



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

A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo da Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil

Brandão Carneiro, Joana Danielle; Bousquat, Aylene; Frazão, Paulo

A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo da Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil

Administração Pública e Gestão Social, vol. 14, núm. 2, 2022

Universidade Federal de Viçosa, Brasil

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



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

A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo da Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil

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

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

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

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

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

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

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

RESUMO:

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT:

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

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

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

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

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

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

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

RESUMEN:

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAL TEÓRICO

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODOS

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS

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

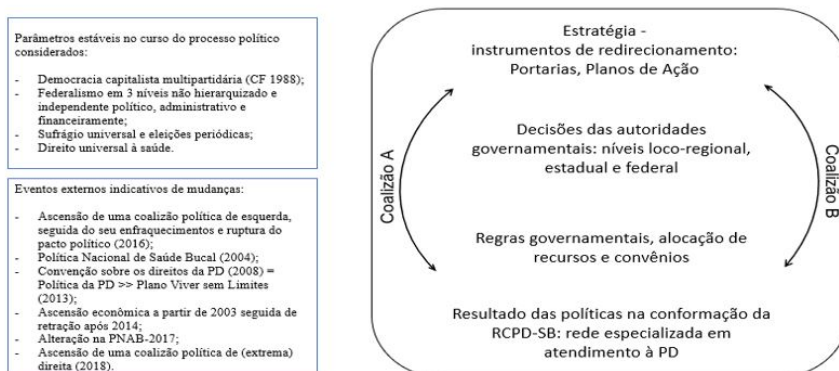


Figura 1: Componentes utilizados na análise do subsistema da política pública relativa à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no âmbito da Saúde Bucal (RCPD-SB) tomando por referência o Advocacy Coalition Framework (ACF – Modelo da Coalizão de Defesa)

Fonte: Adaptado de Weible et al., 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

REFERÊNCIAS

- Acemoglu, D., Robinson, J. A. (2015). *The Rise and Decline of General Laws of Capitalism. Journal of Economic Perspectives*, 29(1), 3-28. doi: 10.1257/jep.29.1.3.
- Arretche, M. (2004). Federalismo e Políticas Sociais no Brasil – problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 17-26. doi: 0.1590/S0102-88392004000200003.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L.A. Reto, A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Brasil. (1989). Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Brasil. (2011). Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Brasil. (2012a). Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Brasil. (2012b). Portaria n. 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Brasil. (2014). Lei n. 10.116, de 11 de junho de 2014. Cria a Política Estadual de Saúde Bucal e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. Cuiabá, MT.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência*. Brasília, DF.
- Capelari, M. G. M., Araújo, S. M. V. G., Calmon, P. C. D. P. (2015). *Advocacy Coalition Framework: Um Balanço Das Pesquisas Nacionais. Administração Pública e Gestão Social*, 7(2), 91-99. doi: 10.21118/apgs.v7i2.4637.
- Condessa, A. M., Lucena, E. H. G., Figueiredo, N., Goes, P. S. A., Hilgert, J. B. (2020). Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(5). doi: 10.1590/S1679-49742020000500001.

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

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