman, and Subas 2008). Several studies on dental care for PwD have been published since the 1970s, highlighting the perception of parents and dentists about dental treatment for PwD (Van Grunsven 1976; Davies, Holloway, Worthington 1988), the use of dental services for PwD (Waldman 1989; Van Grunsven, and Cardoso 1995), and the situation of dental care as a public policy in different countries (Haddad, Tagle, and Passos 2016).

The increasing awareness of the need for effective and lasting public policies to include PwD (Monteiro et al. 2018) has placed demands for the approval of normative devices that ensure the rights of PwD at the center-stage of the debate. Examples include the Americans with Disabilities Act in the US (Surabian 2016), the Disability Discrimination Act in the UK (Qureshi, and Scambler 2008), the National Health Policy for Persons with Disabilities, and the Disability Care Network, both in Brazil. These policies may be more or less comprehensive depending on the social protection model adopted in each country. Proposals for financing, service structure, coverage of actions, and other aspects vary depending on the model. Thus, everyone should recognize PwD's right to the same rights as those who are not in this condition (Monteiro et al. 2018).

The need to guarantee rights for PwD is a subject of study in scientific literature, particularly from a perspective of universalizing rights, including differences, and promoting health (De Paula, and Maior 2018; Carvalho, and Almeida 2012). However, no study has summarized researchers' expectations or recommendations regarding dental care for PwD as part of the right to oral health. A review of these expectations or

recommendations could assist decision-makers in understanding the possibilities or limitations resulting from the respective social protection models that determine the design of the health systems adopted in each country and proposals for implementing strategies to expand access and improve the quality of oral health care for PwD and would help recognize the importance of social participation in the fight to ensure PwD's rights.

This study aimed to synthesize the scientific literature on international expectations or recommendations regarding dental care as PwD right to oral health.

METHODS

We conducted an integrative literature review, an appropriate type of study when the interest is to produce a synthesis on a given research problem (Whittemore, and Knafl 2005). The following steps were implemented: (1) identification of the research question; (2) selection of keywords and search in the bibliographic databases of scientific literature; (3) exporting the files to the Rayyan platform; (4) removing duplicates; (5) mining of terms to determine the inclusion and exclusion of records; (6) selection of records for full-text reading; (7) appreciation of the relevance and methodological quality; (8) final selection of the articles to be included in the study; (9) data extraction; (10) interpretation and discussion of results; and (11) synthesis of information and production of knowledge.

The guiding research question was, "What is the state of science on expectations or recommendations about dental care as PwD right to oral health at the international level?". The search was carried out in the following databases: *National Library of Medicine* (PubMed), *Virtual Health Library* (BVS), *Embase*, *Ovid Tools & Resources Portal* (Ovid), and the *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*

(LILACS). It should be noted that the BVS was chosen because it consists of bibliographic databases produced by the BVS Network, such as LILACS, besides the *Medline* database, covering all Latin American production, coordinated by BIREME. The search keys were defined from the *Health Sciences Descriptors* (DeCS) and the *Medical Subject Headings* (MeSH). We included articles published in Portuguese, English, and Spanish between 1975 and August 2021. We adopted 1975 due to the approval of the Declaration on the Rights of Disabled Persons by the United Nations (United Nations 1975). The general search expression used was adapted for each platform, as shown in Figure 1. The first author carried out the search to identify the records.

The records identified in each database were transferred to the free web-based tool, *Rayyan*, developed and maintained by the *Qatar Computing Research Institute* (QCRI). *Rayyan* allows the mining of terms to assist the reviewer in screening abstracts for literature reviews. As the reviewer selects abstracts for inclusion or exclusion, the tool searches for patterns and similarities and continuously rearranges the order of records, highlighting the most likely relevant abstracts. Other interesting features of *Rayyan* are independent and simultaneous screening by two or more users, removal of duplicates, labeling references, and highlighting keywords. *Rayyan* is available in the web and mobile application version (Olofsson et al. 2016). The web version was used in this review.

Forty-one duplicates were removed after transcribing 1,357 records to the *Rayyan* tool, leaving out 1,316 publications. Then, 304 records were excluded because they did not meet the inclusion criteria for languages (English, Portuguese, and Spanish) and eligible publication types, resulting in 1,012 works.

Text mining was implemented using the following terms to identify records compatible with the guiding question: *access, administration, benevolence, charities,*

charity, compared with, dental care, dental service, direction, directive, ethic, ethical, guidance, guidelines, governance, justice, law, legislation, literature review, management, narrative review, normative, norm, norms, NGO, oral health, oral healthcare, philanthropy, policy, policies, politics, protection, regulation, review, right, rights, social care, state. The 454 records were submitted to new mining. The following terms indicating epidemiological studies, review studies, and studies on the elderly population, whose focus was not associated with the guiding question of the research, were used to exclude records: *elderly, regression analyses, regression analysis, cohort, reviews, literature review, systematic review, longitudinal, this review, retrospective study, retrospectively, case reports, case report, non-randomized, meta-analysis, randomized controlled trials, retrospective cohort, healthy control, non-randomized, trials.* Two independent reviewers then thoroughly read a total of 365 titles/abstracts.

Based on the focus of the study, there was agreement on the inclusion of 29 titles/abstracts and the exclusion of 297 records obtaining a moderate degree of agreement ($Kappa=0.537$). After discussing the disagreements, 19 more records were included for full-text reading, totaling 48 works. The documents were examined regarding their relevance to the theme, presentation clarity, content accuracy, and theoretical framework presence, and 15 papers were included in the study. Based on the references, another document was included, totaling 16 works for the extraction of analytical categories linked to the authors' expectations or recommendations on dental care as PwD right to oral health.

The content analysis referred to the theory of welfare state regimes in which three social protection models (Esping-Andersen 1991) stand out: (1) the liberal model, in which the market regulates health care and depends on the user's ability to pay. In this model, the State's role is limited to supporting not-for-profit organizations assisting those

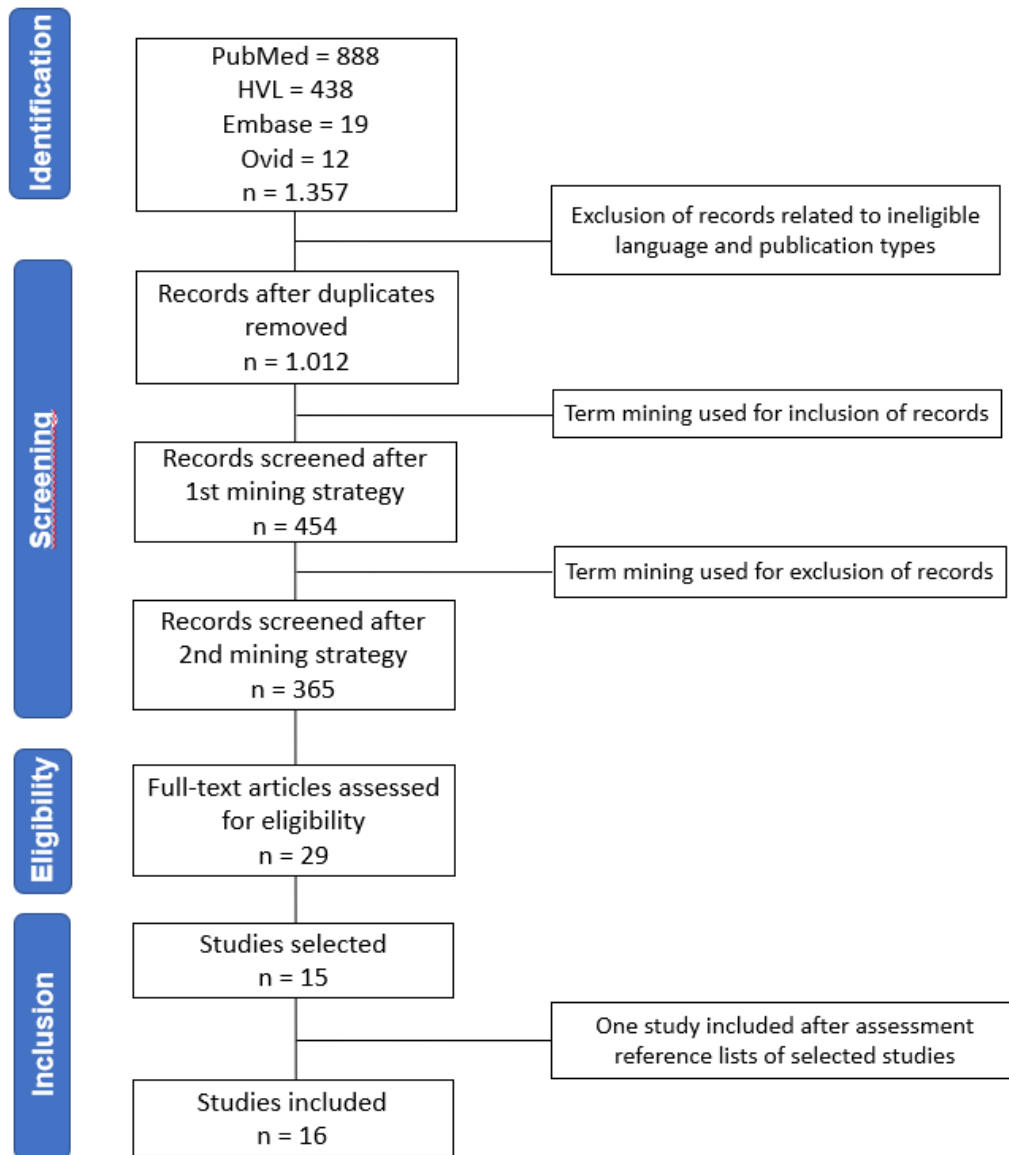
in poverty; (2) the conservative model, corresponding to social insurance, in which health care depends on the formal link to the labor market (regulated citizenship), is financed by contributions from employees and employers, with or without State participation; (3) finally, the social-democratic model, relating to social security, in which health care usually does not depend on the payment capacity of the user and is assumed as a citizen's right. It is funded by public budget resources generated from taxes and other contributions (Esping-Andersen 1991).

Figure 1. List of descriptors used in the search for papers according to the selected database, 2021.

Data base	Descriptors	Total
Pubmed	(((((("health policy" [Mesh] OR "health policies" OR "policy, health" OR "healthcare policy" OR "healthcare policy" OR "healthcare policies" OR "policy, healthcare" OR "national health policy" OR "health policy, national" OR "national health policies" OR "policy, national health") OR ("public policy" [Mesh] OR "policies, public" OR "policy, public" OR "public policies" OR "social protection" OR "protection, social" OR "population policy" OR "policies, population" OR "policy, population" OR "population policies" OR "social policy" OR "policies, social" OR "policy, social" OR "social policies")))) AND ("oral health" [Mesh] OR "mouth rehabilitation")) OR ("dental care" OR "dental service, hospital" OR "dental health service")) AND ("disabled persons" [Mesh] OR "disabled person" OR "disabilities, people with" OR "people with disability" OR "persons with disabilities" OR "disabilities, persons with" OR "disability, persons with" OR "persons with disability" OR "physically handicapped" OR "handicapped, physically" OR "physically disabled" OR "disabled, physically" OR "physically challenged")	888
BVS	(mh:(("política de saúde")) AND (mh:(("assistência odontológica"))) AND ("pessoa com deficiência"))	438
Embase	'health care policy' AND 'dental procedure' AND disability	19
Ovid	("health policy" and "oral health care" and "handicapped")	12

Prepared by the authors.

Figure 2. Publication selection flowchart, 2022.



Prepared by the authors.

RESULTS

Figure 2 presents the publication selection flowchart. Sixteen papers were included for data extraction. The authors' expectations or recommendations were based on nine countries: the USA, Sweden, Denmark, Norway, Finland, Iceland, France,

England, and Brazil. They were presented according to the three social protection models mentioned and the characteristics of access to health care resulting from them (Figure 3).

Most of the articles included (10/16) were written by researchers from the USA, a country characterized by the liberal social protection model. They were published between 1988 and 2016. The main recommendations or expectations raised were: defense of the guarantee of civil rights protection that would be ensured by a safe and accessible health system, guided by Primary Health Care (PHC); approval of legal mechanisms for the fulfillment of these rights; support to research funding agencies on PwD; and increased funding for public health care programs (including oral health) to expand the provision of services and access to the population. Proposals for reorienting the oral health care model collaboratively to allow the clinical management of cases, matrix support between the oral health team and other professionals, and greater resolution were mentioned. With the support of educational and professional control entities, qualifying providers of oral health services to PwD was suggested to respond to their specific needs. There is also a need to defend PwD-oriented public policies to attract formulators' attention to appropriate priorities for each specific context and formulate clinical guidelines to reduce injustice and social inequalities.

Regarding the six remaining records, two were recommendations or expectations formulated by researchers from countries characterized by the social protection conservative model. Published in 1995 and 2019, the studies highlighted the need for educational initiatives for oral health professionals (dentists and oral health assistants and technicians), from a theoretical and practical perspective; guarantee of systematic and free dental care; mechanisms for improving the work process and qualification of care including strategies for funding services integration and multidisciplinary work.

The other records were recommendations or expectations proposed by researchers from countries characterized by the social-democratic social protection model. Published between 2002 and 2015, the principal raised aspects mentioned the expansion of PwD access and accessibility in dental care services; infrastructure and workforce that could guarantee the quality of care provided to PwD; systemic articulation between primary and specialized care services, with PwD-centered approach and ethical-professional responsibility in complying with laws related to PwD right to health.

Although the principles of social protection are distinct, some recommendations or expectations were common regardless of the adopted model, as follows: concern to secure access to all those in need of dental care through an integrated network of services equipped with equipment structure, inputs, and a multidisciplinary workforce adequately prepared and supported by organizations' financing, and payment systems and health services that would ensure an optimal quality level.

Figure 3. Objectives of the studies included expectations or recommendations of the author(s) according to the social protection model in the country of study and healthcare for people with disabilities (PwD).

Health care model in the study country	
Author/Year/Aim	Authors' expectations or recommendations
Country in which health care depends on the user's ability to pay; healthcare is regulated by the health insurance market, with a portion of the population eligible to receive subsidies from specific government programs (for example, the USA offers Medicaid, Medicare, and Child Health Insurance Program).	
Dart, 1988 Shares a proposed agenda for securing PwD rights in the US.	Need to establish protection of civil rights by law; take vigorous action to ensure the application of such laws; ensure the availability of legal defense services for PwD, communication, transport and other support services; to promote education and empowerment initiatives, not to depend on paternalistic systems, nor to be carried away by misinformation; to implement an oral health care service system that is effective and comprehensive, with a high degree of administration and professionalism involving partnerships with public (federal, state and local) and private entities, consumers, families, lawyers, and service providers; to ensure that the service system is accessible to all people through a single point of entry for information, referral and counseling, based on a national computerized information network integrating services at the local, state and federal levels, in order to reduce costs and delays, eliminate gaps, provide reliable and up-to-date statistical information and increase the power and productivity of professional service providers, and the quality and use of these services; for federal agencies to support research; to eliminate regulatory and bureaucratic barriers that hinder access and to develop international relationships with PwD defense organizations in other countries.
Waldman & Perlman, 1997 Reflect on the lack of assistance for children with disabilities covered by Medicaid who lose coverage in adulthood, but continue with disabilities (and needs).	As Medicaid is a government-funded program that guarantees health care to specific groups, such as children, as long as they are demonstrably below the poverty line, the authors recommended increasing dental services for adults with disabilities, and this includes increasing the Medicaid budget and the reimbursement amounts for payment of dental care.
Glassman, 2005 Presents the conclusions of the conference on PwD oral health, analyze the implications for the dental profession and society, and recommend systems and strategies that can lead to better oral health for these populations.	Organized by the School of Dentistry at the University of the Pacific with support from the California Dental Association Foundation in California (USA), a new model of providing oral health care for PwD was recommended: focus on prevention; greater financial incentive for promotion/prevention actions; integration between oral health and other community health and social services; approach in case management for resolute referral; matrix support in oral health for other health and social service professionals; care system with increasing complexity levels; caregivers closest to individuals with incentive forecast; evaluation and monitoring of oral health services; increase the training of all dentistry professionals in the care of people with special needs; coordinate data systems across state programs; catalog and disseminate successful models/experience; finance research on models of offer and prevention of oral health for PwD.
Keels, 2007	Educational and professional accreditation entities are essential in qualifying PwD service providers. Legislative agendas at the national and state level have impacted dental care for PwD. Efforts have been made through different governmental and non-governmental

<p>Identifies policies and guidelines proposed by organizations other than the AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) that influence oral health care for PwD.</p>	<p>entities in defense of PwD, who must be seen, primarily, as people. The AAPD should be aware of these activities and develop activities in conjunction with these and other organizations whenever possible.</p>
<p>Nowak, 2007 Analyzes the extent to which AAPD policies and guidelines included mention PwD.</p>	<p>Include recommendations on clinical dental signs (oral manifestations) of child abuse and neglect; frequency of dental follow-up; list of preventive, restorative, and rehabilitation dental services; early guidance on oral health and guarantee of dental treatment; pediatric restorative dentistry; management of acute dental trauma; fair and adequate compensation for the treatment of complex patients and other special needs.</p>
<p>Edelstein, 2007 Identifies strengths and weaknesses of the US healthcare system with regard to PwD oral care, provide a framework for understanding the system's capacity, and describe the context in which dental care is provided in the US.</p>	<p>Institute a comprehensive approach to benefit the dental care system's ability to provide services to children with special needs, considering oral health as a health need and not just an individualized need with dental services that respond only to this demand. Advocate for an accessible, safe, competent, individualized, compassionate (humanized), integrated, high-quality, and educational health system. Focus on PHC: effectiveness, efficiency, punctuality, safety, user-centricity, and equity. This model can promise incremental improvements in dental care for special children. The suggestions were: 1. improve the supply and skills of dentists; 2. establish sufficient funding streams (primarily through Medicaid); 3. integrate the medical and dental care team through a. collaboration: b. co-training; or c. mobile facilities. These suggestions may require matching funds from states, foundations, health plans, hospitals, professional associations, or other interested parties to facilitate implementation.</p>
<p>Glassman & Subar, 2008 Given the expanding population with disabilities, they describe the challenges of providing oral health care services to this population and discuss the implications of these challenges for the dental profession and the oral health system organization.</p>	<p>Growing workforce shortages, inadequate training, and a reimbursement system that does not reward the types of services needed all contribute to the current system's failure. Training and education of professionals compatible with the needs that PwD require when seeking dental care; understanding the appropriate use of language and knowing how to work in a multidisciplinary and interdisciplinary team, considering the distinct PwD needs (social, health, and cultural); territory-centered care practice (understanding community arrangements, equipment and services available); establish communication for care compatible with that assisted user; expand the scope of functions of dental hygienists; and a model of care at different levels where increasingly complex care is performed by those with the most extensive training and less complex care is provided by those with less extensive training.</p>
<p>Edelstein, 2013 Describes the federal legislation for public oral health coverage for children with disabilities in contrast to the lack of coverage for dependent adults.</p>	<p>To succeed in policy change (or include oral health in other policies), oral health advocates need to: (1) articulate their issue with clarity, urgency, and articulation of meaningful consequences; (2) link their issue to some political agenda that is "on the move"; (3) achieve significant levels of consensus within the oral health and general health communities and related communities of interest to avoid dissenting and competing voices; and (4) commit to doing the "heavy lifting" of daily involvement in the policy-making process. As Congress reformats every two years, advocates must adjust to the political philosophies and economic realities of the time by modifying their "request", reframing their issues and renegotiating the political process.</p>
<p>Tegtmeier et al., 2016 Reflect on the future of Special Needs Dentistry, Hospital Dentistry, and Dental Education, and formulate</p>	<p>Despite the growing recognition that good oral health has an impact on general health, hospital dentistry programs and centers of excellence for patients with special needs are facing financial difficulties and the threat of closure of activities. There is a need to ensure adequate payments for hospital dental services, special needs services, and a well-trained and skilled workforce; controlling costs through prevention; defending a public policy that means attracting the interest of policymakers; defend oral health that means reducing injustice and social inequalities; defend a collaborative oral health model (user, service, provider, company).</p>

recommendations to ensure that PwD can access adequate oral health care.	
Cruz et al., 2016 Identify the types of oral health services offered by community-based organizations to children under six with special health needs and the barriers and facilitators to their delivery in a non-fluoridated community.	A closer look at the resources available to children under six with special needs is warranted, especially as they are less likely to receive preventive dental care than school-age children. Other recommendations include the use of fluoride; a partnership between community organizations and ABCD (Access to Baby and Child Dentistry) program dentists to provide services to children with special needs; including oral health education in the agenda of the organization's professionals (physiotherapists, occupational therapists, and speech therapists) as part of the care for special children, including the education of those responsible for them.
Countries where health care is based on mandatory social insurance and universal coverage regulated by the State, financed by work-related social contributions and taxes. Skills and resources can be transferred to health regions as arranged in each country.	
Haavio, 1995 Describes the current situation and plans for the future of oral health care for PwD in the Nordic countries (Sweden, Denmark, Norway, Finland, and Iceland).	In these countries, the right to dental care is ensured by local public services, generally until the end of adolescence, varying the age group according to each country. In Norway, since 1984, the Oral Health Law prioritizes mental PwD, older adults, and chronically ill, PwD in institutions or home care and guarantees these groups free dental care. The social and economic situation had deteriorated and could deteriorate the structure of the welfare state. PwD services and health are increasingly diminished. The Nordic Society of Dentistry for the Disabled has recommended education for oral health professionals providing services to PwD. Both theoretical knowledge and practical training should be included in the education of dentists, dental hygienists, and assistants. It is expected that mental PwD will be guaranteed systematic and free dental care, including health promotion and preventive dentistry. Moreover, active search systems, multidisciplinary cooperation, and the particular expertise of the dental team were considered necessary.
Gondlach et al., 2019 Describe the results of the internal evaluation of the Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap de la région Rhône-Alpes and discuss the model of health networks as a response to improving access to dental care for people with disabilities.	In France, competencies and resources have been transferred to the health regions. It defends the national expansion of the organization of oral health services from the perspective of healthcare networks by monitoring financing and professional training programs. This defense goes through the development of primary care services that are local, inclusive, centered on the user/territory, comprehensive, sufficient in quantity, quality, and accessible.
Countries where the State finances health care and does not depend on the user's ability to pay, having a universal character	
Merry & Edwards, 2002 Describe the Disability Discrimination Act (LDD) and how it affects dental practice taking as a starting point the results of a survey on PwD access to dental services in Merseyside, a county in northwest England.	In the UK, the Act was passed in 1995. Service providers are expected to make reasonable adjustments where it is impossible or unreasonably difficult for a PwD to use the service in 3 areas: policy, procedural, and practice changes (1); offer an auxiliary service that allows or facilitates PwD's access to the service's logistical resources (2); provide a reasonable alternative method of offering the service when this is prevented or unreasonably hindered by a physical characteristic (3). These measures aim, above all, to overcome access barriers to assistance for PwD. Moreover, dentists must know their responsibilities under the Disability Discrimination Act, whether as employers or service providers.

<p>Dougall & Fiske, 2008 Define dentistry aimed at PwD and offer practical tips to encourage access and dental care (transfer to the chair, access to the oral cavity).</p>	<p>The need for an adequate approach to shared care through a well-developed network of oral health for PwD in the primary and specialist care sectors allows patients to move smoothly between services and be cared for properly by the right person, in the right place, and at the right time. A patient-centered approach is essential to ensuring service users with disabilities have the same level of access, informed choice, and user care as anyone else. Ensure the quality and number of the workforce in PwD services in the UK.</p>
<p>Qureshi & Scambler, 2008 Present the results of a study exploring access to dental care after the Disability Discrimination Act among general practitioner dentists based in Aylesbury town center.</p>	<p>The Act in the UK recommends ‘reasonable adjustments’ in the physical structure of dental care services to increase accessibility and take an inclusive approach: internal and external ramps (temporary or permanent), handrails, parking, toilets with railings, elevators, decoration, doors, escalators, lighting, paving, ventilation, facilitated visual identification of the location at a certain distance (differentiated colors), mats flush with the floor, braille or tactile communication for general instructions, level surfaces whenever possible, non-slip surfaces, reduce to maximum noise, repetition of key messages for the service/consultation/treatment, availability of a variety of seats to meet different needs, and creating a recessed space at the reception desk.</p>
<p>Rocha et al., 2015 Evaluate the accessibility of dental services in Fortaleza (CE) for PwD (physical, auditory, and visual) considering the availability/lack of geographic, architectural, organizational, cultural, economic, and communication barriers.</p>	<p>Health services that provide dental care in primary health care in Fortaleza, a vital capital located in the Northeast region of Brazil, were evaluated. The institutionalization of practices in a more articulated way was recommended, both in care routines (trained professionals, reception for scheduling, user participation) and the referral of patients to more complex services; reduction of social, economic, communicational, architectural and geographic barriers to enable the inclusion and comprehensive care of PwD.</p>

Prepared by the authors.

DISCUSSION

In this integrative review, we summarized the article-based scientific literature on expectations/recommendations regarding dental care as PwD right to oral health at the international level. To this end, term mining techniques were adopted to identify studies that explicitly mentioned words such as rights, policies in their dual meaning (*policy and politics*), management/administration, and legislation/norms, among other similar ones. As a result, expectations or recommendations originated from studies that shared the defense of dental care for PwD as a human right and a principle of social justice. As science can perpetuate injustice and promote paths toward social emancipation, it is essential to highlight the effort/commitment of researchers in different countries with PwD causes. Despite this, from the viewpoint of PwD rights, a complex and sometimes contradictory setting of propositions was observed, subject to indications with hardly any probability of changing the quality of the response, mainly if contemporary challenges are not addressed resulting from economic crises and the welfare state, which imply severe constraints on social protection models.

The results showed that the researchers' expectations or recommendations regarding the achievement and extension of the right to health for PwD varied with the social protection model adopted in the origin country of the respective studies. We also identified common features, regardless of the model adopted, such as the defense of expanding PwD's access to dental care and qualifying actions and services offered.

In the study where a liberal perspective guided the country's social protection model, the recommendations or expectations highlighted the need to guarantee civil rights via legislative mechanisms and reorientate the oral health care model through public policies aimed at PwD to reduce inequalities and injustice. PwD and low-income people

were eligible for health insurance administered on a decentralized basis by state governments. Care entities received a monthly payment to provide care based on the number of people enrolled. However, this financing mechanism has aroused great concern among PwD due to situations without guaranteed coverage. Researchers have warned that this mechanism could put successful programs at risk (hospital dentistry). A restricted portfolio of services would be authorized for payment, and more specific procedures for certain situations would not be considered. In practice, we would see a decreased reimbursement of actions, reducing the supply of services and professionals and increasing unmet needs (Tegtmeier, Miller, and Shub 2016).

The defense of this financing mechanism tends to have an extraordinary impact on segments of the population that depend on access to continuous dental care, such as the most vulnerable, among them PwD, which is why researchers from one of the included studies argued that it would be necessary to invest in equity as a guiding principle of health policy, in professional partnerships, and community interest groups, and attract formulators to reframe the model from the social justice perspective (Tegtmeier, Miller, and Shub 2016).

However, this framework is a matter of concern. It requires facing the inefficiencies generated by the lack of an integrated health system that could promote an adequate combination between personal medical and dental care and public health measures. It would also require implementing financing and payment mechanisms adjusted to health risks and the costs of procedures (Chernichovsky, and Leibowitz 2010). In unregulated healthcare systems, where free market logic prevails, PwD tend to be at a disadvantage. Studying the effects of neoliberal reforms on the trajectory of health systems in Greece and Chile, analysts commented that PwD could be seen as “expensive bodies” that consume more resources and that, therefore, they should be responsible for

their own health, completely ignoring the social determinants of health and the principles of social justice (Chernichovsky, and Leibowitz 2017).

The recommendations or expectations of studies in countries whose social protection was guided by a conservative model highlighted the need for professional qualification for oral health workers, systematic and free dental care, integration between services, multidisciplinary work, and guarantee of funding for actions. The context referred to the Nordic countries (Sweden, Denmark, Norway, Finland, and Iceland) and France, which shared a common basis concerning healthcare organization through compulsory social insurance. Universal coverage was regulated by the State, financed by work-related social contributions and taxes, and public and private providers provided health care. Among the differences, variations regarding voluntary health insurance participation in health care financing and the extension and scope of public health strategies stood out (Winkelmann, Gómez Rossi, and Van Ginneken 2022).

Integrated services that exercise care coordination tend to increase accessibility, primarily if oriented from the perspective of integrated health networks, as they improve access to treatment and ensure coordination, continuity, and multidisciplinary user management in a given health territory (Gondlach et al. 2019). Integration and coordination of care are essential to reduce barriers to accessing services at different levels and within the same level of the health system (Almeida et al. 2018). However, the problem with service integration is a common challenge in many health systems, notably in those where public and private providers compete with each other. Generally, dental and medical care in these systems operate in separate domains (silos), with parallel education and health policies under different professional cultures and funding models (Winkelmann, Gómez Rossi, and Van Ginneken 2022). Without a broader approach that considers establishing regulatory mechanisms to integrate services and implement

qualification strategies to strengthen multidisciplinary work and care coordination, these challenges will hardly be addressed in countries whose social protection is guided by a conservative model.

The guarantee of stock financing appeared as an expectation or recommendation raised by the authors. However, we should consider that neoliberal reforms were implemented in 1970s to contain the welfare state's expenses, especially in the social area, to produce economic growth (Sakellariou, and Rotarou 2017; Steudler 1986). In France and Belgium, among other EU countries, direct payments for dental services have represented most financing sources due to the low coverage by public or private health insurance for dental care (Winkelmann, Gómez Rossi, and Van Ginneken 2022). On the other hand, in Nordic countries, provision outside private practice generally includes oral health care for statutory, preventive services, and emergency care. Public provision is very pronounced in Sweden and Finland, where most dentists work in public dental clinics or municipal health centers focusing on children and adolescents. In Norway, compulsory dental care is provided by salaried dentists in health clinics run by local authorities. The private sector usually cares for adults, who may receive a State reimbursement depending on the service (Winkelmann, Gómez Rossi, and Van Ginneken 2022). In the social-democratic model, the central raised recommendations or expectations mentioned the need to expand access to dental care, with infrastructure and workforce adequately sized and greater systemic articulation between care levels. In Brazil, one of the countries reported, the need for the expansion of inclusive policies that ensure greater accessibility to health services by PwD has been mentioned by other researchers as an essential factor that has not been guaranteed, compromising the principle of equity (Castro et al. 2011; Condessa et al. 2014). As the Brazilian State subsidizes the continuous expansion of the private subsector, the public subsector

becomes underfunded (Paim et al. 2011), potentially compromising its ability to invest in the quality of care and expand access to services by PwD and the general population. In the United Kingdom, another country analyzed, the authors also mentioned recommendations to make services more inclusive and accessible, either through adjustments in their physical structure or changes in the policy guiding care practices (Merry, and Edwards 2002; Qureshi, and Scambler 2008). These changes are complex to make. High costs, extended outages, and lack of financial incentives can discourage service providers. A Disability Rights Commission established by the British Parliament has been active since 1999 to monitor, eliminate discrimination and promote equal opportunities (Hurstfield et al. 2004). In 2007, the commission was dissolved, and its functions were taken over by an equality and human rights commission.

Expanding access to reducing inequality appeared as a common recommendation/expectation in all social protection models. It requires greater availability of resources (adequate funding) and management strategies (investment in PHC as a preferential gateway for access and care coordination) to organize the integrated care network (Menicucci 2019). In France, the law states that the State is responsible for compensatory measures to guarantee equal access to healthcare for PwD. However, no system within French dentistry guarantees this right. The local response to this problem was to organize services in care networks, with the PHC as care coordinator (Gondlach et al. 2019). In Brazil, PHC is the care model organization form, which is comprehensive and universal (Menicucci 2019). Some expectations or recommendations raised by authors who studied dental access for PwD in the liberal model highlight the need to centralize care in the PHC effectively, efficiently, safely, and with user-focused orientation (Edelstein 2007).

A permanent threat to the rights of PwD concerns neoliberal reforms. They profoundly changed health systems around the world. Since the 1970s, and more recently in 2008, with the global financial crisis, several countries have implemented structural adjustment programs, impacting various sectors, such as health (Sakellariou, and Rotarou 2017). A direct effect of these health reforms was the increase in socioeconomic inequalities in access to services. As a result, PwD can be particularly harmed due to their growing health needs, which can reinforce stigmatization (Sakellariou, and Rotarou 2017; Gondlach et al. 2019).

This work aimed to synthesize the international literature on researchers' expectations or recommendations regarding dental care as PwD right to oral health. Distinct and common aspects were highlighted, showing that such recommendations have scope and limits linked to the social protection model adopted in the countries where the studies were published. However, this analysis did not address the effect of health policies, especially oral health policies, on PwD dental care, such as, for example, a mechanism for reducing inequalities in access to health in countries with the same or different social protection model. Moreover, possible shadowing areas between different mixed models characterized by the diversity of arrangements between private entities under varying degrees of regulation by the public entity (social organizations, public-private partnerships) were not considered suggesting the need for studies in this line. Another limitation concerns the non-inclusion of gray literature, such as laws and normative acts that guide dental care for PwD in countries with different social protection models.

Based on this review, we concluded that expanding access is a need shared by all included studies, regardless of the social protection model adopted. In the liberal model, the main expectations or recommendations were the guarantee of civil rights and the

reorientation of the oral health care model. In the conservative model, the need for professional qualification for oral health workers, systematic and free dental care, integration between services, multidisciplinary work, and guarantee of funding for actions stood out. The social-democratic model claimed the qualification of the infrastructure and the workforce and systemic articulation between the care levels. A complex and sometimes contradictory setting of propositions was observed, subject to indications with little potential to change the quality of the response, especially if the contemporary challenges arising from the economic crises and the welfare state, which imply severe constraints to the social protection models and the PwD rights were not considered.

REFERENCES

1. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Disability, Human Rights and Justice. *Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2009; 6(11):65-77. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>.
2. Political movement of people with disabilities: reflections on rights Achievements. *Inclusão Social*. 2017; 10(2):28-36.
3. United Nations (UN). United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Resolution n° 30/84, of 12/9/75 approved by Convention UN. United States of America.
4. Merry AJ, Edwards DM. Disability Part 1: The Disability Discrimination Act (1995) — implications for dentists. *British Dental Journal*. 2002; 193(4). doi: 10.1038/sj.bdj.4801522.
5. Mota PHS, Bousquat A. Disability: words, models and exclusion. *Saúde Debate*. 2021; 45(130):847-860. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113021>.
6. Glassman P, Subas P. Improving and Maintaining Oral Health for People with Special Needs. *The Dental Clinics of North America*. 2008; 52:447–461. doi: 10.1016/j.cden.2007.11.002.
7. Van Grunsven MF. Dental care for the mentally retarded. *Ned Tydschr Tandheelkd*. 1976; 14(83): 51-55.
8. Davies KW, Holloway PJ, Worthington HV. Dental treatment for mentally handicapped adults in general practice: parents' and dentists' views. *Community Dental Health*. 1988; 5:381-387.
9. Waldman HB. Special pediatric population groups and their use of dental service. *Journal of Dentistry for Children*. 1989; 56:211-215.

10. Van Grunsven MF, Cardoso EBT. Dental Care for Special Children. *Revista da APCD*. 1995.
11. Haddad, A.S., E.L. Tagle, and V.A.B. Passos. 2016. “Current Status of the Dental Care Provided to Disabled People in Latin America: Chilean and Brazilian scenarios.” *Revista da APCD* 70(2): 132-40. doi
12. Monteiro, L.P.A., R.M. Pereira, A.C.C. Monteiro, and I.C.C. Costa. 2018. “The knowledge of the visually impaired about oral health.” *Revista Ciência Plural* 4(1):44-66. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2018v4n1ID14476>.
13. Surabian, Stanley R. 2016. “Americans with Disabilities Act - Its Importance in Special Care Dentistry.” *Dental Clinics of North America* 60:627–647. doi: 10.1016/j.cden.2016.02.008.
14. Qureshi, B., and S. Scambler. 2008. “The Disability Discrimination Act and Access: Practical Suggestions.” *General Dental Practice*. <https://doi.org/10.12968/denu.2008.35.9.627>.
15. De Paula, A.R., and I.M.M.L. Maior. 2008. “A world of all and for all: universalization of rights and the right to difference.” *Revista de Direitos Humanos*.
16. Carvalho, L., and P. Almeida. 2012. “Human rights and people with disabilities: from exclusion to inclusion, from protection to promotion.” *Revista Internacional de Direito e Cidadania*. 12:77-86.
17. Whittemore, R., and K. Knafl. 2005. “The integrative review: updated methodology.” *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546–553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
18. Olofsson, H., A. Brolund, C. Hellberg, R. Silversteins, K. Stenström, M. Österberg, and J. Dagerhamn. 2016. “Can abstract screening workload be reduced using text mining? User experiences of the tool Rayyan.” *Research Synthesis Methods* 8:275-280. doi: 10.1002/jrsm.1237.
19. Esping-Andersen, Gotta. 1991. “As três economias políticas do welfare state.” *Lua Nova* 24. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>.
20. Tegtmeier, C.H., D.J. Miller, and J.L. Shub. 2016. “The Impending Oral Health Crisis.” *The New York State Dental Journal*.
21. Chernichovsky, D., and A. Leibowitz. 2010. “Integrating Public Health and Personal Care in a Reformed US Health Care System.” *American Journal of Public Health*. doi: 10.2105/AJPH.2008.156588.
22. Sakellariou, D., and E.S. Rotarou. 2017. “The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities.” *International Journal for Equity in Health*. 16:199.
23. Winkelmann, J., J. Gómez Rossi, and E. Van Ginneken. 2022. “Oral health care in Europe: Financing, access and provision.” *Health Systems in Transition* 24(2):1–169.

24. Gondlach, C., C. Catteau, M. Hennequin, and D. Faulks. 2019. "Evaluation of a Care Coordination Initiative in Improving Access to Dental Care for Persons with Disability." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16. doi: 10.3390/ijerph16152753.
25. Almeida, P.F., M.G. Medina, M.C.R. Fausto, L. Giovanella, A. Bousquat, and M.H.M. Mendonça. 2018. "Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System." *Saúde Debate* 42(nº esp. 1):244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
26. Steudler, François. 1986. "The State and Health in France." *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/0277-9536(86)90070-5
27. Castro, S.S., F. Lefèvre, A.M.C. Lefèvre, and C.L.G. Cesar. 2011. "Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência." *Revista de Saúde Pública* 45(1):99-105. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>.
28. Condessa, A.M., E.H.G. Lucena, N. Figueiredo, P.S.A. Goes, and J.B. Hilgert. "Specialized dental care for people with disabilities in Brazil: profile of the Dental Specialty Centers, 2014." *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 29(5). <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500001>.
29. Paim, J., C. Travassos, C. Almeida, L. Bahia, and J. Macinko. 2011. "The Brazilian health system: history, advances and challenges." *Lancet* 377(9779):1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
30. Hurstfield J, Meager N, Aston J, Mann K, Mitchell H, O'Regan S, Sinclair A. Monitoring the Disability Discrimination Act (DDA) 1995 – Phase 3. Disability Rights Commission. 2004. Available from: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/hurstfield-Final-pdf.pdf>
31. Menicucci T. Health policy in Brazil: continuities and innovations. In: Arretche M, Marques E, Faria CAP. The policies of politics – inequalities and inclusion in PSDB and PT governments. São Paulo: editora Unesp. 2019.
32. Edelstein, Burton L. 2007. "Conceptual Frameworks for Understanding System Capacity in the Care of People with Special Health Care Needs." *Pediatric Dentistry* 29(2).

4.4 ARTIGO 4

Integração sistêmica da assistência odontológica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: estudo de caso múltiplo

RESUMO

Objetivou-se descrever a extensão da integração sistêmica da assistência odontológica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), em seis regiões de saúde brasileiras. Estudo de caso múltiplo, com análise documental e entrevista com atores-chave, entre 2019 e 2021. As categorias utilizadas foram: financiamento, cobertura potencial dos serviços de saúde bucal, coordenação do cuidado da atenção primária, avaliação/monitoramento, integração com a rede pública, integração com a rede privada e filantrópica, sistema de informação e governança. Todas as regiões apresentaram serviços de saúde bucal estruturados nos três níveis assistenciais e a extensão da integração sistêmica apresentou características distintas entre as regiões. Os aspectos congruentes e divergentes encontrados podem estar relacionados ao processo de indução federal e às características do federalismo brasileiro. Ainda que o governo central exerça um papel regulador e defina incentivos de alinhamento dos entes subnacionais às diretrizes do país, o processo de regionalização é afetado pelo contexto, comportamento, capacidade técnica e opções políticas dos atores regionais que são autônomos para a decisão e a organização dos seus respectivos territórios.

Palavras-chaves: Políticas públicas; Integração sistêmica; Saúde Bucal; Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

The aim was to describe the extent of the systemic integration of dental care in the Care Network for Persons with Disabilities (CNPD), in six Brazilian health regions. Multiple case study, with document analysis and interview with key actors, between 2019 and 2021. The categories used were: funding, potential coverage of oral health services, coordination of primary care, evaluation/monitoring, integration with the network public, integration with the private and philanthropic network, information and governance system. All regions implemented oral health services followed at the three levels of care and the extent of systemic integration showed different characteristics between regions. The congruent and divergent aspects found may be related to the federal induction process

and the characteristics of Brazilian federalism. Although the central government plays a regulatory role and defines incentives for inspection by subnational entities of the country's guidelines, the regionalization process is affected by the context, behavior, technical capacity and political options of the regional actors who are autonomous for the decision and organization of their respective territories.

Keywords: Public policies; Systemic integration; Oral Health; Disabled people.

INTRODUÇÃO

A organização dos sistemas de saúde pode variar entre uma conjuntura de total fragmentação, até a completa integração dos seus componentes, transitando entre as inúmeras possibilidades de arranjos entre os dois extremos deste espectro, o que repercute nas características dos modelos de atenção adotados. Em geral, sistemas fragmentados vinculam-se a modelos de atenção que respondem às condições agudas, enquanto sistemas integrados estão articulados a modelos de atenção às condições crônicas¹. Os sistemas de saúde integrados são amplamente considerados como tendo um desempenho superior em termos de qualidade e segurança como resultado de uma comunicação eficaz e protocolos padronizados, embora estes resultados não tenham sido totalmente demonstrados².

Apesar do crescente entusiasmo pela integração, as informações relacionadas à implementação e avaliação de iniciativas relacionadas a ela são dispersas e não são facilmente acessíveis. Há pouca orientação para gestores e tomadores de decisão sobre como planejar e implementar sistemas integrados de saúde. Como a tomada de decisão informada por evidências é uma exigência na gestão da política de saúde, é essencial aplicar o conhecimento sobre a integração de sistemas de saúde para promover a prestação de serviços eficazes².

No Brasil, com o propósito de aperfeiçoar a dinâmica político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e superar a fragmentação assistencial, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes voltadas à integração sistêmica dos serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS)³, entre as quais, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

A RCPD foi instituída em 2012 e visa ampliar o acesso, qualificar e diversificar as estratégias para atenção às pessoas com deficiência (PcD) física, auditiva, intelectual, visual ou múltiplas, articulando de forma efetiva os diferentes pontos assistenciais⁴. A

articulação com a política de saúde bucal é estabelecida, na perspectiva da integralidade, a partir da garantia do atendimento odontológico no nível primário, com as unidades de saúde da família (USF), e especializado, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). No entanto, assegurar o direito ao tratamento odontológico e ao cuidado integral não é tarefa simples e cobra uma articulação virtuosa entre os diferentes pontos de atenção da RCPD⁵. No âmbito da assistência hospitalar, destaca-se a ampliação do acesso à urgência e emergências odontológicas, bem como o atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim⁶.

Na literatura científica, estudos que relacionem a assistência odontológica integrada à RCPD são escassos. Há trabalhos que descrevem e mapeiam a assistência especializada odontológica para PcD^{7,8} e que se ocupam da acessibilidade para a utilização de serviços públicos odontológicos⁹. O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada¹⁰. A regionalização é um processo pensado para dar conta de serviços e cuidados com coordenação até uma regulação eficiente. Ela pode apontar para integração e coordenação de serviços e cuidados, mas deve ser aperfeiçoada com a introdução de inovações e políticas, de forma a melhorar a integração do sistema de saúde com foco no paciente¹¹. Conhecimentos científicos sobre a extensão da integração sistêmica são chave para a formulação de estratégias de articulação das RAS, podendo auxiliar na compreensão dos impasses atuais para a organização de serviços de diferentes densidades tecnológicas em uma região adscrita incluindo a colaboração entre distintos pontos de atenção à saúde que integram a linha de cuidado. Desta forma, este trabalho se propõe a descrever a extensão da integração sistêmica da assistência odontológica na RCPD, em seis regiões de saúde brasileiras.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de caso múltiplo¹², em seis regiões de saúde brasileiras, com distintas características socioeconômicas e da oferta de serviços, conforme reportado em estudo anterior¹¹. As regiões foram selecionadas intencionalmente e contavam com a presença de centros especializados de reabilitação (CER), CEO, serviços municipais e/ou filantrópicos de especialidades com ações de reabilitação ao usuário (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Associação de Assistência à Criança Deficiente,

organizações não governamentais), e de instituições formadoras (universidades, faculdades e cursos de residências médica e/ou multiprofissional). Este trabalho faz parte de um estudo mais amplo 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.

As regiões selecionadas foram: Baixada Cuiabana, Entorno Manaus e Alto Rio Negro, Grande Florianópolis, Salvador, São José do Rio Preto e Freguesia do Ó/Brasilândia, as quais serão denominadas daqui para frente de região A, B, C, D, E e F, respectivamente.

A coleta de dados aconteceu entre julho de 2019 a setembro de 2021, nas seis regiões de saúde mencionadas, a partir de entrevistas com atores-chaves (gestores dos serviços, profissionais de saúde bucal, coordenação de saúde bucal, controle social) na organização da RCPD no âmbito da saúde bucal (RCPD-SB). Foram utilizados roteiros semiestruturados e questionários, os quais abordavam características da política, organização e estrutura da RCPD.

O Quadro 1 apresenta as principais características das regiões selecionadas, a partir de indicadores socioeconômicos e da oferta de serviços. As fontes oficiais para obtenção deste material foram os sites do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento de Informática do SUS (DataSUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e do Ministério da Saúde, em relação ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). Dentre as características demográficas, o número de municípios que compõe as regiões variou de 10 a 22 municípios, exceto a região F, que faz parte de uma coordenadoria regional de saúde do município mais populoso do país (São Paulo). A população das regiões variou entre 419.142 habitantes a 3.167.626 habitantes e a densidade populacional esteve entre 5,75 habitantes/km² e 13.306 habitantes/km². Para os indicadores socioeconômicos, o Produto Interno Bruto (PIB), em 2013, variou de 19 mil reais a 29 mil reais; o percentual de pessoas com renda familiar *per capita*, em 2010, inferior a 255 reais variou de 1,1% a 38,88%; a taxa de analfabetismo da população com 15 anos ou mais, em 2010, variou de 1,55 a 6,26 e a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos variou de 8,48 a 24,18. Em relação à oferta de serviços de saúde, em 2015, o total de leitos SUS por mil habitantes variou de 1,21 a 6,26; o número de médicos SUS

por mil habitantes, esteve entre 1,17 a 14,77. Em 2014, o número de consultas médicas por mil habitantes variou de 862,14 a 3.124,48; os procedimentos ambulatoriais de média complexidade por mil habitantes variaram de 2.802,13 a 13.575,41, e o percentual de produção ambulatorial na atenção básica no total da produção ambulatorial variou de 9,71% a 56,44%.

Para a análise das características dos serviços de saúde bucal nas regiões estudadas, foram obtidos os dados referentes aos CEO: modalidade e adesão à RCPD, por meio do relatório público disponibilizado no site do Ministério da Saúde – Saúde Bucal – CEO. O número de cirurgiões-dentistas cadastrados com a classificação brasileira de ocupações (CBO) específica ao atendimento da PcD, em cada CEO das regiões, foi obtido pelo CNES, para a competência de dezembro de 2019, assim como o total de horas semanais destes profissionais no mesmo período. Foram calculados os indicadores que medem a oferta de profissionais por milhão de habitantes e o número total de horas semanais dedicadas ao atendimento das PcD por milhão de habitantes em cada região. Também foram extraídas informações referentes à adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO), no site do PMAQ-CEO, além de informações referentes à estrutura da rede de saúde bucal ofertada nos territórios de estudo, por nível assistencial, entre 2019 e 2021. Os resultados das características da rede de saúde bucal por região de saúde foram apresentados no Quadro 2.

As entrevistas traziam informações referentes à estrutura da RCPD e a integração dos respectivos serviços com a rede pública e a rede privada e filantrópica, a estrutura de governança, explicitando o papel dos diferentes atores na organização e decisões que envolviam a implementação da RCPD, o papel do sistema de informação na integração sistêmica da RCPD e a importância do monitoramento/avaliação, bem como sua periodicidade de ocorrência, nos serviços que compunham a RCPD.

A integração sistêmica é caracterizada por um conjunto de aspectos que permitem mapear o nível de integração da RAS, conforme descrito em estudo anterior², quais sejam: financiamento compartilhado entre os entes, cobertura e coordenação do cuidado centrado na Atenção Primária à Saúde (APS), monitoramento/avaliação, integração com a rede pública, sistema de informação e estrutura de governança da RCPD-SB. Esta integração deve ser entendida como uma lógica de interação entre os serviços da rede de saúde (público, privado, filantrópico), numa perspectiva mais ou menos equânime¹¹.

A discussão dos resultados buscou destacar as semelhanças e diferenças entre os casos, ancorando-se nas informações científicas produzidas por estudos sobre o processo de regionalização no Brasil. Estes processos são afetados tanto pelo contexto, comportamento e opções políticas dos atores regionais e locais, quanto pelos mecanismos de indução federal voltados à mitigação das desigualdades em saúde no território nacional¹³. No que pesem as diferentes abordagens teórico-metodológicas e a variedade de objetivos desses estudos, as informações foram utilizadas para levantar possíveis hipóteses explicativas ligadas aos resultados encontrados.

Quadro 1. Características socioeconômicas e da oferta de serviços em seis regiões de saúde, em anos selecionados.

Características regionais		Regiões de Saúde					
		Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
Cobertura geográfica	Nº de municípios	11	12	22	10	20	Coordenadoria Regional de Saúde do município de SP
	Nº total de habitantes	871.949	2.101.599	926.934	3.167.626	577.834	419.142
	Densidade demográfica total (habitantes/ km ²)	17,78	5,75	205,5	1.155,09	120,47	13.306
Indicadores Socioeconômicos	PIB <i>per capita</i> (2013)	R\$ 26.067,79	R\$ 28.698,61	R\$ 29.848,38	R\$ 19.106,18	R\$ 27.532,16	Sem informação
	% pessoas com renda familiar <i>per capita</i> inferior a R\$ 255,00 (2010)	22,58	38,88	8,35	32,21	10,52	1,1
	Taxa de analfabetismo população com 15 anos ou mais (2010)	6,2	5,4	3,34	4,63	4,42	1,55

Características regionais		Regiões de Saúde					
		Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
	Taxa de mortalidade infantil/mil nascidos vivos (2011-2013)	13,62	15,14	8,69	16,58	8,48	24,18
Indicadores da oferta de serviços de saúde	Total de leitos SUS/mil habitantes (2015)	1,7	1,21	2,02	1,68	1,61	6,26
	Nº médicos SUS/mil hab. (2015)	1,37	1,17	1,75	1,81	2,45	14,77*
	Nº consultas médicas/mil hab. (2014)	964,33	999,19	1.751,83	862,14	3.124,48	896,8
	Procedimentos ambulatoriais de média complexidade/mil hab. (2014)	7.880,33	13.575,41	8.190,13	8.529,21	10.326,48	2.802,13
	% produção ambulatorial na AB no total da produção ambulatorial (2014)	32,34	24,56	9,71	20,21	25,55	56,44

Fonte: IBGE, CNES, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Notas: *Região Norte (na qual FÓB está incluída) do município de São Paulo. Para esta região, o indicador Nº de médicos SUS/mil hab. foi calculado sobre a população total da região Norte.

RESULTADOS

Conforme mencionado no Quadro 1, todas as regiões de saúde estudadas têm serviços de saúde estruturados nos três níveis assistenciais, com predominância de porta de entrada preferencial pela APS. Entretanto, a cobertura potencial, oferecida tanto pelos serviços de APS quanto pelos serviços especializados, variou bastante por região, mostrando importante heterogeneidade estrutural.

Em relação à rede de saúde bucal (Quadro 2), o número de CEO variou de 1 a 8, a depender da região, sendo os tipos 2 e 3 os mais frequentes (17 serviços cada) e o tipo 1 o menos frequente (5), de um total de 39 CEO. O indicador que mede a disponibilidade de CEO aderidos à RCPD, variou de 2,4 (região F) para 9,2 (região A) CEO para cada milhão de habitantes. O total de profissionais credenciados nos CEO para o atendimento à PcD variou de 1 a 24 significando que a disponibilidade deste profissional era mais de 10 vezes maior na região C em relação à F. Em relação às horas semanais dedicadas ao atendimento das PcD nos CEO, os valores variaram de 0,05 a 0,46 horas por mil habitantes. A adesão ao PMAQ-CEO ficou acima de 80% em todas as regiões de pesquisa, exceto na região A, que apresentou adesão de 75%. Sobre a estrutura das regiões, todas elas apresentavam serviços de assistência odontológica para a PcD inseridos nos três níveis assistenciais, além da rede de urgência e emergência e, a depender da região, havia parcerias com o setor privado/privado-filantropico e instituições de ensino superior (IES).

No Quadro 3, é apresentada a extensão da integração sistêmica segundo as categorias de financiamento compartilhado entre os entes, cobertura e coordenação do cuidado centrado no usuário pela APS, monitoramento/avaliação, integração com a rede privada e/ou filantrópica, integração com a rede pública, sistema de informação e estrutura de governança na RCPD-SB correspondentes a cada região de saúde.

Observou-se que o financiamento compartilhado entre os entes encerrava mais semelhanças que diferenças. Em todas as regiões, os serviços públicos odontológicos ligados à RCPD eram mantidos por meio de recursos próprios do orçamento estadual e/ou municipal, além dos incentivos federais previstos para custeio mensal dos CEO (Portaria 1.341, de 13 de junho de 2012). Uma das regiões tinha mecanismo para receber doações específicas de pessoas físicas ou jurídicas realizadas através do Fundo Estadual de Saúde (região B). Outros incentivos federais eram referentes à adesão voluntária à RCPD

(regiões C, E e F), ou por bom desempenho no PMAQ-CEO (região E). Algumas regiões eram beneficiadas por programas estaduais específicos que apoiavam os municípios na provisão dos serviços (regiões C, E e F).

Regiões que tinham fontes de financiamento de nível federal, estadual e municipal (C, E e F especialmente), apresentaram coberturas de APS de 40% ou mais da população de referência. Nas regiões A, B e D, a cobertura foi baixa (inferior a 40%). Em metade dos casos investigados, a coordenação do cuidado era centrada na APS.

Os dados sobre o uso de sistemas de informação mostraram que metade das regiões (C, E e F) usavam o prontuário eletrônico integrado e acessível a todos os profissionais. Na região B, alguns serviços não possuíam recursos tecnológicos suficientes para a utilização de prontuários eletrônicos. Duas regiões possuíam prontuário eletrônico não integrado à RCPD (B e D) e, para a região A, não foram encontradas informações a respeito. Nas regiões C, E e F, o agendamento de consultas para a atenção especializada era via sistema de regulação.

A extensão com que os serviços públicos odontológicos ligados à RCPD têm avançado na qualificação pode ser demonstrada pela incorporação (ou não) de processos de avaliação e monitoramento das ações. Neste sentido, a avaliação/monitoramento ocorria de forma distinta entre as regiões: era esporádico nas regiões A, B e D, restringindo-se à época em que acontecia o PMAQ-CEO ou segundo as orientações ministeriais. Nas demais regiões, acontecia de maneira periódica, a cada seis meses (região C), bimestral (região F) ou mensalmente (região E). Na região A, um dos serviços especializados possuía um instrumento próprio de monitoramento, mas não era padrão para RCPD-SB e não estava sendo utilizado. Na região C, os CEO possuíam indicadores de produtividade monitorados para o cumprimento de metas estabelecidas pela gestão estadual, mas foi considerado frágil. Na região E, eram utilizados indicadores próprios, criados pela gerência do CEO, além daqueles monitorados pelo Ministério da Saúde.

Qualificar o cuidado também depende da forma como os serviços se comunicam e interagem para integrar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, bem como a capacidade de incorporar tecnologias de informação e comunicação (sistemas de informação) para avançar nesta integração. Desta forma, a integração com a rede privada e/ou filantrópica era episódica ou informal em todas as regiões, exceto na B, onde era regular e formal, com oferta de assistência pública odontológica para a PcD em

instituições filantrópicas mediante acordo formal (o município cedia os profissionais e comprava os insumos). Com relação à integração com a rede pública, ela acontecia, em todas as regiões, entre as USF e os CEO. Observou-se que a região C possuía um CEO criado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que atuava como um importante elo assistencial junto aos municípios da região que não possuíam serviços odontológicos especializados, e na região F, havia vínculos empregatícios distintos entre os profissionais que ocupavam o mesmo espaço (administração direta e contrato por organização social de saúde).

A interação entre os atores que compõem esta estrutura complexa que conforma a RCPD reflete a capacidade de governança para mobilizar esforços em torno do funcionamento, viabilização e qualificação do cuidado ofertado aos usuários com deficiência. Assim, a estrutura de governança da RCPD-SB foi classificada como restrita (quando se limitava apenas ao corpo técnico da saúde bucal), intermediária (corpo técnico além da saúde bucal, sem participação social/cidadã) ou ampla (corpo técnico além da saúde bucal, com participação social/cidadã). As regiões D e E apresentaram características de governança restrita; as regiões A e B, governança intermediária e as regiões C e F, governança ampla.

Quadro 2. Características da rede de saúde bucal nas regiões de saúde, em anos selecionados.

Características regionais		Regiões de Saúde					
		Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
Indicadores	Nº de CEO por tipo	8 CEO tipo 2 (2) e tipo 3 (6)	7 CEO tipo 2 (4) e tipo 3 (3)	7 CEO tipo 2 (4) e tipo 3 (3)	12 CEO tipo 1 (3), tipo 2 (5) e tipo 3 (4)	4 CEO tipo 1 (2), tipo 2 (1) e tipo 3 (1)	1 CEO tipo 2
	Número de CEO aderentes à RCPD por milhão de hab.	9,2	3,3	7,6	3,8	6,9	2,4
	Nº de CD credenciados como OPNE nos CEO ^a	18	14	24	23	3	1
	Nº de CD-OPNE por milhão hab.	20,6	6,7	25,9	7,3	5,2	2,4
	Total de horas semanais de CD- OPNE/mil hab	0,46	0,08	0,28	0,13	0,10	0,05

Características regionais		Regiões de Saúde					
		Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
Adesão ao PMAQ-CEO 2º ciclo		75% (6 dos 8 CEO da região aderiram)	83,4% (5 dos 6 CEO da região aderiram)	100% (os 8 CEO da região aderiram)	91,6% (11 dos 12 CEO da região aderiram)	100% (os 3 CEO da região aderiram)	100% (o CEO da região aderiu)
Estrutura da RCPD-SB	Nível básico	ESB da ESF, clínicas odontológicas, UPA, Pronto socorro	USF com ESB, USF fluviais com ESB, USF ribeirinha com ESB, UPA estaduais	ESB da ESF e UPA	ESB da ESF	ESB da ESF e UPA	USF com ESB e UPA
	Nível especializado	CEO, serviço especializado estadual	CEO municipais e estadual, instituições filantrópicas	CEO regionais	CEO, serviço especializado estadual, instituição filantrópica “Rede informal” – clínicas de universidades públicas e particulares.	CEO e Ambulatório Médico de Especialidades	CEO

Características regionais	Regiões de Saúde					
	Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
Nível hospitalar	Hospital Geral	Hospital Geral e Pediátrico	Hospital Geral e Pediátrico	Hospital Geral, Pediátrico e Psiquiátrico	Hospital Geral	Hospital Geral

Fonte: Portal da Saúde (Ministério da Saúde); CNES.

Notas: a - Número de cirurgiões-dentistas credenciados nos CEO com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) 223288 - Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), especialidade na qual estão incluídas as Pessoas com Deficiência.

Quadro 3. Componentes da integração sistêmica nas regiões de saúde estudadas.

Componentes da Integração Sistêmica	Regiões de Saúde					
	Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
Financiamento compartilhado entre os níveis federal, estadual e municipal com transferências federais segundo o número de habitantes e segundo a produção nos CEO ^{a,b}	Recursos próprios do orçamento estadual e municipais; doações específicas de pessoas físicas ou jurídicas realizadas através do Fundo Estadual de Saúde ^c , além dos incentivos federais para custeio mensal dos CEO.	Recursos próprios do orçamento estadual e municipais, além dos incentivos federais para custeio mensal dos CEO.	Incentivo federal por adesão à RCPD ^d ; recursos do orçamento municipal; incentivo estadual para ESB e CEO ^e , além dos incentivos federais para custeio mensal dos CEO.	Recursos próprios do orçamento estadual e municipais, além dos incentivos federais para custeio mensal dos CEO.	Incentivo federal por adesão à RCPD ^d ; incentivos federais por bom desempenho na avaliação PMAQ-CEO; recursos do Fundo Estadual de Saúde ^f referentes ao Programa “Sorria São Paulo”, além dos incentivos federais para custeio mensal dos CEO.	Incentivo federal por adesão à RCPD ^d ; recursos do Fundo Estadual de Saúde ^f referentes ao Programa “Sorria São Paulo”, além dos incentivos federais para custeio mensal dos CEO.
Cobertura e coordenação do cuidado centrado no usuário pela APS	Baixa cobertura potencial (20,16%) ^g	Baixa cobertura potencial (35,51%) ^g	Média cobertura potencial (48,18%) ^g	Média cobertura potencial (40,43%) ^g	Média cobertura potencial (42,96%) ^g	Alta cobertura potencial (100%)
	APS não coordenava o acesso aos demais níveis assistenciais	APS não coordenava o acesso aos demais níveis assistenciais	APS coordenava o acesso aos demais níveis assistenciais	APS não coordenava o acesso aos demais níveis assistenciais	APS coordenava o acesso aos demais níveis assistenciais	APS coordenava o acesso aos demais níveis assistenciais.

Componentes da Integração Sistêmica	Regiões de Saúde					
	Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
Sistema de informação	Sem informação.	Prontuário eletrônico desenvolvido pelo Ministério da Saúde.	Prontuário eletrônico integrado e acessível a todos os profissionais da rede. Agendamento de consultas para rede especializada via sistema de regulação.	Prontuário eletrônico, mas não integrado à rede.	Prontuário eletrônico integrado e acessível aos profissionais. Agendamento de consultas para rede especializada via sistema de regulação.	Prontuário eletrônico integrado. Agendamento de consultas para rede especializada via sistema de regulação.
Monitoramento/Avaliação	Esporádico	Esporádico	Periódico	Esporádico	Periódico	Periódico
Integração com a rede privada e/ou filantrópica	Episódico e informal	Regular e formal	Episódico e informal	Episódico e informal	Episódico e informal	Episódico e informal
Integração com a rede pública	Integrada às USF e aos CEO e ao serviço especializado estadual.	Integrada às USF e aos CEO do município polo.	Integrada às USF e aos CEO do município polo.	Integrada às USF e aos CEO do município polo.	Integrada às USF e aos CEO do município polo.	Integrada ao CEO-Coordenadoria-Assessoria e, dentro dele, separada por tipo de contrato de

Componentes da Integração Sistêmica	Regiões de Saúde					
	Região A – Baixada Cuiabana	Região B – Entorno Manaus e Alto Rio Negro	Região C – Florianópolis	Região D – Salvador	Região E – São José do Rio Preto	Região F – São Paulo (Freguesia do Ó/Brasilândia)
						gestão (público-OSS)
Estrutura de governança RCPD-SB	Intermediária: Grupo Conductor da RCPD, dentistas do CEO e serviço especializado estadual.	Intermediária: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.	Ampla: Ministério da Saúde, Coordenação Estadual de Saúde Bucal, coordenadores dos CEO, dentistas especialistas em PNE e gestores regionais e municipais, e instituições filantrópicas.	Restrita: Coordenação municipal de saúde bucal.	Restrita: Dentistas do CEO.	Ampla: Gerentes do CEO, população usuária, Assessoria Técnica de Saúde Bucal e Secretaria Municipal de Saúde.

Elaborado pelos autores.

Notas: a- Portaria nº 1.464 de 24/6/11 (institui o financiamento dos CEO); b- Portaria nº 1.341 de 13/6/12 (define valores de incentivos de implantação e de custeio mensal dos CEO); c- Lei Estadual de Saúde Bucal (nº 10.116 de 11/6/14); d- Portaria de Consolidação nº 6, de 28/9/17, criou incentivos adicionais aos CEO que aderirem à RCPD; e- Deliberação 054/CIB/2019; f- Resolução SES nº 43 de 6/7/18 (estabelece transferência fundo a fundo mediante adesão ao Programa “Sorria São Paulo”); g- informações disponíveis no portal e-Gestor, para o período de 2019 (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>).

DISCUSSÃO

Realizou-se um estudo de caso múltiplo a fim de analisar a extensão da integração sistêmica da assistência odontológica na RCPD, em diferentes regiões de saúde do país. As regiões C, E e F apresentaram características compatíveis com uma integração sistêmica mais extensa envolvendo a maioria dos aspectos analisados: financiamento, cobertura potencial de ESB e nível de coordenação do cuidado da APS, avaliação/monitoramento, integração com a rede pública e apoio de sistema de informação em saúde, e ampla estrutura de governança. Destas regiões, apenas a E apresentou uma estrutura restrita de governança. Em relação à integração com a rede privada e/ou filantrópica, apenas na região B foram encontradas indicações de relações formalizadas e compromissos de cooperação entre os serviços.

Aspectos semelhantes da integração sistêmica da RCPD em relação às modalidades de serviços, à oferta de profissionais e às formas de financiamento, observados nas distintas regiões, podem ser explicados pelas características do federalismo e da estrutura jurídico-normativa que rege o sistema de saúde brasileiro, a exemplo do que foi observado na estrutura da RCPD-SB, ilustrada no Quadro 2. O governo central, por meio do Ministério da Saúde, é responsável pelo financiamento e formulação da política nacional de saúde, e pela condução do processo de pactuação com os governos subnacionais para a tomada de decisões nesta política setorial (Arretche, 2004). As semelhanças encontradas nas regiões de saúde expressam em certa medida o processo de implementação da RCPD no país, no qual o desenho da política pública e os mecanismos de indução federal foram deliberados nos diferentes espaços de pactuação do sistema de saúde correspondentes aos níveis nacional, estadual e regional^{14,15}. No que pese este processo, a oferta de serviços se mantém desigual. Ainda que o governo central exerça um papel regulador e defina incentivos de alinhamento dos entes subnacionais às diretrizes do país, o processo de regionalização é afetado pelo contexto, comportamento, capacidade técnica e opções políticas dos atores regionais¹³, que são autônomos para a decisão e a organização dos seus respectivos territórios. Tais aspectos afetam não só a capacidade de produção dos serviços, como o papel coordenador dos estados, onde as regiões se situam, na estruturação das redes de atenção, incluindo a RCPD, conforme observado no Quadro 2, a respeito da escolha pelo tipo de serviço (tipo CEO), bem como os indicadores e a estrutura disponível para a assistência à PcD e à população.

A gestão da saúde, no Brasil, é descentralizada, ou seja, os entes subnacionais representados pelos estados, municípios e Distrito Federal são dotados de autonomia administrativa, financeira e política para organizar os serviços de saúde em seu território, sob a

orientação de diretrizes constitucionais relativas à universalização do acesso, à equidade e à integração das ações. No entanto, desde a década de 1990, o papel de formulação e coordenação nacional desta política se mantém sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, que atua como gestor nacional do sistema¹⁶. A singularidade do modelo federativo está na maior horizontalidade das relações, que requerem ações coordenadas¹⁷, o que explica, em parte, a semelhança estrutural encontrada nos serviços de APS nas distintas regiões analisadas. Entretanto, se o diálogo e as relações entre os entes não forem bem estabelecidos, a resposta poderá se dar em forma de conflitos intergovernamentais, competição, interesses divergentes e até mesmo em comportamentos predatórios entre eles¹⁷.

Estudo na região D, mostrou que a disputa entre estado e município-polo, principalmente, na disponibilização de serviços de saúde, especialmente a nível especializado e hospitalar, era comum, tendo em vista as divergências técnicas e políticas de seus respectivos gestores. Na região A, pesquisa mostrou que a SES, por não cumprir com suas responsabilidades compartilhadas no Termo de Compromisso de Gestão (TCG), contribuiu para gerar desgastes nas relações horizontais, interferiu no processo de regionalização e não fortaleceu as competências da gestão municipal. Sua participação foi incapaz de induzir a redução das desigualdades em saúde¹⁷.

A APS, embora seja responsabilidade municipal, tem nos recursos federais (via Ministério da Saúde), os principais incentivos financeiros orientadores para a garantia da sua implementação e custeio mensais. Este fator explica parte dos resultados semelhantes encontrados nas distintas regiões de saúde em relação à organização dos serviços, como: presença de USF ou unidades de atenção básica com equipes de saúde bucal. No entanto, a cobertura populacional potencial dos serviços de saúde bucal pela APS variou bastante, mostrando-se abaixo de 40% nas regiões A, B e D, as quais também apresentaram dificuldades em cumprir com a coordenação do cuidado. Este é um aspecto importante para a estruturação da RCPD, pois a baixa potencialidade da APS em se configurar como a porta de entrada preferencial no sistema de saúde pode se refletir em sobrecarga para os demais serviços e desorganização dos fluxos de acesso, resultando em descontinuidade e fragmentação do cuidado¹⁸.

A APS tem fundamental importância na estruturação da RAS, exigindo um sólido arranjo regional para que ela possa exercer seu papel de coordenadora do cuidado¹⁹. Estudo realizado na região F, demonstrou que os serviços de saúde bucal eram integrados aos demais

serviços de saúde, com atribuições bem estabelecidas para cada nível assistencial, contribuindo para a coordenação do cuidado na região⁵. Por outro lado, estudos realizados nas regiões B e no estado da região D, identificaram o desconhecimento dos gestores municipais sobre a dinâmica e situação da APS em um contexto regional, comprometendo a gestão da RAS em um nível capaz de responder às demandas da população^{18,20}.

Falhas na coordenação do cuidado nas RAS manifestam-se, em geral, por problemas de responsabilização e de quebra do fluxo de informações entre os pontos de atenção, resultando em fragmentação do cuidado²¹. Neste sentido, a utilização de prontuários eletrônicos favorece a comunicação interprofissional e o gerenciamento de informações entre diferentes serviços de saúde, condição essencial para melhorar a qualidade da atenção²². As regiões analisadas neste estudo apresentaram diferenças na disponibilidade de recursos tecnológicos e sistemas de informação, com destaque positivo para as regiões C, E e F, nas quais os prontuários eletrônicos estavam integrados entre si nas unidades de APS e nos CEO. Estas diferenças entre avanços e desafios na implementação de sistemas de informação em saúde, no Brasil, mostra sua heterogeneidade, condicionada por diversos arranjos organizativos e influenciada pelas características dos municípios/regiões²³.

Esta configuração também se confirmou para o monitoramento/avaliação nos locais de estudo. Nas regiões A, B e D, o monitoramento/avaliação foi esporádico, atrelado à época em que acontecia o PMAQ-CEO ou segundo orientações do Ministério da Saúde. Estudos específicos documentaram insuficiências neste aspecto. Na região A, foi identificada ausência de ações específicas de monitoramento/avaliação⁵. Na região B, não havia ações de monitoramento/avaliação segundo a força de trabalho entrevistada²⁰. Na região D, os pesquisadores reportaram um vazio referente ao exercício de monitoramento dos serviços prestados pelos CEO, favorecendo o descumprimento de metas mínimas de produção assistencial odontológica especializada para PcD, estabelecidas pelo Ministério da Saúde²⁴.

Nas demais regiões de estudo, o resultado foi positivo em relação ao monitoramento/avaliação, com periodicidade definida. Um estudo realizado na região E, destacou esta dimensão como parte da cultura institucional dos serviços, com utilização de instrumento específico, cujo produto resultava num painel de monitoramento, em conjunto com a avaliação de toda a rede de saúde⁵.

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores de serviços, que de modo geral, competem entre si. Ele é constituído por três subsetores: o público

(serviços financiados e providos pelo Estado), o privado com fins lucrativos ou não (serviços financiados de diversas formas com recursos públicos e/ou privados) e o suplementar composto pelos distintos planos privados de assistência à saúde e apólices de seguro, incentivado por subsídios fiscais²⁵. Estas relações entre público-privado, que envolve disputas diversas, relacionadas à distribuição dos recursos existentes e às obrigações e contrapartidas, contribui para a manutenção do gargalo do subfinanciamento na saúde, inclusive em governos mais progressistas, ao não incluir este problema estrutural na agenda política²⁶.

Estes arranjos entre o público e o privado ocorrem em diversos países europeus, há mais de meio século, onde o Estado e o setor privado coexistem na oferta de serviços de saúde. A intensidade da combinação varia entre países e no tempo, influenciada pelas características da sociedade e do modelo de proteção social. O desafio a enfrentar diz respeito à busca da combinação mais adequada diante das transformações atuais²⁷. Nas regiões investigadas, excetuando-se a região B, as relações de integração entre os prestadores públicos, e entre eles e os prestadores privados e filantrópicos foram episódicas e informais, desfavorecendo a mobilização de um conjunto mais amplo de recursos que propiciasse a obtenção de um ciclo completo de cuidados em saúde bucal aos usuários com deficiência. Estudo realizado nas regiões A e E, que descreveu a relação entre a implantação da RCPD no âmbito da saúde bucal e o Modelo de Coalizão de Defesa, mostrou que não foram encontradas parcerias entre os prestadores públicos e os privados e filantrópicos em relação à assistência odontológica às PcD⁵.

O presente estudo de caso mostrou que a integração entre os serviços da rede de APS era mais intensa do que entre estes e os serviços de assistência especializada. A região F apresentou a particularidade de dispor de dois modelos distintos para gerenciar os profissionais de saúde: um modelo público que administrava a assistência especializada e um modelo por meio de organizações privadas sem fins lucrativos que administrava a rede de APS. Além disso, a integração entre os serviços públicos e a entidade formadora foi verificada na região C, com a finalidade de garantir o cuidado especializado em saúde bucal para as PcD. Nesta região, um estudo sobre a rede de atenção em saúde bucal e o processo de regionalização²⁸ apontou que a entidade formadora desempenhava um papel importante na construção da rede de atenção na região metropolitana, com a oferta de serviços básicos e especializados odontológicos. No mundo inteiro, várias iniciativas têm sido desenvolvidas no sentido de experimentar novas modalidades de gestão e de prestação de serviços de APS. Na Europa Ocidental, duas estratégias têm sido principalmente utilizadas: a competição entre prestadores públicos através do chamado

“mercado público” e a privatização da APS com medidas como a substituição progressiva do financiamento público pelo privado, a partir de algumas iniciativas como o copagamento para utilização dos serviços e a privatização de vários prestadores de serviços de APS²⁹. No Brasil, o estado de São Paulo, onde se encontra a região F, foi um dos primeiros a terceirizar a administração de serviços de saúde por meio de organizações sem fins lucrativos³⁰.

Todas as regiões de estudo mencionaram a presença de incentivo estadual, em maior ou menor intensidade, entretanto, a estrutura de governança apresentou características distintas. Apenas as regiões C e F apresentaram característica de ampla governança, com maior multiplicidade de atores participando do processo de pactuação e decisão em torno da configuração regional da RCPD. A presença de poucos atores na coordenação e mediação das relações para integração da RCPD corrobora a noção de que a estratégia de criação de colegiados gestores regionais agregados, a fim de estabelecer mais claramente as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir competências concorrentes, não tem sido suficiente para ampliar a governança¹³. Estudos anteriores realizados na região C, apontaram a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como espaços de governança consolidados, com capacidade de elaborar e implementar políticas, a despeito da rede regionalizada de saúde bucal estar posicionada periféricamente às demais redes de atenção à saúde^{28,31,32}. A participação cidadã pode favorecer a integração de diferentes atores envolvidos no cuidado à PcD, ao reunir, além dos usuários, universidade, gestores e profissionais de saúde, como aconteceu na região F, com a consolidação do Fórum de Reabilitação, criado em 2012^{33,34}. Nesta linha, a introdução de grupos condutores (GC) tende a favorecer a multiplicidade de atores para constituição de uma governança cooperativa.

Apenas a região A mencionou a presença da saúde bucal no GC, que estava em processo de reestruturação, posicionando-a numa classificação intermediária de governança. A região A pertence a uma unidade subnacional que foi pioneira na regionalização (1995-2002), mas, a partir de 2003, mudanças na gestão desviaram o processo de regionalização do seu curso anterior, voltado à redução das desigualdades e ao fortalecimento das capacidades de gestão em nível local¹⁷.

A governança, na região B, também foi classificada como intermediária, por contar com a atuação de múltiplos atores institucionais, mas sem a participação cidadã. A unidade subnacional a qual pertence esta região, foi a última a aderir ao Pacto pela Saúde, e se manteve com uma institucionalidade incipiente, muitas vezes favorecendo a fragmentação dos serviços.

O protagonismo da SES na organização das RAS teve enfoque maior em ações voltadas ao âmbito municipal, desfavorecendo uma construção coletiva e solidária entre entidades federadas²⁰. Além disso, a descontinuidade nos processos de gestão e elevada rotatividade de gestores, parece repercutir nos espaços colegiados (CIR, CIB), tornando-os burocráticos, com função de dirimir dúvidas no manejo das ferramentas de registro das atividades prescritas pelo âmbito federal, com fragilidade nas negociações de financiamento das RAS e no estabelecimento de relações entre entidades públicas e privadas, com dificuldade em criar iniciativas ou planos de ação numa perspectiva regional²⁰.

A complexidade da governança em sistemas de saúde integrados exige mecanismos de responsabilidade e tomada de decisão, com estruturas capazes de promover integração, garantindo a representação de uma variedade de grupos de partes interessadas na entrega de um *continuum* de cuidados em saúde². Nas regiões D e E, a governança foi avaliada como restrita, com a participação apenas do corpo técnico da saúde bucal. Estudo no estado da região D sugeriu desconhecimento dos gestores sobre o funcionamento da APS e suas possibilidades de coordenação do cuidado regionalizado, com falas restritas, sistematicamente, ao contexto municipal¹⁸. Na governança empreendida nos serviços de saúde bucal, sugeriu-se que existem dificuldades de articulação de ações intermunicipais e a ausência de uma agenda do governo estadual no fomento a arranjos de CEO regionais²⁴.

Em relação às limitações deste estudo, embora tenham sido feitas entrevistas buscando representar a multiplicidade dos atores-chave dos espaços colegiados nas distintas regiões do estudo, e examinadas detalhadamente as atas de CIR e CIB, a disponibilidade de mais recursos permitiria que outros elementos da realidade de cada região pudessem ser observados a fim de complementar os achados. Entrevistas abrangendo as PcD em cada contexto, poderia agregar uma maior variedade de dados sobre a extensão da integração sistêmica. Além disso, aspectos relacionados às ações dos grupos condutores (municipais, regionais, estaduais) voltadas ao cuidado em saúde bucal da PcD não foram amplamente exploradas neste estudo e podem trazer importantes contribuições em trabalhos futuros. Outra limitação diz respeito ao método do estudo de caso, o qual impossibilita a extrapolação dos resultados para outros territórios. Entretanto, ele possibilita a verificação de proposições¹² que podem auxiliar na explicação de aspectos que compõem a integração sistêmica na organização de redes de atenção à saúde em sistemas de saúde, presentes em outros territórios.

Algumas regiões apresentaram, no processo de análise da integração sistêmica, parcerias bem estabelecidas com o setor privado e filantrópico que poderiam ser melhor

exploradas, especialmente no formato modalidade de gestão, pois são arranjos que têm se ampliado na organização do SUS (como foi o caso observado na região F), especialmente no nível assistencial primário.

Todas as regiões de saúde estudadas têm serviços de saúde estruturados nos três níveis assistenciais, com predominância de porta de entrada preferencial pela APS. Entretanto, a cobertura potencial, oferecida, tanto pelos serviços de APS quanto pelos serviços especializados, variou bastante por região, mostrando importante heterogeneidade estrutural. De modo similar, concluiu-se que a estrutura da rede de serviços de saúde bucal é desigual entre as regiões. A diferença na provisão de profissional especializado para o cuidado de pacientes especiais era mais dez vezes maior entre as regiões. A integração sistêmica apresentou extensão variada nas regiões. Três delas apresentaram elevada extensão na integração nas categorias relativas ao financiamento, cobertura potencial de ESB e nível de coordenação do cuidado da APS, avaliação/monitoramento, integração com a rede pública e apoio de sistema de informação em saúde, e ampla estrutura de governança (este último aspecto com característica restrita para a região E). A integração com a rede privada e filantrópica era estreita apenas em uma região. Os aspectos congruentes e divergentes encontrados podem estar relacionados ao processo de indução federal e às características do federalismo brasileiro. Ainda que o governo central exerça um papel regulador e defina incentivos de alinhamento dos entes subnacionais às diretrizes do país, o processo de regionalização é afetado pelo contexto, comportamento, capacidade técnica e opções políticas dos atores regionais que são autônomos para a decisão e a organização dos seus respectivos territórios.

REFERÊNCIAS

1. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. Escola Anna Nery, 2019/ 23(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>.
2. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. Healthc Q., 2009; 13(Spec No): 16–23. doi: 10.12927/hcq.2009.21092
3. Landim ELA, Guimarães MCL, Pereira APCP. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrorregião. Saúde Debate, 2019; 43(5): 161-173. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012.

5. Carneiro JDB, 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*, 2022; 14(2).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2019.
7. Condessa AM, Lucena EHG, Figueiredo N, Goes PSA, Hilgert JB. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020; 29(5). doi: 10.1590/S1679-49742020000500001.
8. Maciel FJ, Friche AAL, Januário GC, Santos MFN, Reis RA, Neto RO, Lemos SMA. Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. *CODAS*, 2020; 32(3). doi: 10.1590/2317-1782/20202018104.
9. Rocha LL, Saintrain MVL, Vieira-Meyer PGF. Access to dental public services by disabled persons. *BioMed Central Oral Health*, 2015; 15:35. doi: 10.1186/s12903-015-0022-x.
10. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(4):1281-1289. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.
11. Viana ALD'Á, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MAB, Uchimura LYT, Fusaro ER et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 2017; 17(Supl. 1): 517-526. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100002>.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.
13. Menicucci T. Política de saúde no Brasil: continuidades e inovações. In: Arretche M, Marques E, Faria CAP. As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT. São Paulo: Editora UNESP, 2019.
14. Arretche M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 2004; 18(2):17-26.
15. Szwako J, Lavallo AG. "Seeing like a social movement" – Institucionalização simbólica e capacidades estatais cognitivas. *Novos estudos, CEBRAP*, 2019; 38(2):411-434. <https://doi.org/10.25091/S01013300201900020009>.
16. Costa LA, Neves JAB. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 2013; 22(4):1117-1131. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400014>.
17. Martinelli NL, Viana ALD'Á, Scatena JHG. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. *Saúde Debate*, 2015; 39 (volume especial):76-90. Doi: 10.5935/0103-1104.2015S005239.
18. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, 2016; 25(2):320-335. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.
19. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Marins CL, Mota PHS et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(4):1141-1154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.

20. Garnelo L, Sousa MBL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(4):1225-1234. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>.
21. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
22. Tsai CH, Eghdam A, Davoody N, Wright G, Flowerday S, Koch S. Effects of Electronic Health Record Implementation and Barriers to Adoption and Use: A Scoping Review and Qualitative Analysis of the Content. *Life (Basel)*, 2020; 10(12):327. doi: 10.3390/life10120327.
23. Cielo AC, Raiol T, Silva EN, Barreto JOM. Implementation of the e-SUS Primary Care Strategy: an analysis based on official data. *Revista de Saúde Pública*, 2022; 56(5). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003405>.
24. Chequer TPR, Santos AM. Organização de Centros de Especialidades Odontológicas numa Região de Saúde na Bahia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2021; 31(3). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310324>.
25. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet [online]*, 2011.
26. Abers RN, Almeida DR. Participação no século XXI: o embate entre projetos políticos nas instituições participativas federais. In: Arretche M, Marques E, Faria CAP. *As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. São Paulo: Editora UNESP, 2019.
27. Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. Mix público-privado no sistema brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.
28. Mello ALCF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014; 19(1):205-214. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>.
29. Carneiro Junior N, Nascimento VB, Costa IMC. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde e Sociedade*, 2011; 20(4):971-979. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400014>.
30. Pilotto BS, Junqueira V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo. *Serviço Social e Sociedade*, 2017; 130:547-563. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.123>.
31. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(2):318-332. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>.
32. Godoi H, Castro RG, Santos JLG, Moysés SJ, Mello ALSF. Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184719>.
33. Rosa EZ, Kahhale EP, Martins J, Rocha S, Peroso GBD, Fontes FMM et al. Desafios da gestão do cuidado em rede: uma análise dos casos de saúde mental na Atenção Básica. In: *O território da Freguesia do Ó/Brasilândia e suas redes de saúde*. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/publicacoes/saude_mental_reabilitacao_e_atencao_basica-parte-2.pdf.

34. Haberland R, Pavam C, Cruz LS, Joia JH, Oliveira A, Rocha PR. O fazer coletivo nas políticas de saúde da FÓ/Brasilândia (SP): fóruns, redes, grupalidades. *Distúrbios da Comunicação*, 2017; 29(4). Doi: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i4p793-808>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta tese, foi possível observar que a fase da implementação da RCPD é influenciada por distintos fatores. Dentre eles, incluem-se o contexto regional, os múltiplos atores envolvidos na operação da política, bem como a capacidade técnico-operacional. Esta diversidade de fatores também exerceu influência na extensão da integração sistêmica analisada na RCPD, em diferentes regiões de saúde. Além do mais, os aspectos que influenciam no processo de implementação de uma política pública podem ser elucidados, sob diferentes óticas, a depender do referencial teórico adotado. Esta tese se apoiou no referencial do Modelo de Coalizão de Defesa e no modelo da Burocracia do Nível de Rua. Com o primeiro, foi possível observar a influência de condicionantes cognitivos e não cognitivos dos operadores da RCPD influenciando em sua implementação; no segundo, o fator discricionário dos burocratas de nível de rua e organizações que atuavam na linha de frente influenciava na resposta final da política que orienta a implementação da RCPD.

No contexto internacional, o direito à saúde bucal para as pessoas com deficiência é atravessado pelas características de conformação do modelo de proteção social adotado em cada país, oscilando entre posições mais ou menos favoráveis ao cidadão. Ampliar ou não este direito, dependerá, entre outros aspectos, da inserção da população nos mecanismos de mobilização social e participação cidadã disponíveis nos seus respectivos países.

6 REFERÊNCIAS

- Arretche M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? *Novos Estudos* 95, 2013. Doi: doi.org/10.1590/S0101-33002013000100003.
- Barach P, Baratz MS. Decisions and nondecisions: an analytical framework. *The American Political Science Review*, 1963; 57(3): 632-642.
- Carneiro JDB, 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*, 2022; 14(2). Doi: <https://doi.org/10.21118/apgs.v14i2.12731>.
- Carneiro JDB, Pereira APC, Bousquat A, Frazão P. Assistência odontológica à pessoa com deficiência: discricionariiedade na linha de frente. *Revista de Saúde Pública*, 2023 [no prelo].
- Carvalho L, Almeida P. Direitos humanos e pessoas com deficiência: da exclusão à inclusão, da proteção à promoção. *Revista Internacional de Direito e Cidadania*, 2012; 12: 77-86.
- Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Vozes, 2006:135.
- Lipsky M. Burocracia do nível de rua – Dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília: ENAP, 2019.
- Condessa AM, Lucena EHG, Figueiredo N, Goes PSA, Hilgert JB. Epidemiologia e serviços de saúde, 2020; 29(5). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500001>.
- De Paula AR, Maior IMML. Um mundo de todos e para todos: universalização de direitos e direito à diferença. *Revista de Direitos Humanos*, 2008.
- Dias TEC, Friche AAL, Lemos SMA. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *CoDAS*, 2019; 31(5). doi: 10.1590/2317-1782/20192018102. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018102>.
- Lotta G, Santiago A. Autonomia e discricionariiedade: matizando conceitos-chave para o estudo de burocracia. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 2018; 83: 21-42.
- Lotta G. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. *Revista de Sociologia e Política*, 2018; 26(66): 145-173. DOI 10.1590/1678-987318266607. <https://doi.org/10.1590/1678-987318266607>.

Maciel FJ, Friche AAL, Januário GC, Santos MFN, Reis RA, Oliveira Neto, R, et al. Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. *Codas*, 2020; 32(3). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018104>.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008; 17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Monteiro LPA, Pereira RM, Monteiro ACC, Costa ICC. O conhecimento de deficientes visuais em relação à saúde bucal. *Revista Ciência Plural*, 2018; 4(1):44-66.

Mota AG, Frazão P. Street-level implementers of population-based oral health policies: the case of water fluoridation supply in Brazil's small towns. *Community Dental Health*, 2021; 38: 187–191. Doi: 10.1922/CDH_00332Mota05.

Mota PHS, Bousquat A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde Debate*, 2021; 45(130):847-860. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113021>.

Pereira JA, Saraiva JM. Trajetória histórico-social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. *SER Social*, 2017; 19(40):168-185. doi: 10.26512/ser_social.v19i40.14677.

Ribeiro KSQS, Barroso RB, Ramos BG, Ferrari FP, Saldanha JHS. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 2021; 25. doi: 10.1590/interface.200767.

Rocha LL, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health*, 2015; 15(35). Doi 10.1186/s12903-015-0022-x.

Silva FS. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 2011; 16 (6):2753-2762. doi: 10.1590/S1413-81232011000600014.

Souza C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FRIOCRUZ, 2007.

Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, 2007; 20(5):383-386.

Sabatier, P. A. (1988). An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences*, 21, 129-168. doi.org/10.1007/BF00136406.

Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 52(5): 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

Viana ALD, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MAB, Uchimura LYT, Fusaro ER et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 2017; 17(Supl. 1): S17-S26. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100002>.

Weible, C. M., Sabatier, P. A., & McQueen, K. (2009). Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework. *The Policy Studies Journal*, 37(1). doi: 10.1111/j.1541-0072.2008.00299.x.

Wilson KE, Dunn K, Holmes RD, Delgaty L. Meeting the needs of patients with disabilities: how can we better prepare the new dental graduate? *British Dental Journal*, 2019; 227(1 – July 12). doi: 10.1038/s41415-019-0462-9.

Yin RK. *Estudo de caso - Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001 (2ª edição).

Yin RK. *Estudo de caso - Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2015 (5ª edição).

7 CURRÍCULO LATTES

7.1 JOANA DANIELLE BRANDÃO CARNEIRO



Joana Danielle Brandão Carneiro

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4195559384054390>

ID Lattes: **4195559384054390**

Última atualização do currículo em 25/06/2023

Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Federal da Bahia (2010). Mestre em Ciências, com área de concentração em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Especialista em Saúde da Família, na modalidade residência (Sociedade Hóton/SESAB/BAHIANA). Trabalhou na Estratégia de Saúde da Família de cidades do interior da Bahia. Atuou como Apoiadora Pedagógica de Núcleo (Odontologia) da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, da Fundação Estatal de Saúde da Família(FESF)/FIOCRUZ, em Salvador-Camaçari. Atuou como docente da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), nas disciplinas Saúde Integral, Saúde Coletiva e Atenção Primária à Saúde, para os cursos de Odontologia e Nutrição. Atualmente é doutoranda em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), departamento de Política, Gestão e Saúde, pesquisadora no projeto Desafios de Implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar (FSP/USP), financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde; e assessora técnica na Coordenação Geral de Saúde Bucal, no Ministério da Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Joana Danielle Brandão Carneiro

Nome em citações bibliográficas

CARNEIRO, J. D. B.; CARNEIRO, JOANA DANIELLE BRANDÃO

Lattes ID

<http://lattes.cnpq.br/4195559384054390>

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2019

Doutorado em andamento em Saúde Pública.

Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, CEAP/FSP, Brasil.

Título: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal: o direito à saúde bucal e a implementação da assistência odontológica

Orientador: Paulo Frazão.

Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

Palavras-chave: política de saúde; regionalização; assistência odontológica; Pessoa com deficiência.

Grande área: Ciências da Saúde

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Políticas Públicas.

Mestrado em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.

Título: Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica: o efeito silos e os impasses da regionalização da saúde , Ano de Obtenção: 2019.

Orientador: Paulo Frazão.

Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

Palavras-chave: política de saúde; regionalização; assistência odontológica; integração dos serviços.

Grande área: Ciências da Saúde

2017 - 2019

7.1 PAULO FRAZÃO



Paulo Frazão

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0336022787699316>

ID Lattes: **0336022787699316**

Última atualização do currículo em 02/07/2023

Paulo Frazão é Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. Concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo em 1999. Obteve título de Livre Docente pela USP em 2009. Foi consultor do Ministério da Saúde. Foi Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos entre 2006 e 2008, Vice-Chefe do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP-USP entre 2016 e 2017, e Chefe do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP-USP entre 2018 e 2021. Atualmente é Coordenador do DINTER em Saúde Pública entre a USP e Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Publicou 136 artigos em periódicos especializados e apresentou 168 trabalhos em eventos técnico-científicos. Possui 38 capítulos de livros e 4 livros publicados e 2 organizados e dois pre/posfácio. Participou de 6 eventos no exterior e 152 no Brasil. Orientou 22 dissertações de mestrado e 10 teses de doutorado, e supervisionou 8 monografias de especialização e 8 trabalhos de iniciação científica nas áreas de Saúde Coletiva e Odontologia. Recebeu 18 prêmios e/ou homenagens. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Vigilância da Saúde Bucal, linha de pesquisa na qual coordena projetos de interesse da Saúde Bucal Coletiva. É coordenador de projetos do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância em Saúde Bucal da FSP-USP e participa da Rede Brasileira de Vigilância da Fluoretação da Água de Abastecimento Público. É membro da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. Em suas atividades profissionais interagiu com 71 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica e tecnológica são: Políticas de Saúde Bucal, Fluoretação da Água, Epidemiologia, Saúde Bucal, Cárie Dentária, escolares, Saúde Pública, Políticas Planejamento e Adm Sistemas e Serviços de Saúde, Medicalização, Má oclusão, Pessoal Auxiliar Odontológico, Cooperação Interprofissional, Sistemas locais de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Paulo Frazão
Nome em citações bibliográficas	FRAZÃO, P.;Frazão, Paulo
Lattes ID	http://lattes.cnpq.br/0336022787699316
Orcid ID	https://orcid.org/0000-0002-3224-0020

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Política, Gestão e Saúde. Av. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617957 Fax: (11) 30617835 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br/site/docentes/index/1/NULL/page:9
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1996 - 1999	Doutorado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde 🌱, Ano de obtenção: 1999. Orientador: Professor Doutor Roberto Augusto Castellanos Fernandez. Palavras-chave: Epidemiologia; Má oclusão; crescimento e desenvolvimento infantil; sistemas
--------------------	--