

JACQUELINE SILVA SANTOS

**O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR PARA
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2014**

JACQUELINE SILVA SANTOS

**O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR PARA
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Políticas, instituições e serviços de saúde bucal

Orientador: Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Co-orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara Amaral

Colaboradora: Profa. Dra. Andréa Clemente Palmier

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2014**

S237t Santos, Jacqueline Silva
2014 O tratamento odontológico hospitalar para pacientes com
T necessidades especiais no sistema único de saúde do
estado de Minas Gerais / Jacqueline Silva Santos. – 2014.
130 f. : il.

Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de
Abreu
Co-Orientador: João Henrique Lara Amaral
Colaboradora: Andréa Clemente Palmier

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Assistência odontológica para pessoas com
deficiências. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Unidade
hospitalar de odontologia. I. Abreu, Mauro Henrique Nogueira
Guimarães de. II. Amaral, João Henrique Lara. III. Palmier,
Andréa Clemente.
IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. V. Título.

BLACK D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

JACQUELINE SILVA SANTOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

Aprovada em 18 de julho de 2014, pela banca constituída pelos membros:

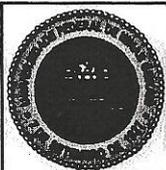
Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimaraes Abreu - Orientador
UFMG

Prof(a). João Henrique Lara do Amaral
UFMG

Prof(a). Vera Lúcia Silva Resende
UFMG

Prof(a). Arnaldo de França Caldas Júnior
UFPE

Belo Horizonte, 18 de julho de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA JACQUELINE SILVA SANTOS

Realizou-se, no dia 18 de julho de 2014, às 14:00 horas, FACULDADE DE ODONTOLOGIA - campus pampulha, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS*, apresentada por JACQUELINE SILVA SANTOS, número de registro 2012737115, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimaraes Abreu - Orientador (UFMG), Prof(a). João Henrique Lara do Amaral (UFMG), Prof(a). Vera Lúcia Silva Resende (UFMG), Prof(a). Arnaldo de França Caldas Júnior (UFPE).

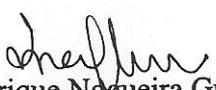
A Comissão considerou a dissertação:

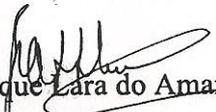
) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 18 de julho de 2014.


Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimaraes Abreu (Doutor)


Prof(a). João Henrique Lara do Amaral (Doutor)


Prof(a). Vera Lúcia Silva Resende (Doutora)


Prof(a). Arnaldo de França Caldas Júnior (Doutor)

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais que conheci no meu caminhar pela vida.

À Rosângela de Campos Cordeiro que, no processo de organização da atenção à saúde bucal no estado de Minas Gerais, sempre trabalhou para a inclusão das pessoas com necessidades especiais.

À Lurdinha, minha mãe, que vivenciou na pele a dificuldade de acesso das pessoas com necessidades especiais aos serviços de saúde bucal.

Ao meu pai Daniel, que se faz presente em mim.

Às minhas avós Quelé e Teodora que passaram por essa vida sem terem tido a oportunidade de aprender a ler e a escrever.

A todas as pessoas que acreditam e lutam por um mundo melhor para todos.

AGRADECIMENTOS

Ao universo por sempre conspirar ao meu favor. Namastê. Mojubá.

Aos meus filhos Raoni, Kaianan e Tauini por terem segurado a onda durante esses últimos dois anos de ritmo intenso. Por sempre torcerem por mim.

Ao Professor Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu que soube lidar com o meu jeito de ser. Pelo apoio, pela orientação competente e pelas mãos que sempre me estendeu para a realização desse trabalho.

Ao Professor João Henrique Lara do Amaral pelas valiosas ponderações que me levaram a refletir acerca do meu objetivo maior com esse estudo.

À Professora Andréa Clemente Palmier pelo dedicado apoio na revisão, diagramação e organização do trabalho e por ter me apresentado o Cluster.

Às Professoras Simone Dutra Lucas e Vera Lúcia Silva Resende pela leitura atenta e cuidadosa do trabalho e pelas importantes contribuições ao mesmo.

Ao Professor Arnaldo de França Caldas Júnior pelas ideias com as quais me presenteou para esse e outros trabalhos futuros.

A todos os Professores que participaram do meu percurso formativo. Os de anteontem, os de ontem e os de hoje.

Ao Admilson e à Jennifer, ambos da Secretaria do Departamento de Odontologia Social e Preventiva/FOUFMG, e à Beth da Secretaria do Colegiado de Pós-Graduação/FOUFMG pela disponibilidade, simpatia e gentileza.

À Dani Leal que num belo dia me deu a grande ideia de trabalhar essa temática das pessoas com necessidades especiais.

À Lu Reis pela amizade, pela companhia nas imersões, pela guarita, pela força, pelas conversas, pelas gargalhadas. Obrigada por tudo, Lu!!!!

À Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora pelo apoio à realização e conclusão desse Mestrado.

Às colegas da Diretoria de Saúde Bucal/SES-MG pela amizade que não se abalou durante esses dois anos de carga horária reduzida e de vida num outro eixo.

À Superintendência de Programação Assistencial/SES-MG pela presteza em disponibilizar o banco de dados.

A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação/FOUFMG pela oportunidade de convivência. Pelas águas de coco que tomamos juntos.

À vida.

Namastê!!! Mojubá!!!

Se muito vale o já feito

Mais vale o que será

E o que foi feito

É preciso conhecer

Para melhor prosseguir.

(Milton Nascimento, Fernando Brant e Márcio Borges)

SANTOS, Jacqueline Silva. O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Dissertação (Mestrado em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

RESUMO

Este trabalho tem como fio condutor a interface entre pessoas com deficiência e pessoas com necessidades especiais para fins da assistência odontológica. Foi realizado com o objetivo de conhecer o perfil dos serviços que realizaram o tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral, assim como o das pessoas que foram atendidas, no SUS de Minas Gerais durante o período de julho/2011 a junho/2012. Caracteriza-se como um estudo censitário, descritivo e exploratório. Os resultados e discussão são apresentados no formato de dois artigos. O estudo identificou as características demográficas dos indivíduos e as características assistenciais do tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar no SUS-MG. Foram avaliadas todas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) para execução do procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais no período acima citado. Foram mensuradas variáveis demográficas e assistenciais de cada atendimento. As taxas de internações por 10.000 habitantes e cobertura assistencial realizada no estado de Minas Gerais e em cada uma das Regiões Ampliadas de Saúde foram calculadas. A análise descritiva das variáveis foi feita por meio de cálculo da frequência e medidas de tendência central e variabilidade. Foi realizado também agrupamentos das características das 1.063 AIH, por meio da análise de cluster. Foram analisadas quatro variáveis demográficas e assistenciais referentes aos pacientes que foram atendidos. A idade foi dicotomizada pelo valor mediano e o sexo foi categorizado entre masculino e feminino. O diagnóstico médico foi dicotomizado em transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso, que somados, foram os diagnósticos com maior proporção (78,8%) entre os pacientes atendidos; e na categoria outros, que representou os demais diagnósticos pertencentes a 11 grupos da CID-10. Além disso, foi avaliado se o atendimento havia sido realizado

exclusivamente por cirurgião-dentista clínico geral ou se houve a presença de algum especialista. A taxa de internações por 10.000 habitantes foi igual a 0,54. A maioria dos indivíduos era adulta, do sexo masculino, com diagnóstico de transtornos mentais ou comportamentais e residente em 27,7% dos municípios de Minas Gerais. Os procedimentos foram realizados em 39 municípios, sendo executados, na sua maioria, por cirurgiões-dentistas clínicos gerais. A cobertura assistencial foi igual a 1,58%. Três clusters foram formados e analisados, e estratificados por cada uma das 13 Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais. O cluster 1 caracterizou-se pela ausência de diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso. O cluster 2 apresentou o maior agrupamento de AIH. O cluster 3 foi o menos frequente em todas as Regiões Ampliadas de Saúde. Entre as Regiões Ampliadas de Saúde do estado de Minas Gerais, os clusters distribuem-se de forma desigual. O estudo revelou um perfil clássico do paciente atendido. Foram identificadas dificuldades em se estabelecer uma rede de atenção à saúde bucal.

Palavras-chave: Assistência odontológica para pessoas com deficiências. Sistema Único de Saúde. Unidade hospitalar de odontologia. Avaliação em saúde.

SANTOS, Jacqueline Silva. HOSPITAL DENTAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH SPECIAL NEEDS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM OF THE STATE OF MINAS GERAIS. Dissertação (Mestrado em Odontologia – área de Concentração em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

ABSTRACT

This work seeks to examine the interface between patients with impairments and patients with special needs requiring dental services. The aim of this work was to understand the profile of dental treatment services performed under sedation or general anesthesia, as well as the profile of people who received dental treatment in the Unified Health System of the State of Minas Gerais (SUS-MG) between July 2011 and June 2012. This research can be categorized as a census, descriptive, and exploratory study. The results and discussion are presented in the form of two articles. The study identified the demographic characteristics of the individuals and the characteristics of dental treatment services performed under sedation and/or general anesthesia in a SUS-MG hospital environment. This work analyzed all Hospital Admission Authorizations (HAA) for the execution of Dental Treatment for Patients with Special Needs during the aforementioned time period. Demographic and service variables for each dental service were also measured. The rate of hospital admissions per 10,000 inhabitants and the rendering of dental services carried out in the state of Minas Gerais as a whole and in each specific Expanded Healthcare Region were calculated. The descriptive analysis of the variables was performed by calculating the frequency and by measuring the core tendency and variability. The cluster analysis was also applied to determine the groups of characteristics of the 1,063 HAA. Four demographic and service variables referent to the patients who received dental services were analyzed. The age was dichotomized by the median value, while the gender was categorized as either male or female. The medical diagnosis was dichotomized in mental and behavioral disorders and nervous system diseases, which, in sum, represented the largest proportion of diagnoses (78.8%) among the patients who received dental services. In the category of *others*, this diagnosis represented the other diagnoses pertaining to the 11 ICD-10 groups. In addition, the work also analyzed whether or

not the dental services had been exclusively performed by the clinical dentist or if there was the additional presence of a specialist. The rate of hospital admissions per 10,000 inhabitants was 0.54. The majority of individuals were adult males, with the diagnosis of mental and behavioral disorders who resided in 27.7% of the municipalities of Minas Gerais. The procedures were carried out in 39 municipalities and were executed, in most cases, by clinical dentists. The rate of dental service coverage was of 1.58%. Three clusters were grouped, analyzed, and then stratified within each of the 13 Expanded Healthcare Regions of Minas Gerais. Cluster 1 was characterized by the absence of the diagnosis of mental and behavioral disorders and NS diseases. Cluster 2 presented the largest HAA group. Cluster 3 was the least common group in the Expanded Healthcare Regions. The clusters proved to be distributed unequally among the Expanded Healthcare Regions of the State of Minas Gerais. This study therefore revealed a classic profile of patients who received dental services. Difficulties in establishing a network of dental care services were also identified.

Key-words: Dental Care for Disabled. Unified Health System. Dental Service Hospital. Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Regiões ampliadas de saúde por município sede, número de municípios integrantes e população, Minas Gerais, 2011 60

Figura 1 - Taxas de internações/10.000 habitantes, por Região Ampliada de Saúde 70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 (Artigo 1) - Atendimento odontológico hospitalar sob sedação ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais realizados de acordo com Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2012	70
Tabela 2 (Artigo 1) - Estimativa populacional de PNE que pode demandar por atendimento odontológico hospitalar sob sedação ou anestesia geral e cobertura assistencial por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, no período de julho/2011 a junho/2012	71
Tabela 1 (Artigo 2) - Características sociodemográficas e clínicas dos três clusters, Minas Gerais, Brasil, 2011 e 2012	86
Tabela 2 (Artigo 2) - Características demográficas dos três cluster, por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, Brasil, 2011 e 2012	87

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CPOD	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCH1	Média Complexidade Hospitalar 1
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização em Saúde
PNE	Pessoa com necessidades especiais
RA	Região Ampliada de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema único de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SN	Sistema Nervoso
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SUS Sistema Único de Saúde

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e
Cultura

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 Pessoas com Deficiência e Pessoas com Necessidades Especiais	25
3.1.1 Pessoas com deficiência	25
3.1.2 Os censos demográficos brasileiros e as pessoas com deficiência	30
3.1.3 Pessoas com necessidades especiais	33
3.1.4 Políticas de inclusão social	35
3.1.5 As políticas de saúde no Brasil	40
3.1.6 Condições de saúde bucal, pessoas com deficiência e pessoas com necessidades especiais	45
3.2 Sedação e Anestesia Geral	47
3.2.1 Conceitos e definições	47
3.2.2 Indicações	49
3.2.3 Legislação no Brasil	50
3.3 Tratamento Odontológico sob Anestesia Geral para Pacientes com Necessidades Especiais: estudos empíricos	51
3.4 Internações Hospitalares e os Sistemas de Informações/SUS	57
3.5 A Regionalização da Saúde em Minas Gerais	59
4 ARTIGOS	62
4.1 Artigo 1: Utilização dos serviços de atendimento odontológico	

hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG	62
4.2 Artigo 2: As similaridades e dissimilaridades no atendimento odontológico sob sedação ou anestesia geral às pessoas com necessidades especiais no Sistema único de Saúde do Estado de Minas Gerais	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	115
Apêndice A: Solicitação autorização SES-MG para acesso ao banco de dados	115
ANEXOS	119
Anexo A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	119
Anexo B: Submissão do artigo à Revista Ciência & Saúde Coletiva	121
Anexo C: Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva	122

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Pessoas com necessidades especiais devem ser consideradas como grupos populacionais de risco em saúde bucal, pois podem apresentar dificuldade na higienização bucal, dificuldade na mastigação, ter dieta pastosa e/ou rica em carboidrato, fazer uso frequente de medicamentos adocicados ou que promovem a diminuição do fluxo salivar, dentre outros aspectos (MINAS GERAIS, 2006; BUCHHOLTZ *et al.*, 2012; Jr NORWOOD e SLAYTON, 2013). Além disso, podem não ter habilidades para realizar uma higienização bucal satisfatória, não permitirem que outros a executem de maneira adequada ou terem a higiene bucal negligenciada pelos cuidadores (SAMPAIO *et al.*, 2000).

As pessoas com deficiência estão entre os indivíduos que têm um maior risco de desenvolver doenças bucais e/ou limitações para acesso aos serviços (US Department of Health and Human Services, 2000). Esse grupo populacional tem mais dentes acometidos pelas doenças bucais, um número maior de dentes perdidos e mais dificuldade na obtenção de assistência odontológica do que o restante da população, sendo que a situação é pior para aquelas que vivem em áreas rurais (GLASSMAN, 2009; BUCHHOLTZ e KING, 2012).

Muitas pessoas com necessidades especiais podem ter o tratamento odontológico realizado pela maioria dos cirurgiões-dentistas em ambientes odontológicos de rotina, desde que esses possuam adaptações mínimas de acomodações e de acessibilidade e que os profissionais tenham uma formação adequada para esse atendimento (DOUGHERTY, 2009). Entretanto, a assistência odontológica a esse grupo populacional torna-se desafiadora, pois pode envolver dificuldades em função de uma limitação apresentada pela pessoa, seja na área emocional, intelectual ou social, ou dificuldades apresentadas pelos profissionais das equipes de saúde bucal para a prestação de tal assistência. Diante dessas dificuldades corre-se o risco dessas pessoas serem encaminhadas para o tratamento clínico odontológico sob o uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar.

O cirurgião-dentista, cuja formação não contemplou o conteúdo/disciplina Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, pode se sentir

despreparado e/ou inseguro para o atendimento desse grupo populacional e terminar por indicar o tratamento odontológico sob anestesia geral (BONATO *et al.*, 2013). Apesar de importante, quando necessário, o tratamento odontológico realizado sob anestesia geral se torna ineficaz no sentido do controle do processo saúde-doença, pois é esporádico e puramente cirúrgico/restaurador.

Na construção de uma política para dar resposta às demandas por tratamento odontológico a esse grupo populacional, o Ministério da Saúde, dentre outras iniciativas, publicou em 05 de maio de 2010 a Portaria/GM nº. 1.032 que incluiu o procedimento odontológico 04.14.02.041-3 *Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais* na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado às pessoas com necessidades especiais que demandam por atendimento em ambiente hospitalar. O procedimento é descrito como aquele que

“consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional” (BRASIL, 2010a, p.1).

Esse procedimento é caracterizado como procedimento principal que gera a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do cirurgião-dentista, possuindo atributo complementar que inclui o valor da anestesia, e sendo compatível com procedimentos odontológicos secundários (da carteira de serviços da atenção primária) e procedimentos especiais (da carteira de serviços de média complexidade/atenção especializada), sendo que a realização desses últimos também gera pagamento (BRASIL, 2010b).

O orçamento para esse recurso encontra-se alocado no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação para formação de série histórica necessária à

sua agregação ao Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, toda a produção hoje apresentada pelos estabelecimentos hospitalares é aprovada e paga pelo Fundo Nacional de Saúde e não onera o teto financeiro dos municípios na programação da média e alta complexidade.

Em novembro de 2011, o governo federal lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência- Plano Viver sem Limite, que dentre os eixos de atuação está a atenção à saúde, contemplando também a assistência odontológica às pessoas com deficiência (BRASIL, 2011). No processo de fortalecimento da política nacional de saúde da pessoa com deficiência o Ministério da Saúde publicou, em 24 de abril de 2012, a Portaria/GM nº 793 que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, contemplando a atenção à saúde bucal desse grupo populacional nos componentes da atenção primária, atenção especializada ambulatorial e hospitalar com o uso de sedação ou anestesia geral (BRASIL, 2012).

Na construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) está desenvolvendo uma política de implantação da atenção hospitalar, que dentre outros objetivos, busca avançar na garantia da integralidade da atenção às pessoas com necessidades especiais quando essas demandarem pelo atendimento odontológico sob sedação ou anestesia geral em ambientes hospitalares. Nessa política tem-se como premissa que o número de casos de pessoas com necessidades especiais referenciadas para essa modalidade de atendimento é inversamente proporcional ao nível de organização da atenção primária, e que esses encaminhamentos devem ser feitos apenas em casos específicos. Dentre as diretrizes da modelagem da Rede de Atenção à Saúde Bucal em Minas Gerais está que os serviços hospitalares de atendimento odontológico com sedação ou anestesia geral devem ser referências para as Regiões Ampliadas de Saúde, sendo que a referência para essa modalidade de atendimento deve ter por critério de encaminhamento a condição médica e/ou comportamental do usuário, envolvendo principalmente (MINAS GERAIS, 2006, 2012, 2013):

- usuários que apresentam distúrbios de comportamento tais que não permitam atendimento;
- deficiência mental, alterações neurológicas ou distúrbios psiquiátricos que impossibilitem a compreensão e a cooperação;
- situações clínicas em que todos os esforços para o tratamento de forma convencional falharam, inclusive o Tratamento Restaurador Atraumático;
- dificuldade para controle de respiração e deglutição;
- usuários que necessitam de suporte hospitalar;
- usuários 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 unidade de atenção primária e onde existe impossibilidade de atendimento extraclínica. (MINAS GERAIS, 2006. p.187-188)

Para que o processo de construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG seja centrado no direito de cidadania e tenha como horizonte a garantia da integralidade e da universalidade da atenção, torna-se imprescindível a provisão de serviços que sejam resolutivos diante de quaisquer necessidades apresentadas pelas pessoas. Nesse sentido, e considerando que as pessoas com necessidades especiais podem demandar por tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral, analisar o perfil dos serviços públicos hospitalares que realizam essa modalidade de atendimento, assim como o perfil das pessoas que são atendidas por esses serviços, reveste-se de importância pela sua potencial capacidade de subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação da política de atenção à saúde bucal.

Atuar profissionalmente na gestão estadual da atenção à saúde bucal de Minas Gerais foi um elemento motivador para a realização deste trabalho que tem como objetivo contribuir para o processo de modelagem da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG que garanta a integralidade, a melhoria do acesso e da qualidade da atenção às pessoas com necessidades especiais. Realizar esse trabalho no contexto da integração academia e serviço evidenciou como é fecundo o diálogo entre esses setores para a produção do conhecimento que leva

à melhoria do processo de organização dos serviços e de produção do cuidado em saúde. Também ficou evidente o retorno para a ativação de processos de mudança.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil assistencial dos serviços que realizaram o tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral, assim como o perfil clínico e sociodemográfico das pessoas que foram atendidas, no SUS de Minas Gerais durante o período de julho/2011 a junho/2012.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários atendidos;
- Identificar as características assistenciais dos estabelecimentos hospitalares;
- Identificar a distribuição geográfica dos estabelecimentos hospitalares;
- Calcular a cobertura assistencial deste atendimento;
- Identificar os fluxos dos atendimentos realizados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Pessoas com Deficiência e Pessoas com Necessidades Especiais

3.1.1 Pessoas com deficiência

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 1960, quando se formulou um conceito que considerou a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do ambiente e as atitudes da comunidade. O conceito de deficiência, enquanto constructo, é permeado pelas mudanças ocorridas na sociedade e pelas conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência (BRASIL, 2008a, 2010c).

Para ampliar o conhecimento acerca das consequências das doenças no sentido do que acontece com as pessoas no decorrer do tempo após o diagnóstico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 1989 a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps*, que foi traduzida para o português como *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens-CIDID*. O termo *impairment* (deficiência) se refere à perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, representando anormalidade no nível dos órgãos ou sistemas; *disability* (incapacidade) reflete as consequências da deficiência em termos de qualquer restrição ou falta de habilidade para se realizar uma atividade de uma maneira ou dentro da amplitude do que se considera normal para o ser humano, repercutindo no rendimento funcional ou desempenho das atividades no nível da pessoa. Por sua vez, *handicap* (desvantagem) é resultante da deficiência ou da incapacidade, caracterizando uma situação desfavorável para um determinado indivíduo por limitar ou impedir o desempenho de um papel esperado em função da sua idade, sexo, fatores sociais e culturais (OMS, 2001; FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Em maio de 2001 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (OMS, 2004). A versão em língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa com o título de *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e*

Saúde (CIF), cujos princípios enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, ao invés de realçar as incapacidades e limitações. Essa classificação vislumbrou 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 (BRASIL, 2010c).

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no ambiente onde a pessoa vive (FARIAS e BUCHALLA, 2005). Leva em conta a capacidade das pessoas com deficiência em se relacionarem com o ambiente onde vivem e não a doença em si, as sequelas e as incapacidades (BRASIL, 2008a). A CIF também relacionou o que uma pessoa com uma doença ou perturbação faz ou pode fazer. A funcionalidade é um termo que englobou todas as funções do corpo, atividades e participação. A incapacidade é um termo que incluiu deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. A CIF também relacionou os fatores ambientais que interagem com todos estes constructos. Neste sentido, a classificação permite registrar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios (OMS, 2004).

Dois grandes modelos conceituais de deficiência haviam sido propostos antes da CIF. O modelo médico, que parte da realidade biológica do comprometimento, onde a deficiência é um atributo ou característica do indivíduo, causada diretamente pela doença, trauma ou outra condição de saúde, que requer cuidados médicos prestados na forma de tratamento individual para corrigir ou compensar o problema. O modelo social, que compreende a deficiência como um problema da sociedade e não apenas do indivíduo. No modelo social, deficiência exige uma resposta política, uma vez que o problema está ligado ao ambiente físico, social e de atitudes com as quais as pessoas lidam com a vida e com o mundo. A deficiência é um fenômeno complexo, pois tanto é um problema no nível do corpo de uma pessoa quanto um fenômeno social por haver interação

entre as características por ela apresentadas e as inerentes ao contexto no qual ela vive. Assim, tanto as intervenções médicas quanto as respostas sociais são necessárias para o enfrentamento aos problemas relacionados com as deficiências. Deficiência não é sinônimo de doença. Algumas doenças podem ter como consequência a deficiência e pessoas com deficiência podem ficar doentes em algum momento de suas vidas (OLIVER, 1990; WHO, 2002).

A CIF utiliza o modelo biopsicossocial de deficiência, resultante da integração entre o modelo médico e o social e, assim, fornece uma visão de saúde nas perspectivas biológica, individual e social. É considerada um avanço por substituir o termo desvantagem por funcionalidade e considerar os fatores ambientais na determinação das deficiências (WHO, 2002).

Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, o modelo biopsicossocial distingue-se do modelo médico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Nesse modelo cada dimensão age sobre e sofre a ação das demais, sendo todas influenciadas pelos fatores ambientais. A OMS pretende incorporar também, no futuro, os fatores pessoais, importantes na forma de lidar com as condições limitantes (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Segundo a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pela Organização das Nações Unidas em 2006, as pessoas com deficiência são aquelas que têm incapacidades duradouras (de longo prazo) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras podem ser impedidas de terem uma plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade (BRASIL, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde considera que deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Considera que a deficiência permanente

é aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos. A incapacidade é compreendida como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 2008a).

O Ministério da Saúde utiliza as definições que foram estabelecidas pelo Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, que classificou as pessoas mediante as deficiências por elas apresentadas em cinco categorias (BRASIL, 2004):

- Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física; apresenta-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparésia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500, 1.000, 2.000 e 3.000 Hertz;
- Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores;
- Deficiência intelectual: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho;
- Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

O Decreto considerou, também, a pessoa com mobilidade reduzida, ou seja, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c), as principais causas das deficiências são: os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; as perturbações psiquiátricas; o abuso de álcool e de drogas; a desnutrição; e os traumas e as lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

Deficiência e incapacidade não são apenas consequências das condições de saúde-doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

O Brasil possui legislação e políticas específicas voltadas à população com deficiência (LIMA, 2007). No entanto, a caracterização da deficiência na legislação brasileira é baseada no modelo médico de deficiência, pois se relaciona a um diagnóstico definido por profissionais de saúde, especialmente da classe médica. Considerando-se o modelo social de deficiência, em que a deficiência é um produto das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade, constata-se claramente que o pilar do desenho das políticas públicas voltadas para a população com deficiência ainda está assentado no modelo médico de deficiência. Todavia, internacionalmente, evidencia-se uma mudança de paradigma, cujas tendências e repercussões já podem ser constatadas em nosso país, ao se focalizar a evolução da legislação e o desenho de políticas públicas mais inclusivas (BERNARDES e ARAÚJO, 2012).

3.1.2 Os censos demográficos brasileiros e as pessoas com deficiência

Ao longo do tempo ocorreram modificações na formulação das perguntas utilizadas na metodologia dos censos nacionais, assim como nos instrumentos de coleta de dados, buscando acompanhar a evolução do conceito de deficiência e melhor qualificar os dados estatísticos oficiais. A Lei nº 7.853/89 tornou obrigatória a inclusão de itens específicos nos censos nacionais acerca das pessoas com deficiência, e assim, o Censo Demográfico de 1991 incluiu questões que atestaram que o número de pessoas com deficiência representava 1,14% da população total do país, sendo que 0,45% correspondia à deficiência mental e 0,41% à deficiência física (BRASIL, 2008a).

Utilizando a abordagem conceitual e metodológica da CIF, o Censo de 2000 identificou que 14,5% da população brasileira apresentava algum tipo de deficiência, desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Dessas, 48% apresentavam deficiência visual, 23% deficiência motora, 17% deficiência auditiva, 8% deficiência intelectual e 4% deficiência física. A metodologia adotada incluiu, na contagem, os idosos que apresentam dificuldades para se locomover, ver e/ou ouvir. Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (percepção de incapacidade) o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (BRASIL, 2010c).

O censo demográfico 2010 foi o décimo segundo censo realizado no Brasil e considerou que a incapacidade é resultado tanto da limitação das funções e estruturas do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação. As perguntas formuladas buscaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora, com seus graus de severidade, através da percepção da população sobre sua dificuldade em enxergar, ouvir e locomover-se, mesmo com o uso de facilitadores como óculos ou lentes de contato, aparelho auditivo ou bengala, e a deficiência mental ou intelectual. Para os três primeiros tipos de deficiência foi colocado como opção ao entrevistado o grau de severidade da deficiência: não consegue de modo algum, tem grande dificuldade ou tem alguma dificuldade. Para a deficiência mental não houve essas opções. O método de coleta dos dados foi através de entrevista presencial realizada pelo recenseador,

sendo a resposta registrada em um computador de mão ou pelo preenchimento do questionário via Internet. Os conceitos e definições utilizados na divulgação dos resultados gerais da amostra em relação à população com deficiência foram (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012):

- Deficiência visual: foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de enxergar (avaliada com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso da pessoa utilizá-los), de acordo com a seguinte classificação:
 - Não consegue de modo algum: para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de enxergar;
 - Grande dificuldade: para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato;
 - Alguma dificuldade: para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; ou
 - Nenhuma dificuldade: para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de enxergar, ainda que precisando usar óculos ou lentes de contato.

- Deficiência auditiva: foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de ouvir (avaliada com o uso de aparelho auditivo, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação:
 - Não consegue de modo algum: para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir;
 - Grande dificuldade: para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo;
 - Alguma dificuldade: para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo; ou
 - Nenhuma dificuldade: para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de ouvir, ainda que precisando usar aparelho auditivo.

- Deficiência motora: foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação:

- Não consegue de modo algum: para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa;
 - Grande dificuldade: para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar;
 - Alguma dificuldade: para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar;
 - Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que necessite usar prótese, bengala ou aparelho auxiliar.
- Deficiência intelectual: foi pesquisado se a pessoa tinha alguma deficiência intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc. A deficiência intelectual foi considerada como retardo no desenvolvimento intelectual que ocorre na infância ou até os 18 anos de idade e caracterizada pela dificuldade que a pessoa tem em se comunicar com outros, de cuidar de si mesma, de fazer atividades domésticas, de aprender, trabalhar, brincar, dentre outros. Não se considerou como deficiência intelectual as perturbações ou transtornos mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose (IBGE, 2012).

De acordo com os resultados, 23,9% do total da população brasileira (N= 190.755.799) declararam ter pelo menos uma das deficiências pesquisadas, correspondendo a 26,5% e 21,1% da população total de mulheres e de homens, respectivamente. Dessas pessoas, 84,3% residiam em áreas urbanas. A prevalência de pelo menos uma das deficiências investigadas foi de 7,5%, 24,9% e 67,7% em relação às pessoas com idade até 14 anos, de 15 a 64 anos e de 65 anos ou mais, respectivamente. A deficiência motora foi declarada por 6,8% das mulheres e por 4,5% dos homens. Do total da população brasileira, 1,4% apresentou deficiência intelectual (IBGE, 2012).

Conforme o IBGE (2012), a investigação dos graus de severidade de cada deficiência permitiu conhecer a parcela da população com deficiência severa, que se constitui no principal alvo das políticas públicas voltadas para a população com deficiência. Foram consideradas com deficiência severa visual, auditiva e motora as pessoas que declararam ter grande dificuldade ou que não conseguiam ver, ouvir ou se locomover de modo algum, e para aquelas que declararam ter deficiência intelectual. A soma do total de pessoas com deficiência motora severa mais o total de pessoas com deficiência intelectual correspondeu a 3,7% da população total brasileira.

O aumento nas proporções de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas entre os censos de 1991 e 2000, que foi cerca de 13 vezes maior, não ocorreu porque tivesse aumentado a incidência de deficiências, mas pela mudança dos instrumentos de coleta de dados (NERI *et al.*, 2004). Já na relação entre os censos de 2000 e 2010, esse aumento foi cerca de 65% e pode ter se dado, em grande parte, em função da mudança do conceito de deficiência, já que com o novo questionário havia um objetivo maior pela equalização de oportunidades.

3.1.3 Pessoas com necessidades especiais

Os conceitos formulados acerca de quem são as pessoas com necessidades especiais, para fins da assistência odontológica, levam à compreensão de que não é a condição bucal e nem a presença de alguma deficiência que caracterizam uma pessoa com necessidades especiais, mas sim a demanda por uma abordagem diferenciada na prestação da assistência odontológica. Essa demanda é advinda da presença de uma ou mais limitações de ordem mental, cognitiva, física, sensorial, emocional, comportamental, de crescimento ou médica que podem ser apresentadas pelas pessoas (MUGAYAR, 2000; SILVA *et al.*, 2004; MINAS GERAIS, 2006; BRASIL, 2008b; DOUGHERTY, 2009; AMERICAN SOCIETY of DENTISTRY for CHILDREN, 2012).

Haddad e Magalhães (2007) propuseram como classificação para as pessoas com necessidades especiais:

- Deficiência mental: comprometimento intelectual de origem genética, ambiental ou desconhecida.
- Deficiência física: paralisia cerebral, acidente vascular cerebral, lesão medular, paralisia infantil, deficiências motoras limitantes, miastenia grave, distrofia muscular, artrite reumatoide juvenil, raquitismo, disostoses, mielomeningocele, síndrome da osteogênese imperfeita, síndrome da artrogripose, entre outras malformações.
- Anomalias congênitas: malformações, deformidades, complexos mal formativos, síndromes malformativas e associações, com ou sem comprometimento intelectual.
- Distúrbios comportamentais: autismo.
- Transtornos psiquiátricos.
- Distúrbios sensoriais e de comunicação: deficiência auditiva, visual e de fala.
- Doenças sistêmicas crônicas: diabetes mellitus, cardiopatias congênitas ou adquiridas, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica, doenças autoimunes, doenças vesiculobolhosas (pênfigo, penfigóide, líquen plano, epidermólise bolhosa).
- Doenças infectocontagiosas: pacientes HIV positivos (sintomáticos e assintomáticos), hepatites virais, tuberculose.
- Condições sistêmicas: pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço, pacientes transplantados, pacientes imunossuprimidos por medicamentos.

Por outro lado, numa visão menos abrangente, as pessoas com necessidades especiais são inseridas em duas categorias de pacientes: os que têm doenças sistêmicas e os que apresentam deficiência de desenvolvimento (PERETZ *et al.*, 2012).

No Brasil, a especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais foi criada em 2002 no âmbito do Conselho Federal de Odontologia (CFO). Tem por objetivo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal de pacientes que tenham alguma alteração no seu sistema biopsicossocial, levando em conta a classificação de funcionalidade. Para oferecer um tratamento integral ao paciente, a atuação profissional nessa

especialidade deve acontecer em um espaço de referência que envolva outros profissionais de saúde e áreas correlatas numa relação inter, multi e transdisciplinar (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2002a).

3.1.4 Políticas de inclusão social

Dois movimentos internacionais marcaram o planejamento de políticas públicas de inclusão social para pessoas com deficiência:

- a Conferência Mundial sobre Educação para Todos realizada em 1990 na cidade de Jomtien, Tailândia, que resultou na Declaração Mundial de Educação para Todos, voltada à melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem para qualquer aluno, sem discriminação (UNESCO, 1990).
- a Declaração de Salamanca, elaborada durante a Conferência Mundial de Educação Especial, realizada na cidade de Salamanca, Espanha, em 1994, que reiterou as recomendações de Jomtien, enfatizando a urgência de atendimentos às necessidades de alunos, evitando-se todas as práticas discriminatórias e excludentes, buscando criar novas oportunidades de inclusão e erradicar a violação dos direitos desse grupo social. Organizada pela UNESCO, a Declaração de Salamanca tornou-se um dos principais documentos para a implementação de políticas públicas e ações para assegurar os direitos à educação das pessoas com deficiência (UNESCO, 1994).

Com o objetivo de assegurar a plena integração das pessoas com deficiência na sociedade, em 1999 a Organização dos Estados Americanos realizou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Para alcançar os objetivos da Convenção, os Estados signatários comprometeram-se a tomar as medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, que fossem necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas com deficiência e proporcionar a sua plena integração à sociedade. As medidas a serem adotadas pelos Estados foram:

- medidas das autoridades governamentais e/ou entidades privadas para eliminar progressivamente a discriminação e promover a integração na

prestação ou no fornecimento de bens, serviços, instalações, programas e atividades, tais como o emprego, o transporte, as comunicações, a habitação, o lazer, a educação, o esporte, o acesso à justiça e aos serviços policiais e as atividades políticas e de administração;

- medidas para que os edifícios, os veículos e as instalações que venham a ser construídos ou fabricados em seus respectivos territórios facilitem o transporte, a comunicação e o acesso das pessoas com deficiência;
- medidas para eliminar, na medida do possível, os obstáculos arquitetônicos, de transporte e comunicações que existam, com a finalidade de facilitar o acesso e uso por parte das pessoas com deficiência; e
- medidas para assegurar que as pessoas encarregadas de aplicar essa Convenção e a legislação interna sobre essa matéria estejam capacitadas a fazê-lo.

Os Estados comprometeram-se também a priorizarem a prevenção de todas as formas de deficiência preveníveis, além de trabalharem a detecção e intervenção precoces, tratamento, reabilitação, educação, formação ocupacional e prestação de serviços completos para garantir o melhor nível de independência e qualidade de vida para as pessoas com deficiência. Também foi contemplado o compromisso de sensibilização da população por meio de campanhas de educação, destinadas a eliminar preconceitos, estereótipos e outras atitudes que atentam contra o direito das pessoas a serem iguais, permitindo, dessa forma, o respeito e a convivência com as pessoas com deficiência (BRASIL, 2001a).

A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência foi organizada pela Organização das Nações Unidas em 2008, e representou importante conquista para as pessoas com deficiência. Reconheceu que a deficiência é um conceito em evolução, sendo resultante da interação entre pessoas com incapacidades (físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais) e barreiras comportamentais e ambientais que impedem a sua participação plena e efetiva na sociedade em condições de igualdade com as outras pessoas. A Convenção teve o propósito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas com deficiência e

promover o respeito pela sua dignidade. Essa Convenção impulsionou mudanças significativas no tratamento desse grupo social, dentre elas a mudança de paradigmas, descaracterizando uma visão de assistência e caridade para a atenção e o cuidado com o sujeito, que tem direitos iguais a qualquer outro cidadão. Seus princípios foram (BRASIL, 2009):

- respeitar a dignidade inerente às pessoas;
- possibilitar a autonomia individual, viabilizando a liberdade para fazer a própria escolha, independente das pessoas;
- proporcionar participação total, efetiva e inclusão social;
- respeitar as diferenças e aceitar as pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
- respeitar as capacidades em desenvolvimento das crianças com deficiência e o direito de preservar suas identidades;
- proporcionar oportunidades iguais a todos;
- acessibilidade;
- igualdade de gênero.

No Brasil, a Constituição Federativa foi o principal marco legal no que se refere à atenção à pessoa com deficiência, estabelecendo em seu artigo 23, inciso II, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis por cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 1988).

A Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, foi criada para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência (inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico) e sua efetiva integração social. Essa Lei também possibilitou a reestruturação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, órgão responsável pelas seguintes ações (BRASIL, 1989):

- coordenação das ações governamentais relacionadas à pessoa com deficiência;

- elaboração de programas e projetos;
- conscientização da sociedade quanto à integração social da pessoa com deficiência.

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que instituiu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, tratou da garantia da educação especial para pessoas com deficiência, que deverá ser oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com necessidades especiais (BRASIL, 1996). Instituiu o dever do Estado de estabelecer serviços, recursos e apoios necessários para garantir escolarização de qualidade a esse grupo social. Também estabeleceu que as escolas devem estar aptas para atender a essas necessidades, promovendo o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades especiais em todas as modalidades da educação básica.

Regulamentada em 2004, a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, foi uma resposta aos movimentos sociais em prol dos direitos das pessoas com deficiência e tratou da acessibilidade ao meio físico, como edifícios, vias públicas, espaços e equipamentos urbanos e aos sistemas de transporte. Estabeleceu normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e nos espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (BRASIL, 2000).

O governo brasileiro, por meio do Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001, promulgou a Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiências, reafirmando que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas e que esses direitos, inclusive o direito de não ser submetidas à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano (BRASIL, 2001a).

No Brasil, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York em 30 de março de 2007, foram promulgados por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Com isso, o Brasil assumiu o propósito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e de todas as liberdades fundamentais a todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente (BRASIL, 2009).

Em 17 de novembro de 2011, por meio do Decreto nº 7.612, o governo brasileiro instituiu o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver sem Limite, que tem a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2011). Pretende-se, assim, melhorar o acesso desses cidadãos aos direitos básicos, como: educação, transporte, mercado de trabalho, qualificação profissional, moradia e saúde. O plano é executado pela União em colaboração com os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e com a sociedade civil (BRASIL, 2011). São diretrizes do Viver sem Limite:

- garantia de um sistema educacional inclusivo;
- garantia de os equipamentos públicos de educação serem acessíveis às pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado;
- ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional;
- ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza;
- prevenção das causas de deficiência;
- ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação;
- ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade; e
- promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva.

Assim, as políticas de inclusão social para as pessoas com deficiência buscam possibilitar a elas o exercício do direito de cidadania, a igualdade de oportunidades para usufruírem as melhorias na qualidade de vida advindas do acesso aos bens culturais e aos produtos e serviços decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade. O respeito às diferenças e o enfrentamento às barreiras sociais colocam-se dentre os seus princípios norteadores.

3.1.5 As políticas de saúde no Brasil

Por meio do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, foi instituída a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que compreendeu um conjunto de orientações normativas que tinham como objetivo assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência (BRASIL, 1999). Suas principais diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, foram: 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.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e buscou redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Definiu que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001b).

Aprovada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº1.060, de 5 de junho de 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços SUS e tem como diretrizes (BRASIL, 2002):

- Promoção da qualidade de vida: visa assegurar a igualdade de oportunidade, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. Especificamente na área da saúde, tornar acessíveis as unidades de saúde por meio do cumprimento da normatização arquitetônica e assegurar a representação das pessoas com deficiência nos conselhos de saúde.
- Prevenção de deficiências: o setor da saúde deve unir esforços com outras áreas, como educação, segurança, transporte, entre outras, para garantir sua potencialização. Cabe especificamente à área da saúde implementar estratégias de prevenção às deficiências, compreendendo que cerca de 70% das ocorrências são evitáveis ou atenuáveis, com a adoção de medidas apropriadas e oportunas, como ações de imunização, acompanhamento às gestantes (em especial as de risco), exames para os recém nascidos, acompanhamento do crescimento infantil, acompanhamento aos diabéticos, hipertensos e pessoas com hanseníase, prevenção de acidentes e de violências (álcool/drogas). Também devem ser consideradas medidas preventivas de caráter informativo e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde e a gestores de serviços.
- Atenção integrada à saúde: de responsabilidade direta do SUS e sua rede de serviços, que devem assegurar acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários e ao recebimento de tecnologias assistivas. Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde no SUS, desde as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família até os serviços de reabilitação e hospitais. Tem direito, ainda, 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.
- Melhoria dos mecanismos de informação: no contexto dos registros e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no país, aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS, construção de indicadores e parâmetros específicos para a área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas na área,

estímulo à criação, à produção e à distribuição de materiais educativos e informativos na área da saúde em formatos acessíveis, como Braille e Libras.

- Capacitação de recursos humanos: a sua importância está no fato de que as relações de saúde são baseadas, essencialmente, na relação de pessoas. Deve-se proporcionar a formação de recursos humanos para atenção e cuidado às pessoas com deficiência, estimular que os cursos de graduação na área da saúde incorporem em seus currículos temas relacionados ao atendimento às pessoas com deficiência e que as agências de fomento incentivem a pesquisa nesta área do conhecimento.
- Organização e funcionamento dos serviços: pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada preferencial às ações de prevenção e intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

Criada em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal contemplou as pessoas com necessidades especiais no eixo da organização da atenção por condição de vida, dentre as formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde (BRASIL, 2004).

A Portaria/GM nº 599, de 23 de março de 2006, que definiu a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estabeleceu que todos os CEO devem realizar atendimento às pessoas com necessidades especiais (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b) preconizou que os serviços de saúde bucal devem se organizar para ofertar atendimento prioritário às pessoas com deficiência no âmbito da atenção primária, que deverá ser preferencialmente a porta de entrada no sistema de saúde. Acrescentou que deverá haver unidades de referência especializada ambulatorial e hospitalar para os casos de maior complexidade e os que necessitem de atendimento sob anestesia geral. Os CEO foram instituídos como sendo os pontos de atenção especializada ambulatorial

em saúde bucal. Os serviços de saúde devem realizar uma busca criteriosa dos usuários com deficiência, cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento. As equipes de saúde bucal da atenção primária devem ser capacitadas a fim de que possam estar aptas ao atendimento destes usuários. As equipes de saúde bucal da atenção primária ao constatarem a impossibilidade de prestação da assistência nesse nível da atenção, deverão encaminhar o usuário para atendimento no CEO. A equipe de saúde bucal do CEO deverá realizar os procedimentos odontológicos da carteira de serviços da atenção primária, com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada e fazer os encaminhamentos necessários para recondução na unidade de atenção primária ou, se necessário, a recomendação para tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar. Orienta que pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, deverão ser atendidos nas unidades de saúde da atenção primária.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, e é um dos eixos do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Seu objetivo é fomentar a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012):

- respeito aos direitos humanos com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- promoção da equidade;
- promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar;
- atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- diversificação das estratégias de cuidado;

- desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- promoção de estratégias de educação permanente;
- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e
- desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva.

Todos os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência fazem interface com a Rede de Atenção à Saúde Bucal cujos pontos de atenção deverão ser (BRASIL, 2012):

- as unidades da atenção primária;
- os CEO, que deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO;
- os serviços de urgências e emergências odontológicas; e
- os estabelecimentos hospitalares, no que se refere ao atendimento sob sedação ou anestesia geral.

Em 2012, por meio da Resolução SES-MG nº. 3.238, foi aprovado o incentivo financeiro e estabelecidos critérios para a implantação e/ou implementação de serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar no estado de Minas Gerais, que também contemplou a realização do tratamento odontológico sob anestesia geral ou sedação aos pacientes com necessidades especiais nos casos em que não foi obtido êxito no atendimento nos níveis primário e secundário da atenção (MINAS GERAIS, 2012a).

Em 2013 foi instituída a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG, ficando estabelecido que os pontos de atenção primária deverão, dentre outras competências, prestar atenção longitudinal em saúde bucal, de acordo com ciclo de vida e condições de saúde. A atenção em saúde bucal terá como porta de entrada a atenção primária à saúde, responsável pelas ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal e seguirá um fluxo de encaminhamento à atenção especializada para os casos de maior complexidade. O CEO é um ponto de atenção ambulatorial especializado em saúde bucal, constituindo-se em referência para um município ou para uma Região de Saúde, e dentre as especialidades mínimas a serem ofertadas está o atendimento às pessoas com necessidades especiais. Estabeleceu que todos os CEO credenciados pelo Ministério da Saúde poderão aderir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado de Minas Gerais e instituiu incentivo financeiro estadual para fomentar a referida adesão. Definiu que as Unidades Hospitalares na Rede de Atenção à Saúde Bucal são pontos de atenção que deverão, dentre outras competências, assegurar a prestação do tratamento odontológico sob anestesia geral ou sedação aos pacientes com necessidades especiais com extensa limitação física, mental, cognitiva ou emocional que impeça o tratamento odontológico em ambiente ambulatorial, após não ter obtido êxito no atendimento nos níveis primário e secundário da atenção. Foram definidos os incentivos financeiros e critérios para implantação e/ou implementação de serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar. Estabeleceu que os serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação deverão estar sediados em cada um dos 19 municípios sede de Região Ampliada de Saúde e serem referências para todos os municípios do estado, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR-MG) (MINAS GERAIS, 2013).

3.1.6 Condições de saúde bucal, pessoas com deficiência e pessoas com necessidades especiais

Tanto crianças quanto adultos com necessidades especiais apresentam um maior número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) quando

comparadas à população em geral e uma maior proporção do componente cariado (PERETZ *et al.*, 2012).

Muitas vezes há uma baixa prioridade por parte dos pais quanto à saúde bucal dos filhos que apresentam necessidades especiais. Uma possível explicação para esse fato é que as necessidades em saúde bucal competem com as já onerosas condições sistêmicas apresentadas por essas pessoas que se constituem como uma barreira aos cuidados odontológicos precoces. Ademais, as pessoas com necessidades especiais podem não ser capazes de reclamar de incômodos decorrentes de problemas bucais, que podem passar despercebidos até a agudização dos mesmos (OREDUGBA e AKINDAYOMI, 2008).

Um dos grandes desafios para o atendimento odontológico das pessoas com necessidades especiais é o manejo do comportamento, sendo que essas pessoas podem apresentar um nível maior de ansiedade frente ao tratamento odontológico do que as pessoas sem deficiências (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2012a). As dificuldades que permeiam o atendimento odontológico às pessoas com necessidades especiais vão desde as inerentes aos serviços, as relacionadas às condições apresentadas por esses pacientes e as relacionadas com os próprios profissionais e que estão ligadas às questões humanas, de ordem moral, filosófica e psicológica (FONSECA *et al.*, 2010).

A ineficiência na assistência odontológica ofertada às pessoas com necessidades especiais pode ser atribuída a diversos fatores tais como: a falta de conhecimento e de preparo dos profissionais para o atendimento a estes pacientes, as informações inadequadas quanto às condições de saúde bucal e as necessidades odontológicas, a negligência do tratamento odontológico pelos serviços de saúde e o descrédito da importância da saúde bucal pelos cuidadores e ou responsáveis (CASTRO *et al.*, 2012).

As pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais e psíquicos são mais propensas a terem uma má higiene bucal, doença periodontal e lesões cáries não tratadas, do que a população em geral. Dentre as causas estão as

limitações de ordem cognitiva, física e comportamental, que dificultam a higienização bucal e a capacidade de cooperação com o tratamento odontológico, a pobreza e a utilização de medicamentos que afetam a saúde bucal. Estes fatores podem agravar ainda mais quando se trata de pessoas adultas mais velhas que não tiveram acesso à assistência odontológica ao longo de suas vidas. Apesar dos avanços na assistência médica a esse grupo populacional, o atendimento odontológico permanece uma necessidade não atendida, pouco pesquisada e documentada. A saúde bucal das pessoas com deficiência não é comprometida apenas pela deficiência ou suas consequências, mas também por barreiras à assistência odontológica (CARVALHO e ARAÚJO, 2004; MORGAN *et al.*, 2012; KANCHERLA *et al.*, 2013; LEROY e DECLERCK, 2013a, 2013b).

3.2 Sedação e anestesia geral

3.2.1 Conceitos e definições

Na prática odontológica a analgesia, a anestesia local, a sedação mínima, moderada e profunda e a anestesia geral são métodos utilizados para o controle da ansiedade e da dor (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007):

- Analgesia consiste na diminuição ou supressão da sensação dolorosa, sem perda de consciência.
- Sedação é um estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com doses administradas e respostas individuais do paciente, o resultado pode variar desde a consciência com leve tranquilidade até a inconsciência. É classificada em três níveis:
 - Sedação mínima: é o estado de tranquilidade e calma induzido por drogas, com um nível mínimo de depressão de consciência e durante a qual, o paciente responde normalmente aos comandos verbais e à estimulação tátil. Embora as funções cognitivas e de coordenação possam estar comprometidas, a função cardiovascular e ventilatória estão preservadas.
 - Sedação moderada: é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil. Nenhuma intervenção é necessária para manter a via aérea permeável e a ventilação espontânea está adequada. A função

cardiovascular está preservada. Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.

- Sedação profunda: é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente não acorda facilmente, porém responde aos estímulos dolorosos repetidos. A capacidade de manter a função ventilatória espontânea pode estar comprometida. Paciente pode requerer assistência para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e/ou suporte ventilatório. A função cardiovascular está frequentemente preservada. Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.

- Anestesia geral é um estado de depressão do nível de consciência durante o qual o paciente não é despertado, mesmo por estímulos dolorosos. A capacidade de manter a ventilação é frequentemente comprometida, necessitando de assistência respiratória para manutenção da permeabilidade das vias aéreas, e uso de ventilação com pressão positiva devido à depressão da ventilação espontânea por drogas e/ou relaxantes musculares. A função cardiovascular pode ser comprometida.

Dos métodos farmacológicos de sedação consciente em odontologia os mais frequentes são os que utilizam os benzodiazepínicos e a mistura de óxido nitroso e oxigênio (GOULART *et al.*, 2007).

Dentre as técnicas de anestesia geral existe a anestesia venosa total que consiste na utilização de fármacos administrados unicamente por via endovenosa, com total ausência de qualquer agente inalatório, inclusive de óxido nitroso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2009).

Como sedação e anestesia geral mantêm uma relação de continuidade e não existem limites precisos separando os diferentes níveis de sedação, o paciente pode transitar rapidamente para níveis mais profundos de sedação. Por isso, os profissionais devem estar capacitados para manejar todos esses níveis, inclusive de anestesia geral, mesmo que a intenção inicial tenha sido apenas a sedação mínima. (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007).

3.2.2 Indicações

Para a indicação de sedação ou anestesia geral os pacientes devem ser avaliados de acordo com a classificação do seu estado físico (AMERICAN DENTAL ASSOCIACION, 2007):

- ASA I: paciente sem alterações sistêmicas.
- ASA II: paciente com doença sistêmica leve ou moderada.
- ASA III: pacientes com doença sistêmica grave.
- ASA IV: paciente com doença sistêmica severa que é uma ameaça constante à vida.
- ASA V: paciente moribundo com poucas possibilidades de sobreviver, mas que é submetido à cirurgia como último recurso.
- ASA VI: paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos serão doados.
- E: operação de emergência de qualquer uma das variedades acima (usada para modificar uma das classificações acima, como por exemplo ASA III- E).

Os pacientes classificados como ASA I e ASA II poderão ser submetidos à sedação ou anestesia geral após a avaliação clínica global. Entretanto, indivíduos ASA III e IV necessitarão de acompanhamento médico especializado no sentido de observar os riscos do procedimento (AMERICAN DENTAL ASSOCIACION, 2007).

As indicações para sedação ou anestesia geral estão ligadas à incapacidade de colaboração com o tratamento odontológico ambulatorial devida principalmente ao comprometimento cognitivo ou condições emocionais e às condições médicas complexas que necessitam de monitoramento durante o tratamento odontológico (TSAI *et al.*, 2006; GARCIA *et al.*, 2007; PARK e SIGAL, 2008; GLASSMAN *et al.*, 2009; DOUGHERTY, 2009; LEE *et al.*, 2009; BOYNES *et al.*, 2010; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2011, 2012b; WANG *et al.*, 2012).

Alguns fatores adicionais também devem ser avaliados para a tomada de decisão para utilização de uma ou mais dessas modalidades de atendimento, como o histórico de saúde do paciente, os custos, os riscos de efeitos secundários, sendo

que o tipo de financiamento também pode influenciar a escolha da modalidade de tratamento (GLASSMAN *et al.*, 2009).

Dentre as vantagens e desvantagens apontadas por Malamed (2003) acerca do uso da anestesia geral para o tratamento odontológico, estão incluídas:

Vantagens:

- Cooperação do paciente não é absolutamente essencial.
- O paciente encontra-se inconsciente durante tratamento.
- Causa uma amnésia anterógrada.

Desvantagens:

- O paciente está inconsciente durante tratamento o que não permite a sua interação com a equipe.
- Os reflexos de proteção e os sinais vitais do paciente estão deprimidos.

A anestesia geral é um procedimento relativamente seguro, mas não é totalmente sem risco. A taxa de mortalidade associada com anestesia geral com finalidade de tratamento odontológico é de 1,4 por 1.000.000 casos (PARK e SIGAL, 2008).

Apesar de que a grande maioria das pessoas com necessidades especiais pode receber tratamento odontológico em nível ambulatorial, 5% desse grupo populacional pode ter indicação do tratamento sob anestesia geral (PARK e SIGAL, 2008). Para Haddad e Maretti (2007) essa proporção pode chegar até 8%.

3.2.3 Legislação no Brasil

Nas situações do tratamento odontológico, a anestesia geral somente pode ser realizada por médico anesthesiologista, em ambiente hospitalar com condições indispensáveis de segurança, comuns a ambientes cirúrgicos. É atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultório ou ambulatório (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2002b). O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Resolução nº 1.670/2003, estabeleceu que sedação profunda só pode ser

realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003).

O CFO (2004) considera que não há diferença entre analgesia relativa e sedação consciente, pois ambas referem-se ao uso da mistura de óxido nitroso e oxigênio na prática odontológica. Define que o cirurgião dentista deverá ser habilitado pelos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia para a aplicação dessas técnicas, devendo para tal ser certificado por Instituição de Ensino Superior ou Entidade da Classe devidamente registrada na Autarquia. Esse certificado se dará pela conclusão de curso autorizado pelo CFO.

A Resolução CFO nº 63/2005, traz em seu art. 44 que os cirurgiões-dentistas somente poderão realizar cirurgias sob anestesia geral, em ambiente hospitalar, cujo diretor técnico seja médico, e que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, considerando-se prática atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultório de cirurgião-dentista, de médico ou em ambulatório.

3.3 Tratamento Odontológico sob Anestesia Geral para Pacientes com Necessidades Especiais: estudos empíricos

Osuji e Assery (2005) realizaram um estudo retrospectivo para descrever as características das crianças que realizaram tratamento odontológico sob anestesia geral, no período de setembro de 1999 a março de 2001, no Hada Al - Hospital das Forças Armadas, em Taif, Arábia Saudita. Foram avaliados os prontuários de todas as crianças atendidas nesse período (n= 70), desse total, 77,1% (n= 54) não apresentaram nenhuma deficiência ou comprometimento sistêmico, 7,1% (n= 5) apresentaram deficiência intelectual e 4,3% (n= 3) apresentaram síndromes. As idades variaram de 32 a 148 meses, a média de idade foi de 68,5 meses ($\pm 25,5$) e 43% das crianças tinham menos de cinco anos de idade. A incapacidade de cooperação e aceitação do tratamento sob anestesia local foi a indicação apresentada por 41,4% das crianças atendidas. Foram

realizados procedimentos envolvendo restaurações e exodontias em 63% das crianças, apenas exodontias em 20% e apenas restaurações em 17% das crianças atendidas.

Lee *et al.* (2009), partindo da afirmativa de que as diferenças entre o tratamento odontológico sob anestesia geral realizadas em crianças saudáveis e crianças com deficiência raramente são relatados na literatura, estudaram essa modalidade de tratamento em pacientes de um a 18 anos de idade atendidos no Taipé Chang Gung Memorial Hospital, situado na China, no período de 2004 e 2005. Os pacientes foram divididos em dois grupos: pessoas com deficiência (Grupo 1, n = 112), que apresentavam pelo menos um tipo de deficiência física ou mental; e pessoas saudáveis (Grupo 2, n = 185), que não apresentavam nenhum tipo de deficiência física ou mental. Foram comparados os padrões de tratamento (procedimentos restauradores, terapia pulpar e exodontias) realizados nos pacientes dos dois grupos. A maioria dos pacientes (72,4%) tinha de um a seis anos de idade, e desses, 163 eram do Grupo 2. O Grupo 2 apresentou idade média de 3,7 anos e a maioria (50,8%) tinha menos de três anos de idade. Em relação à causa do tratamento sob anestesia geral, 89,1% dos pacientes do Grupo 2 apresentaram a não cooperação no tratamento ambulatorial. O Grupo 1 apresentou idade média de 7,2 anos e os pacientes foram significativamente mais velhos do que os do Grupo 2. Não houve diferenças significativas no número médio de dentes tratados entre os dois grupos (13,5 dentes). No entanto, houve uma diferença significativa ($p < 0,001$) na média do número de exodontias realizadas nos pacientes do Grupo 1.

Peretz *et al.* (2012) avaliaram os prontuários médicos e odontológicos de 46 pacientes com doenças sistêmicas e de 75 pacientes com deficiência de desenvolvimento, com idade entre dois a 20 anos, que tinham recebido tratamento odontológico sob anestesia geral no Centro Médico Sheba - Ramat Gan, Israel, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009. Os sujeitos foram divididos em dois grupos: Grupo 1 (com doença sistêmica: doenças oncológicas, metabólicas, neurológicas, cardiopulmonares, hemorrágicas, distúrbios da coagulação, epilepsia, asma e transplante de órgãos) e Grupo 2 (com deficiência

de desenvolvimento: deficiência intelectual, transtornos do desenvolvimento, síndrome de Down e autismo). A idade média do total de indivíduos participantes foi de 8,6 anos ($\pm 3,9$), dos indivíduos do Grupo 1 foi de 7,5 anos ($\pm 3,6$) e do Grupo 2 foi de 9,3 anos ($\pm 4,0$). O sexo masculino correspondeu a 50% dos pacientes do Grupo 1 e a 60% do Grupo 2. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney e teste t e não houve diferenças estatisticamente significativas na idade ou sexo dos indivíduos pertencentes aos dois grupos. O estudo apontou que antes do tratamento odontológico os indivíduos com doenças sistêmicas tinham uma significativa maior morbidade nos dentes decíduos. A explicação foi de que as doenças sistêmicas e/ou seus tratamentos podem causar danos nos tecidos bucais e dentais (como por exemplo, os medicamentos utilizados para as quimioterapias, tranquilizantes e anticonvulsivantes, e as terapias de irradiação de cabeça e pescoço). Conseqüentemente, indivíduos do Grupo 1 tiveram um maior número de dentes decíduos obturados durante o tratamento odontológico sob anestesia geral. Um maior número de exodontias de dentes permanentes foi realizado nos pacientes do Grupo 2, o que pode ser explicado pelo fato de que, diante de dentes severamente comprometidos pode haver a probabilidade de necessidade de retratamento, e assim os cirurgiões-dentistas terminam por realizar as exodontias. Após o tratamento odontológico, a média do número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados (ceo-d) dos indivíduos do Grupo 1 e do Grupo 2 foram respectivamente 10,24 e 7,97. O índice CPO-D dos indivíduos do Grupo 1 e do Grupo 2 foram respectivamente 4,40 e 5,81. Esses resultados foram muito superiores ao ceo-d e CPO-D médio da população geral de Israel, cujo ceo-d = 2,72 aos cinco anos de idade e CPO-D = 1,66 aos 12 anos de idade.

Loyola–Rodrigues *et al.* (2006) propuseram um sistema de classificação do tratamento odontológico realizado sob anestesia geral, no qual um dos componentes é o tipo dos procedimentos realizados. De acordo com esses autores, a classificação do tipo de tratamento é:

- Tipo 1: profilaxia dental; profilaxia dental e restaurações;
- Tipo 2: profilaxia dentária e cirurgia oral;
- Tipo 3: profilaxia dental, restaurações e cirurgia oral;

- Tipo 4: profilaxia dental, restaurações, tratamento endodôntico em dentes decíduos e/ou permanentes;
- Tipo 5: profilaxia dental, restaurações, tratamento endodôntico em dentes decíduos e/ou permanentes, e cirurgia oral;
- Tipo 6: um dos tipos acima, acrescido de procedimentos médicos cirúrgicos.

Para avaliar a classificação proposta, os autores realizaram um estudo dos tratamentos odontológicos realizados sob anestesia geral no período de maio de 1997 a julho de 2003, na Faculdade de Odontologia de San Luis Potosi, México. Foram avaliados os tratamentos realizados em 84 pacientes. Os pacientes tinham de quatro a 25 anos de idade, todos apresentavam deficiência e 53,6% era do sexo feminino. Os tratamentos do Tipo 1, 2, 3, 4 e 5 foram realizados em 11 (13,1%), sete (8,3%), 32 (38,1%), 21 (25%) e 13 pacientes (15,5%), respectivamente.

Dall'Magro *et al.* (2010) investigaram o perfil clínico de 89 pacientes especiais atendidos sob anestesia geral no Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, entre 2005 e 2010. Os dados foram coletados dos prontuários odontológicos e mostraram que os pacientes eram de famílias de baixa renda, moravam distantes do centro de assistência odontológica e apresentam sequelas neuropsicomotoras que comprometiam seu estado geral com repercussões na cavidade bucal. A idade dos pacientes variou entre dois e 68 anos e 51,7% eram do sexo masculino. Oitenta e três pacientes apresentaram a condição de paralisia cerebral, sendo que em 85,5% dos mesmos a causa da condição estava relacionada ao período perinatal (anóxia cerebral e prematuridade) e em 14,5% às sequelas de doenças ocorridas no primeiro ano de vida.

Castro *et al.* (2010) avaliaram 119 prontuários de pacientes assistidos sob anestesia geral pelo Setor de Pacientes Especiais da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2006 a 2007. As idades dos pacientes variaram de quatro a mais de 50 anos e foram categorizadas em seis grupos. Os resultados obtidos apontaram que em relação à idade, 30,2% dos

pacientes atendidos tinham entre 21 a 30 anos, 25,2% entre 31 a 40 anos, 20,2% de 11 a 20 anos e 15,1% de quatro a 10 anos. A maioria dos pacientes foi do sexo masculino (56,3%). Quanto ao risco anestésico, 98,3% dos pacientes foram classificados como ASA II. A paralisia cerebral (48,7%) e a deficiência mental (25,2%) foram as condições médicas mais frequentes seguidas por pacientes com síndromes diversas (10,1%), autistas (4,2%), com transtornos psiquiátricos (3,4%), vítimas de acidente vascular cerebral (2,5%), traumatismo craniano (2,5%), epilepsia, hiperatividade, mal de Alzheimer e cardiopatia (3,2%). Do total de procedimentos odontológicos realizados (N= 1.383), 43,5% foram exodontias, 36,2% restaurações e 7,6% aplicação tópica de flúor. Do total de pacientes atendidos, foi realizada aplicação tópica de flúor em 88,2% (n= 105); restaurações em 77,3% (n= 92); exodontias em 74,8% (n= 89), sendo que 14 foram submetidos à exodontia total; e raspagem supra/subgingival em 57,8% (n= 69). Verificou-se também que 20 pacientes (16,8%) retornaram para tratamento odontológico em centro cirúrgico, enquanto a maioria (83,2%) compareceu para as consultas de manutenção preventiva em ambulatório.

Savanheimo *et al.* (2012) avaliaram os atendimentos odontológicos sob anestesia geral realizados no Serviço Público Odontológico de Helsinque, capital da Finlândia, em 2010, com o objetivo de determinar as razões para essa modalidade de tratamento odontológico e avaliar as características dos pacientes atendidos em relação a essas razões e aos procedimentos realizados. Foram analisados os prontuários de 349 pacientes, sendo que 53% era do sexo masculino. As idades variaram de 2,3 a 67,2 anos e foram categorizadas em quatro classes: <6 (31%), 6-12 (35%), 13-17 (9%) e 18-68 (25%). Os pacientes foram categorizados dicotomicamente em medicamento comprometidos (deficiência intelectual; distúrbios de comportamento; transtornos mentais; deficiências físicas como doenças do sistema nervoso ou sensorial ou conjuntivo ou músculo-esquelético; doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas, infecciosas ou cardíacas; doenças do sistema circulatório, respiratório ou digestivo) e não medicamento comprometidos. Pacientes medicamento comprometidos predominou entre os adultos (86%), ao passo que 88% dos pacientes com menos de seis anos de idade e 76% dos que tinham entre seis a 12 anos de idade ($p < 0,001$) não tinham

condições medicamente comprometedoras. A média de razões para a indicação da anestesia geral, por paciente, foi de 1,5, sendo que 54% dos pacientes tiveram uma razão, 40% duas e 6% tiveram três. Entre os pacientes adultos, 73% tiveram uma razão para a indicação, em comparação com 48% dos pacientes com menos de seis anos e 49% com idade entre seis e 12 anos ($p = 0,002$). A principal razão para anestesia geral foi a extrema não-cooperação (65%), seguido pelo medo (37%) e necessidade de tratamento extenso (26%). No total, 3.435 procedimentos foram realizados: restaurações (57%), exodontias (24%), procedimentos preventivos (5%), radiografias (5%), endodontias (4%), e periodontia, cirurgia e outros (5%). O número médio de procedimentos realizados por paciente foi de 9,8 ($\pm 5,0$), variando de 8,8 ($\pm 3,9$) para os indivíduos de seis a 12 anos e 11,0 ($\pm 5,6$) para indivíduos de 13 a 17 anos de idade. A maioria dos tratamentos foi restaurações (5,6; $\pm 3,6$) e exodontias (2,3; $\pm 3,3$). Pacientes que já haviam se submetido anteriormente ao tratamento odontológico sob sedação consciente correspondeu a 54%, não havendo diferença entre as idades, ao passo que experiência anterior de tratamento sob anestesia geral foi mais frequente entre os pacientes mais velhos ($p < 0,001$). Quatro pacientes foram tratados sob anestesia geral duas vezes durante o ano estudado e um paciente três vezes.

A partir do Estudo Piloto de Saúde Bucal realizado em indivíduos com necessidades especiais residentes na Bélgica, formulado pelo *National Institute for Health and Disability Insurance*, Leroy e Declerck (2013b) descreveram e analisaram os resultados do referido levantamento. A amostra foi constituída por 707 indivíduos adultos com deficiência, com idade entre 22 a 65 anos. A idade média foi igual a 42,6 ($\pm 11,4$), 55,9% dos indivíduos era do sexo masculino e 68,8% teve o diagnóstico principal de deficiência intelectual. Seiscentos e cinquenta e seis participantes (92,7%; $N=707$) permitiram o exame clínico oral e destes, 613 (93,4%) apresentaram experiência de cárie, sendo que 343 (56%) apresentaram dentes não tratados com cárie em dentina e 203 (33%) tinham o número de dentes ≤ 20 . Quinhentos e noventa e nove indivíduos foram avaliados quanto a higiene bucal, sendo que em 467 (78%) e 407 (68%) participantes, foram observados placa dental e cálculo, respectivamente.

Um estudo transversal realizado em 2002 com 244 pessoas com deficiência intelectual e 124 sem deficiência intelectual, residentes em Atlanta-EUA e com idade entre 21 a 25 anos de idade, mostrou que apenas 45,1% de todos os adultos jovens com deficiência intelectual relataram visitar um dentista pelo menos uma vez por ano, em comparação com 58,1% dos que não tinham a deficiência. Em relação às pessoas com a deficiência, ser do sexo masculino foi um dos fatores associados a não visitar o dentista pelo menos uma vez ao ano (KANCHERLA *et al.*, 2013).

3.4 Internações Hospitalares e os Sistemas de Informações/SUS

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, é um sistema de informação de abrangência nacional que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS. Seu objetivo principal é a remuneração de internações ocorridas nos hospitais públicos e privados conveniados com o SUS. A AIH é o documento que compõe cada registro de sua base de dados. A AIH identifica o paciente internado e os serviços prestados, servindo como documento de autorização da internação e fatura para pagamento dos serviços prestados. Gera informações sobre a morbidade hospitalar, consumo de recursos, uso de procedimentos diagnósticos e de alta complexidade, características demográficas e geográficas e a natureza e complexidade dos hospitais. Contém dados sobre o diagnóstico principal e secundário do paciente atendido. O diagnóstico principal é definido como a afecção primariamente responsável pela necessidade de tratamento ou investigação do paciente. O diagnóstico secundário é definido como outra afecção que existe ou se desenvolve durante a internação e que afeta as condições do paciente. Os registros sobre o diagnóstico principal e secundário devem ser de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os dados são informados mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde que realizam internações pelo SUS. Esses dados são consolidados pelos municípios de gestão municipal e pelos estados, no caso dos municípios de gestão estadual. Após serem analisados e aprovados pelos gestores, os dados são enviados ao DATASUS para processamento. O SIH/SUS gera um conjunto de informações que devidamente sistematizadas e articuladas às políticas de atenção à saúde e

de financiamento, representa uma ferramenta importante para a gestão do sistema local com potencialidade para identificar e articular as reais necessidades e demandas de saúde da população. (BRASIL, 2010d; LEMOS *et al.*, 2010).

Nos procedimentos eletivos o fluxo para as internações inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela Central de Regulação ou SAMU, onde houver. A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento solicita a AIH devendo, obrigatoriamente, preencher o Laudo para Solicitação de AIH. O Laudo deve ser preenchido de forma legível e sem abreviaturas pelo médico, odontólogo ou enfermeiro que solicitou a internação em duas vias, sendo uma anexada ao prontuário do paciente e a outra arquivada pelo gestor. Ele contém dados de identificação do paciente, informações de anamnese, exame físico, resultados de exames complementares e descrição das condições que justificam a internação do paciente, além da hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo. Existe um modelo padronizado de Laudo para Solicitação de AIH, mas é possível a utilização de modelos próprios, desenvolvidos por gestores locais ou prestadores, desde que contenham os dados necessários à alimentação do SIH (BRASIL, 2010d).

O uso do SIH/SUS nos serviços de saúde com foco na epidemiologia vem crescendo uma vez que fornece informações que possibilitam caracterizar o indivíduo, tempo, local e unidade de internação, procedência dos pacientes, características do atendimento prestado, procedimentos realizados, valores pagos, diagnóstico com base no CID-10, fornecendo um diagnóstico da situação de saúde, acompanhamento da produção do serviço e a previsão de tendências (LEMOS *et al.*, 2010).

O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é a base para operacionalizar todos os Sistemas de Informações em Saúde/SUS e compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde, sejam eles prestadores de serviços de saúde ao SUS ou não, nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos, profissionais e serviços ambulatoriais e hospitalares.

Busca uma identificação única com numeração específica para a totalidade dos estabelecimentos de saúde existentes no país permitindo cadastrar e manter atualizados os dados dos referidos estabelecimentos de saúde nas três esferas de governo, possibilitando a avaliação e o acompanhamento do perfil da capacidade instalada da rede assistencial e o potencial de atendimento à população (BRASIL, 2006b).

3.5 A Regionalização da Saúde em Minas Gerais

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas e ser consoante ao princípio da regionalização da saúde. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial. Enquanto ferramenta, foi institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001/2002 e tem sido utilizado para orientar a organização das redes de atenção à saúde, fornecer as bases para os cálculos dos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde, da equidade e da integralidade. O PDR-MG foi aprovado em 2002 e elaborado com base em um modelo orientado para a organização dos serviços em níveis crescentes de densidade tecnológica. Para a organização da Rede de Atenção à Saúde no estado de Minas Gerais, o espaço territorial, composto por 853 municípios, foi recortado em 77 Regiões de Saúde e em 13 Regiões Ampliadas de Saúde, conforme o último ajuste ocorrido no PDR-MG em 2011 (MINAS GERAIS, 2011).

O consolidado das Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, seus respectivos municípios sede, o quantitativo de municípios que fazem parte da Região Ampliada e a população de cada uma, é apresentado no Quadro 1:

Quadro 1: Regiões ampliadas de saúde por município sede, número de municípios integrantes e população, Minas Gerais, 2011.

Região Ampliada de Saúde	Município Sede	Nº de municípios	População Total estimativa IBGE/TCU-2011*
Centro	Belo Horizonte/Sete Lagoas	103	6.145.218
Centro Sul	Barbacena	50	727.516
Jequitinhonha	Diamantina	29	374.199
Leste	Governador Valadares/Ipatinga	86	1.458.884
Leste do Sul	Ponte Nova	53	667.926
Nordeste	Teófilo Otoni	57	811.856
Noroeste	Patos de Minas	33	657.378
Norte	Montes Claros	86	1.585.946
Oeste	Divinópolis	55	1.201.980
Sudeste	Juiz de Fora	94	1.575.629
Sul	Alfenas/Pouso Alegre/Poços de Caldas/Passos/Varginha	153	2.625.589
Triângulo do Norte	Uberlândia	27	1.190.043
Triângulo do Sul	Uberaba	27	706.088
Total		853	19.728.252

Fonte: PDR-MG, 2011.

Para uma distribuição ótima dos equipamentos de saúde, o PDR-MG preconiza que a atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias e que as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas: as unidades secundárias (média complexidade) nas regiões de saúde e as unidades terciárias (alta complexidade) nas regiões ampliadas de saúde (MINAS GERAIS, 2010).

Conforme o PDR-MG, cada agregação de território corresponde a um nível de atenção à saúde que, na tipologia assistencial e para diálogo com os sistemas nacionais, tem os procedimentos da Tabela/SUS reagrupados conforme os níveis do modelo de atenção definido para o SUS/MG. Os procedimentos foram classificados em três elencos: média complexidade básica, média complexidade hospitalar 1 e 2, e alta e média complexidade especial; e definido que seriam

organizados/ofertados pelos municípios, sede de região de saúde e sede de região ampliada de saúde, respectivamente. O procedimento *tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais* foi inserido no elenco de procedimentos de média complexidade hospitalar 1 e, portanto, compreendido a ser organizado/ofertado em sede de regiões de saúde (MINAS GERAIS, 2012b).

4 ARTIGOS

4.1 Artigo 1

Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG

Use of hospital dental care services under sedation or general anesthesia for persons with special needs in the SUS-MG

Jacqueline Silva Santos¹, Deborah Andrade Valle¹, João Henrique Lara Amaral¹, Andréa Clemente Palmier¹, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu¹

¹Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

O estudo identificou as características demográficas dos indivíduos e as assistenciais do tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar no SUS-MG. Foram avaliadas todas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) para execução do procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais de julho de 2011 a junho de 2012. Foram mensuradas variáveis demográficas e assistenciais de cada atendimento. As taxas de internações por 10.000 habitantes, e cobertura assistencial realizada no estado de Minas Gerais e em cada uma das Regiões Ampliadas de Saúde, foram calculadas. A análise descritiva das variáveis foi feita por meio de cálculo da frequência e medidas de tendência central e variabilidade. Foram avaliadas todas as 1.063 AIH pagas no período estudado, o que equivale a uma taxa de 0,54 internações por 10.000 habitantes. A maioria dos indivíduos era adulta, do sexo masculino, com diagnóstico de transtornos mentais ou comportamentais e residente em 27,7% dos municípios de Minas Gerais. Os procedimentos foram realizados em 39 municípios, sendo executados, na sua maioria, por cirurgiões-dentistas clínicos gerais. A cobertura assistencial foi igual a

1,58%. O estudo revelou um perfil clássico do paciente atendido. Dificuldades em se estabelecer uma rede de atenção à saúde bucal foram identificadas.

Palavras-chave: Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências, Sistemas de Informação Hospitalar, Saúde Pública.

ABSTRACT

The study identified the demographic characteristics of individuals and care for dental treatment under sedation/general anesthesia in a hospital setting in the SUS - MG. We evaluated all Hospital Authorizations (AIH) for execution of the procedure Dental Treatment for Patients with Special Needs were evaluated from July 2011 to June 2012. Demographic and health care variables for each treatment were measured. Hospitalization rates per 10,000 population, and health care coverage held in the state of Minas Gerais and in each of the Health Regions were calculated. The descriptive analysis of data was performed by calculating the frequency and measures of central tendency and variability. All 1,063 AIH during the study period were evaluated, which equates to a rate of 0.54 hospitalizations per 10,000 individuals. Most subjects were adult, male, diagnosed with mental or behavioral disorders and resident in 27.7% of municipalities in Minas Gerais. The procedures were performed in 39 municipalities mostly by general practitioners dentists. The care coverage was equal to 1.58%. The study reveals a classic demographic and clinical profile of patient. Difficulties in establishing a network of dental care were identified.

Key-words: Dental Care for Disabled, Hospital Information Systems, Public Health.

Introdução

Pessoas com necessidades especiais (PNE) podem apresentar risco elevado para as doenças bucais quando apresentam dificuldade na higienização bucal, na mastigação, fazem uso de dieta pastosa e/ou rica em carboidrato, utilizam medicamentos adocicados ou que promovem a diminuição do fluxo salivar, além das limitações para acesso aos serviços¹⁻³. A assistência odontológica a esse

grupo populacional pode envolver dificuldades considerando as limitações apresentadas pelas PNE ou relacionadas aos profissionais das equipes de saúde bucal, o que pode culminar por atendimento odontológico sob o uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar⁴. As indicações para o tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral são de natureza médica, mental ou psicológica, incluindo a deficiência intelectual, limitações físicas, distúrbios de movimento, transtornos comportamentais e doenças crônicas⁵⁻⁸.

No Brasil houve nas últimas décadas um esforço de organização da assistência à saúde bucal das PNE, da atenção primária ao atendimento sob sedação e/ou anestesia geral em nível hospitalar, fortalecendo assim a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência⁹⁻¹⁴. Em 2010, o Ministério da Saúde criou o procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais incluindo-o na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) como aquele que é realizado sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar¹². Em 2012, o estado de Minas Gerais organizou a atenção hospitalar no contexto da construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal, que dentre outros objetivos, busca avançar na garantia da integralidade da atenção às PNE. Essa rede tem como premissa que o número de casos referenciados para o atendimento odontológico com o uso de anestesia geral é inversamente proporcional ao nível de organização da atenção primária, e que esses encaminhamentos devem ser feitos apenas em casos específicos^{5, 15, 16}. A modelagem da Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado de Minas Gerais segue a lógica do Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG), que agrupa os 853 municípios em 77 Regiões de Saúde, que por sua vez estão inseridos em 13 Regiões Ampliadas de Saúde. Cada Região Ampliada de Saúde possui de um a cinco municípios sede¹⁷. O tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar para PNE deveria ser realizado nos 19 municípios sede do estado¹⁶. Esse procedimento é descrito na tabela unificada do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais do SUS (SIGTAP)¹⁸, como aquele que consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob sedação e/ou anestesia geral, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou

permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a um atendimento odontológico convencional.

Esse procedimento é caracterizado como procedimento principal que gera a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do cirurgião-dentista. Possui, ainda, atributo complementar que inclui o valor da anestesia, e é compatível com procedimentos odontológicos secundários (da carteira de serviços da atenção primária) e procedimentos especiais (da carteira de serviços de média complexidade/atenção especializada), sendo que a realização desses últimos também gera pagamento¹⁹.

Considerando a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal, a utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral às PNE no SUS-MG deve ser objeto de descrição e avaliação, com o objetivo de colaborar com a tomada de decisões de gestão. A avaliação em saúde abrange as dimensões da estrutura (recursos empregados e organização), processo (serviços ou bens produzidos) e resultado²⁰. Para a avaliação dos serviços de saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de indicadores e padrões de qualidade nessas três dimensões. Desta forma, a análise da distribuição do perfil demográfico e assistencial do tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral para pacientes com necessidades especiais pode colaborar à ação avaliativa.

Considerando que a aplicação das políticas de saúde à pessoa com necessidade especial é recente, pouco conhecimento científico foi produzido com o objetivo de colaborar para o planejamento da organização das ações assistenciais. Nesse sentido, o presente estudo objetivou identificar as características demográficas dos pacientes e assistenciais do tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar no SUS-MG.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com utilização de dados secundários referentes às Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) registradas como pagas no estado de Minas Gerais pela execução do procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais no período de julho de 2011 a junho de 2012.

O estado de Minas Gerais, localizado na região sudeste, é o segundo estado mais populoso e o terceiro com maior Produto Interno Bruto do Brasil. Apresenta população estimada, em 2013, igual a 20.593.356, distribuída em 853 municípios.

Foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Informações Hospitalares-SUS (SIH/SUS), do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG).

Em fevereiro de 2013, foi realizado o levantamento do número de AIH pagas no estado de Minas Gerais pela execução do procedimento durante o período, no banco de dados do SIH/SUS e da SES-MG, conforme o município de internação, com posterior comparação dessas informações para identificar a existência ou não de divergências quanto ao quantitativo de AIH pagas. O banco de dados foi exportado para o programa SPSS for Windows versão 19.0 sendo realizada novamente avaliação de incoerências que, quando existiram, foram corrigidas por meio de informações da SES-MG. Optou-se pela utilização das informações da SES-MG, pois neste nível foi possível ter acesso ao detalhamento da AIH de cada atendimento.

Foram analisadas todas as AIH pagas e que estavam registradas no banco de dados da SES-MG. As variáveis estudadas foram: mês e ano de realização do procedimento, sexo, idade (em anos), faixa etária (crianças: até 9 anos; adolescente: 10 a 19 anos; adulto: 20 a 59 anos; idoso: 60 anos ou mais), diagnóstico principal (Classificação Internacional de Doenças – CID), município de residência do usuário; município do atendimento hospitalar, região ampliada de saúde de Minas Gerais do município do atendimento hospitalar (Centro, Centro

Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul), tipo de leito (cirurgia, clínica médica, pediatria, hospital-dia), caráter da internação (eletiva, urgência/emergência), procedimentos realizados (Tabela SIA/SUS), Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do cirurgião-dentista que realizou os procedimentos, quantidade de diárias do paciente e do acompanhante.

Foram calculadas as taxas de internação por 10.000 habitantes no estado de Minas Gerais e em cada uma das Regiões Ampliadas de Saúde, utilizando-se o quantitativo populacional constante no PDR-MG/2011¹⁷. Foram estimadas a cobertura assistencial realizada no estado de Minas Gerais e em cada uma das regiões ampliadas de saúde. Para este cálculo o número de AIH foi dividido pela população estimada de pessoas com necessidades especiais com demanda para atendimento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral²¹⁻²³. De acordo com o IBGE²¹ e Ministério da Saúde²², 6,7% da população em geral pode apresentar necessidade especial de atendimento odontológico. Entre estes, 5% podem demandar por atendimento hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral²³, o que significa que 0,34% da população em geral pode necessitar dessa modalidade de tratamento.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse por meio de cálculo da frequência e medidas de tendência central e variabilidade. Não foram mensurados os intervalos de confiança, pois se trata de estudo censitário.

O estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Protocolo número CAAE 10311412.7.0000.5149).

Resultados

Foram estudadas todas as 1.063 AIH pagas no período. O percentual de AIH nos meses avaliados do ano de 2012 correspondeu a 50,2%. Em relação a todos os meses pesquisados, observou-se que o menor quantitativo de AIH pagas foi igual a 67 e o maior, 108.

A idade média foi igual a 28,5 ($\pm 18,2$), variando entre zero e 90 anos. O primeiro, segundo e terceiro quartis da idade foram iguais a 15, 25 e 39 anos, respectivamente. O percentual de crianças, adolescentes, adultos e idosos atendidos correspondeu a 15,0%, 21,4%, 56,0% e 7,6%, respectivamente. A maioria (61,0%) era do sexo masculino.

Houve 145 tipos de diagnóstico principal, sendo que a maior frequência (60,3%) referiu-se a transtornos mentais e comportamentais, seguido de doenças do sistema nervoso (18,5%), doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (5,0%), doenças infecciosas e parasitárias (4,5%), fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (3,5%), doenças do aparelho geniturinário (2,8%), doenças da pele e do tecido subcutâneo (1,8%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (1,0%), neoplasias (tumores (0,8%), doenças do aparelho circulatório (0,8%), doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (0,4%), doenças endócrinas e metabólicas (0,4%) e doenças do aparelho digestivo (0,2%).

Os pacientes foram oriundos de 236 municípios de Minas Gerais, que corresponde a 27,7% do total de municípios do estado e 2 pacientes do município de Três Rios (RJ).

Do total de 853 municípios do estado, 39 (4,6%) realizaram o procedimento. Dos 39 municípios, 16 (41,0%) eram municípios sede de Região Ampliada de Saúde e 14 (35,9%) realizaram atendimentos exclusivamente a pacientes oriundos do próprio município. Nestes municípios, 43 estabelecimentos hospitalares executaram os procedimentos.

Em relação ao tipo de leito, as maiores frequências foram do tipo cirurgia (72,7%) e hospital dia (12,6%). O caráter da internação de urgência correspondeu a 59,9% das AIH. A quase totalidade dos atendimentos (98,6%) não ocorreu em UTI.

Além do procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais, presente em 100% das AIH, em 544 AIH (51,2%) houve registro detalhado dos procedimentos odontológicos realizados. Do total de registros do procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais com CBO de cirurgião-dentista (N=1.200), 71,4% foi de clínico geral. Outros especialistas como cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (21,3%), odontologia para pacientes com necessidades especiais (2,4%), periodontia (1,6%), odontogeriatrics (1,4%), endodontia (1,3%) e radiologia odontológica e imaginologia (0,5%) realizaram o atendimento.

Na maioria das AIH (94,1%) houve o registro de uma diária do paciente. O número máximo de diárias foi igual a 33 (n=1). Em 76,0% das AIH não houve diárias de acompanhantes e 22,4% registraram uma diária. O número máximo de diárias de acompanhante foi igual a 26 (n=1).

A Tabela 1 mostra uma variação na frequência do número de municípios, na população residente e no número de atendimento odontológico hospitalar sob sedação ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais, nas diversas Regiões Ampliadas de Saúde.

Tabela 1: Atendimento odontológico hospitalar sob sedação ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais realizadas de acordo com Regiões Ampliadas de Saúde, Minas Gerais, 2012.

Região Ampliada de Saúde	Número de municípios	População	Número de atendimentos (%)
Centro	103 (12,1%)	6.145.218 (31,1%)	179 (16,8%)
Centro Sul	50 (5,9%)	727.516 (3,7%)	30 (2,8%)
Jequitinhonha	29 (3,4%)	374.199 (1,9%)	44 (4,1%)
Leste	86 (10,1%)	1.458.884 (7,4%)	2 (0,2%)
Leste do Sul	53 (6,2%)	667.926 (3,4%)	80 (7,5%)
Nordeste	57 (6,7%)	811.856 (4,1%)	34 (3,2%)
Noroeste	33 (3,9%)	657.378 (3,3%)	53 (5,0%)
Norte	86 (10,1%)	1.585.946 (8,0%)	132 (12,4%)
Oeste	55 (6,4%)	1.201.980 (6,1%)	10 (0,9%)
Sudeste	94 (11,0%)	1.575.629 (8,0%)	373 (35,1%)
Sul	153 (17,9%)	2.625.589 (13,3%)	74 (7,0%)
Triângulo do Norte	27 (3,2%)	1.190.043 (6,0%)	28 (2,6%)
Triângulo do Sul	27 (3,2%)	706.088 (3,6%)	24 (2,3%)
TOTAL	853 (100%)	19.728.252 (100%)	1.063 (100%)

Fonte: Banco de dados SES-MG, PDR-MG/2011.

A taxa de internação por 10.000 habitantes no estado de Minas Gerais foi de 0,54.

A Figura 1 apresenta as taxas por Região Ampliada de Saúde.

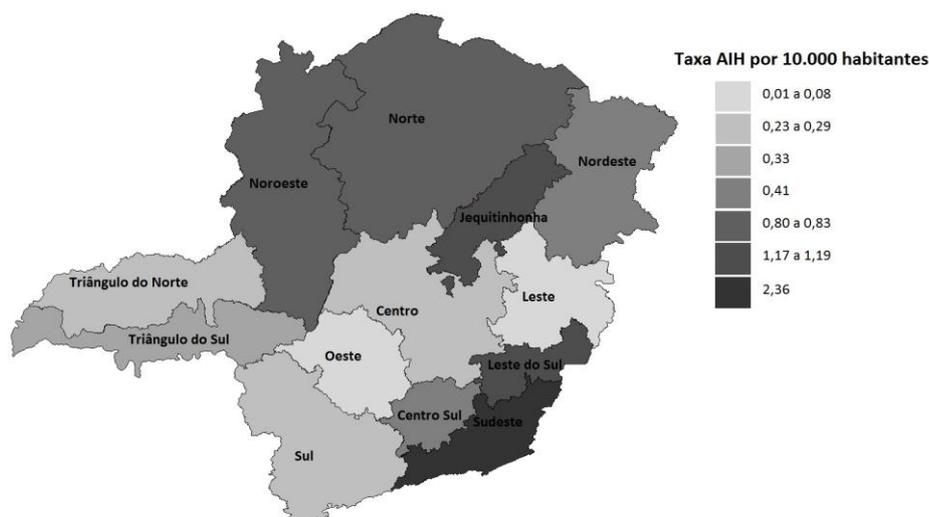


Figura 1: Taxas de internações/10.000 habitantes, por Região Ampliada de Saúde.

Fonte: Banco de dados SES-MG, PDR-MG/2011.

A Tabela 2 apresenta a estimativa populacional de PNE que pode demandar por atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral e a cobertura assistencial por Região Ampliada de Saúde em Minas Gerais. Para Minas Gerais, a cobertura assistencial no período analisado foi igual a 1,58%.

Tabela 2: Estimativa populacional de PNE que pode demandar por atendimento odontológico hospitalar sob sedação ou anestesia geral e cobertura assistencial por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, no período de julho/2011 a junho/2012.

Região Ampliada de Saúde	Estimativa Populacional*	Número de AIH	Cobertura Assistencial (%)
Centro	20.894	179	0,86
Centro Sul	2.474	30	1,21
Jequitinhonha	1.272	44	3,46
Leste	4.960	2	0,04
Leste do Sul	2.271	80	3,52
Nordeste	2.760	34	1,23
Noroeste	2.235	53	2,37
Norte	5.392	132	2,45
Oeste	4.087	10	0,24
Sudeste	5.357	373	6,96
Sul	8.927	74	0,83
Triângulo do Norte	4.046	28	0,69
Triângulo do Sul	2.401	24	1,00
TOTAL	67.076	1.063	1,58

* Estimativa de pessoas com necessidades especiais que podem demandar por tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral (= 0,34% da população em geral).

Fonte: Banco de dados SES-MG, PDR-MG/2011.

Discussão

Verificou-se que a assistência é realizada majoritariamente a pacientes adultos, do sexo masculino, com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais, oriundos de todas as regiões do estado. Uma baixa cobertura assistencial foi identificada.

A predominância dessa modalidade de tratamento odontológico em pacientes na idade adulta pode estar relacionada ao fato que a PNE, nesta fase, aumenta em tamanho e força física a um ponto que, a execução das técnicas de manejo comportamental não promove o controle adequado que o cirurgião-dentista

necessita para realizar seu trabalho, ou mesmo pela maior interferência de movimentos involuntários^{24,25}. E em se tratando do gênero masculino, o aumento da força física pode ser ainda mais exacerbado, sendo ainda mais difícil o controle por parte do profissional quando alterações cognitivas e mentais estão relacionadas. A baixa prioridade por parte da família para a atenção odontológica precoce pode ser causada pelos desafios por parte dos responsáveis, em razão de possíveis condições de saúde desses pacientes que, demandando cuidados contínuos para a manutenção da vida, não têm facilitado o acesso à assistência à saúde²⁵, levando, assim, a um número elevado de adultos demandando atenção sob sedação e/ou anestesia geral. Por se tratar de estudo descritivo, essas hipóteses devem ser avaliadas por estudos com potencial analítico.

Estudos que avaliaram pacientes submetidos ao tratamento odontológico sob anestesia geral relatam que a maioria dos pacientes apresentava comprometimento mental ou cognitivo²⁵⁻²⁷. A normativa no SUS para essa modalidade de atendimento às pessoas com necessidades especiais¹² indica 2.442 códigos de CID-10 para a abertura da AIH, o que a caracteriza como abrangente por possibilitar essa modalidade de tratamento odontológico para além do contexto da deficiência. Os conceitos de pessoa com deficiência e pessoa com necessidades especiais se confundem, e em relação à assistência odontológica nem todas as pessoas com deficiência são pessoas com necessidades especiais e o contrário também é verdadeiro. O termo utilizado nesse trabalho foi PNE, o que está de acordo com a especialidade oficializada no Conselho Federal de Odontologia (CFO) e com a descrição pelo Ministério da Saúde acerca do procedimento odontológico que é foco desse estudo.

O perfil demográfico e clínico identificado neste trabalho pode ser útil para que os serviços de saúde promovam estudo sobre a atual demanda para a atenção terciária e se organizem visando o atendimento nos níveis primário e secundário, com uma redução, quando for possível, dos atendimentos sob sedação e/ou anestesia geral^{28, 29}.

A não realização do atendimento às PNE residentes na maioria dos municípios de Minas Gerais pode significar que, ou os municípios oferecem uma atenção primária resolutive para esse grupo populacional, ou que não garantem a integralidade da atenção, por exemplo pela falta de vagas para o atendimento, configurando-se numa situação de deficiência na organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG^{16, 30-32}. O atendimento a pacientes oriundos de outros estados da federação, embora muito reduzida, pode dificultar a gestão dos serviços no município de Juiz de Fora. A explicação para o atendimento de um paciente do estado do Rio de Janeiro envolve a proximidade geográfica.

Duas situações foram identificadas nos resultados obtidos neste estudo e que indicam práticas que contrariam a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG^{16, 30-32}. A primeira foi que a minoria dos municípios que realizou o atendimento era sede de região ampliada de saúde. Além disso, identificou-se uma importante proporção de municípios que atendeu exclusivamente pacientes do seu próprio território o que sugere uma dificuldade de operacionalização da diretriz de regionalização dos serviços especializados de saúde bucal no SUS-MG.

Como o caráter da internação de urgência apresentou uma maior frequência em relação ao caráter eletivo, infere-se que os encaminhamentos foram realizados em condições agudas das doenças bucais e que não houve a intervenção em tempo oportuno pela atenção primária³⁰. O tipo de leito mais utilizado para o atendimento pode ser devido a sua disponibilidade na rede hospitalar em Minas Gerais.

O procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais é realizado mais frequentemente pelo cirurgião-dentista clínico geral. Trata-se de um achado interessante, pois estudos anteriores demonstram que cirurgiões-dentistas brasileiros têm dificuldades para o atendimento a esses indivíduos, mesmo em nível ambulatorial³³. Quando se auto-avaliam como bem formados para esse atendimento, esses profissionais atendem mais frequentemente esses pacientes³⁴. Novas pesquisas devem ser feitas com o

objetivo de compreender a disponibilidade desses recursos humanos para esse atendimento.

Houve registro dos procedimentos (N=1.200) em número maior do que o de atendimentos (N=1.063). Sugere-se que o procedimento seja registrado uma única vez, pelo CBO do médico anestesiológico ou do cirurgião-dentista, envolvendo um rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde³⁵.

A frequência do atendimento sob sedação/anestesia geral variou entre as Regiões Ampliadas de Saúde do estado de Minas Gerais, mas não de acordo com a frequência do número de municípios, nem com a população residente em cada uma dessas regiões. Quando foi determinada a taxa desse atendimento odontológico sob a população que potencialmente necessita deste atendimento, verificou-se que a cobertura está longe do necessário. Diversos fatores podem estar envolvidos com este fato, entre eles o financiamento do atendimento³⁶ e a atitude dos profissionais²⁸. Razões históricas de organização hospitalar em geral e na assistência à PNE podem também explicar essa baixa cobertura. Nos anos de 1990, houve uma redução de 22,2% na cobertura hospitalar no SUS³⁷. A redução de AIH em hospitais privados não foi compensada pelo leve incremento nas AIH de hospitais estatais³⁸. Além da restrição de leitos, o fato da política de organização do atendimento odontológico hospitalar à PNE e da própria inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar serem recentes pode ter levado a dificuldades de disponibilidade de estrutura para o atendimento odontológico hospitalar^{16, 19, 39}. Ademais, a tímida formação do profissional nesta área pode, mais uma vez, explicar a baixa cobertura^{28, 39, 40}. A avaliação da atuação do cirurgião-dentista na rede hospitalar do estado de São Paulo revelou que a Odontologia Hospitalar ainda está em estágio de estruturação⁴¹, resultado semelhante ao do presente estudo. A avaliação da cobertura leva à identificação de uma potencial necessidade acumulada que deverá ser enfrentada pelo gestor.

O estudo apresenta limitações comuns a estudos que avaliam dados secundários em saúde e que podem gerar algumas distorções, como a qualidade e padronização de preenchimento da AIH. A avaliação dos resultados da

assistência prestada, como a satisfação de usuários e família, deveria ser pesquisada. Verifica-se, também, a necessidade de estudos analíticos sobre fatores associados à utilização ou não de atendimento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral a pessoas com necessidades especiais que levem em consideração a distribuição regional da população. Para uma avaliação do atendimento odontológico a pessoas com necessidades especiais em toda a rede, seria necessária a avaliação nos diversos níveis de atendimento (primário, secundário e terciário). No nível secundário, essa avaliação poderia ser feita, por meio de dados dos Centros de Especialidade Odontológica. No entanto, no nível primário, essa informação ainda não é disponibilizada. Abordagens avaliativas poderiam ser feitas para verificar como profissionais trabalham 'dentro de' e 'entre' cada um dos níveis do sistema³⁵.

A escolha do período do estudo justifica-se no fato de que o mês e ano inicial retratam um ano de efetiva vigência da Portaria/GM nº 1.032, de 05 de maio de 2010¹², que incluiu o referido procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais-OPM/SUS. O mês e ano de término foram escolhidos para garantir doze meses de avaliação, evitando perda de uma tendência de realização do procedimento em algum mês específico do ano. A coleta foi finalizada pouco antes da adesão dos municípios à Resolução SES-MG nº. 3.238, de 18 de abril de 2012¹⁶, que aprovou o incentivo financeiro e estabeleceu os critérios para a implantação de serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar no estado de Minas Gerais. Assim, os dados do presente estudo devem ser interpretados considerando essas características, podendo ser úteis como uma avaliação inicial da assistência a esse grupo.

O presente estudo apresentou, até onde se pode revisar a literatura, a primeira descrição populacional da atenção odontológica hospitalar a pessoas com necessidade especial em um estado brasileiro. Além do conhecimento do perfil demográfico e assistencial, a utilização de parâmetros referenciais para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde bucal é um dos elementos importantes no processo de organização da Rede de Atenção à Saúde

Bucal pautada na lógica das necessidades de saúde apresentadas pela população.

Conclusões

O estudo revelou um perfil clássico do paciente com necessidade especial atendido sob sedação e/ou anestesia geral, ou seja, trata-se, majoritariamente, de um paciente adulto, do sexo masculino com diagnóstico de transtornos mentais, comportamentais e doenças do sistema nervoso. Os resultados mostraram a existência de situações que dificultam o estabelecimento de uma rede de atenção à saúde bucal para esse grupo populacional. Diversas dificuldades em se estabelecer uma rede de atenção à saúde bucal para esse grupo foram identificadas. O atendimento odontológico hospitalar à PNE, parte da área de Odontologia Hospitalar, parece estar em fase de estruturação no estado de Minas Gerais.

Referências

1. US Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
2. Glassman P. A review of guidelines for sedation, anesthesia, and alternative interventions for people with special needs. *Spec Care Dentist* 2009; 29(1): 9-16.
3. Buchhholtz KJ, King RS. Policy and Proposals That Will Help Improve Access to Oral Care Services for Individuals With Special Health Care Needs. *N C Med J* 2012;73(2):124-7.
4. Dall Magro AK, Dall Magro E, Kuhn GF. Perfil clínico dos pacientes especiais tratados sob anestesia geral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo entre os anos de 2005 e 2010. *RFO* 2010;15(3): 253-56.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em saúde bucal*. Belo Horizonte; 2006

6. Haddad AS, Maretti MBC. Anestesia geral no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Pascat; 2007. p.502-503.
7. Dougherty N. The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. *Spec Care Dentist* 2009;29(1):17-20.
8. Savanheimo N, Sundberg SA, Virtanen JI, Vehkalahti MM. Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. *BMC Oral Health* 2012;12:45.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. SNAS. *Manual Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial*. Brasília: Coordenação de Saúde Bucal; 1992.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília; 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília, 2010.
12. Portaria/GM nº 1032 de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. *Diário Oficial da União* 2010; 5 mai.
13. Decreto nº 7612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência-Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União* 2011; 17 nov.
14. Portaria/GM nº 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* 2012; 24 abr.
15. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB/SUS-MG nº. 1099*. Belo Horizonte; 2012.
16. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução SES-MG nº. 3238. Aprova o incentivo financeiro e estabelece critérios para a implantação e/ou implementação de serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar no estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte; 2012.

17. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização/PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013*, Belo Horizonte; 2013.
18. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. SIGTAP - *Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS*. Brasília; 2013. [acessado 2013 Fev 27]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica - Informe referente à Portaria Nº 1.032/GM de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais. Brasília; 2010. [acessado 2013 Jan 20] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_Portaria_Tratamento_PNE.pdf.
20. Donabedian A. The quality of medical care. *Science* 1978;200 (4344):856-64.
21. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Brasília; 2007.
23. Park MS, Sigal MJ. The role of hospital-based dentistry in providing treatment for persons with developmental delay. *J Canadian Dental Assoc* 2008;74(1):353-7.
24. Musselman RJ, Roy EK. Hospital management of the handicapped child. *Dent Clin North Am*. 1974;18: 699-709.
25. Castro AM, Marchesoti MGN, Oliveira FS, Novaes MSP. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol UNESP* 2010;39(3):137-42.
26. Wang YCY, Lin, IH, Huang CH, Fan SZ. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2012;50(3):122-5.
27. Marta SN. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos *Rev Gaucha Odontol* 2011;59(3):379-85.

28. O'Donnel, D. The special needs patient. Treatment in general dental practice: is it feasible? *Int Dent J* 1996;46(4):315-19.
29. Messieha Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. *Spec Care Dentist* 2009;29(1):21-25.
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010;15(5):2297-305.
31. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte; 2010.
32. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB/SUS-MG nº.1.676, de 10 de dezembro de 2013*. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte; 2013.
33. Fonseca ALA, Azzalis LA, Fonseca FLA, Botazzo C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2010;20(2):208-16.
34. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *J Dent Educ* 2005;69(10):1107-15.
35. Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. *Health Res Policy Syst* 2007; 5:9.
36. Rashewsky S, Parameswaran A, Sloane C, Ferguson F, Epstein R. Time and cost analysis: pediatric dental rehabilitation with general anesthesia in the office and the hospital settings. *Anesth Prog* 2012;59(4):147-53.
37. Nunes A, Santos JRS; Barata RCB, Vianna SM. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: OPS/IPEA, 2001.
38. Ribeiro JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Cien Saude Colet* 2009, 14(3):771-782.
39. Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. *Rev Odontol UNESP*. 2009; 38(2): 105-109.
40. Aranega AM, Bassi AP, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Júnior IR. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? *Rev Bras Odontol* 2012; 69(1): 90-93.

41. Costa ACO, Rezende NPM, Martins FM, Santos PSS, Gallottini MHC, Ortega KL. A odontologia hospitalar no serviço público do estado de São Paulo. Rev Assoc Paul Cir Dent 2013; 67(4): 306-313.

4.2 Artigo2

As similaridades e dissimilaridades no atendimento odontológico sob sedação ou anestesia geral às pessoas com necessidades especiais no Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais: uma análise de cluster.

The similarities and dissimilarities in dental services performed under sedation or general anesthesia on patients with special needs in the Unified Health System of the State of Minas Gerais: a cluster analysis.

Jacqueline Silva Santos¹, João Henrique Lara Amaral¹, Andrea Clemente Palmier¹, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu¹

¹Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com utilização de dados secundários referentes às 1.063 Autorizações de Internações Hospitalares registradas como pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais pela execução do procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais, no período de julho de 2011 a junho de 2012. O objetivo foi conhecer o perfil do atendimento odontológico hospitalar realizado para as pessoas com necessidades especiais no período imediatamente anterior à instituição da política estadual de implantação de serviços de assistência odontológica com uso de sedação ou anestesia geral em ambiente hospitalar, agrupando-o por características similares e relacionando-o com a distribuição geográfica por Região Ampliada de Saúde. Foram analisadas quatro variáveis demográficas e assistenciais referentes aos pacientes com necessidades

especiais, por meio da análise de cluster. A idade foi dicotomizada pelo valor mediano e o sexo foi categorizado entre masculino e feminino. O diagnóstico médico foi dicotomizado em transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso, que somados, foram os diagnósticos com maior proporção (78,8%) entre os pacientes atendidos; e na categoria outros, que representou os demais diagnósticos pertencentes a 11 grupos da CID-10. Além disso, foi avaliado se o atendimento foi realizado exclusivamente por cirurgião-dentista clínico geral ou se houve a presença de algum especialista. Três clusters foram formados, analisados e estratificados por cada uma das 13 Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais. O cluster 1 caracterizou-se pela ausência de diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso. O cluster 2 apresentou o maior agrupamento de AIH. O cluster 3 foi o menos frequente em todas as Regiões Ampliadas de Saúde. Entre as Regiões Ampliadas de Saúde do estado de Minas Gerais, os clusters distribuem-se de forma desigual.

Palavras-chave: Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências, Anestesia Geral, Análise Multivariada, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work was a descriptive quantitative study, which used secondary data referent to 1,063 Hospital Admission Authorizations, logged as covered by the Unified Health System (SUS) in the State of Minas Gerais as regards the execution of Dental Treatment procedures provided to Patients with Special Needs between July 2011 and June 2012. This aim of this study was to understand the profile of hospital dental services provided for people with special needs during the aforementioned period, complying with the state policy of the implementation of dental services that use sedation or general anesthesia in hospital environments, grouping these services according to similar characteristics and linking them to their geographic distribution per Expanded Healthcare Region. Four demographic and service variables referent to patients with special needs were analyzed by cluster analysis. The age was dichotomized by the median values, while the gender was categorized as either male or female. The medical diagnosis was dichotomized in mental and behavioral disorders and nervous system diseases,

which, in sum, represented the greatest proportion of diagnoses (78.8%) among the patients who received dental services. In the category *others*, these diagnoses represented the other diagnoses pertaining to the 11 ICD-10 groups. In addition, the work also analyzed whether or not the dental services had been exclusively performed by the clinical dentist or if there was the additional presence of a specialist. Three clusters were grouped, analyzed, and then stratified within the 13 Expanded Healthcare Regions of the State of Minas Gerais. Cluster 1 was characterized by the absence of the diagnosis of mental and behavioral disorders and nervous system diseases. Cluster 2 presented the largest HAA group. Cluster 3 was the least common group in all of the Expanded Healthcare Regions. The clusters proved to be distributed unequally among the Expanded Healthcare Regions of the State of Minas Gerais.

Key-words: Dental Care for Disabled, Anesthesia, General, Multivariate Analysis, Unified Health System.

Introdução

Para fins da atenção em saúde bucal, pessoas com necessidades especiais podem englobar uma vasta gama de condições, incluindo deficiência intelectual, demência, limitações físicas, desordens motoras, distúrbios comportamentais, transtornos mentais e condições médicas crônicas¹⁻⁷. Na prática odontológica a analgesia, a anestesia local, a sedação mínima, moderada e profunda e a anestesia geral são métodos utilizados para o controle da ansiedade e da dor⁸. A maioria das pessoas não constitui, a priori, uma clientela para além das unidades de saúde da atenção primária, todavia algumas podem demandar pelo atendimento sob sedação ou anestesia geral^{3, 5, 9}.

As indicações para sedação ou anestesia geral estão ligadas à incapacidade de colaboração com o tratamento odontológico ambulatorial devida principalmente ao comprometimento cognitivo ou condições emocionais e às condições médicas complexas que necessitam de monitoramento durante o tratamento odontológico^{5,10-18}.

No Brasil o cirurgião-dentista é habilitado para aplicar a técnica da sedação farmacológica por via oral. Para a aplicação da técnica da sedação inalatória é necessário ter concluído curso específico reconhecido pelas entidades que regulamentam a profissão. A sedação profunda e a anestesia geral somente podem ser realizadas por médico anestesiolologista e em ambiente hospitalar com condições indispensáveis de segurança, comuns a ambientes cirúrgicos¹⁹⁻²³.

Em 2010 o procedimento *tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais* foi incluído na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais/SUS. Caracterizado como sendo voltado aos pacientes com necessidades especiais que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar, o procedimento é descrito como aquele que consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que os impeçam de serem submetidos a uma situação odontológica convencional²⁴. Contemplando 2.442 códigos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID-10), é um procedimento do tipo principal que gera a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do cirurgião-dentista²⁵. Assim, os hospitais que prestam serviço para o SUS passam a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos da atenção primária e da atenção secundária em ambiente hospitalar às pessoas com necessidades especiais, por meio de pagamento das AIH.

Na construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) está desenvolvendo uma política de implantação da atenção hospitalar, que dentre outros objetivos, busca avançar na garantia da integralidade da atenção às pessoas com necessidades especiais quando essas demandarem pelo atendimento odontológico sob sedação ou anestesia geral em ambientes hospitalares. Dentre as diretrizes da modelagem dessa Rede está que os serviços hospitalares que prestarem essa modalidade de

atendimento deverão estar sediados nos dezenove municípios sede das treze Regiões Ampliadas de Saúde (RA), serem referência para os 853 municípios do estado e que os critérios de encaminhamento deverão ser a condição médica e/ou comportamental do usuário²⁶⁻²⁸.

O objetivo deste estudo é conhecer o perfil do atendimento odontológico hospitalar que foi realizado para as pessoas com necessidades especiais no SUS-MG no período imediatamente anterior à instituição da política estadual de odontologia hospitalar sob sedação ou anestesia geral, agrupando-o por características similares e relacionando-o com a distribuição geográfica por RA. Essa descrição é considerada importante pela possibilidade de contribuir para o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da política estadual e para a construção de parâmetros assistenciais e de financiamento da referida política.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com utilização de dados secundários referentes às AIH registradas como pagas pelo SUS no estado de Minas Gerais pela execução do procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais no período de julho de 2011 a junho de 2012.

Para a coleta de dados, foram utilizados as bases de dados do Sistema de Informações Hospitalares-SUS (SIH/SUS), o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e o Sistema de Informações Hospitalares da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG).

O presente estudo analisou as 1.063 AIH que foram pagas no período acima relatado. Foram analisadas quatro variáveis demográficas e assistenciais referentes aos pacientes com necessidades especiais. A idade foi dicotomizada pelo valor mediano e o sexo foi categorizado entre masculino e feminino. O diagnóstico médico foi dicotomizado em transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso (SN), que somados, foram os diagnósticos com maior proporção (78,8%) entre os pacientes atendidos; e na categoria outros, que

representou as demais patologias pertencentes a 11 grupos da CID-10. Além disso, foi avaliado se o atendimento foi realizado exclusivamente por cirurgião-dentista clínico geral ou se houve a presença de algum especialista.

Todas essas variáveis foram submetidas à análise estatística descritiva, bem como à análise de cluster. A análise de cluster é um método estatístico multivariado, descritivo e exploratório²⁹ que permitiu a organização dos dados (AIH) em grupos, por meio de combinações das variáveis independentes, maximizando as similaridades dentro de cada grupo (cluster) e fazendo o mesmo em relação à dissimilaridade entre os grupos, ou seja, foram formados grupos internamente homogêneos e heterogêneos entre si. Três tipos de clusters (de dois a quatro) foram formados com as 1.063 AIH atendidas e a escolha por três clusters foi devida a um melhor entendimento do fenômeno (características demográficas e clínicas dos pacientes atendidos sob sedação ou anestesia geral). Os três clusters foram estratificados com as 13 RA do estado de Minas Gerais, a saber: Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul. Toda a análise foi feita no programa SPSS versão 19.0.

O estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Protocolo número CAAE 10311412.7.0000.5149).

Resultados

As características sociodemográficas e clínicas dos três clusters formados estão descritas na Tabela 1. Quando comparado com os demais grupos, o cluster 1 apresenta menor proporção de AIH de pacientes mais velhos, uma proporção intermediária de mulheres, nenhum CID de doenças do SN e transtornos mentais e comportamentais e uma proporção intermediária de tratamento feito exclusivamente por cirurgiões-dentistas clínicos gerais. O cluster 2 apresenta uma proporção intermediária de pacientes mais velhos, nenhuma mulher e alta proporção de CID de doenças do SN e transtornos mentais e de comportamento. Além disso, é o cluster com menor proporção de atendimento realizados

exclusivamente por dentistas clínicos gerais. O cluster 3 é o que apresenta a maior proporção de pacientes mais velhos, apenas mulheres e CID exclusivo de doenças do SN e transtornos mentais e comportamentais. É o cluster que apresenta a maior proporção de atendimentos por cirurgiões-dentistas clínicos.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos três clusters, Minas Gerais, Brasil, 2011 e 2012.

Variáveis	Cluster 1 (n=173)	Cluster 2 (n=564)	Cluster 3 (n=326)
Idade maior que 25 anos	41,0%	48,4%	55,8%
Sexo feminino	51,4%	0,0%	100,0%
CID (transtornos mentais e comportamentais e doenças SN)	0,0%	90,8%	100,0%
Tratamento realizado exclusivamente por dentista clínico geral	76,9%	64,9%	78,2%

A distribuição dos três cluster por RA é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Características demográficas dos três cluster, por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, Brasil, 2011 e 2012.

Região Ampliada de Saúde	Município sede	Cluster 1 %	Cluster 2 %	Cluster 3 %
Centro	Belo Horizonte (N= 129)	0,0	58,1	41,9
	Sete Lagoas (N= 9)	33,3	33,3	33,3
	Não sede (N= 41)	12,2	73,2	14,6
	Total (N=179)	4,5	60,3	35,2
Centro Sul	Barbacena (N= 7)	14,3	85,7	0,0
	Não sede (N= 23)	17,4	56,5	26,1
	Total (N= 30)	16,7	63,3	20,0
Jequitinhonha	Diamantina (N= 44)	68,2	13,6	18,2
Leste	Governador Valadares (N= 2)	100,0	0,0	0,0
	Ipatinga (N= 0)	0,0	0,0	0,0
Leste do Sul	Ponte Nova (N= 74)	29,7	44,6	25,7
	Não sede (N= 6)	33,3	50,0	16,7
	Total (N= 80)	30,0	45,0	25,0
Nordeste	Teófilo Otoni (N= 8)	0,0	87,5	12,5
	Não sede (N= 26)	0,0	53,8	46,2
	Total (N= 34)	0,0	61,8	38,2
Noroeste	Patos de Minas (N= 52)	9,6	59,6	30,8
	Não sede (N= 1)	100,0	0,0	0,0
	Total (N= 53)	11,3	58,5	30,2
Norte	Montes Claros (N= 132)	0,8	63,6	35,6
Oeste	Divinópolis (N= 7)	42,9	42,9	14,2
	Não sede (N= 3)	66,7	33,3	0,0
	Total (N= 10)	50,0	40,0	10,0
Sudeste	Juiz de Fora (N=310)	1,3	58,4	40,3
	Não sede (N= 63)	66,7	30,1	3,2
	Total (N= 373)	12,3	53,7	34,0
Sul	Alfenas (N=48)	10,4	68,8	20,8
	Passos (N= 0)	0,0	0,0	0,0
	Poços de Caldas (N=12)	83,3	0,0	16,7
	Pouso Alegre (N= 0)	0,0	0,0	0,0
	Varginha (N=4)	0,0	50,0	50,0
	Não sede (N=10)	0	70,0	30,0
	Total (N= 74)	20,3	56,7	23,0
Triângulo do Norte	Uberlândia (N=6)	16,6	66,7	16,7
	Não sede (N= 22)	100,0	0,0	0,0
	Total (N= 28)	82,1	14,3	3,6
Triângulo do Sul	Uberaba (N=11)	63,6	18,2	18,2
	Não sede (N= 13)	7,7	53,8	38,5
	Total (N= 24)	33,3	37,5	29,2

Fonte: Banco de dados SES-MG.

Do total de estabelecimentos hospitalares que realizaram o procedimento (n=43), 39,5% localiza-se em municípios sede de RA. Três municípios sede de RA não realizaram o atendimento.

As RA em que o procedimento foi realizado apenas pelo município sede foram a Jequitinhonha, Leste e Norte, tendo o cluster 1 uma maior frequência nas duas primeiras e o cluster 2 na terceira.

Os atendimentos realizados em municípios que não são sede de RA corresponderam a 19,6% do total das AIH e isso é mais comum para o cluster 2. Numa mesma RA houve municípios que mesmo não sendo sede de RA realizaram mais atendimentos do que o município sede e o cluster 2 foi o de maior proporção. As RA Centro Sul, Nordeste e Triângulo do Norte apresentaram essa característica, sendo que nessa última chama a atenção o fato de que o cluster 1 foi o de maior proporção nos municípios não sede, diferentemente do município sede que teve uma maior proporção de cluster 2.

O cluster 3 não foi o de maior proporção em nenhuma RA, tanto em relação aos municípios sede de RA quanto aos não sede.

Discussão

O cluster 2 apresentou o maior agrupamento de AIH, evidenciando que a maioria dos pacientes atendidos foi de indivíduos adultos, do sexo masculino e com CID de doenças do SN e transtornos mentais/comportamentais. Resultados semelhantes quanto à idade e sexo foram anteriormente relatados³⁰⁻³², assim como o comprometimento mental e cognitivo apresentado pela maioria dos pacientes submetidos a essa modalidade de tratamento odontológico^{31, 33, 34}.

O fato da maioria dos pacientes atendidos ter sido adultos pode sinalizar fragilidades da atenção primária para a contínua busca ativa das pessoas com deficiência nos respectivos territórios e de consequente identificação daquelas que apresentam necessidades especiais para a atenção em saúde bucal. Isso ocorrido compromete a operacionalização de todos os princípios ordenadores da

atenção primária³⁵, quais sejam o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, além de ir de encontro ao princípio da equidade/justiça social preconizado no SUS. Como efeito dominó, fica comprometido o apoio a ser dado pela equipe da atenção primária às pessoas/famílias/cuidadores em relação ao cuidado em saúde bucal, a abordagem preventiva precoce e todo o controle do processo saúde-doença. O mesmo pode ser estendido para as pessoas com transtornos mentais e comportamentais. Também pode haver sinalização acerca da integração multiprofissional e intersetorial. Para melhor compreensão dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal da atenção primária para com as pessoas que apresentam necessidades especiais, outros estudos devem ser realizados.

A questão do sexo parece acompanhar o observado para a população em geral, onde a principal porta de entrada no sistema de saúde para a população masculina são os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento³⁶, consequência da resistência masculina à procura por cuidados preventivos e primários advinda das variáveis culturais. A maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e a maior atenção que elas costumam dar à sua saúde³⁷ podem ser fatores que se traduzem em um maior cuidado das mães para com as suas filhas que apresentam algum tipo de deficiência, e assim a um maior juízo valorativo para demandar por serviços de saúde. Em relação ao diagnóstico dos usuários, os resultados sugerem que as equipes de saúde bucal da atenção primária e secundária ambulatorial não encontram dificuldades que impeçam o atendimento odontológico de pessoas que apresentam outras necessidades especiais em que não há comprometimento mental ou cognitivo. Outros estudos devem ser realizados para a melhor compreensão desses fenômenos.

Tanto o cluster 2 quanto o cluster 3 apresentaram a maioria dos pacientes com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e doenças do SN, apesar de ter havido diferenças significativas em relação ao sexo. Pode-se daí inferir que, independente do sexo, a presença de transtornos mentais e comportamentais em pessoas na idade adulta, somada ao provável aumento da força física, pode

dificultar ainda mais a gestão comportamental para o tratamento odontológico em nível ambulatorial ou de consultório. O manejo do comportamento do paciente especial é um dos grandes desafios para a atuação clínica dos profissionais³⁸.

No Brasil, a sedação profunda e a anestesia geral só podem ser realizadas por médicos anesthesiologistas^{19, 20, 21, 23}. A sedação com óxido nitroso pode ser realizada por cirurgião-dentista qualificado por instituição de ensino²², mas é uma técnica que necessita da colaboração e cooperação do paciente para o uso da máscara de inalação³⁹ e a maioria dos pacientes apresentou doenças do SN e transtornos mentais/comportamentais, sugerindo terem sido mais realizadas as técnicas de sedação profunda ou anestesia geral. Como essas modalidades de tratamento odontológico não envolvem a interação do paciente, o clínico geral realiza a maioria dos atendimentos, independentemente do diagnóstico médico, sexo ou idade do paciente. O especialista participa menos, e pode ser por questões relacionadas à contratação de profissionais no SUS (interesse dos gestores e/ou dos profissionais), tipo de financiamento e custos (serviços hospitalares, profissionais dentistas e médicos anesthesiologistas) ou cadastro no CNES não condizente com a sua real formação de especialista. Isso pode impactar na realização de procedimentos especializados, como por exemplo, os de endodontia, que requerem mais de uma consulta para serem concluídos. A maior participação de especialistas parece estar ligada ao atendimento de homens com transtornos mentais e comportamentais e doenças do SN. Por outro lado, pode ser que o cirurgião-dentista clínico geral seja o mais indicado para realizar essa modalidade de atendimento, já que os procedimentos restauradores e exodontias são os mais realizados^{31, 40-42}.

Em relação ao diagnóstico médico, chama a atenção os atendimentos do cluster 1, pela ausência de CID de transtornos mentais e comportamentais e doenças SN. Esse achado pode representar indicações inadequadas para essa modalidade de atendimento odontológico ou atendimentos de pessoas que apresentam condições de saúde sistêmicas e complexas, assim como síndromes.

No desenho proposto pela SES-MG para a modelagem da Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado de Minas Gerais, esse tipo de atendimento deve ocorrer

em municípios sede de RA²⁶⁻²⁸. Entretanto, apenas 19,6% dos atendimentos ocorreram em municípios com essa característica e a maioria dos hospitais que realizaram o atendimento (60,5%) não estavam localizados em municípios sede de RA, o que aponta para a dispersão da assistência e o desafio à gestão estadual para o desenho da regionalização desses serviços na modelagem da rede. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economia de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade⁴³. Seria importante a realização de estudos analíticos para a identificação da capacidade instalada desses hospitais e da relação desta com a economia de escala e a qualidade da atenção em saúde.

Para uma melhor compreensão dos elementos que levam os municípios sede de RA a não realizarem o tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral às pessoas com necessidades especiais, outros estudos devem ser realizados. Pode ser que nos municípios pertencentes à RA a atenção primária esteja organizada e resolutiva, ou que haja disponibilidade de atendimento nos Centros de Especialidades Odontológicas ou que os municípios sede de RA não estejam cumprindo a sua responsabilidade sanitária em prover serviços especializados de forma regional e assim corroborando para a desassistência. Fatores ligados à disponibilidade de cotas, leitos e agenda para a internação hospitalar nos municípios sede de RA podem estar relacionados ao fato de municípios que não são sede de RA terem realizado mais atendimentos que os municípios sede.

O estudo apresenta limitações comuns aos estudos que utilizam dados secundários. Entretanto, mostra-se útil para um melhor conhecimento das características dos atendimentos que foram realizados no estado de Minas Gerais, agrupando-as e permitindo uma melhor visualização do perfil clínico e assistencial por Região Ampliada de Saúde. Nesse sentido, o estudo pode contribuir com a gestão estadual para o processo de modelagem da Rede de Atenção à Saúde Bucal e avaliação da política instituída em Minas Gerais.

Conclusões

Entre as RA do estado de Minas Gerais, os clusters distribuem-se de forma desigual. Em todos os três clusters os atendimentos foram realizados majoritariamente pelo cirurgião-dentista clínico geral. No estado de Minas Gerais, embora em menor proporção, houve atendimentos de pessoas que apresentam outros diagnósticos que não os de transtornos mentais e comportamentais e doenças do SN.

Referências

1. Mugayar LRF: Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Oral. São Paulo, Pancast, 2000.
2. Silva OM, Panhoca L, Blachman IT: Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. *Salusvita*, Bauru, v.23, n.1, p.109-116, 2004.
3. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde: Atenção em saúde bucal. Belo Horizonte, 2006.
4. Haddad, AS, Magalhães MH: Introdução. In: Haddad, AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007, p.3.
5. Dougherty N: The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. *Spec Care Dentist*, v. 29, n. 1, p. 17-20, 2009.
6. American Academy of Pediatric Dentistry: Policy on the use of deep sedation and general anesthesia in the pediatric dental office. *Reference Manual*, v. 34, n.6, p.78, 2012.
7. Peretz B, Spierer A, Spierer S, Rakocz M: Dental treatment of patients with systemic diseases compared to patients with developmental disabilities under general anesthesia. *Spec Care Dentist* 32(1): 21-25, 2012.
8. American Dental Association: *Guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists*, 2007.
9. Haddad, AS, Maretti MBC: Anestesia geral no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.502-503.

10. Tsai CL, Tsai YL, Lin YT, Lin YT: A Retrospective Study of Dental Treatment under General Anesthesia of Children with or without A Chronic Illness and/or A Disability. *Chang Gung Med J*, v.29, n.4, p.412-418, July-August, 2006.
11. García MJN, López NEG, Sanjuán CM, Martínez MRM, García YA, Cabaleiro EC: Criteria for selecting children with special needs for dental treatment under general anaesthesia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 01 de novembro, 12 (7): E496-503.
12. Park MS, Sigal MJ: The Role of Hospital-Based Dentistry in providing treatment for persons with developmental delay. *Journal of the Canadian Dental Association*. v.74, n.4, p.353-357, may.2008.
13. Glassman P, Caputo A, Dougherty N, Lyons R, Messieha Z, Miller C, Peltier B, Romer M: Special Care Dentistry Association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs. *Spec Care Dentist* 29(1): 2-8, 2009.
14. Lee PY, Chou MY, Chen LP, Wang CJ, Huang WH: Comprehensive Dental Treatment under General Anesthesia in Healthy and Disabled Children. *Chang Gung Med J*. v.32, n.6. nov-dec, 2009.
15. Boynes SG, Moore PA, Lewis CL, Zovko J, Close JM: Complications associated with anesthesia administration for dental treatment in a special needs clinic. *Spec Care Dentist* 30(1): 3-7, 2010.
16. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient, 2011.
17. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Reference Manual*, v.34, n.6, p.153, 2012.
18. Wang YC, Lin IH, Huang CH, Fan SZ: Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta anaesthesiologica Taiwanica*. v.50, p.122-125, 2012.
19. Conselho Federal de Medicina: Resolução nº 1.670, de 13 de junho de 2003. Dispõe sobre a sedação profunda. Publicada no D.O.U. em 14 jul 2003, seção I, pg. 78.
20. Conselho Federal de Medicina: Resolução nº 1950, de 10 de junho de 2010. O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia estabelecem, conjuntamente, critérios para a realização de cirurgias das áreas

de bucomaxilofacial e crâniomaxilofacial. Publicada no D.O.U. em 07 julh 2010, seção I, p.132.

21. Conselho Federal de Odontologia: Resolução nº 032 /2002. Regula o uso da anestesia local e da anestesia geral na prática da Odontologia. Rio de Janeiro, 04 de outubro de 2002.
22. Conselho Federal de Odontologia: Resolução nº 51, de 30 de abril de 2004. Baixa normas para a habilitação do CD na aplicação da analgesia relativa ou sedação consciente, com óxido nitroso.
23. Conselho Federal de Odontologia: Resolução nº 63/2005. Aprova a consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Publicada no Diário Oficial da União, seção I, p. 104, 19 abr 2005.
24. Brasil. Ministério da Saúde: Portaria/GM nº 1032. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília, 05 de maio de 2010.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal: Nota Técnica - Informe referente à Portaria nº 1.032/GM de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais. Brasília; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_Portaria_Tratamento_PNE.pdf Acesso em: 20 jan. 2013.
26. Minas Gerais: Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013.
27. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde: Resolução SES-MG nº. 3.238, de 18 de abril de 2012. Aprova o incentivo financeiro e estabelece critérios para a implantação e/ou implementação de serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.
28. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde: Deliberação CIB/SUS-MG nº.1.676, de 10 de dezembro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte, 2013.

29. Jain AK, Murty MN, Flynn PJ: Data clustering: a review. *ACM Computing Surveys*, v.31, n.3, September, 1999.
30. Dall’Magro AK, Dall’Magro E, Kuhn GF. Perfil clínico dos pacientes especiais tratados sob anestesia geral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo entre os anos de 2005 e 2010. *253 RFO, Passo Fundo*, v. 15, n. 3, p. 253-256, set./dez. 2010
31. Castro AM, Marchesoti MGN, Oliveira FS, Novaes MSP: Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol UNESP, Araraquara*. maio/jun., 39(3): 137-142, 2010.
32. Leroy R, Declerck D. Objective and subjective oral health care needs among adults with various disabilities. *Clin Oral Invest* (2013) 17:1869–1878.
33. Wang YCY, Lin, IH, Huang CH, Fan SZ. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2012;50(3):122-5.
34. Marta SN. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos *Rev Gaucha Odontol* 2011;59(3):379-85.
35. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. p.61-63.
36. Ferraz D, Kraiczuk J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 9(1), 2010. 70-82.
37. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.94.
38. Corrêa MSNP, Corrêa JPNP, Corrêa FNP. Aspectos clínicos e psicológicos de pacientes com necessidades especiais relevantes na conduta clínica odontológica. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Santos Editora, 2007. p.459
39. Barros TP, Campolongo GD, Haddad AS: Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. Editora Santos. São Paulo, 2007, p.486.
40. Osuji OO, Assery MKA: The dental treatment of children under general anaesthesia at a hospital in Taif, Saudi Arabia. *Saudi Dental Journal*, v.17, n.3, September – December, 2005.

41. Loyola-Rodrigues JP, Zavala-Alonso V, Patiño-Marin N, Friedman CA: New Classification System for Dental Treatment under General Anesthesia. *Spec. Care Dentist*, 26 (11: 25-29), 2006.
42. Savanheimo N, Sundberg AS, Virtanen JI, Vehkalahti MM: Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. *BMC Oral Health* 2012, 12:45.
43. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. p.128.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a garantia da integralidade da atenção é indiscutível a importância de se ter pontos de atenção em todos os níveis da Rede de Saúde Bucal que se pretende construir no SUS-MG. Igualmente importante é que o horizonte seja a real inclusão social e que as pessoas sejam vistas e consideradas como sujeitos de direito. Entretanto, é fundamental que as equipes da atenção primária sejam capazes de reconhecer e operacionalizar a busca ativa e a abordagem precoce das pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais residentes nos seus respectivos territórios, para que a partir daí, seja possível identificar as que apresentam necessidades especiais e que por isso podem demandar por uma abordagem diferenciada da convencional. Há de se considerar que, a priori, a maioria dessas pessoas não se constitui como clientela para além das unidades de atenção primária à saúde e que o tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral é puramente cirúrgico-restaurador e não fomenta o processo de autonomia do sujeito.

O SIH/SUS é uma importante ferramenta de monitoramento e avaliação da atenção em saúde por possuir dados epidemiológicos que geram informações acerca do perfil clínico e assistencial dos serviços hospitalares.

O conhecimento gerado a partir desse trabalho pode ser importante e útil como subsídio à modelagem da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e avaliação da política estadual ao ter identificado as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com necessidades especiais que foram atendidas, as características assistenciais e a distribuição geográfica dos estabelecimentos hospitalares que realizaram o atendimento, assim como os fluxos dos atendimentos. O cálculo da cobertura assistencial pode ser útil para a orientação da gestão estadual quanto aos parâmetros populacionais a serem estabelecidos para a atenção hospitalar às pessoas com necessidades especiais.

A avaliação dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada, como a satisfação de usuários e família, assim como a satisfação dos profissionais com o trabalho realizado, deveria ser pesquisada. Verifica-se,

também, a necessidade de estudos analíticos sobre fatores associados à utilização ou não de atendimento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral pelas pessoas com necessidades especiais que levem em consideração a distribuição regional da população. Para uma avaliação do atendimento odontológico às pessoas com necessidades especiais em toda a rede, faz-se necessária a avaliação dos serviços em todos os níveis da atenção.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient., 2011.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on management of dental patients with special health care needs. Reference Manual, v.34, n.6, p.153, 2012a.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY Policy on the use of deep sedation and general anesthesia in the pediatric dental office. Reference Manual, v. 34, n.6, p.78, 2012b.
4. AMERICAN DENTAL ASSOCIACION. Guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists, 2007.
5. AMERICAN SOCIETY of DENTISTRY for CHILDREN. Definition of special health care needs. Reference Manual, v.34, n.6, p.16, 2012.
6. ARANEGA, A. M.; BASSI, A. P.; PONZONI, D.; WAYAMA, M. T.; ESTEVES, J. C.; GARCIA JÚNIOR, I. R. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev Bras Odontol 2012; 69(1): 90-93.
7. BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.94.
8. BARROS, T. P.; CAMPOLONGO, G. D.; HADDAD, A. S. Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio. In: Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. Editora Santos. São Paulo, 2007, p.486.
9. BERNARDES, L. C. G.; ARAÚJO, T. C. C. F. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. Ciênc. saúde coletiva, v.17 n.9, 2012.

10. BONATO, L. L.; LOPES, A. M. S.; SILVA, C. M.; ITNER, R. G.; SILVA, A. C. H. Situação atual da formação para assistência de pessoas com necessidades especiais nas faculdades de odontologia no Brasil. *ClipeOdonto–UNITAU*, 2013;5(1):10-15. Disponível em <periodicos.unitau.br>. Acesso em: 19 abr. 2014.
11. BOYNES, S. G.; MOORE, P. A.; LEWIS, C. L.; ZOVKO, J.; CLOSE, J. M. Complications associated with anesthesia administration for dental treatment in a special needs clinic. *Spec Care Dentist* 30(1): 3-7, 2010.
12. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988, Seção 1, p. 1. 1988. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-22142-norma-pl.html>>. Acesso em: 06 fev. 2013.
13. BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, 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] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 out. 1989, Seção 1, p. 19209. 1989. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1989/lei-7853-24-outubro-1989-365493-norma-pl.html>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. SNAS. *Manual Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial*. Brasília: Coordenação de Saúde Bucal; 1992.

15. BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 de dezembro de 1996, Seção 1, p. 27833. 1996. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 10 jan. 2013.
16. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Publicado no D.O.U. de 21/12/1999.
17. BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 de dezembro de 2000, Seção 1, p. 2. 2000b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-norma-pl.html>>. Acesso em: 4 dez. 2012.
18. BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Publicado no D.O.U. de 09/04/2001. 2001a.
19. BRASIL. Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Diário Oficial [da] República

- Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 9 out. 2001, Seção 1, p. 1. 2001b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2001/decreto-3956-8-outubro-2001-332660-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 14 fev. 2014.
20. BRASIL. Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2012.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. 2006a.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2-Atualização, 2006b.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Brasília; 2007.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. (Série E. Legislação em Saúde)

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica-17).
27. BRASIL. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2009, Seção 1, p. 3. 2009. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6949-25-agosto-2009-590871-publicacaooriginal-115983-pe.html>>. Acesso em: 18 fev. 2014.
28. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro; 2010.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 1032. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília, 05 de maio de 2010a.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica - Informe referente à Portaria nº 1.032/GM de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais. Brasília; 2010b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_Portaria_Tratamento_PN_E.pdf Acesso em: 20 jan. 2013.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – 2010d. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Hospitalares –orientações técnicas. Versão 01.2011.
33. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de novembro de 2011, Seção 1, p. 12. 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7612-17-novembro-2011-611789-norma-pe.html>>. Acesso em: 4 dez. 2012.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 de abril de 2012, Seção 1, p. 94. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 28 abr. 2012.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. SIGTAP - *Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS*. Brasília; 2013. [acessado 2013 Fev 27]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br>.

36. BUCHHOLTZ, K.J.; KING, R.S. Policy and proposals that will help improve access to oral care services for individuals with special health care needs. *N C Med J*. Mar-Apr;73(2):124-127, 2012.
37. CARVALHO, E. M. C.; ARAÚJO, R. P. C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 65-75, jan./abr. 2004.
38. CASTRO, A. M.; MARCHESOTI, M. G. N.; OLIVEIRA, F. S.; NOVAES, M.S.P. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol UNESP, Araraquara*. maio/jun., 39(3): 137-142, 2010.
39. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1950, de 10 de junho de 2010. O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia estabelecem, conjuntamente, critérios para a realização de cirurgias das áreas de bucomaxilofacial e crâniomaxilofacial. Publicada no D.O.U., de 07 de julho de 2010, seção I, p.132.
40. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.670, de 13 de junho de 2003. Dispõe sobre a sedação profunda. Publicada no D.O.U. 14 JUL 2003, SECAO I, pg. 78.
41. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução nº 025/2002. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatrics; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. Publicada no Diário oficial da União, seção I, pag. 148-149, em 28/05/2002a.

42. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução nº 032 /2002. Regula o uso da anestesia local e da anestesia geral na prática da Odontologia. Rio de Janeiro, 04 de outubro de 2002b.
43. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução nº 51, de 30 de abril de 2004. Baixa normas para a habilitação do CD na aplicação da analgesia relativa ou sedação consciente, com óxido nitroso.
44. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO 63/2005. Aprova a consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Publicada no Diário Oficial da União, Seção I, pag 104, 19 de abril de 2005.
45. CORRÊA, M. S. N. P.; CORRÊA, J. P. N. P.; CORRÊA, F. N. P. Aspectos clínicos e psicológicos de pacientes com necessidades especiais relevantes na conduta clínica odontológica. In: Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Santos Editora, 2007. p.459.
46. COSTA, A. C. O.; REZENDE, N. P. M.; MARTINS, F. M.; SANTOS, P. S. S.; GALLOTTINI M. H. C.; ORTEGA, K. L. A odontologia hospitalar no serviço público do estado de São Paulo. Rev Assoc Paul Cir Dent 2013; 67(4): 306-313.
47. DALL'MAGRO, A. K.; DALL'MAGRO, E.; KUHN, G. F. Perfil clínico dos pacientes especiais tratados sob anestesia geral no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo entre os anos de 2005 e 2010. 253 RFO, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 253-256, set./dez. 2010.
48. DAO, L. P.; ZWETCHKENBAUM, S.; INGLEHART, M. R. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *J Dent Educ* 2005;69(10):1107-15.

49. DONABEDIAN, A. The quality of medical care. *Science* 1978;200 (4344):856-64.
50. DOUGHERTY, N. The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. *Spec Care Dentist*, v. 29, n. 1, p. 17-20, 2009.
51. FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, 8(2): 187-93, 2005.
52. FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 9(1), 2010. 70-82.
53. FONSECA, A. L. A.; AZZALIS, L. A.; FONSECA, F. L. A.; BOTAZZO, C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 20(2): 208-216, 2010.
54. GARCÍA, M. J. N.; LÓPEZ, N. E. G.; SANJUÁN, C. M.; MARTINÉZ, M. R. M.; GARCÍA, Y. A.; CABALEIRO, E. C. Criteria for selecting children with special needs for dental treatment under general anaesthesia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 01 de novembro, 12 (7): E496-503.
55. GLASSMAN, P. A review of guidelines for sedation, anesthesia, and alternative interventions for people with special needs. *Spec Care Dentist*; 29(1): 9-16, 2009.
56. GLASSMAN, P.; CAPUTO, A.; DOUGHERTY, N.; LYONS, R.; MESSIEHA, Z.; MILLER, C.; PELTIER, B.; ROMER, M. Special Care Dentistry Association

- consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs. *Spec Care Dentist* 29(1): 2-8, 2009.
57. GODOI, A. P. T.; FRANCESCO, A. R.; DUARTE, A.; KEMP, A. P. T. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. *Rev Odontol UNESP*. 2009; 38(2): 105-109.
58. GOULART, M. G. V.; GOMES, M. F.; HADDAD, A. S. Sedação consciente no tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais. In: HADDAD, A. S. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007, p.483.
59. HADDAD, A. S.; MAGALHÃES, M. H. Introdução. In: HADDAD, A. S. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007, p.3.
60. HADDAD, A. S.; MARETTI, M. B. C. Anestesia geral no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. In: HADDAD, A. S. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.502-503.
61. JAIN, A. K.; MURTY, M. N.; FLYNN, P. J. Data clustering: a review. *ACM Computing Surveys*, v.31, n.3, September, 1999.
62. Jr NORWOOD, K, W.; SLAYTON, R. L. Oral Health Care for Children With Developmental Disabilities. *PEDIATRICS*, v.131, n.3, p.615, mar.2013.
63. KANCHERLA, V.; BRAUN, K. V. N.; ALLSOPP, M. Y. Dental care among young adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, v.34, p.1630-1641, 2013.

64. LEE, P. Y.; CHOU, M. Y.; CHEN, Y. L.; CHEN, L. P.; WANG, C. J.; HUANG, W. H. Comprehensive Dental Treatment under General Anesthesia in Healthy and Disabled Children. *Chang Gung Med J.* v.32, n.6. nov-dec, 2009.
65. LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(1):177-85.
66. LEROY, R.; DECLERCK, D. Oral health care utilization in children with disabilities. *Clin Oral Invest* (2013a) 17:1855–1861.
67. LEROY, R.; DECLERCK, D..Objective and subjective oral health care needs among adults with various disabilities. *Clin Oral Invest* (2013b) 17:1869–1878.
68. LIMA, N. M. Legislação federal básica na área da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 2007.
69. LOYOLA-RODRIGUEZ, J. P.; ZAVALA-ALONSO, V.; PATIÑO-MARIN, N.; FRIEDMAN, C. A New Classification System for Dental Treatment under General Anesthesia. *Spec. Care Dentist*, 26 (11: 25-29), 2006.
70. MALAMED, S. F. Sedation: a guide to patient management, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2003:428-31.
71. MARTA, S. N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos *Rev Gaucha Odontol* 2011;59(3):379-85.
72. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010;15(5):2297-305.
73. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. p.128.

74. MESSIEHA, Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. *Spec Care Dentist* 2009;29(1):21-25.
75. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde bucal. Belo Horizonte, 2006.
76. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.
77. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013.
78. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB/SUS-MG nº. 1099*. Belo Horizonte; 2012.
79. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES-MG nº. 3.238, de 18 de abril de 2012. Aprova o incentivo financeiro e estabelece critérios para a implantação e/ou implementação de serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012a.
80. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Carteira de serviços hospitalares do SUS/MG. Belo Horizonte, 2012b.
81. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB/SUS-MG nº.1.676, de 10 de dezembro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte, 2013.
82. MORGAN, J. P.; MINIHAN, P. M.; STARK, P. C. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *JADA* 2012;143(8):838-846.

83. MUGAYAR, L. R. F. Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de odontologia e Saúde Oral. São Paulo, Pancast, 2000.
84. MUSSELMAN, R. J.; ROY, E. K. Hospital management of the handicapped child. *Dent Clin North Am.* 1974;18: 699-709.
85. NERI, M. C.; SOARES, W. L. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. *R. bras. Est. Pop.*, Campinas, v.21, n.2, p.303-321, jul./dez. 2004.
86. NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. C. B.; VIANNA, S. M. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: OPS/IPEA, 2001.
87. O'DONNELL, D. The special needs patient. Treatment in general dental practice: is it feasible? *Int Dent J* 1996;46(4):315-19.
88. OLIVER, M. The individual and social models of disability. Paper presented at Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians, 23 jul. 1990. Disponível em: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/in%20soc%20dis.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2014.
89. OREDUGBA, F. A.; AKINDAYOMI, Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health* 2008, 8:30.
90. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, 2004.
91. OSUJI, O. O.; ASSERY, M. K. A. The dental treatment of children under general anaesthesia at a hospital in Taif, Saudi Arabia. *Saudi Dental Journal*, v.17, n.3, September – December, 2005.

92. PARK, M. S.; SIGAL, M. J. The Role of Hospital-Based Dentistry in providing treatment for persons with developmental delay. *Journal of the Canadian Dental Association*. v.74, n.4, p.353-357, may.2008.
93. PERETZ, B.; SPIERER, A.; SPIERER, S.; RAKOCZ, M. Dental treatment of patients with systemic diseases compared to patients with developmental disabilities under general anesthesia. *Spec Care Dentist* 32(1): 21-25, 2012.
94. RASHEWSKY, S.; PARAMESWARAN, A.; SLOANE, C.; FERGUSON, F.; EPSTEIN, R. Time and cost analysis: pediatric dental rehabilitation with general anesthesia in the office and the hospital settings. *Anesth Prog* 2012;59(4):147-53.
95. RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Cien Saude Colet* 2009, 14(3):771-782.
96. SAMPAIO, E. F.; CÉSAR, F. N, MARTINS, M. DA G. A. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de previdência do estado do Ceará. *RBPS*, Fortaleza, v.1, n.3, p.127-134, mai./jun.2000.
97. SAVANHEIMO, N.; SUNDBERG, S. A.; VIRTANEN, J. I.; VEHKALAHTI, M. M. Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. *BMC Oral Health* 2012, 12:45.
98. SCOTT, C.; HOFMEYER, A. Networks and social capital: a relational approach to primary heathcare reform. *Health Res Policy Syst* 2007; 5:9.
99. SILVA, O. M.; PANHOCA, L.; BLACHMAN, I. T. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. *Salusvita*, Bauru, v.23, n.1, p.109-116, 2004.

100. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. Anestesia venosa total para sedação. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2009.
101. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. p.61-63.
102. TSAI, C. L.; TSAI, Y. L.; LIN, Y. T.; LIN, Y. T. A Retrospective Study of Dental Treatment under General Anesthesia of Children with or without A Chronic Illness and/or A Disability. *Chang Gung Med J*, v.29, n.4, p.412-418, July-August, 2006.
103. UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Declaração mundial de educação para todos. Tailândia, 1990. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14803. Acesso em: 12 fev. 2014.
104. UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Declaração de Salamanca. Espanha, 1994. Disponível em: portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf. Acesso em: 12 fev. 2014.
105. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
106. WANG, Y. C.; LIN, I. H.; HUANG, C. H.; FAN, S. Z. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta anaesthesiologica Taiwanica*. v.50, p.122-125, 2012.

107. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization, 2001.
108. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health-ICF. Geneva, 2002.

APÊNDICES

Apêndice A – Solicitação de autorização SES-MG para acesso ao banco de dados

Belo Horizonte 18 de setembro de 2012.

Destinatária: Vânia de Freitas Drumond
Superintendente de Programação Assistencial/SES-MG

Assunto: solicitação de autorização para acesso ao banco de dados SES- MG.

Prezada Senhora,

Considerando a relevância dos estudos epidemiológicos para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a aluna do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-FOUFMG, Jacqueline Silva Santos, realizará uma pesquisa cujo objetivo é a análise da oferta do tratamento odontológico hospitalar às pessoas com necessidades especiais nos serviços públicos de saúde do estado de Minas Gerais, tendo como título **“Tratamento Odontológico Hospitalar para Pacientes com Necessidades Especiais: análise da oferta no estado de Minas Gerais”**, e como professores orientadores/FOUFMG: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu, Andrea Clemente Palmier e João Henrique Lara Amaral.

A análise a ser realizada poderá subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde bucal hospitalar, no âmbito da atenção às pessoas com necessidades especiais, que vem sendo desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Os dados a serem coletados para a análise serão dados secundários, não envolvendo risco aos sujeitos-usuários envolvidos.

O período de referência do estudo será de julho/2011 a junho/2012, onde serão consultados os seguintes bancos de dados:

- Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS
 1. Dados Públicos: número de Autorizações de Internações Hospitalares-AIH pagas nesse período cujo procedimento principal foi o procedimento odontológico 04.14.02.041-3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS; distribuição geográfica dos estabelecimentos hospitalares que lançaram a produção desse procedimento.
 2. Espelho de AIH: município de origem do usuário; município de atendimento; número CNES estabelecimento hospitalar; dados do usuário: idade, sexo, diagnóstico/CID principal, diagnóstico/CID secundário; caráter do atendimento realizado; tipo de leito; procedimentos odontológicos secundários e especiais realizados; exames complementares realizados; CBO dos profissionais que realizaram os procedimentos; dias de internação; motivo da alta; ocorrência de óbito; valores aprovados.
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-SCNES: número de horas cadastradas/SUS de cada profissional que realizou os atendimentos.

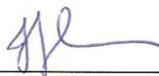
Considerando que os dados cuja fonte é o Espelho de AIH são informações não públicas, solicitamos a autorização de V.S^a para o acesso aos dados constantes na referida fonte que correspondam a 100% das AIH pagas no âmbito do SUS/MG que no período estudado tiveram como procedimento principal o 04.14.02.041-3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.

Esclarecemos que será garantida a confidencialidade dos dados coletados, cuja utilização será apenas para fins dos objetivos da pesquisa, onde serão resguardados os nomes dos usuários que se submeteram aos atendimentos. Os dados coletados serão armazenados pela FOUFGM, sendo que a instituição assumirá a responsabilidade sobre a guarda dos mesmos até o final desta pesquisa.

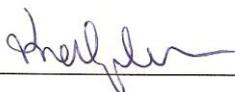
A pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM e será realizada após a devida aprovação.

Contando com a autorização de V.S.^a para o acesso ao banco de dados acima referido e utilização dos mesmos para a realização da pesquisa, agradecemos a parceria e ressaltamos a importância da integração serviço e academia no desenvolvimento de linhas de pesquisa que atendam às necessidades dos serviços públicos de saúde.

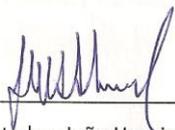
Atenciosamente,



Mestranda: Jacqueline Silva Santos
CRO-MG 12384



Professor Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
CRO-MG 21612



Professor Co-Orientador: João Henrique Lara Amaral
CRO-MG 9836

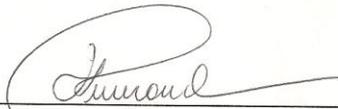


Professora Colaboradora: Andrea Clemente Palmier
CRO-MG 2372

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, VÂNIA DE FREITAS DRUMOND, declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa, de que a mesma não trará riscos nem prejuízos aos sujeitos/usuários envolvidos e autorizo que a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

tenha acesso aos dados constantes nos Espelhos de AIH que correspondam a 100% das AIH pagas no âmbito do SUS/MG que no período de julho/2011 a junho/2012 tiveram como procedimento principal o 04.14.02.041-3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS, e que os dados sejam utilizados para a realização da referida pesquisa.



Vânia de Freitas Drumond
Superintendente de Programação Assistencial
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Vânia de Freitas Drumond
MASP: 1041732-7
Superintendência de Programação Assistencial
SESA/UBEMG/ Subsecretaria de Regulação

Em 01 de ^{outubro} setembro de 2012.

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: Tratamento odontológico hospitalar para pacientes com necessidades especiais: análise da oferta do Estado de Minas Gerais	
Pesquisador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu	
Área Temática:	
Versão: 2	
CAAE: 10311412.7.0000.5149	
Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 168.124	
Data da Relatoria: 30/11/2012	
Apresentação do Projeto:	
<p>Trata-se de um estudo observacional descritivo a ser desenvolvido pela Faculdade de Odontologia da UFMG. Para o estudo, serão utilizados os dados secundários públicos constantes na base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), e os dados não públicos constantes na base do Sistema de Informação Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) referentes ao período de julho/2011 a junho/2012. Serão avaliadas todas as AIH pagas no período de julho/2011 a junho/2012, cujo procedimento principal tenha sido o de código 04.14.02.041-3, TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS. Serão realizadas consultas ao banco de dados do SIH/SUS referentes ao período acima mencionado, para identificação das seguintes variáveis: 1. Municípios do estado de Minas Gerais que tiveram AIH pagas cujo procedimento principal tenha sido o de código 04.14.02.041-3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS; 2. Quantidade e valor total das AIH pagas. Os dados não públicos, referentes ao usuário atendido, serão acessados por meio dos relatórios espelho das AIH constantes no Sistema de Informações Hospitalares/SES-MG. O espelho da AIH é um instrumento que contém informações detalhadas do laudo de internação. Serão identificadas as seguintes variáveis: 1. Município gestor, ano e mês de competência, especialidade, tipo de AIH, procedimento solicitado, procedimento principal, procedimento realizado, caráter de internação, CNES do estabelecimento hospitalar; 2. Idade, gênero, raça/cor e município de origem do usuário; 3. Diagnóstico principal e secundário, de acordo com a Classificação Estatística</p>	

Recomendações:

SMJ, somos pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após atendimento das solicitações de diligência e conforme documentação anexa, não há mais pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 11 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Anexo B - Submissão do artigo à Revista Ciência & Saúde Coletiva

Correcting/Updating Submissions

• To **correct or update a submission** that has been unsubmitted/returned to you by the journal, click on the "Unsubmitted Manuscripts" queue in the "My Manuscripts" area below. Find the submission you wish to correct/update and then click on the "Continue Submission" button. Be advised that if the submission that was unsubmitted /returned to you was a revision then it will be located in the "Revised Manuscripts in Draft" queue in the "My Manuscript" area below.

What is the status of my manuscript?

• To **check the status** of a manuscript you have submitted, click on the "Submitted Manuscripts" queue in the "My Manuscripts" area below. All manuscripts you have submitted that are currently being evaluated will be listed in this area. The status of the manuscript can be found under the column heading 'Status'. Note: You can click on any queue under the 'My Manuscripts' area to view all manuscripts currently in that status.

My Manuscripts	Author Resources
<ul style="list-style-type: none"> 0 Unsubmitted Manuscripts 0 Resubmitted Manuscripts in Draft 0 Revised Manuscripts in Draft 2 Submitted Manuscripts 0 Manuscripts with Decisions 0 Manuscripts I Have Co-Authored 0 Withdrawn Manuscripts 0 Invited Manuscripts 	<p> Click here to submit a new manuscript</p> <p>This section lists the subjects of the five most recent e-mails that have been sent to you regarding your submission(s). To view an e-mail, click on the link. To delete an e-mail from this list, click the delete link.</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2014-0123 Delete (10-Mar-2014)</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2014-0101 Delete (07-Mar-2014)</p>

Submitted Manuscripts

Manuscript ID	Manuscript Title	Date Created	Date Submitted	Status
CSC-2014-0123	Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG [View Submission]	10-Mar-2014	10-Mar-2014	ADM: Rocha, Danuzia <ul style="list-style-type: none"> • Awaiting EIC Decision • Awaiting Reviewer Scores

Anexo C - Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem

seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor.

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário.

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program].

Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.