

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Atendimento Odontológico às Pessoas com Necessidades  
Especiais no Sistema Único de Saúde: Avanços e Desafios**

**MARIANA FIORAVANTE BARBOSA**

**SÃO JOSÉ DA VARGINHA - MINAS GERAIS**

**2012**

**MARIANA FIORAVANTE BARBOSA**

**Atendimento Odontológico às Pessoas com Necessidades  
Especiais no Sistema Único de Saúde: Avanços e Desafios**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Andréa Clemente Palmier

**SÃO JOSÉ DA VARGINHA - MINAS GERAIS**

**2012**

**MARIANA FIORAVANTE BARBOSA**

**Atendimento Odontológico às Pessoas com Necessidades  
Especiais no Sistema Único de Saúde: Avanços e Desafios**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Andréa Clemente Palmier

Banca Examinadora

---

---

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Aos meus pais Eduardo e Darci pelo amor, inspiração e por anos de dedicação e luta aos direitos dos Portadores de Necessidades Especiais.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida.

Às Pessoas com Necessidades Especiais por inspirarem a minha profissão e torná-la mais prazerosa.

Aos meus pais e irmãos pela união e valores da vida.

Ao meu marido, pela compreensão e amor sempre.

A Coordenadora de Saúde Bucal da GRS de Divinópolis, Ana Maria pela disponibilidade e atenção.

Aos tutores, orientadores e professores da Especialização em Saúde da Família por compartilharem conosco seus conhecimentos para nosso aprimoramento profissional.

**“TODAS AS PESSOAS NASCEM LIVRES E IGUAIS EM DIGNIDADE E DIREITOS.  
SÃO DOTADAS DE RAZÃO E CONSCIÊNCIA E  
DEVEM AGIR EM RELAÇÃO UMAS ÀS OUTRAS  
COM ESPÍRITO DE FRATERNIDADE.”**

**Art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)**

## RESUMO

Este trabalho visa analisar a trajetória das Políticas Públicas de Saúde Bucal destinadas aos Portadores de Necessidades Especiais no Sistema Único de Saúde do Brasil e do Estado de Minas Gerais, ressaltando os avanços e as principais dificuldades.

A metodologia utilizada se trata de revisão narrativa sobre a inclusão do paciente Portador de Necessidades Especiais na organização da rede de atenção à Saúde Bucal no Sistema Público de Saúde do Brasil. Foram analisadas as legislações vigentes referentes à odontologia no Sistema Único de Saúde e à saúde das Pessoas com Necessidades Especiais, além de artigos científicos sobre o atendimento odontológico aos pacientes especiais. As informações foram buscadas no site do Ministério da Saúde do Brasil, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Governo do Estado de Minas Gerais, por fornecimento de dados da Equipe de Saúde Bucal da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Divinópolis e artigos científicos nas bases de dados Lilacs, Medline e Google Scholar através dos descritores: saúde bucal do portador de necessidade especial no Sistema Único de Saúde, compreendido entre os anos de 1992 a 2011.

Os avanços encontrados na rede Pública de Saúde Bucal em prol dos Portadores de Necessidades Especiais consistem na inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em 2000, com um novo modelo de atenção, através da abordagem integral, ressaltando as condições de vida e a linha de cuidado, reconhecendo as especificidades de cada faixa etária. A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas, em 2004, efetivou o princípio da integralidade da atenção em saúde bucal, incluindo a atenção especializada ao portador de necessidade especial. Apesar dos amparos legais, dentre os desafios a serem enfrentados, estão, a organização dos serviços de saúde ofertada pelo Sistema Único de Saúde aos usuários com necessidades especiais serem morosos e deficitários. A Atenção Primária, sendo a porta de entrada para o atendimento ao Usuário com Necessidades Especiais, muitas vezes se depara com profissionais inseguros e indevidamente capacitados para lidar com a complexidade de um paciente especial. Os Centros de Especialidades Odontológicas enfrentam a dificuldade de implantação do atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais, devido a adaptação da estrutura física para garantir a acessibilidade e falta de odontólogos especialistas na área, além da baixa remuneração oferecida. O atendimento odontológico na alta complexidade, sob sedação e anestesia geral, é insuficiente frente à demanda necessitada. Outro desafio é a normatização de critérios para o levantamento

epidemiológico das pessoas com deficiência, pois a Organização Mundial de Saúde considera que 10% da população seja portadora de deficiência. No entanto, o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, encontra-se 24% da população com algum tipo de incapacidade ou deficiência. Um levantamento epidemiológico seguro e consistente facilitará a organização das Políticas Públicas de Saúde garantindo um maior acesso, qualidade e resolubilidade aos Usuários com Necessidades Especiais.

**Palavras-Chave:** Sistema Único de Saúde, Saúde Bucal, Pacientes com Necessidades Especiais.



## ABSTRACT

This study aims to examine the trajectory of Public Policies for Oral Health for People with Special Needs in the Health System of Brazil and the State of Minas Gerais, highlighting progress and the main difficulties.

The methodology used is a narrative review on the inclusion of patients with special needs in the organization of care network in Oral Health Public Health System in Brazil. We analyzed the existing laws pertaining to dentistry in the National Health System and the Health of People with Disabilities, as well as papers on dental care for special patients. Information was sought on the website of the Ministry of Health of Brazil, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the Government of Minas Gerais, for providing data Oral Health Team of the Regional Health Service (GRS) of Divinópolis and scientific articles in the databases Lilacs, Medline and Google Scholar using the descriptors: the oral health of special needs patients in the National Health System, between the years 1992 to 2011.

Advances found in the Public Dental Health Network in support of Special Needs consist of the insertion of the Oral Health Team on Family Health Strategy in 2000 with a new model of care through an integrated approach, highlighting the living conditions and line of care, recognizing the specificities of each age group. The creation of specialized dental clinics in 2004, effected the principle of comprehensive oral health care, including specialized care for patients with special needs. Despite the legal props, among the challenges to be faced, are the organization of health services offered by the Single Health System users with special needs are burdensome and unprofitable. The Primary, and the gateway to the User service with Special Needs, often faced with unsafe and improperly trained professionals to deal with the complexity of a particular patient. The Centers for Dental Specialties face the difficulty of implementing the service to People with Special Needs, due to adaptation of the physical structure to ensure accessibility and lack of dentists in the field, besides the low wages offered. The high complexity in dental care under sedation and general anesthesia is insufficient to meet demand needed. Another challenge is the standardization of criteria for the epidemiological survey of persons with disabilities, as the World Health Organization considers that 10% of the population has a disability. However, the 2010 census conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics, found 24% of the population with some type of disability. An epidemiological survey will facilitate the safe and consistent organization of the Public Health Policies ensuring better access, quality and resolution for Users with Disabilities.

Keywords: Health System, Oral Health, Patients with Special Needs.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>ABOPE</b>	Associação Brasileira de Odontologia para Excepcionais
<b>APAE</b>	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
<b>ART</b>	Tratamento Restaurador Atraumático
<b>CAP</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CD</b>	Cirurgião Dentista
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CIDDM2</b>	Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde
<b>CIDID</b>	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
<b>CIF</b>	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
<b>DSB</b>	Departamento de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>GRS</b>	Gerência Regional de Saúde
<b>IAP</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LRPD</b>	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PNE</b>	Paciente com Necessidades Especiais
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SIH</b>	Sistema de Informações Hospitalares
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNE</b>	Usuário com Necessidade Especial
<b>US</b>	Unidade de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Estatística do Tipo de Deficiência encontrado no Censo 2010.....	22
<b>Quadro 2</b>	Organização da rede de Atenção Odontológica ao Portador de Necessidade Especial e o Âmbito de atuação em Minas Gerais.....	27
<b>Quadro 3</b>	Levantamento da demanda de sedação em ambiente hospitalar dos Usuários com Necessidades Especiais.....	30
<b>Mapa 1</b>	Registro de internação para Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais por Macrorregião de Saúde.....	31

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>15</b>
<b>3.OBJETIVO.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>5. REFERENCIALTEÓRICO. ....</b>	<b>18</b>
<b>5.1 Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Breve Histórico .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Conceitos de Deficiência .....</b>	<b>20</b>
<b>5.3 Dados Epidemiológicos .....</b>	<b>22</b>
<b>5.4 Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>23</b>
<b>5.5 Organização da Rede de Assistência Odontológica no Sistema Único de Saúde (SUS) ao Portador de Necessidade Especial em Minas Gerais.....</b>	<b>26</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>34</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação, um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (OMS, 1997), define a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. E ao incluir a participação, considera a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência, das quais: 5% é portadora de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual; e 1% de deficiência múltipla.

No Brasil, o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando um conceito ampliado para caracterizar as pessoas com deficiência (limitação de atividades), identificou que 24% da população apresentava algum tipo de incapacidade ou deficiência, seja ela mental, física, motora, sensorial, múltipla; congênita ou adquirida (IBGE, 2010).

No entanto, de acordo com Cordeiro (2007), grande parte dessa população não constitui, *a priori*, uma clientela com necessidade de atendimento em odontologia para além das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ocorrendo a realização do acolhimento pela UBS mais próxima da residência com o tratamento odontológico, preferencialmente, realizado nesse nível de atenção. Assim, orienta-se que para fins de assistência odontológica, usuário com necessidades especiais é todo aquele que apresenta um limite tão acentuado no que se refere aos padrões de normalidade para o ser humano que o impossibilite ou demande uma abordagem diferenciada para se beneficiar da assistência odontológica convencional. Tal limite centra-se notadamente nas funções mentais e na relação direta com o comportamento (MINAS GERAIS, 2007).

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2006), intitulada Brasil Sorridente, significa um marco na mudança do foco de atenção em saúde bucal, visando avanços na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo centrado nas efetivas necessidades de saúde da população. A Política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação

dos serviços oferecidos. A possibilidade de avanços na organização da rede de referência em Saúde Bucal acontece a partir da publicação das Portarias MS 1570, 1571 e 1572 em julho de 2004, que estabelecem o financiamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (MINAS GERAIS, 2007).

## 2. JUSTIFICATIVA

Mediante a alta demanda de Portadores de Necessidades Especiais no Brasil, é importante a análise das Políticas Públicas de Saúde direcionadas a este público para que atenda às suas reais necessidades, não somente respeitando os princípios da equidade e integralidade, mas também atingindo o maior índice de resolubilidade. Ao considerar (de acordo com a Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais) que a maior necessidade não resolvida das pessoas portadoras de necessidades especiais é a saúde bucal, justifica-se o estudo mais aprofundado das Políticas de Saúde Bucal dos Usuários com Necessidades Especiais. Pois, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010), além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados à sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde do portador de deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas. No entanto, a abordagem odontológica do Portador de Necessidades Especiais no Sistema Único de Saúde se inicia com a inserção da odontologia nas Equipes de Saúde da Família, mediante a responsabilidade de atendimento de todas as condições de vida e faixas etárias da área de abrangência. Porém, a complexidade do atendimento a essa demanda, faz inserir como especialidade, o Atendimento aos Pacientes com Necessidades Especiais no Centro de Especialidades Odontológicas a partir de 2004. Entretanto, os procedimentos odontológicos realizados pelo profissional especializado do CEO são de atenção básica. E se torna dependente de um terceiro nível de atenção para tratamento odontológico sob sedação e anestesia geral, acarretando em morosidade, ineficiência e agravamento do quadro clínico, devido ao acesso limitado do Sistema de Saúde.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Obter um melhor conhecimento sobre as Políticas Públicas de Saúde Bucal às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais por meio de revisões bibliográficas, a fim de possibilitar a articulação das ações de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de complexidade.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Relatar a organização da rede de atenção à saúde bucal dos Usuários com Necessidades Especiais.
- Demonstrar a importância de uma referência em saúde bucal ao portador de necessidades especiais na média e alta complexidade.
- Evidenciar o papel do profissional da atenção primária no tratamento odontológico das Pessoas com Necessidades Especiais.



#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um trabalho de revisão narrativa sobre a inclusão do paciente Portador de Necessidades Especiais na organização da rede de atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde. Foram consultadas as seguintes bases de dados: Medline, Lilacs e Google Scholar. A busca foi realizada com os seguintes unitermos isolados ou em associação: Sistema Único de Saúde, Saúde Bucal, Pacientes com Necessidades Especiais. O período de consulta foi entre 1992 a 2011. Foram realizadas buscas em outros sites como: do Ministério da Saúde do Brasil, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Governo do Estado de Minas Gerais, por fornecimento de dados da Equipe de Saúde Bucal da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Divinópolis. As legislações vigentes referentes à saúde bucal no Sistema Único de Saúde e à saúde das Pessoas com Necessidades Especiais, além de artigos científicos sobre o atendimento odontológico aos pacientes especiais.

## **5.REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1 Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Breve Histórico**

No final do século XIX e no início do século XX a prática em saúde bucal era majoritariamente desenvolvida em consultórios privados. Esse modelo de atenção, também conhecido como “odontologia de mercado” é pautado pelo pagamento direto aos prestadores de serviços e permaneceu hegemônico por muitas décadas. Marcadamente biologicista (desconsiderava o componente social da doença), curativista, tecnicista (dependente da tecnologia) e especializado, influenciado pelo modelo de formação norte-americano adotado pelas universidades brasileiras. Concomitantemente, experimentava-se a inclusão dos serviços odontológicos no setor público de saúde ao inserir profissionais em escolas públicas de alguns Estados Brasileiros (Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia). O atendimento odontológico aos escolares mostrou-se rudimentar, sem planejamento, preparo deficitário dos profissionais em relação à técnica e ao processo de trabalho, refletindo uma concepção individualista vigente em consultórios particulares (PINTO, 2010).

Em 1942, desenvolveram-se as primeiras experiências de intervenção voltadas às questões de saúde bucal em âmbito nacional, e conjugava ações preventivas (fluoretação da água de abastecimento, aplicação tópica de fluoreto de sódio) e curativas. As ações do programa se baseavam no Sistema Incremental, tendo como alvo principal a população escolar de 6 a 14 anos, escolhida devido à sua maior vulnerabilidade epidemiológica e sensibilidade às intervenções propostas, uma vez que possuíam maior incidência de lesões de cárie e representavam um segmento populacional estável (vínculo escolar). O Sistema Incremental marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, com a introdução de algumas medidas preventivas e posteriormente, o trabalho a quatro mãos do pessoal auxiliar (PINTO, 2010).

Ainda na década de 40, com a regulamentação das leis trabalhistas, no governo Vargas, a assistência à saúde passou a ser oferecida aos trabalhadores urbanos segurados, através de contratação de serviços privados por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), transformadas posteriormente em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Em 1966, com a unificação da IAP, o Instituto Nacional de Previdência Social consolidou o modelo de previdência social e de serviços de saúde. Expandiu a assistência médica-odontológica aos trabalhadores rurais e empregados domésticos, estabelecendo convênios e contratos entre governo, médicos e dentistas, hospitais e clínicas particulares.

Denominado Modelo Médico-Assistencial Privativista, tendo o Estado como grande financiador e o setor privado como prestador de serviços. Nesse modelo, a prática odontológica é voltada para a demanda espontânea, sendo que, aos adultos e idosos, eram oferecidos os atendimentos privados ou em uma atenção pública incipiente, de caráter curativo, predominantemente mutilador (MINAS GERAIS, 2011).

Em meados da década de 70, o Sistema Incremental começa a ser questionado devido à carga de doenças na população continuar grande. Surge a proposta da Odontologia Simplificada, com o objetivo de tornar a odontologia mais barata e produtiva através da simplificação de recursos humanos, material de consumo, sistemas de trabalho, técnicas, espaço físico e fragmentação de tarefas, possibilitando a expansão dos serviços odontológicos. Porém, a simplificação e alta produtividade levaram a perda da qualidade de serviço e considerado excludente e discriminatório por ter como público alvo somente a população marginalizada (MINAS GERAIS, 2011).

Nos anos 80, os novos conhecimentos sobre Cariologia, Epidemiologia e as discussões do modelo odontológico vigente promoveram o surgimento da Odontologia Integral ou Incremental Modificada. Este novo modelo de trabalho enfatizava a integração entre as atividades promocionais, preventivas, curativas e considerava a cárie uma doença infectocontagiosa. Como ação programática era feito o retorno para manutenção preventiva e contava com uma equipe de trabalho formada por auxiliares técnicos, além do cirurgião-dentista, possibilitando a descentralização da atenção (MINAS GERAIS, 2011).

No final da década de 80, início dos anos 90 surge o Programa de Inversão da Atenção, tendo como marco a mudança do enfoque de cura para o controle da doença apresentando em três fases: 1- estabilização da doença, com a utilização de ações coletivas e individuais não invasivas para controle da doença e de técnicas invasivas para o controle da lesão; 2- reabilitação, com o restabelecimento da estética e função; 3 – declínio da doença, com atuação sobre os fatores condicionantes da doença e promoção do auto cuidado. Apesar de não focar nos tratamentos completados e sim no controle da doença, o público alvo mais uma vez foi somente população escolar. Ainda nos anos 80, surge a Atenção Precoce em Odontologia, baseado que a população menor de 6 anos era desassistida (MINAS GERAIS, 2011).

Em 1988, é instituído pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei 8080, o Sistema Único de Saúde (SUS) que adota os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, e tem como diretrizes a descentralização, hierarquização e controle social.

Nesse novo contexto, em 1991 é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que obteve bons resultados na redução de índice de mortalidade infantil e maior resolutividade das ações desenvolvidas nos locais onde foi implantado (MINAS GERAIS, 2011).

Em 1994, inspirado na medicina familiar cubana, o governo federal lançou o Programa Saúde da Família (PSF), objetivando impulsionar as ações de atenção primária (MINAS GERAIS, 2011).

Por meio da Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, os profissionais de odontologia são inseridos no PSF, tendo ainda um incentivo financeiro para estimular a reorganização das ações de Saúde Bucal.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal que propõe a execução de ações de promoção/proteção da saúde bucal, recuperação e reabilitação. Ainda considerando o princípio da integralidade da atenção à saúde, cria os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Essas unidades constituem referência para as equipes de saúde bucal da atenção primária e oferecem procedimentos complementares a esse primeiro nível de atenção. Foram também criados os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) para a produção de próteses totais e removíveis (MINAS GERAIS, 2007).

As diretrizes expostas na Política Nacional de Saúde Bucal visam à superação do modelo biomédico, abordando de forma integral a saúde, por meio de duas vias de inserção: condição de vida (compreendendo saúde da mulher, do trabalhador, usuários com necessidades especiais, etc.) e linha de cuidado (reconhece as especificidades de cada faixa etária: criança, adolescente, adulto e idoso).

Logo após a regulamentação da inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em 2001, estavam implantadas 124 equipes em 32 municípios, em 2010 já existiam 19.231 equipes implantadas em 4.737 municípios e 832 CEO credenciados (MINAS GERAIS, 2011).

## **5.2 Conceitos de Deficiência**

A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial da Saúde em 1989, definiu deficiência como: toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta – devida a uma deficiência – da

capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida em que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

Em 1997, a OMS reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDDM-2) (OMS, 1997), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações. O CIDDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas portadoras de deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes de sua condição. Por outro lado influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas (Portaria nº 1060, 2002).

A inclusão social é entendida “como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, as pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (Sasaki, 1997).

Nesse sentido, a inclusão social das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias de sua condição, o acesso

aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade (Portaria nº 1060, 2002). Uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. (BRASIL, 2010)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2001, cujos princípios enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, ao invés de valorizar as incapacidades e limitações. Abriu-se um novo caminho para as práticas da reabilitação e da inclusão social, propondo a análise da saúde a partir de cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e ambiente social. Uma nova forma de avaliação a ser adotada como guia pelos governos de todo o mundo, organizando, orientando e padronizando informações sobre pessoas com deficiência.

### 5.3 Dados Epidemiológicos

A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência, das quais: 5% é portadora de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual; e 1% de deficiência múltipla. Porém, no Censo 2010 realizado pelo IBGE encontrou-se 24% da população brasileira de portadores de necessidades especiais, ao considerar os que possuem grande dificuldade ou não conseguem de modo algum exercer as funções (IBGE, 2010). O quadro a seguir refere-se ao tipo de deficiência residente no Brasil.

**Quadro1: Estatística do Tipo de Deficiência encontrado no Censo 2010.**

TIPO DE DEFICIÊNCIA				
GRAU DA DEFICIÊNCIA	VISUAL	AUDITIVA	MOTORA	MENTAL
NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM	528 624	347 481	740 456	
GRANDE DIFICULDADE	6 056 684	1 799 885	3 701 790	
ALGUMA	29 206 180	7 574 797	8 831 723	

<b>DIFICULDADE</b>				
<b>TOTAL</b>	<b>35 791 488</b>	<b>9 722 163</b>	<b>13 273 969</b>	<b>2 617 025</b>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010) afirma que as principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito. O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vasculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros.

#### **5.4 Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde**

A Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) determina em seu artigo 23, capítulo II, que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade.

Apesar dos amparos legais aos portadores de deficiências, no Brasil, “a atenção a essa demanda surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvida em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de

reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista” (BRASIL, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Prevenção de Deficiências (BRASIL, 2005) a situação da assistência à pessoa portadora de deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas portadoras de deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente serem avaliados.

Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste – os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total – e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria n.º 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, surge com o objetivo de promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS.

Posteriormente, a Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, utilizado atualmente, como o instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, e adota o conceito que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta em caráter permanente perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano”.

A presente Política tem como propósito “reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências”. Assim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010) define, como seus propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências.



Suas principais diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de governo e incluindo as parcerias institucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências, a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação, a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010, p.8), especificamente na área da Saúde, buscar-se-á:

tornar acessíveis as unidades de saúde, por meio do cumprimento da normatização arquitetônica (de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT, como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde), e assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, viabilizando sua participação na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito nas esferas municipal, estadual e federal.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010, p.10), ainda garante que:

toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. Tem direito à consulta médica, ao tratamento odontológico, aos procedimentos de enfermagem, à visita dos Agentes Comunitários de Saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS. De acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos; a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; como também às ajudas técnicas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias.

## **5.5 Organização da Rede de Assistência Odontológica no Sistema Único de Saúde (SUS) ao Portador de Necessidade Especial em Minas Gerais**

A Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais (ABOPE) afirma que a maior necessidade não resolvida das pessoas portadoras de necessidade especiais é a saúde bucal, principalmente quando se trata do sistema de promoção de saúde. A falta de recursos econômicos e profissionais capacitados frente à demanda existente caracteriza-se em uma precária cobertura assistencial com baixa resolubilidade. Uma demanda cada vez maior devido aos avanços da ciência que proporcionam melhor qualidade de vida a essas pessoas com novas técnicas de diagnósticos, com resultados mais rápidos e fiéis, proporcionando uma média de vida maior para a população (SILVA, *et al.* 2005).

De acordo com a Linha Guia - Atenção em Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2007, p.253):

A formação de uma rede regional de atenção especializada em saúde bucal é um passo essencial para a oferta de uma atenção integral. No entanto, é importante o entendimento de que a atenção em saúde bucal deve ser estruturada a partir da organização da atenção primária, a qual deve ser responsável pela resolução da maioria absoluta dos problemas bucais, através de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento. A rede de referência deverá servir como apoio para os casos cuja resolução extrapola a competência da atenção primária, garantindo a integralidade.

O Estado de Minas Gerais vêm se organizando para prestar o atendimento odontológico aos Usuários com Necessidades Especiais e inclui na Linha Guia de Atenção em Saúde Bucal (2007), as instruções básicas para o atendimento destes pacientes. O paciente com necessidades especiais (PNE), para fins odontológicos, é todo aquele que apresente um limite tão acentuado no que se refere aos padrões de “normalidade” para o ser humano, que o impossibilite ou que demande uma abordagem diferenciada para se beneficiar da assistência odontológica convencional.

A organização da rede de atenção odontológica ao Portador de Necessidade Especial (PNE), utilizado no Estado de Minas Gerais é apresentada no quadro 2:

**Quadro 2: Organização da rede de Atenção odontológica ao Portador de Necessidade Especial e o Âmbito de atuação em Minas Gerais.**

ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO	ÂMBITO DE ATUAÇÃO
<p><b>UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b></p>	<p>Porta de entrada para atenção ao PNE.</p> <p>A ESF (Equipe Saúde da Família) deve ter conhecimento dos PNE de sua área de abrangência.</p> <p>Atendimento extraclínica, quando necessário e uso de ART.</p> <p>É competência de o profissional prestar atenção a essa clientela, principalmente no aspecto preventivo e educativo.</p> <p>Ao constatar a impossibilidade da prestação do serviço cirúrgico-restaurador, deve encaminhar o usuário para a Unidade de Referência em ambulatório, com relatório do caso. Sempre deve ser feitas tentativas de atendimento na atenção primária.</p> <p>O agendamento da Unidade de Referência deve ser realizado através da Unidade de Saúde (US).</p>
<p><b>UNIDADE DE REFERÊNCIA ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b></p>	<p>Essa unidade desenvolve os procedimentos da atenção primária, mas com diferenciação na abordagem desse usuário, que é feita por profissionais qualificados e com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada.</p> <p>Usuários com distúrbio de comportamento representado por medo e ansiedade ou crianças que apresentam dificuldade de condicionamento também podem necessitar de uma indicação para abordagem diferenciada.</p> <p>O cirurgião-dentista (CD) desta Unidade de Referência deve avaliar a possibilidade do atendimento dos PNE na unidade, ou reconduzir à Unidade Básica ou a recomendação para tratamento sob anestesia geral.</p> <p>Corresponde a essa assistência prestada no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ou outro tipo de serviço, como as APAEs, que ofereça uma abordagem diferenciada para esses usuários.</p>
	<p>Usuários que apresentem distúrbios comportamentais, que não permitam o tratamento.</p> <p>Deficiência mental, alterações neurológicas ou distúrbios psiquiátricos que impossibilitem a compreensão e a cooperação.</p> <p>Situações clínicas em que todos os esforços para o tratamento de forma convencional falharam inclusive o uso de ART.</p>

## TRATAMENTO SOB ANESTESIA GERAL

Dificuldade de controle de respiração e deglutição.

Usuário que necessite de suporte hospitalar

Usuário PNE que necessitam de tratamento extenso e não apresentam condições de se submeterem a esse tratamento de outra forma.

Usuários que residem em locais de difícil acesso à US e onde exista impossibilidade de atendimento extraclínica

A Unidade de Referência sob Anestesia Geral deve integrar-se à rede regionalizada de assistência, uma vez que a atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência também inclui a assistência odontológica acompanhada de procedimentos anestésicos.

Nesse atendimento serão realizados os procedimentos odontológicos pertinentes, devendo-se evitar mutilações desnecessárias.

A intervenção poderá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando necessário.

É importante que a Unidade Referência para assistência sob anestesia geral tenha um caráter docente assistencial.

O usuário deverá retornar sempre à US de referência na atenção primária para o acompanhamento dos resultados alcançados e manutenção da saúde bucal, com envolvimento de responsável/ família/ cuidador.

Quanto menor o número de casos referenciados para anestesia geral, melhor se encontra a organização da atenção primária.

Fonte adaptada: Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290p.

Nota-se que o Estado de Minas Gerais preocupou-se em organizar o Atendimento Odontológico aos Pacientes com Necessidade Especiais na sua integralidade, em todos os níveis de complexidade, porém com a prioridade da Atenção Primária.

A Atenção Primária é responsável por seu Usuário com Necessidades Especiais (UNE), sendo a porta de entrada para o atendimento a esta demanda nos aspectos de prevenção, promoção de saúde e tratamento cirúrgico/restaurador. No entanto, encontramos profissionais inseguros e indevidamente capacitados para lidar com a complexidade de um paciente especial. Não só devido aos problemas sistêmicos e poli-medicamentos, mas também na própria condução do tratamento, cuidados referentes aos reflexos

comprometidos e às orientações individualizadas sobre a higiene bucal aos pais e/ou cuidadores que encontram sérias dificuldades em realizá-las.

O Paciente com Necessidade Especial que não tenha suas necessidades resolvidas na Atenção Primária poderá ser encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas, onde receberá uma abordagem diferenciada, por profissionais qualificados e uma equipe multidisciplinar para assistência integral. Porém, na prática a última especialidade implantada no CEO é a de atendimento odontológico ao paciente com necessidades especiais. Tanto que o Governo de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Saúde, através da Deliberação CIB-SUS/MG nº 904, de 21 de Setembro de 2011, que aprova o incentivo financeiro para a Assistência de Média Complexidade em Saúde Bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Minas Gerais institui em seu artigo 6º, inciso II, que a manutenção do repasse do recurso estadual obedecerá dentre seus critérios a “Avaliação semestral do cumprimento da pactuação das cotas físicas dos procedimentos, por especialidade, [...] assinado por todos os gestores dos municípios envolvidos, que deverá ser encaminhado para a DSB/SES-MG até o dia 10 do mês de abril e do mês de outubro”.

Portanto, obriga aos CEO a implementarem todas as especialidades e cumprirem as metas mínimas exigidas por lei. Conforme esta resolução, a produção mínima mensal para o atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais será de 80 procedimentos. Considerando a afirmação da SES/MG que atualmente existem 67 CEO em funcionamento, 5360 procedimentos mensais deverão ser destinados aos PNE, um grande avanço na política de saúde bucal da pessoa com necessidade especial.

A Equipe Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais realizou um estudo da demanda de pacientes especiais no Estado de Minas Gerais e considerou que 8% da população de Pacientes com Necessidades Especiais necessitam de sedação em ambiente hospitalar conforme apresentado no quadro 3. Um número considerável de Usuários com Necessidades Especiais que necessitam de sedação em ambiente hospitalar, 39.706 pessoas com deficiência, isto porque o estudo considera apenas que 2,5% da população seja Portadora de Necessidades Especiais.

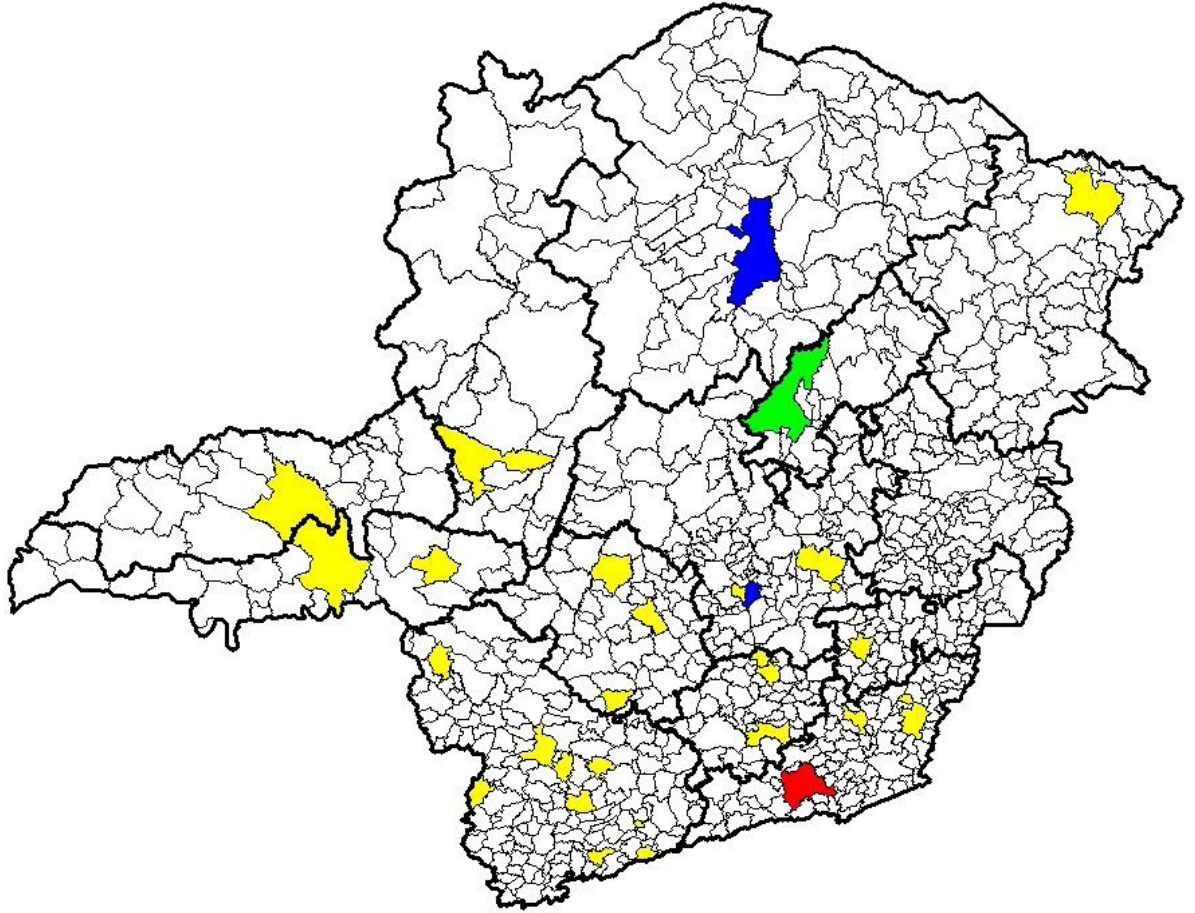
### **Quadro 3: Levantamento da demanda de sedação em ambiente hospitalar dos Usuários com Necessidades Especiais**

Macrorregião	POP TOTAL (Portaria GM/MS 3067)	URBANA % POP (IBGE 2000)	RURAL % POP (IBGE 2000)	UNE	SEDAÇÃO
TOTAL MACRO CENTRO	6.281.031	7.235	3.168	157.026	12.562
TOTAL MACRO CENTRO SUL	728.069	3.044	1.951	18.202	1.456
TOTAL MACRO JEQUITINHONHA	294.619	1.111	1.121	7.365	589
TOTAL MACRO LESTE	1.456.397	4.968	3.532	36.410	2.913
TOTAL MACRO LESTE DO SUL	669.824	2.793	2.508	16.746	1.340
TOTAL MACRO NORDESTE	915.058	3.506	2.793	22.876	1.830
TOTAL MACRO NOROESTE	652.961	2.175	1.041	16.324	1.306
TOTAL MACRO NORTE DE MINAS	1.597.671	4.175	4.425	39.942	3.195
TOTAL MACRO OESTE	1.185.056	3.970	1.530	29.626	2.370
TOTAL MACRO SUDESTE	1.577.484	6.112	3.288	39.437	3.155
TOTAL MACRO SUL	2.603.426	10.183	5.117	65.086	5.207
TOTAL MACRO TRIANG. NORTE	1.201.848	2.097	603	30.046	2.404
TOTAL MACRO TRIANG. SUL	689.354	1.983	717	17.234	1.379
<b>TOTAL</b>	<b>19.852.798</b>	<b>53.352</b>	<b>31.793</b>	<b>496.320</b>	<b>39.706</b>

Fonte: Minas Gerais. Secretaria de Saúde. Equipe Técnica Saúde Bucal. Levantamento da demanda de Usuários com Necessidades Especiais para Sedação. 2007. Através da GRS Divinópolis.

No SIH/SUS, ao se tratar do procedimento número 0414020413 referente ao Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais em ambiente hospitalar no Estado de Minas Gerais, do período de Julho de 2010 a Junho de 2011 encontra-se um número referente a 831 internações, correspondente a 2,09% da demanda necessitada ao considerar o levantamento da Equipe Técnica de Saúde Bucal de Minas Gerais. Pode-se considerar, portanto, que a realidade encontrada é que há uma grande demanda excluída da assistência odontológica sob sedação e anestesia geral e que a necessidade de ampliação do acesso deve ser considerada. Devendo o Estado estar atento a proporcionar melhorias no sistema para que se tenha um tratamento efetivo e que atenda a real demanda existente.

**Mapa 1: Registro de internação para Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais por Macrorregião de Saúde**



Fonte: Canal Minas Saúde. Curso de Extensão: Reorganização da Atenção à Saúde Bucal, Unidade VI- Redes de Atenção à Saúde Bucal. Texto: Os Atuais Pontos de Atenção da Rede de Saúde Bucal. Período compreendido de Julho/2010 a Junho/2011.

## 6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Saúde da Pessoa com Necessidade Especial vêm ganhando enfoque ao longo dos anos, de forma que esse grupo tem deixado de ser uma população marginalizada e excluída das políticas públicas brasileiras.

O Atendimento Odontológico às Pessoas com Necessidades Especiais encontra-se em evolução no Sistema Único de Saúde, e um dos principais avanços do setor se inicia com a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em 2000, apresentando um novo modelo de atenção à saúde que consiste em reconhecer as especificidades de cada faixa etária, atento às condições de vida (como o usuário com necessidades especial, saúde da mulher e do trabalhador) em uma abordagem integral do indivíduo. Outra conquista foi a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas, em 2004, que contemplou o Atendimento Odontológico aos Pacientes com Necessidades Especiais como especialidade, efetivando o princípio da integralidade da atenção em saúde bucal, com diferenciação na abordagem, realizada por profissionais qualificados e com abordagem multiprofissional. O Estado de Minas Gerais vêm se organizando para prestar o atendimento odontológico aos Usuários com Necessidades Especiais e inclui na Linha Guia de Atenção em Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2007), as instruções básicas para o atendimento destes pacientes. Na atenção secundária, considerando as informações da SES/MG, existem atualmente 67 Centros de Especialidades Odontológicas em funcionamento.

No entanto, apesar dos amparos legais, os Centros de Especialidades Odontológicas enfrentam a dificuldade de implantação do atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais, devido a adaptação da estrutura física para garantir a acessibilidade, falta de odontólogos especialistas na área e a baixa remuneração oferecida. A organização dos serviços de saúde ofertada pelo Sistema Único de Saúde aos usuários com necessidades especiais são ainda morosos e deficitários. A Atenção Primária, sendo a porta de entrada para o atendimento ao Usuário com Necessidades Especiais, muitas vezes se depara com profissionais inseguros e indevidamente capacitados para lidar com a complexidade de um paciente especial devido aos problemas sistêmicos, poli-medicamentos, na própria condução do tratamento, cuidados referentes aos reflexos comprometidos e às orientações individualizadas sobre a higiene bucal. O atendimento odontológico na alta complexidade, sob sedação e anestesia geral, é insuficiente frente à demanda necessitada. Constata-se ao



analisar o período de Julho de 2010 a Junho de 2011, quanto ao Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais em ambiente hospitalar no Estado de Minas Gerais. Onde se encontra a realização de somente 2,09% da demanda necessitada atendida, conforme o estudo da Equipe Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais da demanda necessitada de tratamento mediante a sedação. Outro desafio é a normatização de critérios para o levantamento epidemiológico das pessoas com deficiência. A Organização Mundial de Saúde considera que 10% da população seja portadora de deficiência. No entanto, o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizando um conceito ampliado para caracterizar as pessoas com deficiência, encontra-se cerca de 24% da população com algum tipo de incapacidade ou deficiência, seja ela mental, física, motora, sensorial, múltipla, congênita ou adquirida. Um levantamento epidemiológico seguro e consistente facilitará a organização das Políticas Públicas de Saúde garantindo um maior acesso, qualidade e resolubilidade aos Usuários com Necessidades Especiais.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro obteve avanços consideráveis ao longo de sua trajetória, principalmente na área de Saúde Bucal e na inclusão das Pessoas com Necessidades Especiais nas Políticas Públicas. Porém, a busca pelo sistema de saúde completo e eficaz é um caminho árduo a percorrer, principalmente quando se trata de cumprir os princípios da integralidade, equidade e universalidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA PARA PACIENTES ESPECIAIS. Disponível em: <http://www.abope.com.br/>. Acesso em 15 de outubro de 2011.
2. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial**. Brasília, 1992.
4. BRASIL. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Executivo. **Subsídios para planos de ação dos governos federal na área de atenção ao portador de deficiência**. Brasília, DF. CORDE, 1996.
5. BRASIL. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. **Política Nacional de Prevenção de Deficiências**. Brasília, DF. CORDE, 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Ed. do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006.26 p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2ed. Brasília, DF, 2006. 346p
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Ed. do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2008. 16p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Ed. do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010.24 p.
10. CANAL MINAS SAÚDE. Curso de Extensão: Reorganização da Atenção à Saúde Bucal, Unidade VI- Redes de Atenção à Saúde Bucal. **Os Atuais Pontos de Atenção da Rede de Saúde Bucal**. Belo Horizonte, 2011
11. CORDEIRO, R.C.de. **Programa Atenção à Saúde Bucal do Portador de Necessidades Especiais**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Coordenadoria de Saúde Bucal. Belo Horizonte, dez. 2007.11p.
12. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 904, de 21 de setembro de 2011. Aprova o incentivo financeiro para a Assistência de Média Complexidade em Saúde Bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas.CEO do Estado de Minas Gerais.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 28 de outubro de 2011.

14. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290p.
15. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde bucal. Texto elaborado para o Curso de extensão Reorganização da Atenção em saúde bucal. Belo Horizonte: SES/MG, 2011. 8p.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qimg.def> >. Acesso em: 16/02/2011 e 01/06/2011.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificacion internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamiento**. Genebra. 1997.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Direção Geral de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa, 2004. 238p.
19. PINTO, R. S. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. Dissertação (Mestrado Acadêmico de Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou). 2010.
20. PORTARIAS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>. Acesso em 15 out. 2011.
21. SASSAKI, R. K. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/temas>>. Acesso em 15 out. 2011.
22. SILVA, Z.C.M.de, PAGNOCELLI, S.D., WEBER, J.B.B, FRITSCHER, A.M.G. Avaliação do Perfil dos Pacientes Especiais da Clínica de Odontopediatria da PUCRS. **Revista Odonto Ciência**, v.20,nº50, p.313- 318, out-dez. 2005.