REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUIZA DE PAULA SOUSA

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA – CEARÁ

2016

LUIZA DE PAULA SOUSA

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida à banca examinadora no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Osvaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Catalogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S725a Sousa, Luiza de Paula
Atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família. / Luiza de Paula Sousa. -- 2016.
132 f. : tab. ; mapas

Orientadora: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza-CE , 2016.

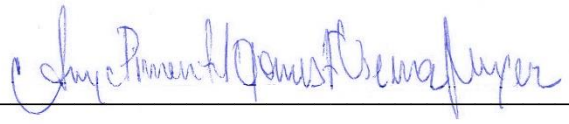
1. Saúde Bucal. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Transtornos Mentais. 4. Esquizofrenia. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 617.601

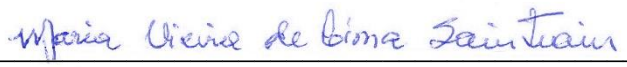
LUIZA DE PAULA SOUSA

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

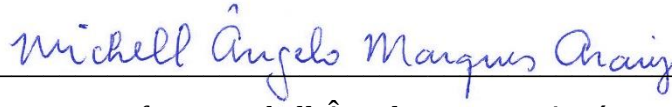
BANCA EXAMINADORA:



Profª Drª Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Orientadora



Profª Drª Maria Vieira de Lima Saintrain
Membro Efetivo – Mestrado em Saúde Coletiva/UNIFOR
Membro Externo



Prof. Dr. Michell Ângelo Marques Araújo
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará
Membro Externo

Profª Drª Shramênia de Araújo Soares Nuto
Membro Suplente – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Membro Interno

Aprovado em: 25/11/2016

"Só a mediocridade garante dias tranquilos"

Georges Danton

À minha mãe, Brígida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, rogando para que, mesmo não compreendendo as desigualdades, saibamos ser instrumentos de Sua justiça.

À minha amada filha Ana Luisa, por entender e perdoar minhas ausências.

Ao meu querido esposo, Airton, pelo amor, respeito e cumplicidade.

Às minhas irmãs e irmãos, pelas orações e pelo amor incondicional.

Às minhas companheiras da Regional II, pela força e energias positivas. Grata, especialmente, à Cybele, Dione e Lorena.

Aos gerentes de UAPS, aos Coordenadores de Saúde Bucal da SMS, aos bolsistas (Matheus, Jamille e Danielle), à Paola e a todos que contribuíram na realização desta pesquisa.

Aos colegas cirurgiões-dentistas, pela compreensão, disponibilidade e participação.

Ao colega Lizaldo Maia, fundamental no momento do meu ingresso neste curso.

Ao Hospital de Saúde Mental de Messejana, nas pessoas da Dra. Magali Mendes, Dr. Matias Carvalho, Dra. Stela Norma Benevides, Dra. Cristiane Capibaribe e Dra. Silvandra Oltramari, pela grande atenção. Particularmente, grata ao Dr. Saulo Castor, pela confiança e apoio. À Osarina (Zazá), Rosinha, Cristina, Evânia e Cristiano, pela acolhida e carinho.

Aos pacientes e seus familiares, que, gentilmente, me ajudaram a realizar este sonho.

A todos os que fazem parte do "Mundo Verde", em especial à Claudinha e Tatiana, pela solicitude permanente e pela alegria com que sempre nos recebiam.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/FIOCRUZ, pela dedicação e empenho. À Profa. Ana Patrícia, em especial, pela sua compreensão afetuosa, nos momentos difíceis destes dois anos.

À Profa. Sharmênia, pela presença acolhedora e tranquila, sempre disposta a nos apoiar.

Aos meus estimados colegas de Mestrado, pelo carinho, apoio e parceria!! À Claudinha e à Carlinha, especialmente, porque foram maravilhosas nos momentos desesperadores.

Finalmente, à Profa. Anya, meu muito obrigada!! Pelos ensinamentos, pela paciência, pela firmeza e pelos abraços acolhedores, quando eu achei que não iria conseguir. Muita gratidão e admiração pelo seu profissionalismo e dedicação às causas que abraça!!!

RESUMO

A constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade. Entretanto, parcelas da população ainda não têm acesso aos serviços e à resolução dos seus problemas de saúde, em especial, aos de saúde bucal. Dentre os preteridos, estão os indivíduos com transtornos mentais, especialmente, as pessoas com esquizofrenia, doença crônica que atinge cerca de 1% da população. Este transtorno normalmente inicia-se antes dos 25 anos de idade, afetando pessoas de todas as classes sociais. O presente trabalho teve como objetivo geral averiguar o acesso à atenção em Saúde Bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia, no âmbito da Atenção Primária, no município de Fortaleza-Ceará. Os objetivos específicos foram investigar o grau de satisfação de pacientes com esquizofrenia e/ou seus cuidadores, acompanhados no hospital de referência em saúde mental no Ceará - Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) – Fortaleza-Ce, em relação ao acesso à atenção em saúde bucal oferecida na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza-Ce; identificar a formação e capacidade/competência técnica autorreferidas dos cirurgiões - dentistas da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ce, para o cuidado, o atendimento e a resolutividade às demandas dos pacientes com esquizofrenia. Realizou-se um estudo transversal, com abordagem quantitativa (entrevistas estruturadas), em duas etapas (uma com profissionais da saúde bucal e outra com pacientes/cuidadores). Um total de 162 dentistas da ESF de Fortaleza e 100 pacientes com esquizofrenia e/ou cuidadores do HSMM foram entrevistados. Os dentistas tinham 40,4 (DP ±7,3) anos de idade. A maioria era do sexo feminino (n = 115; 70,9%), branco (n = 80; 49,3%), católica e casado (n = 123). 126 (77,7%) têm pelo menos uma especialização (por exemplo, a saúde pública), com 16,8 (DP ± 6,8) anos desde a graduação no curso de Odontologia. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (n = 67), pardos (n = 60), católicos (n = 50), solteiros (n = 84), com idade média 35,7 anos (DP ± 11,7). A maioria dos pacientes (n=58, 58%) procuraram tratamento dentário, mas apenas a metade destes (n=29) conseguiu obter cuidados; 25 deles comparam o atendimento odontológico da unidade de saúde com outros serviços privados locais e o classificaram como muito melhor, melhor ou igual em 72% das vezes (n=18). A maioria dos pacientes (88,7% dos 62 pacientes) gostaria de ter o seu tratamento realizado perto de casa, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde bucal (n=156, 96,2%) acreditam que a coordenação do cuidado deve ser feita pela Atenção Primária à Saúde. Enquanto os profissionais (n = 92; 63,4% dos 145 inquiridos) dizem que há necessidade de capacitação para o atendimento de pacientes com esquizofrenia, os pacientes/cuidadores (79 de 96; 82,2%) não percebem o seu diagnóstico de esquizofrenia como um impedimento para os seus cuidados na atenção primária. Ambos os grupos pesquisados (profissionais e pacientes) atribuíram uma pontuação baixa – 5,8 e 5,0 – quando questionados sobre a resolutividade e a atenção dada, respectivamente, por equipes saúde bucal na atenção básica. Os dados apontam para necessidade de melhorias no acesso e resolutividade da atenção em saúde bucal de pacientes com esquizofrenia. Para tanto, a ESB precisa ser melhor capacitada, com a garantia de insumos e equipamentos indispensáveis ao atendimento desta e de outras populações de risco. Atualmente, quando a existência do próprio SUS está sob forte ameaça, é mister que cada trabalhador da ESF tenha como compromisso pessoal, a defesa por uma saúde pública de qualidade e equânime, sendo essa, condição imprescindível para a justiça social plena, sob pena de vermos fracassar todos os direitos adquiridos pela população brasileira, nestes anos de nossa infante democracia.

Palavras chaves: Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família; Transtornos mentais; Esquizofrenia

ABSTRACT

The brazillian constitution of 1988 created the Health Unique System (SUS) governed by principles of Universality, Equity and Integrity. However, part of the population still do not have access to the services and resolution of their problems, specially, those related to oral health. Individuals with mental health problems, specially, schizophrenia, which are 1% of the population are among this group of patients that do not have access. Schizophrenia, a chronic disease, normally initiates at age 25 and can affect all social classes. The current study has the general objective to analyze the oral health attention offered to patients with schizophrenia and their caregivers, as a primary concern, in the city of Fortaleza-Ceará. The specific objectives were to investigate the satisfaction's degree of patients with schizophrenia and/or caregivers in the mental health reference hospital Messejana Hospital of Mental Health (HSMM), in relation to the access of attention in oral health offered by the Family Health Strategy (ESF) in Fortaleza-Ceará; identify the formation and technical capacity/competence of dentists in the Family Health Strategy (ESF) in Fortaleza-Ceará, in relation to care, resolution of problems and attendance of the demands of this group of patients. A transversal study was conducted in 2 phases (interviews with professional and patients/caregivers) with a quantitative approach. A total of 162 ESF dentists in Fortaleza and 100 schizophrenia patients and/or caregivers of HSMM were interviewed. The dentists had 40,4 (SD±7,3) years of age. The majority female (n = 115; 70,9%), caucasian (n = 80; 49,3%), catholic and married (n = 123). 126 (77,7%) has at least one specialization (for instance, public health), with 16,8 (SD ± 6,8) years, since their graduation in dentistry. Most of the patients were male (n = 67), brown (n = 60), catholics (n = 50), single (n = 84), with a mean age of 35,7 years (SD ± 11,7). The majority of patients (n=58, 58%) seeked for dental treatment, however only half (n = 29) could receive dental care; 25 compared dental treatment of their current public dental unit with others private dental offices and classified care at a higher level, better or equal in 72% of the time (n = 18). The majority of the patients (88,7% of 62) would like to receive dental primary care close to their homes, at the same time that dental professionals (n=156, 96,2%) believe that dental care should be given by the Primary Health Attention. While the professionals (n = 92; 63,4% of the 145 included) states that a specific training is required in order to treat adequately patients with schizophrenia, the patients/caregivers (79 of 96; 82,2%) do not attempt to the importance of specific training to treat this group of patients effectively in primary attention. Both groups (professionals and patients) attributed a low level grade - 5,8 e 5,0 – when questioned about resoluteness and attention, respectively, given by dental health groups in basic attention. Data points out for the needs of improvments on oral health access and resolutivity and access for this group. ESB should receive specific training, inputs and equipments to garanty a more adequate treatment for this group of patients and other patients at risk. At this time, when the maintenance of SUS is in threat, it is primordial that each ESF provider commits in defense to a more equal and higher quality of public health care. Moreover, this requirement is indispensable for a more adequate social justice, which all the rights acquired by the brazillian population may be in threat due to our infant democracy.

Keywords: Dental health; Family Health Strategy; Mental problems; Schizophrenia

SUMÁRIO

		Pag.
LISTA DE FIGURA		**12**
LISTA DE QUADRO		**12**
LISTA DE TABELAS		**13**
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS		**14**
1.	**INTRODUÇÃO**	**16**
1.1	Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde	19
1.2	A Saúde Bucal na Atenção Primária	20
1.3	Acesso (e resolutividade) em Saúde Bucal	25
1.4	O cuidado em saúde	29
1.5	O paciente com transtorno mental	32
1.6	Políticas públicas de proteção ao paciente com transtorno mental	33
1.7	. O paciente com esquizofrenia	37
1.8	Atenção em saúde mental em Fortaleza	40
1.9	A saúde bucal e o paciente com esquizofrenia	45
2.	**OBJETIVOS**	**49**
2.1	Objetivo Geral	49
2.2	Objetivos Específicos	49
3.	**ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**	**50**
3.1	Tipo de estudo	50
3.2	Local do Estudo	50
3.2	Sujeitos do Estudo	51
3.3	Amostra do Estudo	51
3.4	Coleta de Dados	52
3.5	Organização e Análise dos Dados	53
3.6	Aspectos Éticos	54
4.	**RESULTADOS**	**56**
4.1	Resultados descritivos da pesquisa com os profissionais	56
4.2	Resultados analíticos da pesquisa com os profissionais	60
4.3	Resultados descritivos da pesquisa com os pacientes	61

4.4 Resultados analíticos da pesquisa com os pacientes 64
5. DISCUSSÃO 86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 105
7. REFERÊNCIAS 108
APÊNDICES 117
Apêndice 1 (Questionário – pacientes) **117**
Apêndice 2 (Questionário – profissionais) **123**
Apêndice 3 (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – profissionais) **128**
Apêndice 4 (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – pacientes) **129**
ANEXOS 130
Anexo 1 (Termo de Anuência – Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) **130**
Anexo 2 (Termo de Anuência – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto) **131**
Anexo 3 (Parecer do Comitê de Ética) **132**

LISTA DE FIGURA

Pág.

FIGURA 01 – Mapa da distribuição dos bairros por Regionais de Fortaleza-Ce. 41

LISTA DE QUADRO

Pág.

QUADRO 01 – Nº de bairros, população por bairro, nº de UAPS, nº de equipes da ESF e nº de cirurgiões-dentistas da ESF por regional, Fortaleza-Ce. 42

LISTA DE TABELAS

Pág.

TABELA 01: Amostra de profissionais proporcional ao universo, por Regional 51

TABELA 02: Distribuição de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família por regional, Fortaleza-Ce 56

TABELA 03: Perfil socioeconômico e demográfico dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, Fortaleza-Ce 66

TABELA 04: Conhecimentos, atitudes e práticas dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, em relação à atenção em Saúde Bucal, oferecida aos pacientes com esquizofrenia 69

TABELA 05: Perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes com esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, Fortaleza-Ce 74

TABELA 06: Atitudes e práticas dos pacientes com esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, com relação à sua Saúde Bucal e percepção acerca da atenção em Saúde Bucal, a eles oferecida, na Estratégia Saúde da Família, Fortaleza-Ce 77

TABELA 07: Relação entre as características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes e práticas, em relação à Saúde Bucal, oferecida aos pacientes com esquizofrenia 82

TABELA 08: Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e práticas dos pacientes com esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, com relação à sua Saúde Bucal e percepções acerca da atenção em Saúde Bucal, a eles oferecida, na Estratégia Saúde da Família 84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica
ACS Agente Comunitário de Saúde
AIDS Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
APS Atenção Primária à Saúde
ASB Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPSi Centro de Atenção Psicossocial – Infantil
CD Cirurgião-dentista
CEAP Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisas
CEO Centro de Especialidades Odontológicas
CFO Conselho Federal de Odontologia
DSM-V Diagnostic and Statistcal Manual of Mental Disorders (5ª Edição)
DSS Determinantes Sociais de Saúde
DP Desvio Padrão
ESB Equipes de Saúde Bucal
ESF Estratégia Saúde da Família
EqSF Equipe de Saúde da Família
GM Gabinete Ministerial
HIV Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HP Hospital Psiquiátrico
HSM Hospital de Saúde Mental
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS Ministério da Saúde
NAIA Núcleo de Atenção à Criança e Adolescência
NASF Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS Organização Mundial de Saúde
OPAS Organização Panamericana de Saúde
PCGP Prêmio Ceará de Gestão Pública
PDC Psicoses de Difícil Controle
PETSaúde Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNE Pacientes com Necessidades Especiais
PNH Política Nacional de Humanização
PVHA Pessoas que vivem com HIV/AIDS
RAPS Rede de Atenção Psicossocial
RP Reforma Psiquiátrica
RT Residência Terapêutica
SR Secretaria Regional
SER Secretaria Executiva Regional
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB Técnico de Saúde Bucal
UAPS Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
VD Visita Domiciliária

1. INTRODUÇÃO

O processo de redemocratização do Brasil trouxe consigo um legado de conquistas sociais sem precedentes, pois, em menos de 30 anos, os cidadãos brasileiros tiveram inegáveis avanços no tocante aos direitos de cidadania. Tais conquistas, particularmente, as relativas à saúde, aconteceram, de forma pacífica, a partir da Reforma Sanitária, iniciada em meados dos anos 1970, que culminou com promulgação da Constituição Cidadã, em 1988.

A luta pela redução das desigualdades sociais teve um grande incremento a partir da criação de um sistema de saúde igualitário, o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade e assegurado no artigo 196 da Carta Magna, quando esta diz ser "a saúde um direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988).

Seguindo uma linha de inversão da atenção em saúde, anteriormente hospitalocêntrica e focada na figura do médico, a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada no Brasil em 1994, é uma política de oferta de atenção primária do Ministério da Saúde (MS), que se apresentou como uma forma de concretização dos princípios norteadores do SUS. A proposta é trabalhar com o cuidado voltado para a família, numa lógica de território definido e população adscrita, sendo estes, de responsabilidade das equipes de saúde da família – médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde – que somente em 2001, tiveram a incorporação das Equipes de Saúde Bucal – cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal e ou técnico de saúde bucal. Esta inclusão foi um "esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida" (BRASIL, 2006-a).

Entretanto, apesar de todo o avanço na redução das iniquidades sociais, observa-se que parcelas da população ainda se encontram marginalizadas nas questões relativas ao acesso aos serviços, bem como à resolução dos seus problemas de saúde, em especial, aos problemas de saúde bucal. Desta feita, é dever de todos os trabalhadores da saúde lutar pela melhoria da qualidade e da acessibilidade à saúde, zelando pela integridade de seus pacientes, principalmente as crianças, mulheres, idosos e pessoas com deficiência – vítimas maiores destas iniquidades (SOUSA, 2011).

Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) revelam que, conforme estimativas, mais de um bilhão de pessoas vivem com algum tipo de deficiência, o que representa cerca de 15% da população mundial (com base nas estimativas da população de 2010). Ainda segundo a OMS, o número de pessoas com deficiências está aumentando, pois, além das populações em todo o mundo estarem ficando mais velhas a taxas sem precedentes, há um aumento das condições crônicas – diabetes, doenças cardiovasculares e distúrbios mentais – e existe, ainda, a influência direta de fatores ambientais, como desastres naturais, acidentes automobilísticos, conflitos, dietas e abuso de drogas (WHO, 2012).

Segundo dados do Censo IBGE 2010, há no Brasil cerca de 45,6 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 23,92% da população brasileira. O relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinala que os transtornos mentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental (SANTOS e SIQUEIRA, 2010). Dentre os transtornos mentais, a prevalência de esquizofrenia, é de 1% da população geral (SILVA e cols., 2012). Observa-se, pois, que se trata de uma grande parcela da população brasileira, boa parte dela, usuária do SUS, que deve ser assistida em todas as suas necessidades de saúde, inclusive necessidades relacionadas à saúde bucal.

Os pacientes com transtornos mentais parecem ser um subgrupo dentre as pessoas com deficiência, ainda mais afetadas pelo preconceito e pela negligência, pois a própria OMS também afirma que “as pessoas que enfrentam problemas de saúde mental ou deficiências intelectuais parecem ser mais desprovidas em muitos cenários do que aquelas que enfrentam deficiências físicas ou sensoriais” (WHO, 2012).

Seguindo uma tendência mundial, após as exigências do movimento da Reforma Psiquiátrica, no sentido de fugir do modelo asilar e estigmatizador, a principal estratégia do MS para a reorientação do modelo de assistência em saúde mental, foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Esta rede é composta por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Geral), Serviços Residenciais Terapêuticos (Residências Terapêuticas), Centros de Convivência, Cooperativas Sociais, Saúde Mental na Atenção Básica, Consultório de Rua, leitos psicossociais em Hospitais Gerais, dentre outros dispositivos (BRASIL, 2001).

O Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, utiliza a nomenclatura Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) ao ampliar o leque de

indivíduos que teriam direito a um tratamento diferenciado em virtude de suas peculiaridades, e afirma que se trata de todos os usuários que apresentem uma ou mais limitações, temporária ou permanente, de ordem mental, física, emocional, de crescimento ou médica, que os impeçam de serem submetidos a uma situação odontológica convencional. Os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da atenção primária (porta de entrada) a todos os pacientes com necessidades especiais, incluindo os com transtornos mentais, devendo haver Unidades de Referência Especializada e Hospitalar para os casos de maior complexidade e os que necessitem de atendimento sob anestesia geral. Este encaminhamento deve ser realizado de forma criteriosa, para que se evite demora nos atendimentos e deslocamentos desnecessários que só acarretam transtornos e sofrimento adicionais aos pacientes e ou cuidadores (BRASIL, 2006-b).

A partir do exposto, surgem vários questionamentos: Que tipo de atenção em saúde bucal está sendo oferecido aos pacientes com transtorno mental, em especial aos com esquizofrenia, na ESF? Qual a resolutividade desta estratégia na atenção em saúde bucal para tal clientela? Qual ao preparo, formação e/ou disponibilidade dos profissionais que atuam na ESF, enquanto trabalhadores de uma proposta ordenadora do cuidado? Qual a opinião dos pacientes e/ou cuidadores acerca destas questões?

O presente projeto propõe a formulação e o desenvolvimento de uma pesquisa na qual se investigue junto aos usuários com diagnóstico de esquizofrenia e/ou seus cuidadores, acompanhados no Hospital de Saúde Mental de Messejana, em Fortaleza-Ce, a sua opinião a respeito do acesso e resolutividade da atenção em saúde bucal que lhes é oferecida na Atenção Primária, bem como a opinião dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, a respeito da mesma temática. Trata-se este, pois, de um projeto de Avaliação da Atenção e Gestão do Cuidado, no contexto da Estratégia Saúde da Família. A hipótese é que a atenção em saúde bucal, realizada pela atenção primária (Estratégia Saúde da Família), dispensada aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no município de Fortaleza não é adequada às necessidades percebidas pelos pacientes e ou seus cuidadores, assim como percebidas pelos cirurgiões dentistas na ESF do município.

De acordo com Campos et al. (2007), "o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção". Além disso, entende-se que a formação de conhecimentos na área de saúde mental, a partir da perspectiva

do usuário, é fundamental para apoiar gestores e profissionais de saúde no tocante às decisões e serviços oferecidos a esta clientela.

1.1. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a Constituição Cidadã de 1988, é composto de três níveis de Atenção à Saúde – primária, secundária e terciária – que se comunicam em rede. A Atenção Primária se caracteriza por um conjunto de ações à saúde, tanto individuais quanto coletivas, direcionadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da Saúde (BRASIL, 2011-b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos "atenção básica" (AB) e "atenção primária à saúde" (APS), como termos equivalentes e estipula que a Atenção Básica deve ser o contato preferencial do usuário, bem como o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Ainda de acordo com a PNAB, é fundamental que a AB se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011-b). Segundo Andrade e cols. (2007), um sistema de saúde baseado na APS, não só é capaz de prevenir um importante universo de patologias, como consegue dar resolutividade direta a até 90% das demandas comunitárias, sendo este um dos princípios essenciais da APS: dar respostas às necessidades da população.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no ano de 1994 pelo MS, tendo como objetivo primordial assegurar aos cidadãos, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição. Criada inicialmente como o Programa Saúde da Família, a ESF foi idealizada para a implementação da atenção primária em saúde e da mudança no modelo assistencial vigente no país, alterando o paradigma voltado às doenças, baseado no hospital, para o de promoção de saúde, prevenção das doenças e cuidados às doenças crônicas, baseado no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011-b).

A atenção em Saúde bucal está contemplada nos três níveis de atenção do SUS. A Atenção Primária em saúde bucal é proporcionada pelas Equipes de Saúde Bucal que operam

juntos às equipes de saúde da família, com território e clientela adscritos. As ações de saúde bucal se orientam pelos mesmos princípios que regem a AB (BRASIL, 2006-a).

No tocante à Atenção Secundária, através da Portaria número 599/GM, de 23 de março de 2006 o SUS instituiu a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que devem receber sua clientela através de um sistema de referência e contrarreferência, coordenado pela atenção primária, que deverá ser ordenadora do cuidado e da atenção dispensados aos indivíduos ao longo das redes de atenção à saúde. Os CEO deverão ser capacitados a atenderem os serviços que demandem maior densidade tecnológica e especializada, de acordo com o que é preconizado pelo princípio da integralidade, além de realizar atendimentos a pacientes com deficiência (BRASIL, 2006-b).

Os casos que extrapolam a resolutividade dos CEO são avaliados por este serviço e encaminhados, para a atenção terciária. Esta parece ser uma dificuldade a mais, a ser encontrada por pacientes e familiares, devido a pouca oferta e a carência de formas organizadas de referência (SOUSA, 2011).

A Portaria nº 1.032 de 05 de maio de 2010/ MS, tem como um dos objetivos, minimizar este problema, pois 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. Segundo esta mesma portaria, o tratamento 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, 2010-b).

Protocolos devem ser elaborados, com a definição, em cada nível de atenção, dos cuidados a serem tomados (de acordo com o diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais de cada paciente). Em seguida devem ser definidos os critérios de encaminhamentos e os fluxos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2006-a; 2008).

1.2. Saúde bucal na Atenção Primária à Saúde

As Equipes de Saúde da Família (EqSF), inicialmente compostas apenas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), somente através da portaria 1.444 de 28/12/2000, tiveram a incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) compreendidas em duas modalidades: Modalidade I (cirurgião-dentista – CD e Auxiliar de Saúde Bucal – ASB) e Modalidade II (cirurgião-dentista – CD, ASB e Técnico de Saúde Bucal – TSB) (Brasil, 2000). Segundo o Caderno nº 17 da Atenção Básica do MS – Saúde Bucal, essa inclusão seria um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2008). Este foi, também, um importante passo para a reorganização da atenção à saúde bucal no Brasil, criando-se a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção primária, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Fazendo parte da equipe de saúde da família desde 2001, o cirurgião-dentista torna-se um instrumento de viabilização do acesso e resolutividade da atenção integral em saúde bucal, oferecidos aos cidadãos, uma vez que esta incorporação rompe com o modelo assistencial de saúde bucal centrado na doença cárie, e traz uma proposta mais abrangente e multiprofissional. De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúda Bucal (BRASIL, 2004-b), o cirurgião-dentista na ESF, deverá exercer "*ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal, tendo como princípios: a gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional"*. Estes princípios são essenciais para a correta formulação de atividades realizadas no âmbito da ESF por todos os componentes das equipes, e demonstram o grau de comprometimentos destas equipes com as comunidades por elas assistidas. A partir de um conceito ampliado de saúde, os profissionais devem incorporar às suas práticas, ações de saúde bucal inseridas numa estratégia planejada pela equipe de saúde da família, numa inter-relação permanente.

Além da centralização na família, para uma melhor compreensão da função do dentista na ESF, é importante ressaltar, ainda, que as equipes de saúde da família devem se nortear, segundo Starfield (2004), pelos princípios ordenadores da AB, a saber:

a) Primeiro contato: implica na acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde, tendo a proximidade dos serviços com as residências dos usuários, como uma tentativa da ESF de facilitar esse primeiro contato.

b) Longitudinalidade: significa a oferta regular e contínua dos cuidados dispensados pelas equipes de saúde, ao longo do tempo, numa relação humanizada que pode ser traduzida como vínculo. É a relação mútua entre profissionais e usuários.

c) Abrangência: refere-se ao espectro de ações programadas e oferecidas aos usuários, considerando suas demandas para adequação de respostas. Deve haver um equilíbrio entre ações de caráter individuais (curativas) e coletivas (preventivas e de promoção de saúde).

d) Coordenação: é a capacidade que o serviço deve ter de dar continuidade à atenção e de "seguir" o usuário dentro de todo o sistema de saúde, garantindo e referenciando o seu acesso a outros níveis de atenção, se necessário.

Finalmente, para maior clareza do papel do cirurgião-dentista na ESF, transcreve-se aqui, as competências deste profissional, de acordo com o Caderno de Atenção básica nº 17 – Saúde Bucal – do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008):

I - Realizar diagnóstico, com a finalidade de obter o perfil epidemiológico, para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo encaminhamento do usuário e o tratamento;

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;

VIII - Realizar supervisão técnica do TSB e ASB;

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

As atividades do dentista no âmbito da ESF se subdividem em: Ações de Promoção e Proteção de Saúde, Ações de Recuperação e Ações de Reabilitação.

As ações de promoção e proteção da saúde, segundo o MS, visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças e constituem um grupo de vasto e diversificado elenco de ações de caráter essencialmente educativo-preventivas. Para a realização de atividades desta natureza é necessário que o cirurgião-dentista da ESF se implique inteiramente na busca da autonomia dos usuários, estimulando-os no alcance e empoderamento de práticas de autocuidado de pacientes, famílias e comunidade, pois a promoção da saúde funda-se na ideia de ampliação do controle dos indivíduos sobre sua saúde e suas vidas. Ações de promoção da saúde incluem uma abordagem ampla sobre os fatores de risco ou de proteção, simultaneamente, tanto para as doenças da cavidade oral, quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) (BRASIL, 2004-b).

Já as ações de proteção à saúde, segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo, e, para tanto deve ser garantido o acesso a escovas de dente e cremes dentais fluoretados. Os procedimentos coletivos são atividades educativas e preventivas realizadas pelas equipes de saúde bucal e oferecidas de forma contínua, tanto nos espaços sociais do território de abrangência – domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações etc. – como no âmbito das unidades de saúde, sendo elas: ações com grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e salas de espera (BRASIL, 2004-b).

Dentre as ações diretas de proteção à saúde, estão ainda, as atividades de Higiene Bucal supervisionada e a Aplicação Tópica de Flúor, realizadas pelo ASB e TSB,

preferencialmente, sob a supervisão do CD, tendo como finalidade a busca da autonomia e a capacitação para o autocuidado, dirigidas a grupos específicos, considerados prioritários, por exemplo, crianças de creches e escolas (BRASIL, 2008).

No grupo das ações de recuperação da Saúde, estão contidas as ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento das doenças bucais – cárie dentária, doença periodontal (gengivite e periodontite), câncer, traumatismos dentários, fluorose, edentulismo e má oclusão – estando estas em ordem de importância epidemiológica (BRASIL, 2008). Segundo o MS (Brasil, 2004-b), o diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes das moléstias que acometem a cavidade oral. O profissional do nível primário de assistência deverá buscar o adequado desempenho destas atividades, que, ainda segundo o MS, deverão ocupar de 75 a 85% da carga horária da equipe, devido à elevada demanda.

Incluem-se, aqui, as ações de exames bucais com a finalidade da detecção precoce das lesões malignas ou potencialmente malignizáveis, bem como o estímulo ao autoexame da boca, estimulando a capacidade do usuário de cuidar da sua própria saúde, sendo este o papel primordial do dentista da ESF, no diagnóstico precoce do câncer bucal.

As ações de reabilitação, de acordo com o MS (Brasil, 2008), correspondem a todos os procedimentos cirúrgicos e protéticos destinados a repor as perdas estéticas e funcionais causadas pelas doenças que acometem a cavidade oral e consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e sua atividade profissional. Com relação às ações programadas de assistência, deve-se levar em conta o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar. A avaliação de risco permite que os serviços de saúde estabeleçam como critério para definição de prioridade no atendimento o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento – individual, familiar, social e não mais a ordem de chegada.

No tocante à atenção aos pacientes com necessidades especiais, as equipes de saúde bucal devem ser capacitadas a fim de que possam, a nível local, estarem aptas ao atendimento destes usuários, em níveis crescentes de complexidade de atendimento. Os familiares merecem ter uma atenção especial no sentido de que possam ser colaboradores no cuidado (informação e prevenção) a estes usuários. Quanto às intervenções odontológicas, estas devem ser as mais adequadas ao quadro de cada paciente (BRASIL, 2008).

1.3. Acesso (e resolutividade) em Saúde Bucal

Uma das principais diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos. Desta forma, a atenção básica se constitui como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo o usuário promovendo o vínculo e a corresponsabilização pela atenção à suas necessidades de saúde. A PNAB afirma, ainda, que o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que a procuram, sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2011-b).

Andrade e cols. (2007) enfatizam que a ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir o acesso à atenção primária para a população brasileira, sendo esta uma decisão coerente com os princípios doutrinários do SUS de alcançar universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento das ações relativas à saúde dos cidadãos. Os autores relatam que compete à ESF a coordenação/ordenação do cuidado, pois por meio da APS se identificam as necessidades de atendimentos mais especializados, coordenando-se as referências para a atenção secundária. Entretanto, ainda segundo os mesmos autores, a efetivação das ações da Atenção Básica depende fundamentalmente "*de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e aptidões que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político".*

A Política Nacional de Humanização (PNH-HUMANIZASUS) trouxe, para a pauta das discussões, a forma como os serviços de saúde recebiam os usuários. A instituição do Acolhimento como dispositivo organizacional desta política, propôs práticas mais humanizadas e implicadas no bem-estar dos usuários, com escuta qualificada, avaliação de risco e vulnerabilidade e ampliação do acesso. Além disso, a PNH ainda preconiza a ampliação do diálogo entre trabalhadores e usuários, promovendo a gestão participativa e compartilhada do cuidado e da atenção (BRASIL, 2010-a).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), define que "acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entradas do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Assim, a AB deve ser base, resolutiva, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011-b).

Seguindo esta linha, Amaral e cols. (2011) afirmam que é importante compreender que a opção política-filosófica pela construção de uma sociedade inclusiva faz com que todos os profissionais da saúde sejam corresponsáveis pela efetivação de ajustes que garantam o acesso dos pacientes socialmente desfavorecidos, como os de necessidades especiais.

O acesso aos serviços de saúde vem tomando conotações mais complexas ao logo do tempo e atualmente pode ser observado sob quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Na dimensão da disponibilidade, o acesso se refere à existência ou não de serviços de saúde; com relação à aceitabilidade, o acesso é compreendido sob a ótica da natureza dos serviços prestados e como eles são percebidos pelos indivíduos; capacidade de pagamento se refere ao custo de utilização dos serviços de saúde, englobando conceitos relacionados ao financiamento dos sistemas de saúde; já a informação é essencial para a compreensão das diversas dimensões do acesso (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

A acessibilidade é, também, uma dimensão do acesso e pode ser compreendida como o produto da relação entre a disponibilidade efetiva, perante as resistências proporcionadas pelo meio, e o acesso a esses serviços por parte dos indivíduos (CASTRO et al, 2011). A efetiva consolidação de serviços saúde de qualidade e resolutiva tem sido um grande desafio.

Para Soares e cols. (2013), as questões relacionadas às desigualdades em saúde e ao acesso e utilização dos serviços estão inseridas nas discussões sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Estes têm ganhado destaque frente às políticas de saúde bucal que unidas a outras intervenções, visam diminuir as desigualdades de renda, educação e moradia, entendendo a saúde no sentido amplo e como recurso para uma vida digna (ALVES e ESCOREL, 2013).

Vieira-Meyer e Saintrain (2013) corroboram com a ideia acima quando afirmam que “a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde, que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando-a as demais práticas de saúde coletiva” em que as ações de saúde bucal, vêm se reorganizando com o intuito de diminuir as iniquidades e dar respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde bucal da população brasileira.

Proporcionar às pessoas de uma sociedade uma oportunidade justa para desenvolver seu pleno potencial de saúde com equidade constitui um grande desafio (...), entretanto, entende-se, que a implementação de políticas públicas direcionadas ao alcance dessa equidade é o caminho pra combater os problemas relacionados às desigualdades sociais (PIRES e cols., 2011). Os referidos autores afirmam, ainda, que a equidade, mais do que tratar todos iguais, teria um valor de justiça, ou seja, de se buscar dar mais a quem precisa mais, implicando prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades.

De acordo com Rosa e cols. (2011), "*a relação entre a resolutividade e a satisfação do usuário é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade e o desempenho da atenção à saúde, pois possibilita analisar os resultados do trabalho desenvolvido, contribuindo para a reorganização dos serviços de saúde*".

A visão dos usuários sobre resolutividade da assistência é fragmentada e pauta-se no enfoque biologicista e fragmentado, e, isso se constrói, em parte, pelo que é ofertado pelos profissionais e serviços de saúde. Ainda segundo estes autores, essa visão da resolutividade da assistência é fundamental para a reorganização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, utilizando-se esta análise de satisfação do usuário como medida de qualidade da atenção (ROSA e cols., 2011).

Segundo Sousa (2011), as questões relativas ao acesso aos serviços de saúde, são marcadas, de uma maneira geral, por situações conflituosas, que angustiam trabalhadores, gestores e usuários. A realidade aponta uma dificuldade ainda maior de atendimento para o grupo de pacientes com necessidades especiais, quando a busca é por Atenção em Saúde Bucal.

Entretanto, o paciente com necessidade especial, por suas peculiaridades, é um usuário que deveria ser mais bem acolhido pelas unidades de saúde, com um esforço por parte das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, para a resolução de suas demandas, a nível local.

A preocupação com a saúde bucal da população brasileira, pelo governo federal, vinha sendo um fenômeno crescente, durante os governos dos presidentes Luis Inácio Lula da Silva e Dilma Roussef, que tinham um direcionamento mais social e coletivo, voltados às camadas mais desfavorecidas, economicamente. Houve um grande incentivo nesse sentido, com o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, com o objetivo de ampliar e melhorar o acesso, bem como melhorar as condições de saúde bucal dos

cidadãos (BRASIL, 2011-a). Dados recentes demonstram uma significativa evolução na situação de saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, 2011-a), tendo-se, porém, que atentar para a busca da equidade, neste contexto geral de melhoria na epidemiologia das doenças bucais. O atendimento e o acompanhamento de pacientes com necessidades especiais tornaram-se cada vez mais comuns nos serviços públicos, nos últimos 12 anos.

O cirurgião-dentista, envolvido em atender as necessidades de sua comunidade, deve buscar, portanto, através de sua própria experiência, estratégias e ações que lhe permitam a realização deste trabalho. Ou seja, cabe aos profissionais buscar novas metodologias para realizar o atendimento mais adequado (AMARAL e cols., 2011), evitando-se, assim, o prolongamento do sofrimento de pacientes.

O sucesso do tratamento odontológico em pacientes com deficiência e, consequentemente, no estado da sua saúde bucal depende, não só do conhecimento da conduta considerada normal, como também da natureza de todos os distúrbios. Depende, também, da relação harmoniosa e da confiança entre os pais/cuidadores desses pacientes e dos profissionais de Odontologia. Lidar com as limitações do paciente e também com as próprias expectativas é importante para manutenção do tratamento e para manter o paciente, família e profissionais envolvidos (AMARAL e cols., 2011).

Santos et al. (2015), realizaram um estudo sobre o tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar no SUS-MG, e observaram que as internações de urgência apresentaram predominância em relação às internações eletivas, o que se conclui que os encaminhamentos foram realizados em condições de urgência das doenças bucais, e que não houve a intervenção, em tempo oportuno, pela atenção primária. Corroborando com esta afirmação, Castro et al. (2010) ressaltam que o encaminhamento ao tratamento odontológico dos pacientes especiais, gera a necessidade de cuidados à saúde mais severos e mais complexos que a cárie dentária. O que nos remete a questionar a resolutividade da atenção em saúde bucal oferecidas a estes pacientes pelos profissionais que fazem parte da rede de atenção primária.

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde tem procurado valorizar as questões relativas à atenção em saúde bucal dos cidadãos ao longo destes 28 anos de sua existência. Condição imprescindível para planejar políticas é ter o conhecimento da realidade. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de

próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde e instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal (BRASIL, 2011-a). Entretanto, poucos são os dados estratificados para pacientes com necessidades especiais.

Rocha (2012) realizou um estudo verificando a acessibilidade dos pacientes com deficiência aos serviços públicos odontológicos em Fortaleza, e constatou que mais da metade dos profissionais responsáveis por esta atenção na ESF relatou não se sentir qualificado para atendimento das PNE, pela dificuldade no manejo clínico e na comunicação com estas pessoas. Segundo a autora, estes fatos são importantes por repercutirem diretamente no acesso, na qualidade do acolhimento e atendimento, comprometendo, assim, a resolutividade da atenção à saúde bucal.

As ações de saúde bucal no universo familiar podem constituir-se num importante instrumento de articulação com a assistência odontológica na busca da identificação de grupos de maior risco social ou das famílias e cidadãos excluídos do acesso aos serviços (AMARAL e cols., 2011).

As ações de promoção e prevenção parecem não fazer parte do elenco de ações oferecidas aos pacientes especiais, pois segundo Othero e Dalmaso (2009) também há deficiência nas ações voltadas a esta população, havendo pouca participação desta em grupos educativos, reflexivos e terapêuticos ou em outras atividades comunitárias desenvolvidas.

1.4. O cuidado em Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica diz que:

> A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011-b, p. 19).

Importante ressaltar, aqui, que a PNAB afirma ainda, que a atenção básica deve cumprir algumas funções, sendo estas essenciais ao bom desempenho das ESF. São elas: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes. Chamamos a atenção para a função "Coordenar o cuidado", pois entendemos que nela reside a "chave" que dispara todos os processos de maneira efetiva e resgata os valores humanos de solidariedade e da beneficência, essenciais para o trabalho com comunidades ou indivíduos com maior grau de vulnerabilidade e sofrimento (BRASIL, 2011-b).

O Dicionário Aurélio cita os seguintes significados para a palavra cuidado: cautela, precaução; inquietação de espírito; diligência, desvelo; expressão usada para pedir concentração ou cuidado em relação a algo; imaginado, meditado. Boff (1999) diz que é importante colocar cuidado em tudo e que, para isso urge desenvolver a "nossa capacidade de sentir o outro, de se ter compaixão com todos os seres que sofrem, humanos e não humanos, de obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas".

A Política Nacional de Promoção de Saúde, aprovada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, propõe que:

> (...) as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas (BRASIL, 2006-c; p. 29)

Deve haver, portanto, muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, repercutindo num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, com uma aproximação entre profissionais e comunidade, promovendo autonomia e enfrentamento dos problemas. Nessa perspectiva de trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação específico, mas a abordagem dos problemas assume outra dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passa a ser responsabilidade de toda a equipe. O significado de consulta é superado por uma outra ação que passa a ser compreendida como cuidado – nova atitude para o enfrentamento dos processos saúde-doença. Cuidar vai além da ação de vigilância; é ter uma postura proativa de proteção (BRASIL, 2006-c).

Essa composição do processo de trabalho em saúde leva a uma ampliação do cuidado em Saúde Bucal, mas, principalmente, uma melhora na qualidade da atenção à saúde e a possibilidades de construção de projetos de vida pelos sujeitos/usuários e sujeitos/trabalhadores (SILVEIRA et al., 2014).

Na perspectiva da atenção à Saúde Bucal, também se reconhecem os elementos do processo de produção do cuidado à saúde. As práticas de Saúde Bucal, neste campo, extrapolam os limites da boca e estão constituídas por um conjunto de ações que incluem a assistência odontológica individual e ampliam seu campo teórico e prático em função dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado (SILVEIRA et al., 2014).

Para Pezzato e cols. (2013), produzir rupturas com os paradigmas epistemológicos que se fazem presentes nos processos de trabalho em saúde bucal representou o início de enfrentamento da visão histórica que a odontologia carrega. E cita Merhy (2006) quando este diz que "qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos".

De acordo com Silveira et al. (2014), a distinção entre uma *práxis* da assistência e da atenção à Saúde Bucal pode ser compreendida a partir do processo de trabalho na saúde, entendendo-o como um processo de transformação, em que é possível identificar os seus elementos constituintes na produção do cuidado à saúde: o objeto que será transformado, os instrumentos e meios para produção e a força de trabalho ou profissionais.

De acordo com Rocha e cols. (2015), o acesso aos serviços públicos odontológicos tem expandido em função das equipes de Saúde Bucal na ESF, da reorganização do modelo de atenção na atenção primária e de uma maior oferta de serviços de saúde. As autoras apontam, a partir de seus estudos, para a necessidade premente de melhorar o acesso aos serviços odontológicos promovendo a inclusão e permitindo a atenção integral às pessoas com deficiência, enquanto sugerem ajustes nos serviços, para o atendimento destes pacientes, tais como, reduções de barreiras sociais, econômicas, arquiteturais e geográficas.

Amaral e cols. (2011) sugerem técnicas no manejo de pacientes com necessidades especiais, focadas na humanização do atendimento, e no acolhimento diferenciados, e ressaltam que a assistência em saúde bucal, particularmente, a estes pacientes é insignificante, necessitando-se imediata e definitivamente, da implementação de estratégias que possibilitem o acesso ao atendimento clínico odontológico adequado, dentro de uma proposta de atenção

integral, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com necessidades especiais.

1.5. O paciente com Transtorno mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais e comportamentais são “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento” (WHO, 2005).

Ao longo da história humana, a saúde e a doença mental têm sido foco de preocupação e de pesquisas, e a sua abordagem varia desde a concepção mística de que o doente mental sofreria influências cósmicas e/ou era dominado por deuses. Passou pela ideia da cura através do exorcismo, pois este seria possuído por demônios, até o vislumbre de uma proposta de tratamento mais humanitário, menos invasivo, no qual os portadores de transtornos mentais são vistos, não como alienados, mas como sujeitos de direitos inseridos no contexto social (PORTO, 2010).

Ainda para contextualizar a doença mental na atualidade, cita-se a mesma autora quando esta afirma que:

> (...) Na passagem do século XX para o XXI, o paradigma muda novamente e a ‘doença mental’ convola-se processo saúde/doença mental, o que desdobra três resultados práticos fundamentais: a responsabilidade pública pelo cuidado fica estabelecida; a dimensão clínica incorpora a subjetividade e as técnicas psicoterapêuticas; a dimensão coletiva abre novas possibilidades de intervenção nos campos da promoção de saúde mental e da prevenção de doenças/transtornos (PORTO, 2010, p. 15).

No Brasil, o movimento intitulado Reforma Psiquiátrica (RP), iniciado nos anos 1980, trouxe a saúde/doença mental para a pauta das discussões, com a luta dos trabalhadores da saúde pela reforma no modelo de atenção psiquiátrica, tendo como bandeira, a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico. A partir daí os direitos das pessoas com transtorno mental, a questão da loucura e da instituição asilar começaram a sair do campo exclusivo da comunidade técnica e ir para o domínio público (OLIVEIRA e cols., 2011).

Amarante (2010), em sua obra *Loucos pela Vida: trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* refaz os passos desse importante marco na forma de tratar os pacientes com transtornos mentais. O autor refere-se a uma ruptura nas práticas vigentes, quando se lança um olhar crítico para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: a epistemologia e a fenomenologia, buscando uma desconstrução do aparato psiquiátrico, "entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos".

A RP brasileira se originou como movimento contestador destas práticas com seu arcabouço teórico, político e prático no período da redemocratização do país. O hospital psiquiátrico deixa de ser o centro, se vê obrigado a se reformar e a melhorar sua estrutura e dinâmica de funcionamento. A partir daí o modelo hospitalocêntrico é severamente criticado, pela segregação daqueles que dele se utilizam, exigindo-se novas estratégias de intervenção e assistência psiquiátrica com o objetivo de resgatar a cidadania das pessoas com transtornos mentais, além de incitar a sociedade a questionar a forma de se perceber a loucura (BASTOS e JORGE, 2011). Entretanto, a forma como tradicionalmente, a comunidade médica "guardou" seus loucos, porque estes não se mostraram produtivos nem se adequaram às normas, produziu graves sequelas como a reclusão e o estigma.

Uma proposta que vem sendo discutida é a inserção dos pacientes com transtornos mentais no mercado de trabalho, a partir da conquista do direito à moradia e ao tratamento fora do asilo, pode-se oferecer a possibilidade ao trabalho formal, aqui sendo oferecido como um franco exercício de vontade e de direito, e não como extensão de projetos terapêuticos (SALIS, 2011).

Nesta conjuntura, este autor afirma, ainda, que a "busca por tornar possível ao psicótico o ingresso responsável no mercado de trabalho traz a possibilidade de revertermos um ponto crucial para a aceitação e inclusão da loucura na compreensão do corpo social enquanto diferença, e não incapacitação".

1.6. Políticas Públicas de proteção ao Paciente com Transtorno Mental

Os processos de reforma psiquiátrica se difundiram em países periféricos e semiperiféricos, como o Brasil, a partir da década de 1980, mas com características próprias

no campo das políticas sociais, dos movimentos sociais e da cultura, gerando especificidades no processo de transformação dos serviços, das representações que sustentam a discriminação e estigma, bem como na concepção e nas estratégias de empoderamento em saúde mental (VASCONCELOS, 2013).

Em 14 de novembro de 1990, na Venezuela, a Organização Mundial de Saúde, através das organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas, reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, adotou a Declaração de Caracas; esta afirma que os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam as estratégias e modelos de organização de atenção primária à saúde. A PNAB considera equivalentes, os termos atenção primária e atenção básica (BRASIL, 2011-b).

As diretrizes da atual política nacional de saúde mental, em cumprimento à Lei Federal 10.216, sancionada em abril de 2001, preconizam que seja instituída uma reorientação do modelo de assistência em saúde mental, com a determinação de garantir a implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A principal estratégia do Ministério da Saúde (MS) para a construção desse novo modelo é a construção de uma rede de serviços comunitários substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, tendo os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS Geral) como a principal estratégia desse processo de reforma (BRASIL, 2004-a).

É mister ressaltar, entretanto, que bem antes disso, em 29 de julho de 1993, no Ceará, houve a criação da chamada Lei Mário Mamede, de número 12.151. Esta lei já dispunha sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros serviços assistenciais, inclusive proibindo a ampliação de leitos nestes equipamentos, no Estado; além disso, entre outras providências, regulava a internação psiquiátrica compulsória.

O desenvolvimento da ESF e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os CAPS – marca um progresso indiscutível da política do SUS, sendo esse um avanço na resolução dos problemas dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento da resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos. (BRASIL, 2004-a)

A constituição dos CAPS insere-se dentro das políticas públicas atuais em saúde mental que privilegiam a transição do modelo "hospitalocêntrico", para um novo modelo dirigido para a assistência, a partir de cuidados em âmbito extra-hospitalar e redução do

número de leitos nos hospitais psiquiátricos. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, além de buscar integrá-los ao ambiente social e cultural do seu território. Oferecem aos seus usuários uma série de atividades, tais como: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento à família, atividades comunitárias, reuniões (ou assembleias) de organização do serviço etc. (BRASIL, 2004-a).

Ainda de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (2004-a), são cinco os tipos de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, assim discriminados:

1. CAPS I e II: para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes;

2. CAPS III: para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias na semana, com atendimento semelhante aos anteriores;

3. CAPSi: para a infância e adolescência, oferecendo atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais;

4. CAPSad: destina-se a usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrestes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único serviço de atenção. A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, em que estão incluídas a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2004-a).

A OMS tem sua política de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, priorizando a rede de saúde mental extra-hospitalar, para possibilitar uma mudança intrínseca na sociedade em relação à forma de perceber o louco. Importante ressaltar, aqui, que o MS favorece a permanência dos Hospitais Psiquiátricos (HP) coexistindo junto ao modelo psicossocial e autoriza sua reestruturação. Entretanto, essa modernização do HP, como política humana, pode mascarar seu funcionamento isolador, continuando no caminho da segregação e da manutenção do *status quo* do louco. Para que isso não ocorra, é necessário que os gestores sigam a orientação e os princípios da RP, implantando uma política de saúde

mental com princípios éticos, de cidadania, solidariedade, com essa extinção progressiva do HP (BASTOS; JORGE, 2011).

Com relação à assistência odontológica aos pacientes com alguma deficiência, a Resolução CFO-63/2005, que trata da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, atualizada em 2012, no seu Art. 69, estabeleceu que a especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, 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, ressaltando todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento do homem (CFO, 2012).

Outro aspecto relevante, considerada como uma consequência adversa do paciente com transtorno mental grave é a questão da sobrecarga familiar. O comportamento disfuncional dos pacientes resultaria na interrupção da rotina do lar e em tarefas relacionadas ao cuidado com o paciente e com familiares próximos, considerados estressores crônicos com os quais os familiares devem aprender a lidar. Entretanto, não há políticas específicas do MS voltadas para intervenções psicossociais e educativas aos familiares, haja vista que a família desempenha papel fundamental no processo de desinstitucionalização dos pacientes com transtorno mental grave (RODRIGUES; SILVA, 2011).

Nesse contexto geral, a Política Nacional de Humanização (PNH) também permite um repensar na forma que os serviços se apresentam aos usuários, principalmente, os mais desfavorecidos socialmente, uma vez que chama a atenção para a o despreparo dos profissionais para lidar com dimensão subjetiva que toda prática de saúde propõe. A PNH se coloca como uma política transversal, e defende um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e oferece a mesma proposta de atenção integral à saúde, a todos e a qualquer um (BRASIL, 2010-a).

Voltamos a citar Rosa e cols. (2011), quando estes autores afirmam que a resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível da atenção. E completam:

> Considera-se resolutividade, a resposta satisfatória que o serviço de saúde fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas também, o alívio ou minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde. (grifo nosso).

Amaral e cols. (2011) ressaltam que as políticas públicas demonstram em seus parecerem, manuais, orientações e guias uma grande intenção e abertura para a aplicação e utilização de novas técnicas de promoção de saúde para todos os pacientes portadores de necessidades especiais, embora seja perceptível uma distância entre prática e teoria de tais ações.

1.7. O paciente com esquizofrenia

A esquizofrenia atinge cerca de 1% da população, normalmente inicia antes dos 25 anos de idade, persiste por toda a vida do indivíduo – sendo, pois, uma doença crônica – e afeta pessoas de todas as classes sociais (KAPLAN; SADOK, 2007; SILVA e cols., 2012). Além disso, tanto pacientes quanto seus familiares muitas vezes recebem cuidados insuficientes e são submetidos a um ostracismo social devido à grande ignorância a respeito deste transtorno (KAPLAN e SADOK, 2007).

A taxa de prevalência da esquizofrenia, de acordo com o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014), parece ser de 03, a 0,7% ao longo da vida, embora haja relatos de variação por raça/etnia entre países e por origem geográfica em imigrantes e filhos de imigrantes.

Apesar do progresso da ciência e dos avanços nas terapias medicamentosas, a etiologia da esquizofrenia continua desconhecida e, apesar da existência de diversas teorias, ainda não existe um consenso. Neste campo, a principal teoria de explicação da origem da doença, seria a do funcionamento anormal de sistemas de neurotransmissores, tendo, porém, uma ala de estudiosos dando ênfase ao papel de processos inflamatórios (no período gestacional) e seus mediadores químicos (AGUIAR et al, 2010).

Entretanto, Silveira e cols. (2011) *apud* Vallada-Filho & Samaia, 2002, afirmam que foi estimado que o componente genético representaria cerca de 70 a 80% da suscetibilidade total para desenvolver a doença. Por ser um transtorno psicótico prevalente e muito complexo, a esquizofrenia é, muito provavelmente, um transtorno etiologicamente heterogêneo, isto é, devem existir, por exemplo, casos de esquizofrenia da forma genética e da forma ambiental.

Ainda segundo Kaplan e Sadock (2007), embora seja discutida como uma única doença, a esquizofrenia engloba um grupo de transtornos com etiologias heterogêneas e inclui

pacientes com apresentação clínica, resposta ao tratamento e curso da doença muito variados. Nestas circunstâncias, é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras e definida como uma síndrome complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas de – pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento (OLIVEIRA, 2012).

De acordo com o DSM – V (2014), a Esquizofrenia é uma perturbação com duração mínima de um mês da fase ativa (i. e, dois [ou mais] dos seguintes: delírios, alucinações, pensamento [discurso] desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal), sendo seus subtipos: Paranoide, Desorganizado, Catatônico, Indiferenciado e Residual. Neste espectro, se inclui Esquizofrenia, outros Transtornos Psicóticos e transtorno da personalidade esquizotípica.

Entretanto, em que pese os delírios e as alucinações serem considerados como os principais sintomas da doença, segundo Leal e col. (2014), estes, não são os principais critérios para o diagnóstico da esquizofrenia. Estes autores afirmam que, ao contrário das tradições que embasam os manuais (DSM-V, 2014), a psicopatologia fenomenológica considera que tais manifestações clínicas são tardias, em se considerando o processo de adoecimento esquizofrênico. Os mesmos autores revelam fatos a partir da narrativa de indivíduos com experiência do adoecimento nesta condição, e ressaltam que:

> Considerando então a dimensão narrativa inerente à experiência humana, e que a esquizofrenia é uma condição na qual ocorre algum acidente na estrutura da consciência de si (self-awareness) que compromete a autorreflexão (ou insight) sobre a própria existência e perturba a constituição da identidade de si, pode-se inferir que as narrativas de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia estruturam-se e organizam-se também de um modo peculiar. Ou seja, se a narrativa é uma dimensão intrínseca à experiência, compartilhável em sentidos do senso comum, poder-se-ia dizer que uma espécie de transformação nos modos de narrar, compartilhar e compreender a experiência ocorre na condição esquizofrênica.

Segundo Sá Júnior e Souza (2007), o comprometimento cognitivo e funcional decorrente da evolução da esquizofrenia, representa um imenso desafio para o paciente, seus familiares e cuidadores, uma vez que promove déficits neuropsicológicos em atenção, memória de trabalho, aprendizado verbal e solução de problemas (por exemplo, comportamento social, performance no trabalho e atividades da vida diária). Ainda segundo estes autores, a tarefa de promover melhora no desempenho funcional na esquizofrenia é muito complexa.

A esquizofrenia representou 75,4% dos pacientes institucionalizados, numa pesquisa realizada por Silveira e cols. (2011). Segundo estes autores, a doença afeta o indivíduo na sua fase mais produtiva, sendo que vários aspectos da sua vida são atingidos, provocando o comprometimento do funcionamento social e ocupacional dos portadores e, consequentemente, de seu ambiente familiar que, por sua vez, pode representar um maior risco de comorbidades.

O suicídio é uma das principais causas de mortalidade entre pessoas que sofrem de esquizofrenia, com estimativas que variam em até 15%. Pacientes com esquizofrenia ocupam cerca de 50% de todos os leitos de hospitais psiquiátricos, correspondem a 16% de toda a população psiquiátrica que recebem algum tipo de tratamento e estimava-se que os gastos com esses pacientes nos Estados Unidos, em 2007, fossem de 50 bilhões de dólares por ano (KAPLAN e SADOK, 2007).

O discurso de resgate da cidadania, (re)socialização psicossocial, desinstitucionalização e inclusão social é consequência da segregação social promovida pelo modelo hospitalocêntrico. A loucura, com seu significado atual, tornou-se produto da sociedade excludente, sendo responsável pelos danos causados a seus portadores (BASTOS e JORGE, 2011), principalmente as pessoas com esquizofrenia.

Segundo o relatório mundial sobre a deficiência, publicado pela Organização Mundial de Saúde, a Associação Mundial de Psiquiatria vem realizando campanhas contra a estigmatização da esquizofrenia, que têm demonstrado a importância das intervenções de longo prazo, do amplo envolvimento multissetorial, e da inclusão daqueles que possuem tal condição (WHO, 2012). Entretanto, segundo Loch e cols. (2011), em uma pesquisa realizada durante o Congresso Brasileiro de Psiquiatria de 2009, com 1.414 de 6.000 psiquiatras, revelou-se que estes profissionais estigmatizam indivíduos com esquizofrenia e que, possivelmente, têm certa dificuldade de admitir este fato. Isto, pois, reforça a necessidade de campanhas antiestigma para também para os profissionais de saúde mental.

Uma revisão sistemática realizada por Silva e cols. (2012) revelou que a esquizofrenia, além ser, por si só um grande problema de saúde crônico, alia-se a outro grave problema de saúde pública: a baixa adesão ao tratamento por parte dessa clientela. Os autores ressaltam que esta é uma questão fundamental no desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental.

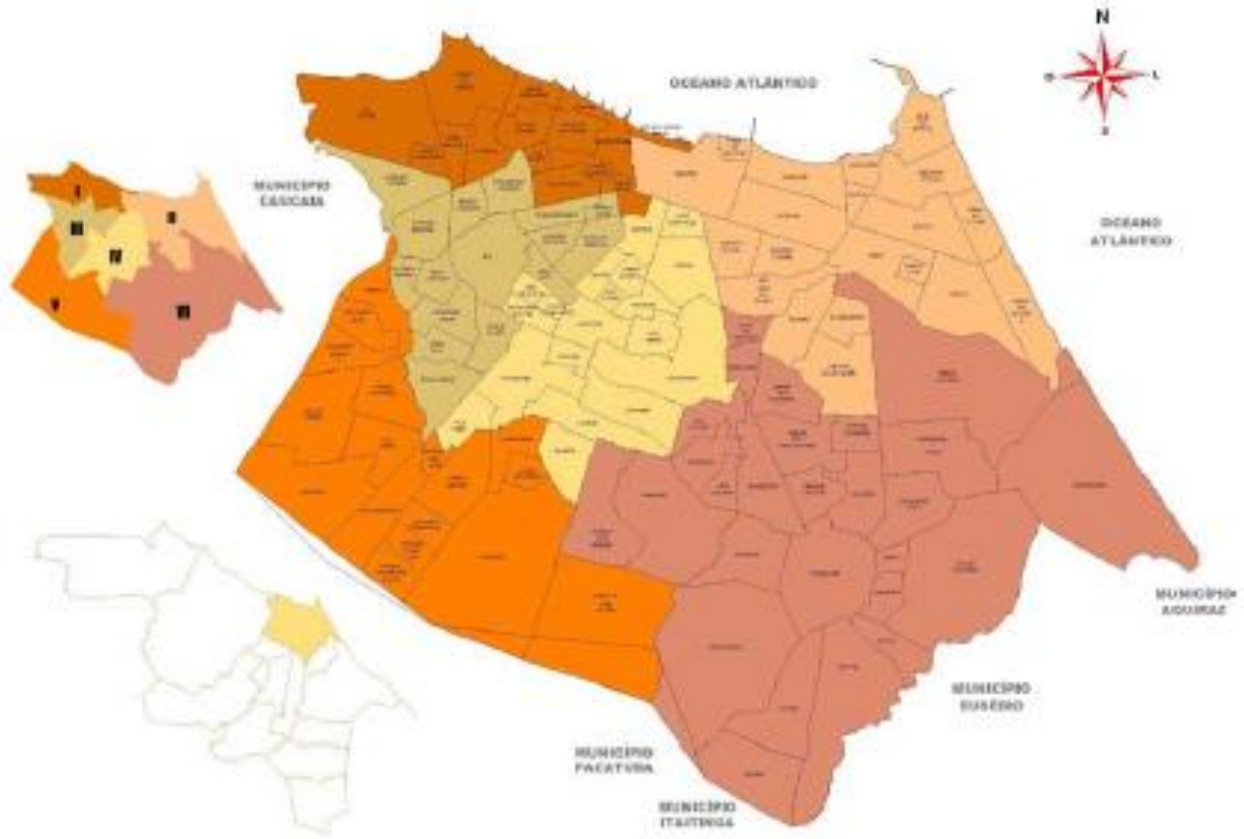
1.8. Atenção em Saúde Mental em Fortaleza

A proposta da RP, como já mencionado, consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade. A rede básica de saúde é o lugar privilegiado de construção dessa nova lógica de atendimento. O chamado "apoio matricial" propõe que os CAPS estejam na retaguarda das unidades básicas de saúde, fornecendo equipes de apoio ao diagnóstico e acompanhamentos dos casos passíveis de serem tratados na atenção básica (BRASIL, 2004).

O município de Fortaleza, segundo o Censo de 2014, dispõe de uma população de 2.571.899 habitantes (IBGE, 2014), e está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km². Limita-se ao norte com Oceano Atlântico, ao leste Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (Figura 1).

O município está dividido em seis Secretarias Regionais (SR), até 2013 denominadas Secretarias Executivas Regionais (SER), de acordo com o Quadro 01. Cada regional conta com uma Coordenadoria de Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Infraestrutura, dentre outras, bem como com a Coordenadoria de Saúde que é a responsável, administrativamente, pelas ações de saúde implementadas pela Secretaria Municipal da Saúde. O município conta ainda, para fins administrativos, com a Regional Centro, que não apresenta uma Coordenadoria de Saúde, estando estas ações vinculadas à Secretaria Regional II.

Figura 1 – Mapa da distribuição dos bairros por Secretarias Regionais de Fortaleza-Ce



Fonte: SMS/PMF/COVIS/CEVEPI

De acordo com o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006), que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, o Município de Fortaleza, através de seu Sistema Municipal de Saúde, é gerenciador da rede de atenção à saúde na sua área territorial. O município conta, no ano de 2016, com 108 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas nas seis Secretarias regionais, todas contempladas com equipes da Estratégia Saúde da Família, num total de 419 equipes, todas elas possuindo dentistas. Nesta organização, as UAPS contam, ainda, com 10 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), de acordo com a portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, onde cada equipe NASF, tipo 1, deve ficar vinculada a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes de saúde da família (BRASIL, 2012). Em Fortaleza, cada equipe de NASF abrange as áreas de mais de uma unidade básica e possui dentre as categorias profissionais: Assistente Social, Fisioterapeuta, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (FORTALEZA, 2013).

Quadro 01 – Nº de Bairros, população por bairro, Nº de UAPS, nº equipes da ESF e nº de cirurgiões-dentistas da ESF por regional – Fortaleza-Ce.

Secretaria Regional (SR)	Quantidade de bairros	População (Nº hab.)	Nº de UAPS	Nº equipes da ESF	Nº dentistas da ESF
SR I	15	381.675	13	67	34
SR II	21	381.149	12	46	40
SR III	17	378.154	17	67	46
SR IV	19	295.397	13	43	37
SR V	18	567.949	24	89	52
SR VI	29	567.575	28	107	83
TOTAL	119	2.571.899	107	419	292

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2016.

As UAPS devem trabalhar numa lógica de responsabilização pelo seu território, e têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho das equipes com as pessoas com transtornos mentais. As equipes e os serviços de saúde mental propriamente ditos devem trabalhar na lógica da responsabilidade compartilhada, com o estabelecimento do vínculo e do diálogo necessários.

Os CAPSs são parte da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza no que se refere ao processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de sofrimento e/ou transtornos mentais. Esta rede inclui, ainda, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centro de Convivência, Cooperativa Social e Consultórios de Rua. Estes equipamentos se afinam com as necessidades de atenção em saúde mental, no tocante às particularidades da população que apresenta transtornos mentais diversos e que necessitam de um cuidado e acompanhamento psicossocial mais próximo da equipe interdisciplinar deste serviço, no intuito de evitar crises e internações dos usuários que o acessam (FORTALEZA, 2013).

Fortaleza conta com cinco CAPS Tipo II e um CAPS tipo III, que se localizam na Secretaria Regional II, 2 CAPSi e 6 CAPSad. Os profissionais que compõem os CAPS possuem diversas formações e integram uma rede multiprofissional, de níveis superior e

médio, tais como: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, educadores físicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de pessoal administrativo, artesãos, educadores, equipes de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), conhecido como Hospital Mental de Messejana, faz parte da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e é referência para o atendimento em Psiquiatria no Estado. Integrante da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), o HSM dispõe de 180 leitos para internação e dispõe de dois hospitais-dia (Lugar de Vida e Elo de Vida), com 60 leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos e também um núcleo de atendimento à infância e à adolescência com quarenta leitos cada, assegurando assistência gratuita a seus pacientes em clínica psiquiátrica e reabilitação biopsicossocial multidisciplinar. É ainda campo de estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental. O atual Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto iniciou suas atividades em 1963. O "Hospital Colônia de Psicopatas" era estruturado como asilo, já que o convívio social com doentes mentais não era aceito pela sociedade. O hospital era, portanto, um asilo que chegou a contar com 400 leitos. Os pacientes chegam ao hospital por meio de três formas possíveis: internação voluntária, involuntária e compulsória (CEARÁ, 2016).

Este hospital é referência para o atendimento em Psiquiatria no Estado, sendo, também, regulador de leitos disponíveis para pacientes em crise. Além dos seus próprios leitos, este equipamento também referencia pacientes para mais duas instituições particulares conveniadas com o SUS: Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo e a Instituição Espírita Nosso Lar.

A estrutura organizacional do HSM é composta por uma Direção Geral, Direção Clínica, Direção Técnica e Direção de Ensino e Pesquisa, e conta com os seguintes serviços: Atendimento ambulatorial, atendimento em Psicoterapia, Hospital-Dia, Internação Psiquiátrica, Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência (NAIA) e o Serviço de Pronto-Atendimento (CEARÁ, 2016).

O referido hospital recebe pacientes de todo o Ceará, oferecendo atendimento de psiquiatria emergencial e ambulatorial, principalmente, além dos ambulatórios de neurologia, terapia ocupacional etc., onde são atendidos pacientes com transtornos mentais, com diferentes diagnósticos e graus de gravidade. O HSM conta ainda com um serviço de

Odontologia, que funciona três manhãs por semana, com profissionais vinculados a uma cooperativa, exclusivamente, para o atendimento de pacientes internados no hospital.

Sendo um hospital de referência na área de Saúde Mental, o HSM desempenha também, um valoroso papel na área de Ensino e Pesquisa, através da Residência Médica e do Centro de Estudos.

O Programa de Residência Médica do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM tem o objetivo geral de formar Médicos Especialistas na Área de Concentração em PSIQUIATRIA, buscando a excelência na assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais, em consonância com a missão da instituição, que é "Prestar atendimento interdisciplinar; promover atividades de ensino e pesquisa e aprimorar as técnicas de assistência em saúde mental, a fim de contribuir para a reabilitação biopsicossocial e reintegração dos portadores de transtornos mentais ao contexto sociofamiliar" (CEARÁ, 2016).

O Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – CEAP-HSM tem como objetivo promover, coordenar e divulgar as atividades técnico-científico-culturais, bem como promover o ensino e a pesquisa desenvolvidos no hospital, com vistas à formação e ao aperfeiçoamento dos profissionais e estudantes em atividades no HSM. O CEAP tem como finalidade principal a promoção e supervisão das diversas modalidades de ensino e treinamento e/ou a capacitação dos profissionais da instituição, bem como dos técnicos que compõem a rede de assistência à Saúde Mental no Ceará. O HSM mantém convênios junto às Universidades Públicas e Privadas do Estado, por meio dos quais cumpre a missão de Ensino e Treinamento em Serviço, sendo campo de estágio curricular (obrigatório e não obrigatório) para os estudantes de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Terapia Ocupacional. Na formação das profissões da saúde de nível técnico, o HSMM é campo de treinamento em serviço para a categoria de Técnico de Enfermagem (CERÁ, 2016).

A presente pesquisa, como qualquer outra realizada nas dependências do HSM, foi devidamente submetida à apreciação e concordância do Centro de Estudos, recebendo anuência da instituição para sua efetivação.

Finalmente, cita-se a Ouvidoria, que a exemplo de outras instituições públicas do Ceará, funciona como instrumento de gestão voltada para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS no Ceará, e é

responsável por acolher solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões dos cidadãos em relação aos serviços prestados, neste caso pelo HSM, além de fornecer informações e orientações em saúde.

1.9. Saúde Bucal e o paciente com esquizofrenia

A Declaração de Caracas (WHO, 1990), conforme já citado, recomenda a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária de saúde. Entretanto, segundo Jamelli e cols. (2010), os profissionais da Estratégia Saúde da Família se relacionam com os pacientes portadores de transtorno psíquico com a lógica da exclusão, sendo necessária a mudança de conceitos e de práticas.

A assistência ao paciente com transtorno mental segue as linhas gerais do atendimento ofertado aos pacientes com outros tipos de deficiência. Apesar da Constituição Federal garantir os direitos de todos os cidadãos brasileiros, segundo Castro e cols. (2010), a atenção às necessidades educacionais, de assistência social e de saúde dessa população era praticamente restrita a entidades filantrópicas e marcadas por práticas assistencialistas. Da mesma forma, assistência odontológica, até a alguns anos não apresentava base científica e era praticada como forma de caridade.

Ainda de acordo com Castro e cols. (2010), a ineficiência da assistência odontológica aos pacientes com necessidades especiais, pode ser atribuída a diversos fatores tais como: informações inadequadas quanto às condições e necessidades de saúde bucal dos pacientes, falta de conhecimento e despreparo dos profissionais para o atendimento destes, negligência do tratamento odontológico pelos serviços de saúde e descrédito por parte de cuidadores e responsáveis a respeito da saúde bucal dos pacientes.

Em muitos casos, as atitudes de alguns profissionais frente aos pacientes com necessidades especiais refletem questões presentes na formação escolar, nos contatos sociais, e no preconceito contra a diferença. Na maioria das vezes, o ensino odontológico envolve apenas o atendimento regular, não preparando os discentes para prestar um bom atendimento ao paciente diferenciado (COSTA, 2014).

Existem relatos de profissionais ~~da~~ das equipes de saúde bucal de Fortaleza, nos quais estes reconhecem fragilidades em sua formação profissional, uma vez que a maioria vivenciou poucas (ou nenhuma) atividades e/ou atendimentos às pessoas com deficiência no

curso de graduação; revelam, ainda, que um pequeno percentual de CDs que se acharam preparados para oferecer uma adequada atenção odontológica a estes pacientes (SOUSA, 2011; ROCHA, 2012). Isso parece ser uma realidade generalizada no âmbito da formação profissional.

Pereira e cols. (2010) afirmam que um dos maiores desafios do tratamento odontológico dos pacientes com deficiência é o manejo do comportamento, entretanto, esse comportamento da maioria dos pacientes com incapacidade física e/ou mental pode ser controlado no consultório com o auxílio dos pais ou responsáveis.

As pessoas com necessidades especiais podem apresentar risco elevado para as patologias bucais quando apresentam dificuldade na higienização local, na mastigação, por fazerem uso de dieta pastosa e/ou rica em açúcares, por utilizarem medicamentos adocicados ou que diminuem o fluxo salivar (CARVALHO e ARAÚJO, 2004). Ainda segundo estes autores, os mais comprometidos são os portadores de doença mental, considerados de alto risco, principalmente para a doença periodontal.

Corroborando com a afirmação acima, Jamelli *et al* (2010) asseguram que portadores de transtornos psíquicos, em geral, são acometidos por várias alterações bucais, sendo que a gravidade com que tais alterações estão presentes, neste grupo de pacientes, deve-se a uma associação de fatores. Entre esses fatores, destaca-se a falta de hábitos de higiene, danos psicomotores, ocasionando dificuldades na coordenação motora para a realização da higiene, diminuição do fluxo salivar devido ao uso de medicamentos e dificuldade de acesso a serviços odontológicos.

A grande maioria dos pacientes com deficiência pode, e deve ter o seu atendimento odontológico solucionado no âmbito da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde (PEREIRA e cols., 2010; MARTA, 2011). Ao constatar impossibilidade da prestação de serviço neste nível de atenção o paciente será encaminhado para o atendimento de referência. A Portaria número 599/GM, de 23 de março de 2006 define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e estabelece que todo CEO deve realizar atendimentos a pacientes com deficiência.

O encaminhamento para o CEO deverá ser feito somente após tentativa de atendimento por parte da atenção primária, devido aos transtornos causados pelas filas de esperas e deslocamentos dispendiosos, que podem culminar em desistência por parte dos usuários e ou/cuidadores. É mister enfatizar que a ESF tem sua responsabilização com a

atenção a estes pacientes, no âmbito da saúde bucal, no qual o encaminhamento para a atenção secundária – Pacientes com Necessidades Especiais – só deverá ser feito, nos casos em que esta capacidade seja extrapolada, após tentativas de atendimentos infrutíferas.

A adequada avaliação realizada nos CEO's determinará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral (BRASIL, 2006; PEREIRA e cols., 2010; MARTA, 2011).

A predominância de tratamento sob anestesia geral em pacientes com idade adulta pode estar relacionada ao fato de que o paciente especial, nesta fase, aumenta em tamanho e força física a um ponto que, a execução das técnicas de manejo comportamental (pré-medicação e contenção física) não consiga fazer o controle necessário para que o profissional consiga realizar os procedimentos, tendo o risco de acidentes por movimentos involuntários (CASTRO e cols., 2010).

Marta (2011), afirma que os procedimentos sob anestesia geral têm sua indicação para pacientes com deficiência mental moderada e severa, com o cognitivo baixo e comportamentos agressivo ou involuntário, ou ainda, comprometimentos gerais que impossibilitem o atendimento ambulatorial. Destacam-se aqui os pacientes com desordens psíquicas e graves distúrbios de conduta, portadores de doenças sistêmicas e com necessidade de tratamento odontológico acumulada, com antecedentes alérgicos aos anestésicos locais, com convulsões em salvas, náusea excessiva (quando estimulado).

Uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (MEDLINE e SCIELO), entre os meses de abril e junho de 2015, com os descritores – acesso, pacientes com necessidades especiais (PNE), pessoas com deficiência, saúde bucal, Estratégia Saúde da Família, transtornos mentais e esquizofrenia – demonstraram que: 1. Existe um grande número de artigos que tratam da qualidade de saúde bucal de pessoas com deficiência, pessoas com necessidades especiais (PNE), e pacientes com transtorno mental moradores de instituições terapêuticas, comparando-a com pessoas sem essas condições; 2. Poucos artigos tratam do acesso de pessoas com deficiência/PNE de uma maneira geral, à atenção em saúde bucal; 3. Também são limitados os artigos que se referem aos cuidados oferecidos aos pacientes com transtornos mentais/esquizofrenia na atenção primária; 4. Apenas um artigo investigou o acesso de pessoas com transtornos mentais (moradores de residência terapêutica) à saúde bucal; 5. Também, um artigo comparou o nível de higiene bucal de pacientes com transtornos mentais antes e após um breve programa de educação em saúde (técnicas de

escovação); 6. Não foi encontrado nenhum artigo que focasse o acesso de pacientes com esquizofrenia/transtornos mentais à atenção em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, levando-se em conta a proposta de desinstitucionalização destes pacientes, como se propõe este trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Averiguar o acesso à atenção em Saúde Bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia, no âmbito da Atenção Primária, no município de Fortaleza-Ceará.

2.2. Específicos

a) Investigar o grau de satisfação de pacientes com esquizofrenia e/ou seus cuidadores, em relação ao acesso à atenção à saúde bucal oferecida na Estratégia Saúde da Família em Fortaleza – Ceará;

b) Identificar a formação e capacidade/competência técnica autorreferida dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ce, para o cuidado, o atendimento e a resolutividade às demandas dos pacientes com esquizofrenia.

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para Prodanov e Freitas (2013), se partirmos da concepção de que método é um caminho para alcançar um determinado fim e que o conhecimento é a finalidade da ciência, logo o método científico é um conjunto de procedimentos adotados com o propósito de atingir o conhecimento. Ainda para este autor, método científico é a forma de abordagem, é o conjunto de processos ou operações mentais, em nível de abstração dos fenômenos, empregados para a realização de uma pesquisa.

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em duas etapas: a primeira, com os pacientes com esquizofrenia e/ou seus cuidadores, atendidos no Hospital Mental de Messejana em Fortaleza-Ce; e a segunda, com os cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Com relação aos procedimentos adotados para o estudo do objeto, foi uma pesquisa descritiva e analítica, em que a descrição do objeto é feita por meio de levantamento de dados (Barros e Lehfeld, 2010). A pesquisa descritiva, segundo Prodanov e Freitas (2013), observa, registra, analisa e ordena os dados, sem a interferência do pesquisador.

3.2. Local do Estudo

A pesquisa com os cirurgiões-dentistas foi realizada, com visitas aleatórias às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza. Os profissionais pesquisados foram, proporcionalmente, divididos por regional.

A segunda parte do estudo se concentrou, por conveniência, no Hospital de Saúde Mental de Messejana, com o intuito de se identificar e entrevistar os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e/ou seus cuidadores, ali atendidos. Este hospital foi, intencionalmente, escolhido para ser o local desse estudo, por ser o maior, o mais antigo e o único hospital totalmente público que presta assistência aos pacientes com transtorno mental, em Fortaleza.

3.3. Sujeitos do Estudo

Diante dos objetivos propostos para este estudo, a pesquisa teve duas fases. Foram sujeitos desta pesquisa, os cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, das unidades de atenção primária à saúde do município.

Adicionalmente, foram também sujeitos desta pesquisa, os pacientes com esquizofrenia e ou seus cuidadores, usuários do Sistema Único de Saúde, acompanhados no Hospital de Saúde Mental de Messejana, Fortaleza-Ceará.

3.4. Amostra do Estudo

Para a identificação da amostra de cirurgiões dentistas da ESF, realizou-se um cálculo amostral aleatório simples, com erro amostral de 5% e nível de significância de 95%, num universo de 290 profissionais (números da época de elaboração do projeto), obtendo-se o resultado de 160 dentistas a serem pesquisados.

Foram excluídos deste estudo cirurgiões dentistas que estejam no serviço público do município de Fortaleza há menos de um ano. Assim como no caso dos pacientes e ou seus cuidadores, os cirurgiões dentistas foram selecionados de forma aleatória, mas observando-se a proporcionalidade destes com a divisão dos cirurgiões dentistas nas regionais do município, à época do cálculo, conforme Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Amostra de profissionais proporcional ao universo por regional

Secretaria Regional (SR)	Nº dentistas da ESF	Perc. Dent. por regional	Amostra por regional
SR I	33	11,3%	18
SR II	42	14,4%	23
SR III	48	16,5%	26
SR IV	37	12,7%	20
SR V	51	17,5%	29
SR VI	79	27,2%	44
TOTAL	290	100%	160

Fonte: Elaborado pela autora

A Rede de Saúde Mental de Fortaleza não dispõe de levantamento a respeito do número de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Apesar da existência dos prontuários, a

falta de um sistema de informação destes prontuários não permite que se precise o número exato de pacientes, de acordo com cada diagnóstico, atendidos nos CAPS e no Hospital de Saúde Mental em Fortaleza. Adicionalmente, não há dados demográficos precisos sobre a prevalência de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia no município.

Desta forma, dados de prevalência mundiais foram utilizados para o cálculo amostral da presente pesquisa. Partindo-se da informação de que a prevalência de esquizofrenia é de 1% da população mundial (KAPLAN e SADOK, 2007; SILVA e cols., 2012), e de que Fortaleza possui 2.571.899 habitantes (IBGE, 2014), tem-se, teoricamente, cerca de 25.000 pessoas com esquizofrenia no município de Fortaleza. O cálculo amostral aleatório simples, com nível de confiança de 90% e erro amostral de 10%, demonstra que, dentro deste universo, deveriam ser entrevistados 96 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e ou seus cuidadores. A estes foi aplicada uma entrevista baseada em um questionário semiestruturado.

Foram excluídos deste estudo, pacientes de outros municípios que estejam em tratamento em Fortaleza; pacientes que se recusem a participar, bem como os que estejam sem condições de responder à entrevista, considerados em crise pelo serviço. Foram considerados "cuidadores" para fins de entrevista, as pessoas que tinham acompanhado os pacientes em mais da metade de suas consultas, ou de suas idas aos serviços de saúde, no último ano, mostrando que estes acompanhantes tinham conhecimento da história clínica, bem como das necessidades de saúde dos pacientes.

3.5. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através em uma entrevista baseada em questionário, pois segundo Barros e Lehfeld (2010), a utilização desta torna-se mais valiosa na realização de pesquisas com enfoques mais descritivos e ou quantitativos.

A própria pesquisadora, além de três bolsistas de iniciação à pesquisa que ajudaram na primeira fase do estudo, realizou visitas institucionais para a localização dos participantes, de acordo com as suas disponibilidades. Dois questionários foram utilizados – um direcionado aos pacientes e ou cuidadores do Hospital Mental de Messejana, e outro aos ~~a~~ cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, de acordo com os objetivos do trabalho –

abordando aspectos relacionados à construção do perfil dos entrevistados, bem como fatores que identifiquem as questões relacionadas ao objeto de estudo.

Para os profissionais, foi elaborado um questionário com informações sociodemográficas, além do enfoque nas questões relacionadas ao processo de organização e atenção em saúde bucal aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, na atenção primária. Tal abordagem levou em conta: formas de acolhimento, organização de agendas, prioridades, disponibilidade e preparo técnico para o atendimento a este público, educação permanente, atuação do NASF e humanização em relação às demandas de saúde bucal desta clientela etc. (APÊNDICE 1). Esta fase ocorreu de janeiro a agosto de 2016.

Para os pacientes, além de dados sociodemográficos, o questionário abordou questões relativas ao seu acesso à saúde bucal na atenção primária em Fortaleza: satisfação com o acolhimento, humanização dos atendimentos, sua resolutividade, referências para a atenção secundária, possíveis barreiras organizacionais etc. (APÊNDICE 2).

A coleta de dados desta fase da pesquisa deu-se entre os dias 22 de abril e 26 de agosto de 2016, sendo realizada na sala de espera do ambulatório de atendimento aos pacientes com esquizofrenia e aos pacientes do ambulatório de Psicoses de Difícil Controle (PDC) do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – CEAP-HSM.

Após contato prévio, necessário para as devidas autorizações para o acesso às dependências do hospital e para a realização da presente pesquisa, foram feitas, durante este período, 25 visitas à instituição para a coleta dos dados. Cerca de 281 pacientes foram identificados durante toda a pesquisa. Entretanto, nem todos os pacientes foram entrevistados. Isto se deveu, principalmente, à demora na entrevista realizada, pela própria pesquisadora (muitos eram atendidos pelos médicos e eram liberados antes de serem entrevistados). Além disso, parte dos pacientes relacionados (40, 14,3%) foi eliminada pelos critérios de exclusão.

3.6. Organização e Análise de Dados

Segundo Barros e Lehfeld (2010), o objetivo desta fase do projeto é sumariar, classificar e codificar as observações feitas e os dados obtidos, além de analisá-los estatisticamente. Na análise, segundo Prodanov e Freitas (2013), o pesquisador aprofunda-se

nos detalhes dos dados tabulados estatisticamente, a fim de conseguir respostas para os seus questionamentos, procurando estabelecer relações entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas.

Os dados foram organizados em tabelas e quadros construídos com base nas informações obtidas dos questionários aplicados junto aos sujeitos, e foram discutidos baseados na literatura revisada para a pesquisa.

Os dados coletados foram analisados em base eletrônica, utilizando Software para análise estatística STATA 14.0.

3.7. Aspectos Éticos

Segundo Polit e cols. (2004), o relatório de Belmonte articulou três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: princípio de beneficência (defende o sujeito acima de tudo, não causar dano); princípio de respeito à dignidade humana (inclui o direito à autodeterminação – os sujeitos têm o direito de decidir, voluntariamente se querem ou não participar de um estudo, o direito à revelação completa – abrange os direitos que as pessoas têm de tomar decisões autorizadas acerca de sua participação em um estudo); e o princípio da justiça (inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo), além do direito à privacidade.

Em relação aos aspectos éticos desta pesquisa, no estudo quantitativo, como em outras abordagens, o respeito ao anonimato e o sigilo são, particularmente, importantes. Precauções foram tomadas com a finalidade de proteger a identidade de todos os entrevistados, sendo os seus direitos preservados de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – considerando o disposto na resolução 196/96, deste mesmo Conselho, que impõe revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética (BRASIL, 2012), que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. No tocante à abordagem com os sujeitos, estes foram, devidamente, respeitados considerando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Ainda segundo esta mesma resolução "o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos (TCLE – APÊNDICES 3 e 4), indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa".

É importante ressaltar a particularidade da pesquisa com seres humanos, no tocante à questão da incapacidade, que se aplica a alguns portadores de transtornos mentais, como é o caso dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. A resolução supracitada refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

Este projeto foi apresentado à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, sob o processo nº P688910/2015, obtendo em 31 de julho de 2015, licença para pesquisar nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município (ANEXO 01). Também foi submetido à aprovação dos Centros e Estudos do Hospital de Messejana, Fortaleza-Ce, para análise de viabilidade, obtendo o Termo de Ciência e Concordância da pesquisa de nº 27/2015, em 18 de novembro de 2015 (ANEXO 02).

Finalmente, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, para apreciação, aprovado sob o parecer nº 1.361.774 de 10 de dezembro de 2015, seguindo suas recomendações (ANEXO 03).

4. RESULTADOS

Esta pesquisa foi realizada em duas etapas, conforme os seus objetivos, sendo a primeira delas com dentistas da ESF das seis Secretarias Regionais de Fortaleza, e a segunda com pacientes com esquizofrenia e/ou seus cuidadores, acompanhados no ambulatório de Esquizofrenia e de Psicoses de difícil controle, do Centro de Estudos do Hospital de Saúde Mental de Messejana, em Fortaleza.

4.1. Resultados descritivos da pesquisa com profissionais

Na primeira etapa, foram entrevistados 162 profissionais cirurgiões-dentistas da ESF, lotados em 68 (62,9%) das 108 atuais Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza. Estes, atualmente trabalham com carga horária de 40 horas semanais – 32 horas de assistência, sendo quatro turnos de seis horas e dois turnos de quatro horas – e 8 horas destinadas à educação permanente. Respeitados os critérios de exclusão, o número de participantes ficou distribuído conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos cirurgiões - dentistas da ESF- Fortaleza-CE, por regional.

Secretaria Regional	Unidades de Saúde	n° de dentistas lotados	n° de dentistas responderam pesquisa	% de dentistas responderam pesquisa
I	14	34	18	11,1
II	12	40	24	14,8
III	17	46	26	16
IV	13	37	19	11,7
V	24	52	30	18,6
VI	28	83	45	27,8
Total	108	292	162	100

Fonte: elaborado pela autora

Traçando-se um perfil sociodemográfico destes profissionais (Tabela 3), tem-se: a idade média de 40,3 (DP±7,3) anos, variando entre 29 e 67 anos; a imensa maioria é do sexo feminino: 115 (70,9%); 80 (49,3%) profissionais se declaram brancos e 76 (46,9%) se declaram pardos; a grande maioria dos pesquisados (n = 123) se diz professar a religião católica, o que equivale a 78,3% dos entrevistados; 74,2%, ou seja, 118 profissionais são naturais da capital (sendo 02 de outra capital); de 161 respondentes, 123 (76,3%) são casados, o que corresponde à grande maioria; apenas 160 declararam o tempo de formado, sendo o tempo médio de 16,8 anos (DP±6,8); a média de tempo de atuação na ESF são 10 anos (DP±4,2); 115 (71%) deles se formaram em faculdade pública; com relação à escolaridade, 11 (6,8%) têm apenas a graduação; a imensa maioria tem especialização 126 (77,8%); 14,8% (n = 24) dos profissionais fizeram mestrado. Com relação ao regime jurídico do vínculo empregatício, somente 158 responderam, sendo a imensa maioria, servidor público concursado (n = 156; 98,7%); finalmente, somente 155 profissionais declararam sua renda mensal, verificando-se que 152 (97,9%) ganham acima de cinco salários mínimos por mês.

Com relação à pós-graduação, as especializações em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Saúde Pública e Residência em Saúde da Família somam juntas 39,7%, ou 50 dos entrevistados especialistas (126). Quarenta e sete deles (37,3%) disseram ter especializações na área clínica, e dentre estes, somente um (2,1%) relata Especialização em Paciente com Necessidade e Especiais. Dos 24 que se declaram mestres, somente 4 (16,7%) o fizeram na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva (Tabela 02).

A Tabela 04 mostra os achados sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos cirurgiões-dentistas da ESF, em relação à atenção em Saúde Bucal, oferecida aos pacientes com esquizofrenia em Fortaleza-Ceará. Nela, ressalta-se que 93 (58,1%) dos profissionais realizam atividades clínicas e ações coletivas; 156 (96,8%) afirmaram a interrupção do serviço no último ano, ou por falta de insumos ou por falha nos equipamentos, ou por ambos os motivos.

Apenas 13 (24%), de 54, referiram realizar visita domiciliária e 18 (33,3%) fazem acolhimento na área de abrangência (Tabela 04).

Perguntados sobre a priorização de algum tipo, ou grupo de pacientes, 159 (98,1%) disseram sim, sendo os mais contemplados o grupo das gestantes (92,2%; n = 153), seguidos dos diabéticos (n = 78; 49%), os hipertensos (n = 48; 30,1%) e os idosos (25,7%; n = 41). Os pacientes com necessidades especiais foram citados como prioridade para 24 (15%)

dos profissionais neste bloco. Ressalte-se que alguns profissionais citaram mais de uma prioridade, o que determina mais de 100% do total (Tabela 04).

No tocante à organização das agendas, considerando as prioridades citadas por eles próprios, 158 (97,5%) dos 162 se manifestaram, podendo, aqui também, escolherem mais de uma modalidade: livre demanda foi selecionada por 56 (35,4%); acolhimento na área de abrangência foi citado por 63 (39,8%); acolhimento na UAPS foi mencionado por 69 (43,6%); 50% (79 profissionais) citaram o encaminhamento por outros membros da equipe de saúde da família, de acordo com a Tabela 04.

Somente 11(6,7%), dos 162 profissionais responderam afirmativamente, quando questionados sobre terem tido alguma disciplina ou capacitação para o atendimento de pacientes com transtorno mental, durante a graduação. Oitenta e três (51,2%) dos 162 disseram terem atendido algum paciente com esquizofrenia, na sua atuação como dentista da ESF.

Perguntados sobre o que achavam do paciente com esquizofrenia ser atendido na ESF, 158 (97,%) deram alguma resposta, sendo as mais expressivas: é normal, pois é um paciente como outro qualquer, para 56 (35,4%) dos respondentes; para 38,6% (61), este paciente precisa de cuidados especiais; 35 (22,1%) deles acham que se tentar, dá para atender.

Que tipo de atenção você dedica ao paciente com esquizofrenia, foi uma questão respondida por 154 (95%) dos profissionais entrevistados, sendo também possível, escolher mais de uma opção. Quarenta e sete de 154 disseram realizar o exame clínico e a orientação de higiene bucal ao paciente e cuidadores, o que equivale a 30,5% dos que responderam à questão; a maioria, 118 profissionais (76,6%) relataram realizarem o exame clínico e o tratamento possível. Somente 13 pessoas, ou seja, 8,4% disseram realizar as Visitas Domiciliárias (VD) solicitada pelo(a) ACS.

A pergunta sobre qual o tratamento é possível realizar em um paciente com esquizofrenia, foi respondida por 155 pessoas (95,6%), em que a grande maioria, 74,8% (n = 116) respondeu que é possível fazer qualquer tratamento da Atenção Básica, desde que o paciente colabore.

Quando perguntados sobre a existência de qualquer assistência odontológica ao paciente com transtorno mental/esquizofrenia, na UAPS, 99,3% (161) deram alguma resposta: 33 (20,4%) disseram sim e 128 (79,5%) disseram não, ainda conforme a Tabela 04.

Solicitados a avaliarem o Acolhimento de suas UAPS aos pacientes com esquizofrenia, somente 143 (88,2%) responderam: 53% (76) acham ruim e regular, enquanto bom e ótimo somam juntos 46,7%, sendo a opinião de 67 pessoas. Em contrapartida, 111 (73,5%) pessoas de 151 acham que sim, a UAPS dá acesso ao paciente com esquizofrenia, contra 41 (27,1%) que acha que não, a unidade não dá acesso a este tipo de paciente (Tabela 04).

Perguntados sobre o que seria necessário para capacitar as equipes de saúde bucal para o atendimento desta clientela, 145 (89,5%) se manifestaram. Para 63,4% deles, um curso ou capacitação na área de saúde mental seria suficiente, o que representa a opinião de 92 profissionais (Tabela 04).

Um total de 134 (97,8%), de 137 dentistas, responderam não, quando questionados se existia algum trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), direcionados aos pacientes com transtorno mental/esquizofrenia, nas suas UAPS (Tabela 04).

Foi perguntado ao profissional se ele já havia encaminhado algum paciente com esquizofrenia para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Dos 157 que responderam, somente 39 (34,8%) disseram sim. Estes foram convidados a avaliar a resolutividade deste equipamento, mas somente 33 o fizeram: ótimo e bom foram as avaliações de 18 pessoas, totalizando 54,3% dos que responderam; nove (23%) pessoas avaliaram como regular, contra apenas seis (15,3%) que avaliaram como ruim e péssimo a resolutividade do CEO (Tabela 04).

Quando perguntados o que achavam da AB ser coordenadora do cuidado em saúde, 159 (98,1%) profissionais se manifestaram. Para os que acham correto, pois os pacientes são de sua área de abrangência e sua responsabilidade, equivalem a 44% (n = 70). Os que acham correto, mas impossível pelas inúmeras demandas a eles atribuídas, são apenas 13 (8,1%). Já para 73 deles, que equivale a 45,9%, isso é importante, mas acham o serviço fragmentado e sem comunicação entre os níveis de atenção (Tabela 04).

Ainda de acordo com a Tabela 04, quando questionados sobre os deslocamentos impostos aos pacientes com transtorno mental, encaminhados ao CEO, 141 (87%) se posicionaram da seguinte forma: não acham que seja incômodo (13 pessoas, 9,2%); incômodo, mas necessário, para 72 deles (51%, já que não dá para atender na AB); e 25 (17,7%) nunca atentaram para o fato desse deslocamento ser um transtorno ou não, para os pacientes. Além disso, 10 pessoas se manifestaram dizendo que só se deve encaminhar o

estritamente necessário (23,2%), enquanto 22 (51,1%) pessoas apontaram que acham incômodo, mas muitas vezes necessário, se não der para atender na AB.

Finalmente, quando convidados a avaliarem – atribuindo uma nota de zero a 10 – à resolutividade da atenção em Saúde Bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia, na ESF, somente 13 (81,4%) dos 162 profissionais, se manifestaram, atribuindo uma nota média de 5,8 (DP±2,2) (Tabela 04).

4.2. Resultados analíticos da pesquisa com os profissionais (Tabela 07)

O cruzamento entre os achados da pesquisa realizada com os profissionais demonstrou significância estatística entre uns, e tendência entre outros.

Houve significância estatística, no cruzamento das seguintes variáveis;

- os profissionais que fizeram alguma capacitação/disciplina relacionada a pacientes com transtorno mental, durante a graduação e os que se importam com a questão do deslocamento imposto a estes pacientes com o encaminhamento (Teste Qui-quadrado, $p < 0,0001$);

- as pessoas que acham correto o fato da AB ser responsável pela coordenação do cuidado em saúde, e as que disseram ter conhecimento de que o atendimento odontológico dos pacientes com transtorno mental deve ser assegurado na AB (Teste Qui-quadrado, $p = 0,003$);

- profissionais que afirmam ter o conhecimento de que o tratamento odontológico deve ser assegurado na AB, e as que avaliaram, positivamente, a resolutividade da atenção em saúde bucal, oferecida a estes pacientes (Teste t independente, $p = 0,0013$);

Existe uma tendência no cruzamento dos achados entre as seguintes variáveis:

- os profissionais que realizam acolhimento na área de abrangência, e os que acham que o paciente com esquizofrenia ser atendido na ESF (Teste Qui-quadrado, $p = 0,01$);

- os profissionais que afirmam que suas unidades oferecem assistência odontológica aos pacientes com esquizofrenia e os que avaliam melhor o acolhimento das equipes de saúde bucal a estes mesmos pacientes (Qui-quadrado, $p = 0,007$);

- profissionais do sexo feminino e os que avaliam melhor a resolutividade da atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família (Teste t independente, (p = 0,067).

4.3. Resultados descritivos da pesquisa com pacientes

Observando-se os critérios de exclusão, dos 281 pacientes abordados, cinco (1,7%) tinham outro diagnóstico, 21 (7,4%) eram de outros municípios, 12 (4,2%) pacientes e/ou cuidadores se recusaram a responder o questionário e dois (0,7%) tinham um acompanhante eventual, ou seja, os acompanhantes não tinham conhecimento do histórico de busca do paciente por serviços de saúde. Importante notar que a partir de um determinado ponto da pesquisa, os pacientes começaram a se repetir, limitando o escopo dos pacientes a serem entrevistados.

Desta forma, só foram colhidas informações de 100 pacientes, sendo fornecidas por eles próprios em 25% (25 pacientes) dos casos, pelas mães em 42% (n = 42), por irmã/irmãos em 19% (n = 19).

A Tabela 05 apresenta o perfil sociodemográfico dos pacientes com esquizofrenia atendidos no ambulatório do Centro de estudos no Hospital de Messejana, que se encontra assim caracterizado: 30 (30%) deles moram na regional VI; a idade média destes pacientes é de 35,7 anos (DP±11,7); 67 (67%) são do sexo masculino; 60% (60) se disseram pardas; 50 (50%) pessoas disseram professar a religião católica; são nascidas na capital, 74 (74,7%) dos entrevistados; a imensa maioria dos pacientes, 84 (84%), é solteira e a média do número de filhos é de 0,5 filho por pessoa, com uma variação de zero a sete (DP± 1,1).

Ainda de acordo com a Tabela 05, e agora com relação à escolaridade, o perfil dos entrevistados tem uma variação que vai do não alfabetizado (n = 5; 5%) ao pós-graduado (n = 1; 1%), sendo a maior prevalência dos que têm o ensino fundamental incompleto (n = 33; 33%). Somente 39 (39%) das 100 pessoas entrevistadas afirmaram ter alguma profissão, em que foram declaradas 19 ocupações diferentes; e, finalizando, somente 76 pessoas (76%) revelaram sua situação com relação à renda mensal, na qual 5 pessoas (6,7%) se declararam sem renda, a maioria declarou uma renda de até um salário mínimo, enquanto os que assumiram receber acima de um salário mínimo somaram juntos 13 pessoas (17%).

A Tabela 06 mostra as atitudes e práticas dos pacientes com esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, com relação à sua Saúde Bucal, bem como as suas percepções acerca da atenção em Saúde Bucal que lhes é oferecida, na Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza. Quando perguntados se já tinham ido ao dentista alguma vez na vida, 95 pacientes (95%) responderam sim. Da mesma forma, a grande maioria respondeu sim 67 (69%) quando indagados se haviam procurado o dentista nos últimos dois anos, contra 30 (30,9%) que disseram não. Perguntados pelo motivo da consulta, as consultas de rotina equivalem a 62,1% (n = 41).

Quando questionados sobre quais serviços odontológicos eram utilizados pelos pacientes, numa situação em que os respondentes (n = 66) poderiam escolher mais de uma opção, as respostas ficaram assim distribuídas: 41 (62,1%) utilizam a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS/Posto); 18 (27,2%) utilizam o serviço particular; 16 (24,2%) disseram ter plano de Saúde odontológico (Tabela 06).

Quando perguntados se já haviam procurado a UAPS próximo de casa para realizar tratamento odontológico, 58 pessoas (58%) responderam que sim. A questão sobre o acolhimento dessas unidades teve 89 (89%) respondentes, na qual 59 pessoas (59,2%) se disseram bem acolhidos, enquanto 30 (33,8%) não se sentem bem acolhidos na UAPS perto de casa. As causas para esta sensação de não acolhimento foram inerentes ao serviço em 70% dos casos. Por outro lado, quando indagados se já tinham sido maltratados ou discriminadas na unidade de saúde, das 92 pessoas que responderam, a imensa maioria, 82 (89,1%), responderam que não, contra apenas 10 pessoas (10,8%) que responderam afirmativamente (Tabela 06).

Ainda na tabela 06 observa-se que, a pergunta que questiona se o agente comunitário de saúde (ACS) da área, já teria dado alguma informação sobre atendimento odontológico, na UAPS, foi respondida por 97 (97%) entrevistados. Destes, apenas 17, o que equivale a 17,5% disseram sim; 46 (47,4%) disseram que não, enquanto 34 (35%) afirmaram não conhecer a(o) ACS. Perguntados se haviam conseguido tratamento odontológico na unidade de saúde perto de casa, a metade dos que procuram esse atendimento, 58 pessoas, disseram que sim, 29 (50%). Motivos intrínsecos ao serviço, como “muita burocracia” e “falta de vagas”, foi a justificativa para 27 (93,1%) das 29 pessoas que não conseguiram o atendimento.

Aos pacientes que conseguiram atendimento odontológico perto de casa, 29, foi perguntado como conseguiram o agendamento para o tratamento, ao que a grande maioria (n = 23; 79,3%) relatou ter sido no acolhimento diário, realizado dentro da unidade de saúde. Dos 29, 12 (41,3%) conseguiram atendimento somente de urgência, apenas 12 (41,3%) conseguiram o tratamento completo.

Trinta e três pessoas (33%) responderam à pergunta "Você conseguiu resolver seu problema de saúde bucal na UAPS próximo à sua casa?". Destas, somente 10 (30,3%) disseram sim e 23 (69,7%) responderam que não. Dos que disseram não, somente 14 (42,4%) deram uma justificativa, sendo 12 (85,7%) por razões internas ao serviço (*e.g.* "tinha que ficar tentando", "faltou material" etc.); dois (14,2%) foram por razões externas ao serviço (*e.g.* "o paciente não voltou"/não deixou fazer" (Tabela 06).

A Tabela 06 também mostra que os muito insatisfeitos e insatisfeitos com a atenção em saúde bucal recebida na UAPS, somam juntos 37 pessoas (61,6%); os satisfeitos e muitos satisfeitos somam 23 pessoas, o que equivale a 25,3% das 60 pessoas que responderam a essa pergunta.

Perguntados sobre a necessidade de serem encaminhados para fazerem tratamento em outro local, 43 (43%) pacientes responderam, onde 21 (48,8%) disseram sim – para o CEO, em sua grande maioria (20 pessoas); e 22 (51,1%) disseram que não. Das 21 encaminhadas, 18 (85,7%) declararam que o outro serviço era muito longe de suas casas. Sessenta e duas pessoas (62%) se manifestaram quando indagadas se preferiam/gostariam de serem atendidas na UAPS perto de suas residências. 55 (88,7%) disseram que sim (Tabela 06).

A pergunta "Se não houve encaminhamento, você tentou atendimento em outro local?", foi respondida por 48 pessoas (48%), tendo como resultado: respostas sim, 40 (88,3% das pessoas) e respostas não, 8, equivalendo a 16,6% dos respondentes. Aos 40 que responderam sim, foi perguntado se a busca por outro serviço teria sido incômoda, obtendo resposta de 36 pessoas (75%). Dos 36, 17 (47,2%) referiam mais uma vez, a questão da dificuldade de deslocamento (Tabela 06).

Solicitados a classificar o atendimento no posto de saúde próximo de casa, comparando-o a outro local que tivesse sido atendido, somente 25 pessoas (25%) o fizeram: muito melhor/melhor, somam juntos 60% (15 pessoas); igual, equivale a 12% (3 pessoas); e pior/muito pior, equivale a 29% (sete pessoas) (Tabela 06).

Perguntados se tinham conseguido resolver seus problemas de saúde bucal no CEO, 27 (27%) pessoas se manifestaram. Das 27 pessoas, 18 (66,6%) conseguiram resolutividade e nove (33,3%) disseram não ter resolvido suas demandas de saúde bucal. Indagados sobre a razão, cinco (55,5%) pessoas referiram razões inerentes ao serviço e quatro (44,4%) alegaram motivos inerentes ao paciente (Tabela 06).

Ainda de acordo com a Tabela 06, a pergunta que investiga a opinião dos pacientes e/ou cuidadores sobre o diagnóstico de esquizofrenia ser impedimento para o tratamento odontológico ser realizado na UPAS perto de suas residências, foi respondida por 96 dos entrevistados (96%). A grande maioria (n = 79; 82,2%) não acha que sua condição de saúde seja impedimento para tal questão.

Interrogados se já tinham recebido algum serviço na unidade de saúde próximo à sua casa, 88 pessoas (88%) se manifestaram da seguinte forma: 42 (47,7%) disseram que sim e 46 (52,2%) responderam que não. Entretanto, aqui, o percentual total estará acima de 100%, pois os entrevistados poderiam apontar mais de um serviço. Desta forma, 22 (52,3%) disseram ter recebido serviços relativos à saúde bucal (*e.g.* orientações de higiene bucal, recebimento de kits de higiene bucal); 57 (135,7%) disseram ter recebido algum outro serviço na UAPS (*e.g*. consultas médicas, vacinas, farmácia, VD do ACS) (Tabela 06).

Finalmente, a Tabela 06 mostra a nota atribuída, pelos pacientes/cuidadores, à atenção em saúde bucal, a eles dispensada, pela equipe de saúde bucal da UAPS de sua residência. Com variação de zero a 10, os entrevistados deram nota média de 5,0 (DP±3,5).

4.4. Resultados analíticos da pesquisa com os pacientes (Tabela 08)

A Tabela número 08 apresenta os resultados dos cruzamentos de algumas variáveis. Houve significância estatística no cruzamento entre as seguintes variáveis:

- os pacientes que foram ao dentista, pelo menos uma vez na vida, e os que procuram este profissional na unidade mais perto de sua casa (Teste Qui-quadrado, $p = 0,081$);

- os pacientes muito satisfeitos e os satisfeitos, e os que conseguiram tratamento odontológico na UAPS perto de sua casa (Teste Qui-quadrado, $p \leq 0,001$);

- os pacientes insatisfeitos e os muito insatisfeitos e aqueles que não se sentem bem acolhidos na UAPS (Teste Qui-quadrado, $p \leq 0,001$);

- os pacientes mais satisfeitos com a atenção recebida e os que tiveram acesso a mais de um serviço, na unidade de saúde próximo à sua casa (Teste Qui-quadrado, $p \leq 0,05$).

Estatisticamente, houve uma tendência, nos resultados dos cruzamentos entre as seguintes variáveis:

- as pessoas de maior escolaridade e as que procuraram o dentista nos últimos dois anos (Teste Qui-quadrado, $p = 0,056$);

- os pacientes que procuraram atendimento odontológico perto de suas casas, e os que deram notas mais altas, quando da avaliação da atenção em saúde bucal, a eles oferecida na Estratégia Saúde da Família (Teste t independente, $p = 0,057$);

- os pacientes que conseguiram atendimento odontológico na unidade perto de casa e os que fizeram uma melhor avaliação do serviço (Teste t independente, $p = 0,001$);

- pacientes do sexo feminino e os que deram notas mais altas, quando solicitadas a avaliar a atenção em saúde bucal que receberam Teste t independente ($p = 0,0261$);

- pacientes que se consultaram com o dentista, nos últimos dois anos e os que deram a notas mais altas nesta mesma avaliação (Teste t independente, $p = 0,093$);

- os que se sentem bem acolhidos na UAPS e os que avaliaram positivamente, a atenção oferecida pelas equipes de saúde bucal, nas unidades de saúde (Teste t independente, $p = 0,009$);

- os que tiveram alguma dúvida esclarecida pela equipe de saúde e os deram notas melhores (Teste t independente, $p = 0,069$);

- as pessoas que se dizem muito satisfeitas com a atenção recebida pelas equipes de saúde bucal, e as deram melhores notas, quando solicitadas a avaliarem essa atenção (ANOVA, $p \leq 0,001$).

Tabela 03: – Perfil socioeconômico e demográfico dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (Fortaleza-Ce)

	Média	Desvio padrão	Variância	n	% 100
Idade (n = 159)	40,35	7.3	29-67	--	--
Regional (n = 162)	--	--	--	--	--
1	--	--	--	18	11,1
2	--	--	--	24	14,8
3	--	--	--	26	16
4	--	--	--	19	11,7
5	--	--	--	30	18,5
6	--	--	--	45	27,7
Sexo (n = 162)	--	--	--	--	--
Masculino	--	--	--	47	29
Feminino	--	--	--	115	70,9
Cor da pele declarada (n = 162)	--	--	--	--	--
Branco	--	--	--	80	49,3
Pardo	--	--	--	76	46,9
Negro	--	--	--	4	2,4
Prefere não declarar	--	--	--	2	1,2
Religião (n = 157)	--	--	--	--	96,9
Católica	--	--	--	123	78,3
Protestante	--	--	--	15	9,5
Espírita	--	--	--	19	12,1
Outra	--	--	--	5	3,1
Naturalidade (n = 159)	--	--	--	--	98,1

Capital	--	--	--	118	74,2
Interior	--	--	--	41	25,7
Estado civil (n = 161)	--	--	--	--	99,3
Casado	--	--	--	123	76,3
Solteiro	--	--	--	21	13
Divorciado	--	--	--	15	9.3
Viúvo	--	--	--	2	1,2
Outro	--	--	--	1	0,6
Escolaridade (n = 162)	--	--	--	--	100
Graduação	--	--	--	11	6,7
Especialização	--	--	--	126	77,7
S. Família/S. Pública/S. Coletiva/Residência S. Família	--	--	--	50	39,6
S. Família/S. Pública/S. Coletiva/Residência S. Família + Especializações. Clínicas	--	--	--	16	12,6
Especializações clínicas	--	--	--	47	37,3
Pacientes com Necessidades Especiais	--	--	--	1	2,1
Outras Especializações (Gestão em Saúde, Auditoria, SILOS, S. Trabalhador, S. Criança)	--	--	--	8	6,3
Mestrado	--	--	--	24	14,8
S. Família/ S. Pública	--	--	--	4	16,6
Doutorado	--	--	--	2	1,2
Instituição de ensino onde concluiu a graduação (n = 162)	--	--	--	--	100
Pública	--	--	--	115	71
Privada	--	--	--	47	29
Tempo de formado (n = 160)	16.8	6.8	05 a 42	- -	--
Regime Jurídico (n = 158)	--	--	--	--	97,5
Concurso Público	--	--	--	156	98,7

Contrato Temporário	--	--	--	1	0,6
Terceirizado	--	--	--	1	0,6
Tempo de atuação na ESF (n = 153)	10	4,2	2 a 20	--	--
Tempo de atuação na ESF/Fortaleza (n = 150)	7,1	3,1	1 a 17	--	--
Renda Mensal (n = 155)	--	--	--	--	92,2
Até cinco salários mínimos (SM) - R$ 4.400,00	--	--	--	3	1,9
Entre cinco e oito SM - R$ 4.400,00 e R$ 8.800,00	--	--	--	101	65,1
Entre oito e onze SM - R$ 8.800,00 e R$ 9.680,00	--	--	--	29	18,7
Mais de onze SM - acima de 9.680,00	--	--	--	22	14,1

Tabela 04: – Conhecimentos, atitudes e práticas dos cirurgiões-dentistas da ESF, em relação à atenção em Saúde Bucal, oferecida aos pacientes com esquizofrenia (Fortaleza-Ce) (n=162)

	Média	Desvio padrão	Variância	n	%
Atividades que realiza enquanto dentista da ESF (Estratégia Saúde da Família) (n =160)	--	--	--	--	98,7
Apenas atividades clínicas	--	--	--	13	8,1
Atividades clínicas + ações coletivas nas escolas	--	--	--	93	58,1
Atividades clínicas + ações coletivas nas escolas + ações de prom. e prev. à saúde (grupos, puericultura, busca ativa CA)	--	--	--	54	33,7
Visita Domiciliária (VD)	--	--	--	13	24
Acolhimento	--	--	--	18	33,3
Outras (teste rápido HIV, atendimento domiciliar a acamados, atividades administrativas, oficinas com Agentes de Saúde)	--	--	--	5	9,2
O serviço parou nos últimos 12 meses? (n = 161)	--	--	--	--	99,3
Sim	--	--	--	156	96,8
Por quanto tempo? (n = 152)	--	--	--	--	97,4
Menos de uma semana	--	--	--	12	7,8
Entre uma e quatro semanas	--	--	--	34	22,3
Entre um e dois meses	--	--	--	30	19,7
Entre dois e quatro meses	--	--	--	30	19,7
Entre quatro e seis meses	--	--	--	20	13,1
Mais de seis meses	--	--	--	26	17,1
Qual motivo da suspensão? (n = 155)	--	--	--	--	99,3
Falta de material	--	--	--	49	31,6
Falha nos equipamentos	--	--	--	19	12,2
Ambos os motivos	--	--	--	87	56,1
Não	--	--	--	5	3,2
Pacientes com atendimento prioritário (n = 159) (*)	--	--	--	--	98,1

Gestantes	--	--	--	153	96,2
Crianças (0-2 anos)	--	--	--	43	27
Crianças (0-3, 0-5, 0-12,0-14 anos)	--	--	--	26	16,3
Hipertensos	--	--	--	48	30,1
Diabéticos	--	--	--	78	49
Idosos	--	--	--	41	25,7
PNE (Pacientes com Necessidades Especiais)	--	--	--	24	15
Outros (acamados, cadeirantes/deficientes físicos/pacientes com deficiência, pessoas situação de risco, menores infratores, urgências)	--	--	--	7	4,4
Organização de agendas, considerando prioridades (n = 158) (*)	--	--	--	--	97,5
Livre demanda	--	--	--	56	35,4
Acolhimento na área de abrangência	--	--	--	63	39,8
Acolhimento na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)	--	--	--	69	43,6
Encaminhado pelos demais membros da equipe	--	--	--	79	50
Indicado pela Agente Comunitário de Saúde (ACS)	--	--	--	35	22,1
Outros (captados em grupos/emergência)	--	--	--	7	4,4
Durante a graduação, teve alguma disciplina/capacitação em relação ao paciente com transtorno mental? (n = 162)	--	--	--	--	100
Sim	--	--	--	11	6.7
Por quanto tempo? (n = 10)	--	--	--	--	--
Quatro meses	--	--	--	1	10
Seis meses	--	--	--	4	40
Um ano	--	--	--	3	30
Quatro anos	--	--	--	1	10
Não lembra	--	--	--	1	10
Não	--	--	--	151	93,2
Já atendeu algum paciente com esquizofrenia? (n = 162)	--	--	--	--	100
Sim	--	--	--	83	51,2
Não	--	--	--	79	48,7
O que acha do paciente com esquizofrenia ser atendido na ESF? (n = 158)	--	--	--	--	97,5

Normal, pois é um paciente como outro qualquer	--	--	--	56	35,4
Precisa de cuidados especiais	--	--	--	61	38,6
Se tentar, dá para atender	--	--	--	35	22,1
Não se consegue atender de jeito nenhum	--	--	--	1	0,6
Não atende, pois esse paciente é pra ser atendido no CEO	--	--	--	5	3,1
Que atenção dedica ao paciente com esquizofrenia? (n = 154)(*)	--	--	--	--	95,0
Exame clínico + orientação de higiene bucal	--	--	--	47	30,5
Exame clínico + encaminhamento	--	--	--	9	5,8
Exame clínico + tratamento possível	--	--	--	118	76,6
Passa o caso para um colega (não se sente apto)	--	--	--	5	3,2
Realiza VD solicitada pelo ACS	--	--	--	13	8,4
Outros (nunca atendeu)	--	--	--	4	2,5
Que tratamento é possível fazer em um paciente com esquizofrenia? (n = 155)	--	--	--	--	95,6
Tratamento da AB desde que o paciente colabore	--	--	--	116	74,8
Depende do grau da doença	--	--	--	12	7,7
O que o paciente permitir	--	--	--	8	5,1
Exame clínico	--	--	--	5	3,2
Somente urgência e encaminhamento para Atenção Secundária (AS)	--	--	--	5	3,2
Não sabe/não atende	--	--	--	9	5,8
Existe alguma assistência odontológica ao paciente com transtorno mental/esquizofrenia? (n = 161)	--	--	--	--	99,3
Sim	--	--	--	33	20,4
Tratamento clínico e orientações	--	--	--	11	33,3
Acolhimento/acesso prioritário	--	--	--	4	12,1
Não sabe o diagnóstico dos pacientes	--	--	--	1	3
Não	--	--	--	128	79,5
Como avalia o Acolhimento aos pacientes com esquizofrenia? (n = 143)	--	--	--	--	88,2
Ruim	--	--	--	27	18,8
Regular	--	--	--	49	34,2
Bom	--	--	--	59	41,2

Ótimo	--	--	--	8	5,5
Acha que a UAPS dá acesso ao paciente com esquizofrenia? (n = 151)	--	--	--	--	93,2
Sim	--	--	--	111	73,5
Não	--	--	--	41	27,1
O que é necessário para capacitar as equipes para o atendimento a estes pacientes? (n = 145)	--	--	--	--	89,5
Curso/capacitação na área	--	--	--	92	63,4
Conhecimento e sensibilização por parte das equipes	--	--	--	14	9,6
Protocolo e material informativo	--	--	--	6	4,1
Capacitação do pessoal auxiliar	--	--	--	2	1,3
Nada, pois os profissionais são capacitados	--	--	--	2	1,3
Não sabe	--	--	--	1	0,6
Existe trabalho do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) direcionado a pacientes com transtorno mental/esquizofrenia? (n = 137)	--	--	--	--	84,5
Sim	--	--	--	3	2,8
Não	--	--	--	134	97,8
Já encaminhou algum paciente com esquizofrenia para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO? (n = 157)	--	--	--	--	84,5
Sim	--	--	--	39	24,8
Como avalia a resolutividade do CEO? (n = 33)	--	--	--	--	84,6
Péssimo	--	--	--	2	6
Ruim	--	--	--	4	12,1
Regular	--	--	--	9	27,2
Bom	--	--	--	14	42,2
Ótimo	--	--	--	4	12,1
Não	--	--	--	118	75,1
Comentário (n = 21)	--	--	--	--	13,3
Não sabe/não teve contrarreferência	--	--	--	15	9,5
Ainda não foi atendido/atendido a médio prazo	--	--	--	4	2,5
Acha excelente	--	--	--	1	

					0,6
Paciente "devolvido" sem atendimento	--	--	--	1	0,6
O que acha da Atenção Básica (AB) ser coordenadora do cuidado em saúde? (n = 159)	--	--	--	--	98,1
Correto, pois os pacientes são da sua área de abrangência, sendo sua responsabilidade	--	--	--	70	44
Correto, mas não acha possível pelas inúmeras demandas	--	--	--	13	8,1
Importante, mas o serviço é fragmentado e sem comunicação entre os níveis de atenção	--	--	--	73	45,9
Incorreto, pois depois que sai da AB, não tem coo acompanhar, deixando de ser sua responsabilidade	--	--	--	3	1,8
O que pensa dos deslocamentos impostos aos pacientes com transtorno mental, encaminhados para a AS? (n = 141)	--	--	--	--	87,0
Não acha que seja incômodo	--	--	--	13	9,2
Incômodo, mas necessário, já que não dá para atender na AB?	--	--	--	72	51
Nunca atentou para este fato	--	--	--	25	17,7
Comentário	--	--	--	33	23,4
Deve encaminhar só o necessário	--	--	--	10	30,3
Incômodo, mas às vezes, necessário	--	--	--	21	63,6
A AB é resolutiva	--	--	--	2	6
Sabia que o atendimento a esses pacientes deve ser assegurado na AB? (n = 159)	--	--	--	--	98,1
Sim	--	--	--	107	67,2
Não	--	--	--	52	32,7
Comentários (n = 23)	--	--	--	--	14,4
Concorda; a AB é responsável por todos os pacientes	--	--	--	17	73,9
Concorda, mas devem-se encaminhar os casos mais graves	--	--	--	5	21,7
Não concorda pela falta de estrutura	--	--	--	1	3,1
Nota dada à resolutividade em saúde bucal aos pacientes com esquizofrenia na ESF (n = 132)	**5,8**	2,2	0-10	--	81,4

* O respondente poderia marcar mais de uma opção (% no total pode ser maior que 100 %).

Tabela 05: – Perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes com Esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana (Fortaleza-Ce)(n = 100)

	Média	Desvio padrão	Variância	n	%
Idade (n = 100)	35,7	11,7	16-65		
Regional (n = 99)	--	--	--		
1	--	--	--	15	15
2	--	--	--	12	12
3	--	--	--	11	11
4	--	--	--	10	10
5	--	--	--	22	22
6	--	--	--	30	30
	--	--	--	--	--
Sexo (n = 100)	--	--	--	--	--
Masculino	--	--	--	67	67
Feminino	--	--	--	33	33
	--	--	--	--	--
Cor da pele declarada (n = 1000)	--	--	--	--	--
Branco	--	--	--	39	39
Pardo	--	--	--	60	60
Negro	--	--	--	1	1
	--	--	--	--	--
Religião (n = 100)	--	--	--	--	--
Católica	--	--	--	50	50
Protestante	--	--	--	34	34
Espírita	--	--	--	6	6
Outra	--	--	--	6	6
Sem religião	--	--	--	4	4
	--	--	--	--	--
Naturalidade (n = 99)	--	--	--	--	99

Capital	--	--	--	74	74,7
Interior	--	--	--	25	25,2
	--	--	--	--	--
Estado civil (n = 100)	--	--	--	--	--
Casado	--	--	--	8	8
Solteiro	--	--	--	84	84
Divorciado	--	--	--	4	4
União estável	--	--	--	2	2
Viúvo	--	--	--	2	2
	--	--	--	--	--
Número de filhos (n = 95)	0,5	1,1	0-7	--	--
	--	--	--	--	--
Escolaridade (n = 100)	--	--	--	--	--
Não alfabetizado	--	--	--	5	5
Ensino Fundamental (incompleto)	--	--	--	33	33
Ensino Fundamental (completo.)	--	--	--	9	9
Ensino Médio (incompleto)	--	--	--	14	14
Ensino Médio (completo)	--	--	--	30	30
Superior (incompleto)	--	--	--	3	3
Superior	--	--	--	6	6
História	--	--	--	1	16,6
Letras/inglês	--	--	--	1	16,6
Telemática (CEFET)	--	--	--	1	16,6
Pós-graduação	--	--	--	1	16,6
	--	--	--	--	--
Profissão (n = 39)	--	--	--	--	39
Agente Administrativo	--	--	--	1	2,5
Agricultora	--	--	--	1	2,5
Aposentado	--	--	--	1	2,5
Artesã	--	--	--	1	2,5

Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	--	--	--	1	2,5
Cabeleireira	--	--	--	1	2,5
Caminhoneiro	--	--	--	3	7.6
Comerciante	--	--	--	1	2,5
Contabilista	--	--	--	1	2,5
Costureira	--	--	--	3	7,6
Cozinheira(o)	--	--	--	3	7,6
Dona de casa	--	--	--	5	12,8
Eletricista	--	--	--	2	5,1
Estudante	--	--	--	3	7,6
Metalúrgico	--	--	--	1	2,5
Militar	--	--	--	2	5,1
Operador de máquina (CNC)	--	--	--	1	2,5
Office boy	--	--	--	1	2,5
Professor	--	--	--	3	7,6
Vendedor	--	--	--	3	7,6
Voluntário	--	--	--	1	2,5
	--	--	--	--	--
Renda Mensal (n = 76)	--	--	--	--	76
Sem renda	--	--	--	5	6,5
Até um Salário Mínimo (SM)	--	--	--	58	76,3
Entre um e dois SM	--	--	--	8	10,5
Entre dois e quatro SM	--	--	--	4	5,2
Acima de quatro SM	--	--	--	1	1,3

Tabela 06: – Atitudes e práticas dos pacientes com Esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, com relação à sua Saúde Bucal e percepções acerca da atenção em Saúde Bucal, a eles oferecida, na Estratégia Saúde da Família (Fortaleza-Ce) (n = 100)

	Média	Desvio padrão	Variância	n	%
Você foi ao dentista alguma vez na vida? (n = 100)	--	--	--	--	--
Sim	--	--	--	95	95
Não	--	--	--	5	5
Por quê? (n = 5)	--	--	--	--	5
Não tem cárie, não achou necessário; nunca teve problema com dente; nunca precisou	--	--	--	3	60
Ficou doente e difícil de ir	--	--	--	1	20
Porque é difícil; falta material	--	--	--	1	20
Você se consultou com um dentista nos últimos dois anos? (n = 97)	--	--	--	--	97
Sim	--	--	--	67	69
Objetivo da consulta (n = 66)	--	--	--	--	98,5
Atendimento de rotina	--	--	--	41	62,1
Emergência	--	--	--	25	37,8
Não	--	--	--	30	30.9
Quais serviços odontológicos você utiliza? (n = 66) (*)	--	--	--	--	66
Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)/Posto	--	--	--	41	62,1
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	--	--	--	9	13,6
Plano de Saúde	--	--	--	16	24,2
Consultório Particular	--	--	--	18	27,2
Faculdades	--	--	--	2	3
Outros (*e.g.* hospital, SEST/SENAT, Cursos espec., Aeronáutica, CEFET, UPA, escola)	--	--	--	8	12,1
* O respondente poderia marcar mais de uma opção (% no total pode ser maior que 100 %).	--	--	--	--	--

	--	--	--	--	--
Você já procurou a UAPS próximo à sua casa, para tratamento odontológico? (n = 100)	--	--	--	--	100
Sim	--	--	--	58	58
Não	--	--	--	42	42
	--	--	--	--	--
Você se sente bem acolhido na UAPS? (n = 89)	--	--	--	--	89
Sim	--	--	--	59	66,2
Não	--	--	--	30	33,8
Comentário (n = 30)	--	--	--	--	33,7
Motivos inerentes ao serviço *(e.g.*: burocracia; preconceito; sem material; sem prioridade)	--	--	--	21	70
Outros (*e.g.:* bem acolhido, mas não resolveu; bem atendido; não utiliza mais o posto; péssimo)	--	--	--	9	30
	--	--	--	--	--
Alguma vez você se sentiu maltratado ou discriminado na UAPS?(n = 92)	--	--	--	--	92
Sim	--	--	--	10	10,8
Falta de atenção/falta priorizar estes pacientes	--	--	--	9	90
Atendem mal, de uma maneira geral	--	--	--	1	10
Não	--	--	--	82	89,1
	--	--	--	--	--
A(o) ACS já deu alguma informação sobre a atendimento odontológico na UAPS?(n = 97)	--	--	--	--	97
Sim	--	--	--	17	17,5
Não	--	--	--	46	47,4
Não se aplica (Não conhece a(o) ACS)	--	--	--	34	35
Você conseguiu atendimento odontológico na UAPS perto de sua casa? (n = 58)	--	--	--	--	58
Sim	--	--	--	29	50
Não	--	--	--	29	50
Motivos intrínsecos ao serviço (*e.g.*: burocracia; "falta de vaga"; " muita gente")	--	--	--	27	93,1

Motivos intrínsecos ao paciente (*e.g.:* conseguiu mas o(a) paciente não foi)	--	--	--	2	6,8
Se conseguiu marcar, como conseguiu? (n = 29)	--	--	--	--	29
Através da(o) ACS	--	--	--	1	3,4
No acolhimento na área de abrangência	--	--	--	2	6,8
Acolhimento na UAPS	--	--	--	23	79,3
A pedido de outro profissional	--	--	--	3	10,3
Se conseguiu atendimento, de que tipo foi? (n = 29)	--	--	--	--	29
Somente de urgência	--	--	--	12	41,3
Para tratamento completo (retornos)	--	--	--	12	41,3
Somente para ser encaminhado para outro serviço	--	--	--	5	17,2
Você conseguiu resolver seu problema de saúde bucal, na UAPS próximo à sua casa? (n = 33)	--	--	--	--	33
Sim	--	--	--	10	30,3
Não	--	--	--	23	69,6
Por que? (n = 14)	--	--	--	--	42,4
Razões internas ao serviço (*e.g.;* "tinha que ficar tentando";" faltou material"; "foi encaminhado" etc.)	--	--	--	12	85.7
Razões externas ao serviço (*e.g.*: "paciente não deixou/não voltou")	--	--	--	2	14,2
Quando foi marcado, quanto tempo esperou para ser atendido? (n = 27)	--	--	--	--	93,1
Até meia hora	--	--	--	14	51
Entre meia e uma hora	--	--	--	8	29,6
Entre uma e duas horas	--	--	--	2	7,4
Mais de duas horas	--	--	--	3	11,1
Como você se considera em relação à atenção em saúde bucal recebida na UAPS? (n = 60)	--	--	--	--	60
Muito insatisfeito	--	--	--	14	23,3
Insatisfeito	--	--	--	23	38,3
Satisfeito	--	--	--	18	30
Muito satisfeito	--	--	--	5	8,3
Você precisou ser encaminhado para fazer tratamento em outro local? (n = 43)	--	--	--	--	43

Sim	--	--	--	21	48,8
CEO	--	--	--	20	95,2
Faculdade de odontologia	--	--	--	1	4,7
Não	--	--	--	22	51,1
No caso de ter sido encaminhado, o serviço era muito longe? (n = 21)	--	--	--	--	21
Sim	--	--	--	18	85,7
Não	--	--	--	3	14,2
Você preferiria/gostaria ter sido atendido na UAPS próximo à sua residência? (n = 62)	--	--	--	--	62
Sim	--	--	--	55	88,7
Por que sim? (n = 42)	--	--	--		76,3
Pela comodidade do deslocamento/difícil pegar transporte	--	--	--	35	83,3
Outras razões(“por ser grátis”; “por ser um direito”)	--	--	--	7	16,6
Não	--	--	--	7	11,29
Por que não? (n = 7)	--	--	--	--	--
Razões internas ao serviço (*e.g.:* “não tem material mesmo”; “não consegue vaga”)	--	--	--	5	71,4
Razão externa ao serviço (*e.g.:* tem plano; está tratando particular)	--	--	--	2	28,5
Se não houve encaminhamento, você tentou atendimento em outro local? (n = 48)	--	--	--	--	48
Sim	--	--	--	40	83,3
Como foi essa busca? (n = 36)	--	--	--	--	75
Incômodo pelo deslocamento/difícil pegar transporte com ele(a)	--	--	--	17	47,2
Incômodo pela questão financeira	--	--	--	9	25
Normal, mas preferia que fosse no posto	--	--	--	5	13,8
Não foi incômodo	--	--	--	5	13,8
Não				8	16,6
	--	--	--	--	--
Classifique o atendimento na UAPS comparando a outro local que você tenha sido atendido (n = 25)	--	--	--	--	25
Muito melhor	--	--	--	6	24
Melhor	--	--	--	9	36

Igual	--	--	--	3	12
Pior	--	--	--	6	24
Muito pior	--	--	--	1	4
	--	--	--	--	--
Se você foi encaminhado para o CEO, conseguiu resolver o seu problema? (n = 27)	--	--	--	--	27
Sim	--	--	--	18	66,6
Não	--	--	--	9	33,3
Razões inerentes ao serviço *(e.g.:* "não conseguiu o canal"; "não tinha material"; "sistema fora do ar")	--	--	--	5	55,5
Razões inerentes ao paciente (*e.g.*: "não deixou"; "foi internado"; "deixou de ir"; "não foi ainda")	--	--	--	4	44,4
	--	--	--	--	--
Acha que sua condição de saúde o impede de ser atendido num dentista da UAPS? (n = 96)	--	--	--	--	96
Sim	--	--	--	17	17,1
Não	--	--	--	79	82,2
Recebeu algum serviço na unidade de Saúde (n = 88)	--	--	--	--	88
Sim (*)	--	--	--	42	47,7
Serviço relativos à SB (orientações de higiene bucal, recebimento de kits de higiene bucal)	--	--	--	22	52,3
Outros serviços (*e.g.*: consultas médicas, vacina, farmácia, VD do ACS etc.)	--	--	--	57	135,7
Não	--	--	--	46	52,2
Você já teve alguma dúvida, sobre saúde bucal ou geral, esclarecida pela equipe de Saúde Bucal? (n = 87)	--	--	--	--	87
Sim	--	--	--	6	6,9
Não	--	--	--	81	93,1
De zero a dez, que nota você daria para a atenção que lhe foi dispensada pela equipe de Saúde Bucal da UAPS? (n = 71)	5	3,5	0-10	--	--

* O respondente poderia marcar mais de uma opção (% no total pode ser maior que 100%).

Tabela 07 - Relação entre as características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes e práticas dos cirurgiões-dentistas da ESF, em relação à atenção em Saúde Bucal, oferecida aos pacientes com esquizofrenia

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Nota de zero a dez, dada à resolutividade da atenção em saúde bucal aos pacientes com esquizofrenia na ESF	Gênero	p = 0,0261	Mulheres tendem a dar notas mais altas	Teste t indepen-dente
	Sabia que o atendimento aos pacientes com transtorno mental deve ser assegurado na AB	p = 0,0013	Os que disseram que sabiam deram notas mais altas	Teste t indepen-dente
Teve disciplina sobre pacientes com transtorno mental durante a graduação	O que pensa sobre os deslocamentos impostos a estes pacientes, quando encaminhados para AS	p < 0,001	Quem teve disciplina acha que o deslocamento não é problema, mais do que quem não teve	Qui-quadrado
	O que acha da AB ser coordenadora do cuidado em saúde	p = 0,003	Quem teve disciplina, acha que é correto pois a AB é responsável pela sua área	Qui-quadrado
Como organizam as agendas (captação de pacientes)	O que acha de o paciente com esquizofrenia ser atendido na ESF	p = 0,01	Os que fazem acolhimento na área, mais comumente acham normal atender este paciente na ESF	Qui-quadrado

Tabela 07 - Relação entre as características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes e práticas dos cirurgiões-dentistas da ESF, em relação à atenção em Saúde Bucal, oferecida aos pacientes com esquizofrenia (continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Na UAPS tem alguma assistência odontológica aos pacientes com transtorno mental	Como avalia o Acolhimento da ESB ao paciente com esquizofrenia	p = 0,007	Os que avaliaram melhor o Acolhimento das ESB foram as que disseram ter assistência a esses pacientes na sua UAPS	Qui-quadrado

Tabela 08 - Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e práticas dos pacientes com Esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, com relação à sua Saúde Bucal e percepções acerca da atenção em Saúde Bucal, a eles oferecida, na Estratégia Saúde da Família

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Nota de zero a dez, dada à atenção em saúde bucal a eles dispensada, na UAPS, pela EqSB	Gênero	p = 0,0261	Mulheres deram notas mais altas	Teste t Independente
	Se consultou com o dentista nos últimos dois anos	p = 0,093	Os que disseram sim deram notas mais altas	Teste t Independente
	Se sente bem acolhido na UAPS	p = 0,009	Os que disseram sim deram notas mais altas	Teste t Independente
	Procurou a UAPS perto de casa para tratamento odontológico	p = 0,057	Os que disseram sim tendem a dar notas mais altas	Teste t Independente
	Conseguiu tratamento odontológico perto de casa	p = 0,001	Os que conseguiram deram notas mais altas	Teste t Independente
	Teve alguma dúvida esclarecida pela EqSB da UAPS próximo de casa	p = 0,069	Notas mais altas entre os que disseram sim	Teste t Independente
	Como se considera a respeito da atenção em SB na UAPS	$p \leq 0,001$	Os mais satisfeitos avaliaram melhor	ANOVA

Tabela 08 - Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e práticas dos pacientes com Esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, com relação à sua Saúde Bucal e percepções acerca da atenção em Saúde Bucal, a eles oferecida, na Estratégia Saúde da Família (continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Se consultou com o dentista nos últimos dois anos	Escolaridade	p = 0,056	Os que disseram sim, tendem a ter maior escolaridade	Qui-quadrado
Procurou a UAPS perto de casa para tratamento odontológico	Já foi ao dentista alguma vez na vida	p = 0,081	Os que disseram sim, tendem a procurar a UAPS perto de casa	Qui-quadrado
Conseguiu tratamento odontológico perto de casa	Como se considera a respeito da atenção em SB recebida na UAPS	p ≤ 0,001	Os que conseguiram atendimento perto de casa são os mais satisfeitos	Qui-quadrado
Recebeu algum serviço de saúde na UAPS perto de casa		p ≤ 0,05	Os que receberam mais de um serviço são os mais satisfeitos	Qui-quadrado

5.DISCUSSÃO

Este estudo apresenta a realidade da atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia, sob a ótica dos que foram pesquisados e dos dentistas das unidades de atenção primária à saúde de Fortaleza. Reflete a qualidade do serviço de saúde bucal ofertado, para estes indivíduos, na Estratégia Saúde da Família de um município de grande porte (quinta capital do Brasil), e suas evidências poderão ser utilizadas na orientação de novas investigações com o intuito de melhorar a qualidade dessa atenção em circunstâncias semelhantes, sabendo-se do desafio que é ofertar bons serviços de saúde, respeitando-se o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde. Sabe-se, também, que o conhecimento destes fatos é de extrema importância para auxiliar no adequado planejamento e condução de tratamentos direcionados aos pacientes com esquizofrenia, que vale lembrar, afeta cerca de 1% de toda a população mundial (KAPLAN; SADOK, 2007; SILVA e cols., 2012).

De acordo com o levantamento realizado, esta é a primeira vez que um estudo desta natureza é conduzido. As pesquisas que investigam a saúde bucal de pacientes com esquizofrenia, em sua imensa maioria, se referem a pacientes institucionalizados (FRIENDLANDER e MARDER, 2002; MC CREADIE, 2004; ARNAIZ, 2011; CHU *et al*, 2012; ELTAS, A. *et al.,* 2013), enquanto este é direcionado a pacientes que são tratados a nível ambulatorial, como determina a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. De acordo com esta política, que incentiva a desinstitucionalização, os pacientes que apresentem qualquer transtorno mental, devem ser tratados numa rede de saúde mental, da qual fazem parte as unidades de atenção primária à saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Patel e Gamboa (2012), a doença mental, de uma maneira geral, afeta todos os aspectos da vida de um indivíduo, leva à diminuição das atividades físicas, à nutrição inadequada, e expõe o paciente a efeitos colaterais das medicações. Estes autores realizaram um estudo da prevalência das doenças bucais e seu impacto na qualidade de vida de pacientes com doença mental severa, e constataram que as condições de saúde bucal destes pacientes apresentam um cenário muito grave. Esta realidade resulta em um grupo de pessoas com baixa qualidade de vida e condição de saúde precária, se comparada à população em geral. Morales-Chávez e cols. (2014), afirmam que pacientes que sofrem de doenças mentais crônicas representam um grupo de risco para a saúde bucal, sendo demonstrado que esses

pacientes têm maior risco de ocorrência e gravidade de cárie dental, doenças periodontais e lesões da mucosa oral.

Historicamente, problemas de saúde física em indivíduos que sofrem de esquizofrenia foram subestimados, apesar de evidências científica de estas pessoas têm um maior comprometimento da saúde física e uma esperança de vida mais curta em comparação com a população em geral (MC CREADIE, 2004; ARNAIZ, 2011). Um estudo realizado por Carvalhaes (2014) com pacientes do CAPS Butantã (SP) – incluindo pacientes com esquizofrenia – evidenciou que 34% destes tinham hipertensão arterial sistêmica, 26% tinham diabetes mellitus, 30% apresentavam alterações gastrointestinais, 18% apresentavam alterações cardíacas, 10% tinham alterações hematológicas e 6%, problemas hepáticos, evidenciando a complexidade e gravidade dos problemas de saúde geral enfrentados por esta população.

Como agravante, segundo Friedlander e Norman (2002), *apud* Arnaiz (2011), mais de três quartos das pessoas com esquizofrenia fumam muito, sendo que o tabagismo está associado a várias doenças como enfisema, doenças cardíacas, câncer de pulmão e de boca, além de problemas periodontais.

Vale ressaltar, que no caso específico do câncer de boca, o cirurgião-dentista exerce um papel fundamental na prevenção e no diagnóstico precoce de uma doença que no Brasil, foi a *causa mortis* de 5.401 pessoas em 2013 (INCA, 2014), com uma estimativa de 15.490 novos casos em 2016. Destes, 5.400 casos deverão ocorrer no Ceará e 1.600 somente no município de Fortaleza (INCA, 2015).

Dentre as várias competências do CD na ESF destaca-se, aqui, "*Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local com resolubilidade"* (Brasil, 2008).

No universo de ações da competência deste profissional, estão as atividades relacionadas à prevenção e ao combate ao uso abusivo de álcool, de tabaco e drogas ilícitas; que incentivem o uso de barreiras e/ou protetores solar, bem como ações que estimulem a alimentação saudável e a prática de atividades físicas – fatores diretamente relacionados à incidência do câncer da cavidade oral.

Com relação às ações específicas de combate ao câncer de boca, o MS (2008), recomenda: realizar exames periódicos em grupos mais vulneráveis; informar sempre à população sobre locais de referência para exame e diagnóstico precoce; e integrar as ESB aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do CA de boca. Todas essas atividades deverão ser ofertadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, pois se trata de um grupo, especificamente, mais vulnerável.

Para Chu *et al* (2012), a esquizofrenia é a mais grave doença psicótica que afeta a humanidade, e, apesar das doenças bucais terem um impacto relevante sobre a qualidade de vida destes indivíduos, elas muitas vezes, não têm a devida prioridade dada pelos serviços de saúde. Friedlander e Marder (2002) afirmam que esta é uma doença que se caracteriza pelo distúrbio de pensamento, comportamentos bizarros e deficiências cognitivas que podem diminuir as habilidades do indivíduo, nas áreas sociais, na escola, no trabalho e no autocuidado (*e.g.*,capacidade de planejar e realizar a higiene oral). Vários autores relatam que como agravante, as medicações indicadas para o tratamento dos sintomas da esquizofrenia causam efeitos colaterais que afetam diretamente a cavidade oral, tais como xerostomia, sialorreia e distonia muscular orofacial (FRIENDLANDER e MARDER, 2002; ELTAS, A. *et al.,* 2013; CARVALHAES, 2014). Estas características valorizam a necessidade do acompanhamento destes usuários por profissionais de área de saúde bucal, algo que, para a população de baixo nível socioeconômico é viabilizada pelo acesso à ESF. Entretanto, pouco se sabe sobre o acesso destes pacientes à atenção em saúde bucal pela atenção primária.

Investigações científicas que abordem a doença mental e as manifestações de doenças bucais de indivíduos, assim como seu impacto na vida destes pacientes, são ainda muito raros, no Brasil, segundo Carvalhaes (2014). Conhecer a resolutividade dos serviços de saúde bucal, oferecidos na atenção primária, sob o prisma dos profissionais, bem como o grau de satisfação dos usuários, quanto a estes serviços, é essencial para que as Equipes de Saúde bucal se organizem, enquanto ordenadoras do cuidado em saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família.

É necessário enfatizar que o presente estudo foi realizado em um serviço público, portanto, com pacientes socialmente mais desfavorecidos, que são usuários do SUS também nas questões de saúde geral. Considerando a população de Fortaleza, estima-se que cerca de 25.000 pacientes com algum grau de esquizofrenia, boa parte dependente do serviço público

de saúde, que precisam ter suas demandas de Saúde Bucal resolvidas, no âmbito da proposta de cuidados primários de saúde.

A grande maioria dos pacientes disse já ter ido ao dentista pelo menos uma vez na vida, ter se consultado com este profissional nos últimos dois anos e já ter procurado a unidade de saúde próximo à sua residência, para tratamento odontológico; a maior parte procurou o serviço para tratamento de rotina e uma minoria o fez por alguma emergência. Isso demonstra, claramente, que os pacientes buscam os serviços deste profissional, o que é um bom indicador, pois mostra que as pessoas, sejam os pacientes ou cuidadores, estão conscientes de seus direitos e de suas necessidades de saúde bucal. Diferentemente, um estudo recente, também realizado em Fortaleza, entre pessoas com deficiência (cegos, surdos e cadeirantes), mostra que nessa parcela da população, 52,5% não costumam procurar atendimento odontológico e 84,5% só o fazem em situação de emergência (ROCHA e cols. 2015). A razão para esta diferença não é clara, porém nos faz entender que cada categoria de pacientes com necessidades especiais possui especificidades e que precisa ser estudada e compreendida individualmente.

Entre os profissionais, 83% acham correto a Atenção Básica ser coordenadora do cuidado em saúde e boa parte diz saber que o atendimento a estes pacientes deve ser assegurado na Atenção Básica; a grande maioria acha que a sua unidade de saúde oferece acesso ao paciente com esquizofrenia. Por outro lado, somente a metade dos pacientes que procuraram o serviço de saúde bucal, próximo de sua residência, conseguiu atendimento odontológico, mesmo expressando a preferência de serem atendidos próximos de casa. Esses resultados são extremamente paradoxais, pois demonstram que os pacientes têm procurado o serviço, mas não têm sido contemplados, apesar dos profissionais sinalizarem opiniões a favor deste tema.

A situação remete a um questionamento: qual seria a causa desse descompasso entre as informações e a realidade do serviço? Esta é uma questão que merece ser aprofundada. Alguns dados coletados no presente estudo podem nos auxiliar no melhor entendimento desta realidade, uma vez que foram abordados pontos que, certamente, comprometem o acesso e qualidade do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde bucal, apesar da aparente disponibilidade dos cirurgiões-dentistas para a realização dos atendimentos.

Os profissionais foram indagados sobre as atividades que realizam enquanto profissionais da ESF e, apesar de uma quantidade razoável de profissionais apontarem promoção de saúde a grupos específicos, nenhum profissional citou o grupo de pacientes com transtorno mental em suas atividades. Tão pouco a categoria foi citada como grupo prioritário nos atendimentos clínicos. Talvez exista a necessidade de um maior incentivo por parte de gestores, levantando a questão do atendimento preferencial a este grupo, especificamente.

Diversos autores apontam que a saúde bucal de pacientes com esquizofrenia apresenta-se mais prejudicada, em relação às pessoas de uma maneira geral, com altos índices de cárie e doença periodontal – doenças mais prevalentes da boca (ARNAIZ et al., 2011; CARVALHAES, 2014; CHU et al.; 2012; FRIEDLANDER e MARDER, 2002). Essas pesquisas apontam demandas, que se, por um lado são alarmantes em número, por outro são passíveis de solução na atenção primária, podendo esta, exercer sua atribuição de resolutiva e coordenadora do cuidado, somente referenciando, quando houver a necessidade real da referência para outras instâncias do serviço.

É muito importante, portanto, perceber a disponibilidade de profissionais da ESF, pois denota que estes estarão cumprindo com o seu papel enquanto profissionais responsáveis pelos cuidados primários em saúde da população de sua área de abrangência, demonstrando o grau de comprometimento destas equipes com os usuários sob seus cuidados, numa relação de vínculo e responsabilização, contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde bucal.

Importante lembrar que o caderno 17 – Saúde Bucal do MS (BRASIL, 2008) – explicita esta orientação quando diz que "*Os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da atenção primária (porta de entrada), a todos os pacientes com necessidades especiais",* incluindo os com transtornos mentais. Além disso, o MS também preconiza a importância de atividades educativas e preventivas objetivando a proteção da saúde, que devem ser realizadas a nível coletivo, tanto nos territórios como nas unidades de saúde. Estas atividades devem ser direcionadas a grupos específicos, aqui incluindo os grupos de pessoas com problemas de saúde mental (BRASIL, 2004).

Outra questão importante é o constante desabastecimento de insumos odontológicos e os longos períodos com falhas nos equipamentos. Este fato compromete a assistência odontológica como um todo, forçando os usuários à procura constante e sem sucesso, pelo serviço, e/ou interrupções nos tratamentos iniciados. Tal situação gera descontentamento, descrédito e absenteísmo por parte dos pacientes, afetando, diretamente, a

resolutividade do serviço. Esta situação se agrava, no caso do paciente com esquizofrenia, pelas peculiaridades de seu comportamento, fazendo com que seu acesso aos serviços de saúde bucal seja aquém do esperado. Recorde-se que a maior parte destes pacientes necessita de acompanhante, o comprometimento cognitivo da doença que os faz "sem paciência" para retornos constantes, bem como os efeitos colaterais de medicações agravando o quadro de dificuldade de convivência social, como é o caso das salas de espera em ambulatórios gerais.

Esta problemática sugere a necessidade premente de um melhor gerenciamento do fornecimento dos insumos odontológicos, com um maior controle e previsão de necessidades, evitando o desperdício e garantindo o abastecimento. É necessário, também, um melhor monitoramento dos serviços de manutenção de equipamentos, uma vez que a junção destes dois fatores é indispensável à resolutividade das demandas de saúde bucal da população.

Outro fato relevante é a grande maioria dos profissionais achar que precisa de cursos de capacitação para o atendimento desta clientela. Por outro lado, 79% dos pacientes e/ou cuidadores não veem no seu diagnóstico de esquizofrenia, um impedimento para serem atendidos pelos profissionais das unidades de atenção primária à saúde. Também sobre esse quesito, somente 11 profissionais afirmaram terem tido alguma disciplina direcionada para esta clientela, durante a graduação. Esses achados denotam talvez, uma falha na formação profissional dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, desencadeando a insegurança e o despreparo destes. Tal falha pode ser sanada com o oferecimento de educação permanente, por parte da gestão, direcionada aos temas autorreferidos como dificuldades pelos próprios dentistas da rede pública municipal.

Sobre essa temática, Dos Santos e Andrade (2016), em seu artigo "Educação permanente em saúde: transformações no trabalho em saúde mental na Atenção Básica" perceberam a necessidade de "desenvolver ações e estratégias de trabalhar com o processo de trabalho em saúde mental no âmbito da Atenção Básica, visando melhorias dos serviços e melhor resolutividade dos casos". As autoras concluíram que ainda existem muitas transformações a serem realizadas para que o trabalho em saúde atinja todos os objetivos. Entretanto, pondera-se que com a Educação Permanente em Saúde inserida no contexto de trabalho na Atenção Básica, na interface com a saúde mental, estas metas sejam mais palpáveis. Adicionalmente, com o trabalho multidisciplinar, fomentado pela educação permanente, as equipes podem realizar as trocas de informações necessárias para promover este processo. Diferentemente do presente estudo, o artigo de Dos Santos e Andrade (2016)

foi realizado com médicos da ESF, do qual se conclui que essa deficiência parece estar presente nas demais categorias das equipes de SF, e não apenas nos cirurgiões-dentistas.

É importante destacar que 50 profissionais, 39,6% dos que fizeram especialização, se disseram especialistas em Saúde da Família/Saúde Pública/Residência em SF. Entretanto, estes não se descreveram mais preparados para cuidar do pacientes com esquizofrenia, sugerindo outra falha, agora na pós-graduação, que não prepara o profissional para atender o membro da família que, provavelmente, mais precisa ser atendido próximo à sua residência.

Um estudo realizado com dentistas da ESF sobre o atendimento a pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) por Maia e cols. (2015), também em Fortaleza, demonstrou que o conhecimento apropriado sobre as questões técnicas, a educação permanente dos profissionais, condições de trabalho e infraestrutura satisfatória, que inclui biossegurança, bem como a experiência profissional prévia, são os fatores diretamente ligados à disposição para o atendimento a esta clientela. Medo, insegurança, falta de informação, de capacitação técnica, de capacitação do pessoal auxiliar e de estrutura na unidade de saúde foram citadas como razões para os profissionais não se sentirem aptos a atender o PVHA. Isso demonstra uma limitação no conhecimento técnico, por parte dos profissionais, para que se sintam preparados para o atendimento a pacientes com necessidades especiais, até mesmo para conseguir discernir os que devem ser encaminhados, ou não, para a atenção secundária, evitando os deslocamentos desnecessários, e as filas de espera pouco resolutivas.

Profissionais melhor preparados estarão mais aptos a perceberem que o atendimento aos pacientes com esquizofrenia, dependendo do grau da doença, oferece os mesmos riscos que o atendimento a qualquer outro paciente. Para Carvalhaes (2014), o dentista deve estar preparado a atender estes pacientes, reconhecer suas alterações psiquiátricas a fim de realizar um planejamento seguro e eficiente, tratá-los e prever o impacto de suas intervenções, bem como antecipar alguma complicação durante e após as consultas.

Para Friedlander e Marder (2002), dentistas cientes dos sinais e sintomas da esquizofrenia são propensos a se sentirem mais seguros e mais confiantes para o atendimento a estes pacientes. Assim a gama e a qualidade da atenção prestada é potencializada, tendem a aumentar a resolutividade e consequentemente aumentar a autoestima dos pacientes, o que favorecerá todo o seu processo terapêutico. Além disso, dentistas familiarizados com o processo da doença, seu tratamento e as suas implicações clínicas e comportamentais poderão

prestar uma atenção mais qualificada, inclusive numa melhor interação com outros profissionais da equipe, se comunicando de forma mais eficaz com os pacientes e familiares.

Dentre as informações necessárias aos dentistas, encontra-se o conhecimento dos medicamentos utilizados pelos pacientes com esquizofrenia e sua relação com a saúde bucal. Os profissionais precisam saber, por exemplo, que a risperidona, um ansiolítico muito utilizado no tratamento da esquizofrenia, pode causar sialorreia como efeito secundário, e que esta pode causar descamação nos lábios, queilite angular, dermatite no mento e disgeusia, situações essas, acompanhadas de um impacto social muito negativo (MORALES-CHÁVEZ e cols., 2014). Por outro lado, alguns fármacos podem causar xerostomia, associada ao aumento de lesões cariosas, gengivite, glossite, estomatites, parotidites, úlceras orais, língua fissurada ou atrofiada (FRIENDLANDER e MARDER, 2002).

Mais da metade dos pacientes entrevistados disse nunca ter recebido nenhum serviço na unidade básica de saúde próxima e 80% destes disseram nunca terem tido nenhuma dúvida de saúde bucal ou geral esclarecida pela equipe de saúde bucal destas unidades. Por outro lado, a maior parte dos usuários que conseguiram atendimento na unidade básica de saúde avaliou o serviço como muito melhor, melhor ou igual a qualquer outro. Note-se que quando estes pacientes têm acesso ao serviço, a maioria fica satisfeita com tratamento realizado na unidade.

Isso enfatiza, claramente, que os profissionais que atendem os pacientes com esquizofrenia, conseguem realizar um bom trabalho, dar resolutividade ao serviço e, consequentemente, conquistam o reconhecimento destes pacientes, como demonstra a boa avaliação feita por eles e seus familiares/cuidadores. Percebe-se que sem preconceito, com sensibilidade e capacitação, estes pacientes são bem atendidos na AB, o que denota, mais uma vez, a necessidade investimentos nesse sentido. Isto se torna ainda mais relevante quando observamos que, segundo a OMS/OPAS, apenas 1% dos investimentos da saúde é direcionado à saúde mental, ainda que os transtornos mentais correspondam a 12% de toda a carga de doenças no mundo (SANTOS e SIQUEIRA, 2010).

Por outro lado, a revelação de que muitos pacientes, sequer tiveram qualquer informação dada pelas equipes de saúde bucal, é um dado preocupante. A aparente segregação da ESB em relação à ESF, tanto na nomenclatura como na prática, talvez traga uma conotação errônea de que o serviço de saúde bucal é um serviço paralelo e não intrinsecamente ligado à ação dos demais profissionais da ESF dentro das unidades de saúde. As equipes de saúde

bucal não são equipes destacadas do restante do serviço. Também faz parte de sua competência conhecer a realidade epidemiológica de seus territórios, bem como realizar busca ativa de usuários de maior risco e vulnerabilidade, conforme as diretrizes de suas ações. A postura de "isolamento" do profissional de SB prejudica também a integralidade da atenção, pois é necessária uma constante interação entre as categorias, principalmente nas atividades que abordam os determinantes sociais de saúde, campo comum de todas as profissões da ESF. Com esta configuração, o trabalho em equipe não é valorizado nem fortalecido, e restringe a efetividade das ações de promoção da saúde.

Outra questão que merece destaque, neste ponto da pesquisa, é que quase metade dos pacientes nunca teve nenhuma informação sobre o atendimento odontológico na unidade de saúde, dada pela(o) Agente Comunitário de Saúde (ACS); 34% nem mesmo conhecem este profissional.

A PNAB (BRASIL, 2011-c) traz em seu texto oito atribuições do Agente Comunitário de Saúde, enquanto componente da equipe multiprofissional da ESF. Dentre estas, destacamos duas: Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes (...). O papel do ACS está bem definido como a ligação entre a comunidade e a unidade, realizando uma constante atualização dos dados e das situações relevantes para o estado de saúde dos usuários de cada área adscrita.

Se o ACS é, em tese, o elo entre a população e os outros componentes da equipe de saúde da família; se este deve atuar no planejamento e execução das ações de saúde; se tal profissional deve agir na busca ativa de usuários de maior risco e vulnerabilidade, levando uma correta informação a estes usuários, e trazendo tais informações para a unidade de saúde, percebe-se, no discurso dos usuários, uma grande deficiência nesta "cadeia" de serviços determinante para a existência das APS.

Desta forma, questionam-se as causas para este trabalho não estar sendo realizado a contento. Existiria um número insuficiente de ACS para dar a devida assistência aos usuários de sua área, prejudicando a qualidade e a quantidade do trabalho realizado? Estariam estes ACS desempenhando outras funções, enquanto deveriam estar nas suas áreas, realizando as VD e identificando indivíduos e grupos prioritários para o cuidado em saúde? A supervisão

de seu trabalho está sendo feita de maneira regular e corretamente? Existiria uma falha no perfil de alguns desses profissionais, o que prejudicaria o seu desempenho enquanto "olhos, ouvidos e vínculo" do serviço de saúde, na/com a comunidade? Estariam as equipes atreladas a um trabalho automático, sem a capacidade de expandir e inovar sua atuação no território? Estão as equipes de saúde bucal em sintonia com o trabalho do ACS, e vice-versa, considerando que todos fazem parte de uma equipe multiprofissional? Está sendo oferecida educação permanente a estes profissionais, de modo a sensibilizá-los para as questões de ordem psicossociais?

Evidentemente, estas questões não poderão ser respondidas por este estudo, o que demonstra a necessidade de investigações que identifiquem, nas potencialidades do ACS, o que este profissional pode oferecer no cuidado aos indivíduos com transtorno mental, especificamente, a esquizofrenia. A exemplo disso, Almeida (2013), em relatos de casos de pacientes com esquizofrenia atendidos em unidades de atenção primária à saúde, em Fortaleza, afirma que *"O trabalho do ACS, pela importância e reconhecimento, mais uma vez ganha relevo(...); é ele quem faz a intermediação entre pacientes-instituições (CAPS, UBS), agenda consultas, visitas do NASF, busca medicamentos."*. Neste trabalho, o autor evidenciou casos em que o único profissional de saúde que tinha contato com os pacientes e suas famílias, era justamente o agente comunitário de saúde.

Também foi quase unânime entre os cirurgiões-dentistas desconhecerem ou afirmarem não existir nenhum trabalho realizado pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), direcionado para estes pacientes.

O MS instituiu a criação do NASF com o intuito de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações oferecidas na ESF. Segundo a orientação da política que norteia sua atuação, um NASF deve ser constituído por um conjunto de profissionais de diferentes áreas – categorias afins – desempenhando suas funções junto aos componentes da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes de SF. Suas diretrizes de atuação são as seguintes: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010-c).

Além disso, as equipes de NASF devem, também, participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes de SF, juntamente com estas,

identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. As equipes de SF e NASF devem ainda, realizar um trabalho interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; e aí realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento das equipes (BRASIL, 2010-c).

Ademais, a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006-c) direciona estas equipes para uma atuação que busque incentivar a autonomia dos sujeitos implicados no processo saúde-doença, fazendo-os compreender a importância dos determinantes sociais de saúde. Logo, promover saúde, é fortalecer e ampliar a capacidade destes sujeitos e da coletividade de identificar analisar e exercer controle destes determinantes, assegurando uma melhora na qualidade de vida, numa construção conjunta e dinâmica.

Note-se, portanto o vastíssimo campo de atuação das várias categorias profissionais que compões as equipes em questão, e as inúmeras possibilidades de realização de ações que promovam e protejam a saúde dos indivíduos e suas famílias, previnam o seu adoecimento, ou o agravamento de condições crônicas, como é o caso da esquizofrenia.

Então o que justificaria o alegado desconhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação às ações direcionadas aos pacientes com esquizofrenia desenvolvidas NASF? Será que estaria ocorrendo uma falha na comunicação entre os membros das equipes, ou um descompromisso, por parte dos membros do NASF, em relação a suas atribuições junto aos indivíduos (e suas famílias) acometidos com esta doença? Qualquer das duas hipóteses, ou a sua união acarreta grande prejuízo na atuação destas equipes, pois uma correta integração e comunicação entre os componentes das equipes – SF e NASF – são primordiais para o sucesso nas terapêuticas adotadas. Nenhuma categoria, isoladamente, será capaz de deter toda a informação necessária para a resolução dos casos, considerando a complexidade do ser humano. Somente um trabalho conjunto, participativo, discutido intensamente entre os atores envolvidos no processo, será capaz de ser bem-sucedido em seu intento maior: melhora nos indicadores de saúde dos usuários.

Se as equipes de NASF não realizam ações de promoção e prevenção, direcionadas aos pacientes com transtornos mentais e suas famílias, deixam de cumprir com sua responsabilização pela área adscrita, de ofertar o cuidado devido a usuários, já tão marginalizados, acarretando uma sobrecarga de sofrimento aos pacientes e seus familiares. Goya (2013) afirma que o fato das equipes de saúde da família trabalharem e se responsabilizarem por um território e pela saúde das pessoas ali residentes, implica no

estabelecimento de vínculos. A autora ressalta, ainda, que isso significa vivência de processos de reconhecimento, valorização e incorporação daquele território como espaço permeado por necessidades sociais que requerem respostas, sob pena de não viabilizar a qualidade de vida e saúde de seus moradores.

Lima e cols (2014) afirmam que práticas de saúde mental são orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais promovem uma ruptura com o modelo biologicista e médico-centrado, atribuindo um novo lugar social para a loucura e a diversidade, concebendo não um modelo de atenção, mas um processo que implica toda a sociedade na transformação da atenção à saúde mental. Diversos autores sugerem que um trabalho em conjunto, realizado por uma equipe multiprofissional, é importante para um programa de atividades direcionado a estes pacientes. Morales-Chávez e cols. (2014) afirmam que é necessário organizar programas específicos de saúde bucal preventivos e educativos com estes pacientes, em um grupo multidisciplinar. CHU, Kuan-Yu e cols. (2012), acreditam que uma integração entre profissionais de saúde geral e bucal (médicos e dentistas) seja de grande valia, em longo prazo, para a instituição de cuidados que possam satisfazer as necessidades de tratamento odontológico de pacientes com esquizofrenia. Estes autores sugerem também que haja um incentivo maior nas escolas de odontologia, para que se capacite melhor os alunos, futuros profissionais, com estágios direcionados para o atendimento aos pacientes com esquizofrenia.

Acrescentamos que é primordial para o futuro profissional, aprender ainda na academia, o valor do trabalho multiprofissional, entendendo a complementaridade da atuação das diversas categorias. O estudo de Sobrinho e cols. (2011) ilustra bem este fato, quando mostra a experiência e os desafios da integração acadêmica e multiprofissional no PET – Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, que incentiva a iniciação ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes dos cursos de graduação na área de saúde). Segundo os autores, este programa proporciona aos acadêmicos dos diversos cursos, a vivência nas unidades básicas de saúde, contribuindo para a sua formação acadêmica e atuação transdisciplinar e multiprofissional. Verificaram, ainda, uma incompatibilidade curricular e a falta de um projeto político-pedagógico para a atuação conjunta das várias classes profissionais, demonstrando a necessidade de uma revisão dos currículos oferecidos na formação dos futuros profissionais, de modo a conduzi-los a uma atuação mais abrangente.

Esse entendimento, por parte do cirurgião-dentista é imprescindível, ainda que ele atue na rede privada. Como já mencionado, nenhum profissional é detentor do saber, sendo necessária a humildade de saber os limites de cada atuação, e essa compreensão deve ser "exercitada" desde cedo.

Outro ponto destacado pelos pacientes foi a questão do deslocamento para buscar atendimento na atenção secundária, quando encaminhados, ou em outros locais, quando não conseguiram na APS. Mais de uma vez essa questão foi declarada como um incômodo, principalmente pelos cuidadores, pois segundo eles existe uma grande dificuldade em utilizar transportes públicos com o seu familiar-paciente, lembrando que a maioria é de baixa renda. Interessante notar que 38 profissionais não acham que este deslocamento seja incômodo, ou então nunca atentaram para esse fato como um problema. Todavia, setenta e dois profissionais acham que é incômodo/difícil para o paciente se deslocar, mas não acham possível o atendimento do paciente com esquizofrenia na atenção básica. Somente 10 profissionais ressaltaram que se devem encaminhar somente o necessário. Mas quais são as recomendações do serviço em relação a este encaminhamento?

O caderno 17 do MS (2006), explicitamente, traz a recomendação de que "*Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento*" devem ser encaminhados ao atendimento especializado. Esta política instituiu o encaminhamento para atenção secundária (CEO), de forma a garantir a integralidade da atenção em saúde bucal, às pessoas com alguma deficiência, incluindo as pessoas com transtorno mental. É certo que alguns casos extrapolam a capacidade de resolução da AB, mas o referenciamento para o CEO deve ser feito atendendo a critérios bem determinados pelo MS. Entretanto, o MS afirma que "*A grande maioria destes usuários constitui uma clientela com necessidade de atendimento perfeitamente solucionável no âmbito da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde, desde que os locais estejam adaptados e as equipes capacitadas"* (BRASIL, 2006).

Além de seguirem a orientação da política nacional de que a avaliação criteriosa deve anteceder os encaminhamentos de pacientes com transtorno mental, os profissionais também devem agir com sentimento de solidariedade para com estes pacientes e seus cuidadores. O deslocamento para os serviços longe de suas residências foi pontuado como incômodo por diversos entrevistados. O profissional da ESF deve ter em mente que, pelas

características da doença, é dispendioso, difícil e sofrido para estes usuários, e seus familiares, buscarem atendimento odontológico em outras instâncias.

Além disso, para o próprio serviço, é economicamente mais viável que esse atendimento seja realizado na AB. Lima e cols. (2014) acreditam que a ESF oferece possibilidades de cuidado, a partir da comunicação, acolhimento e vínculo. Desta forma, os recursos dos centros de especialidades serão otimizados e direcionados para os casos mais graves, de resolução mais complexa, ampliando o acesso dos pacientes com necessidades mais complicadas.

Na realidade, os profissionais da AB têm liberdade para decidirem sua conduta e agirem de acordo com seu entendimento de cada caso. Lidar com pacientes com esquizofrenia e as peculiaridades de cada caso permite que os profissionais se desprendam dos protocolos, em algumas circunstâncias, e tomem as decisões que lhe são mais acertadas. As prescrições dos manuais do MS nem sempre são passíveis de consecução, na realidade de cada profissional. Mas esse livre-arbítrio não deve ser pretexto para encaminhamentos indevidos, em detrimento do bem-estar dos pacientes em questão. Para Reis e cols. (2015), ter a liberdade para introduzir mudanças necessárias à realidade de cada território e de cada paciente, é fundamental na lógica do modelo de atuação na ESF, mas é preciso que o processo de trabalho aconteça respeitando as necessidades de saúde da população.

É importante enfatizar que, após esta avaliação criteriosa da necessidade de referência para a atenção secundária, ela deve sim, acontecer, se for necessária. A integralidade da atenção e a coordenação do cuidado devem sempre direcionar o trabalho do profissional da atenção primária. Para tanto, é imprescindível um suporte do CEO, que ofereça aos pacientes, a resolutividade de suas demandas, quando estas extrapolam a capacidade da ESF. Um estudo de Magalhães e cols. (2015) revelou a importância de uma atenção secundária de qualidade e resolutiva, e mostra também que os usuários conseguem ter um bom discernimento acerca destes serviços. Esta pesquisa avaliou a qualidade do CEO em suas variadas dimensões (*e.g.* ambiência, qualidade técnica, disponibilidade).

Sobre este quesito, dos 39 profissionais que afirmaram já ter encaminhado pacientes com esquizofrenia para o CEO, 33 fizeram uma avaliação da resolutividade deste equipamento. Destes, 54,3% avaliaram como bom e ótimo. Boa parte não soube avaliar porque nunca recebeu contrarreferência. Percebeu-se, também, que uma pequena parcela de usuários afirmou ter sido encaminhada para o CEO – apenas 20%, apesar de 7 % terem tido

acesso ao CEO por outros meios. Destes 27, somente 18 afirmaram ter resolvidos seus problemas de saúde bucal. A partir destes dados, pode-se concluir que, ainda há uma grande falha no acesso destes pacientes à atenção secundária, decorrente do pouco acesso à atenção primária; existe uma falha na comunicação entre os níveis de atenção que precisa ser revista e que os pacientes sabem de suas necessidades e procuram "contornar" as barreiras organizacionais para resolverem suas demandas.

Ainda nessa linha de raciocínio, é importante lembrar mais uma vez, que somente 29 pessoas, conseguiram atendimento odontológico próximo a sua residência. Além disso, pesquisas anteriores realizadas com populações desfavorecidas não demonstram, na prática, essa disponibilidade por parte do serviço. Além do, já citado, estudo de Maia e cols. (2015), que avaliou a acessibilidade a serviços de saúde bucal por pacientes HIV+/AIDS, o estudo de Rocha (2012), realizado com pessoas com deficiência motora e física, mostrou que 76,3% (n = 97) dessas pessoas acham difícil conseguir tratamento odontológico nas unidades de saúde da ESF de Fortaleza, apesar de reconhecerem que houve melhoria no acesso nos últimos tempos.

Uma questão importante a ser destacada foi o fato de 83 (51,2%) dos cirurgiões-dentistas afirmarem já ter atendido algum paciente com esquizofrenia e 118 dizerem que fazem o exame clínico e o tratamento possível nestes pacientes. Indagados sobre o tratamento possível de ser realizado nesta clientela, 116 responderam "que é viável fazer qualquer tratamento oferecido na Atenção Primária, desde que o paciente colabore".

Os pacientes que se declararam muito satisfeitos e os satisfeitos, são aqueles que conseguiram tratamento odontológico na UAPS perto de sua casa; os que estão insatisfeitos e os muito insatisfeitos estão entre aqueles que não se sentem bem acolhidos na UAPS de sua área; já os mais satisfeitos com a atenção recebida, são os que tiveram acesso a mais de um serviço, na unidade de saúde próximo à sua casa.

A junção destas informações corrobora com o fato de que tanto os profissionais como os pacientes ficam satisfeitos com o a ideia de que estas demandas sejam resolvidas *in loco*; demonstra que os pacientes são muito carentes de atenção, sendo esta maior que a assistência e denota, mais uma vez, um descompasso entre o que se diz e a realidade.

Finalmente, ambos os grupos de entrevistados (profissionais e pacientes) atribuíram nota baixa – 5,8 e 5,0 – quando indagados sobre a resolutividade e a atenção dispensada, respectivamente, pelas equipes de SB na Estratégia Saúde da Família. Percebe-se

aqui, uma insatisfação geral, no tocante à resolução das necessidades dessa população, no âmbito da saúde bucal.

A relação direta entre a resolutividade do serviço e a satisfação de usuários e profissionais já foi demonstrada em outros estudos. Silva e cols. (2010) estudaram o acesso aos serviços odontológicos, em suas variadas dimensões. Outro exemplo é o trabalho de Chaves e cols. (2012) que investigaram o acesso de pacientes aos serviços de saúde bucal em municípios de médio porte na região metropolitana de Salvador. Estes autores comprovaram que um dos aspectos fundamentais está na baixa resolutividade de problemas na atenção básica com consequente baixa valorização nas Unidades Básicas de Saúde, com os problemas tradicionais de acesso aos serviços com a persistência de filas evitáveis.

Parro e Guerrero (2016) entendem que os problemas nessa área exigem mais do que ações assistenciais de profissionais competentes; requerem políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, responsabilidade de todos os segmentos sociais e compromisso do Estado.

É imprescindível, portanto, que o cirurgião-dentista, fazendo parte de uma equipe multiprofissional, com a proposta elementar de levar saúde às famílias, conheça o perfil epidemiológico de sua população, planeje e acompanhe um programa, que contemple a promoção e a prevenção, bem como ações de recuperação da saúde bucal. Somente desta forma, com uma abordagem menos segregadora e mais humanizada, será possível ampliar a qualidade de vida da população que sofre com algum tipo de transtorno mental, em especial os que sofrem com esquizofrenia.

A equidade, no âmbito do SUS tem sido um enorme desafio, tanto para trabalhadores e gestores, quanto para os mais desfavorecidos, em busca do direito constitucional à saúde. Cabe a cada profissional, em seu espaço de atuação compreender a importância de seu papel, na produção do cuidado em saúde, no intuito de dirimir as desigualdades em cada território.

A maioria dos cruzamentos de informações obtidas neste estudo mostram resultados que nos parecem lógicos, mas uma, especialmente, causa surpresa: quando foram cruzados os achados dos profissionais que fizeram alguma capacitação para o atendimento destes pacientes, durante a graduação, aos que se importam com o deslocamento imposto aos pacientes, em busca de atendimento, fora da atenção primária, obtém-se como resultado, o fato de que, quem se capacitou na graduação, acha que não é problema esse deslocamento,

mais do que as pessoas que não o fizeram. O surpreendente é que se espera que profissionais que tiveram contatos com pacientes com transtorno mental, já desde a graduação, tenham uma maior sensibilização para o sofrimento desta clientela.

No mais, os cruzamentos realizados acompanham essa lógica; as pessoas que acham correto o fato da AB ser responsável pela coordenação do cuidado em saúde, coincidem com as que disseram ter conhecimento de que o atendimento odontológico dos pacientes com transtorno mental deve ser assegurado na AB. Assim também, essas mesmas pessoas que afirmam ter o conhecimento de que o tratamento odontológico deve ser assegurado na AB, tendem a dar uma nota mais alta, quando solicitados a avaliar a resolutividade da atenção em saúde bucal, oferecida a estes pacientes.

Os profissionais que realizam acolhimento na área de abrangência, mais comumente, acham normal, o paciente com esquizofrenia ser atendido na ESF. Existe uma relação positiva entre os profissionais que afirmam que suas unidades oferecem assistência odontológica aos pacientes com esquizofrenia e os que avaliam melhor o acolhimento das equipes de saúde bucal a estes mesmos pacientes.

Percebe-se que profissionais que entendem a lógica da estratégia saúde da família, como uma proposta de atenção e resolutividade, e incorporam essa lógica no seu processo de trabalho, naturalmente, estendem esse atendimento ao paciente com transtorno mental, por entenderem que estes são pacientes sob sua responsabilidade.

O Teste t independente demonstra haver uma tendência ($p = 0,067$), entre profissionais do sexo feminino, a avaliarem melhor a resolutividade da atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família. Este fato não é muito claro para nós, porém, talvez o instinto feminino as faça mais benevolentes do que homens, neste caso, menos condescendentes.

Também com relação aos cruzamentos de algumas variáveis, na pesquisa com os pacientes, percebe-se certa lógica, pois se espera que pessoas mais satisfeitas façam uma melhor avaliação do serviço de saúde bucal.

Os pacientes que foram ao dentista, pelo menos uma vez na vida, tendem a ter procurado este profissional na unidade mais perto de sua casa. Existe uma tendência, entre as pessoas de maior escolaridade, de terem procurado o dentista nos últimos dois anos.

Os pacientes muito satisfeitos e os satisfeitos são aqueles que conseguiram tratamento odontológico na UAPS perto de sua casa. Já os que estão insatisfeitos e os muito insatisfeitos estão entre aqueles que não se sentem bem acolhidos na UAPS. Os mais satisfeitos com a atenção recebida, são os que tiveram acesso a mais de um serviço, na unidade de saúde próximo à sua casa.

Existe uma tendência entre os pacientes que procuraram atendimento odontológico perto de suas casas, de darem notas mais altas, quanto a avaliação da atenção em saúde bucal, a eles oferecida na Estratégia Saúde da Família. Os que conseguiram esse atendimento odontológico na unidade perto de casa, também, estão entre os que fizeram uma melhor avaliação do serviço.

Da mesma forma, os pacientes que disseram ter se consultado com o dentista, nos últimos dois anos, tenderam a dar notas mais altas nesta mesma avaliação; os que se sentem bem acolhidos na UAPS, também avaliaram positivamente, a atenção oferecida pelas equipes de saúde bucal, nas unidades de saúde; os que tiveram alguma dúvida esclarecida pela equipe de saúde bucal, da mesma forma, deram notas melhores.

Finalizando este quesito, as pessoas que se dizem muito satisfeitas com a atenção recebida pelas equipes de saúde bucal, são aquelas que deram melhores notas, quando solicitadas a avaliarem essa atenção.

Percebe-se nestes cruzamentos, que os pacientes querem, na verdade, resolver suas demandas de saúde bucal, e que quando eles conseguem seu intento, ficam satisfeitos e reconhecem o bom serviço oferecido pelos profissionais. Na verdade, se a equipe de SB fizer seu papel de coordenadora do cuidado, dando a atenção devida ao caso, tentar ser resolutiva, e somente encaminhar os casos que extrapolam sua resolutividade, será reconhecida e avaliada positivamente, pelos pacientes e cuidadores.

Aqui, também, que as mulheres deram notas mais altas que os homens, quando solicitadas a avaliar a atenção em saúde bucal que receberam. Da mesma forma, atribuímos este fato ao de que as mulheres talvez sejam mais indulgentes que os homens.

Este trabalho mostrou pacientes provenientes de todas as regionais do município de Fortaleza, várias profissões diferentes, escolaridade variando do alfabetizado até o pós-graduado e idade entre os 16 e os 65 anos. Demonstrou uma predileção pelo sexo masculino, como em outros estudos (Cardoso e col., 2005 e Silveira e col., 2011), mas sabe-se que a doença atinge igualmente homens e mulheres (FRIEDLANDER e MARDER (2002).

Tudo isso corrobora com a ideia de que a esquizofrenia é uma doença “democrática”, não fazendo nenhuma distinção de classe social (KAPLAN; SADOK, 2007; SILVA e cols., 2012). Recorde-se de que a esquizofrenia é apenas uma parte do imenso espectro das doenças mentais e que existe, portanto, um grande número de pessoas com transtorno mentais, extremamente carentes de atenção e cuidados, que precisam ser identificadas e atendidas em suas demandas de saúde geral e bucal.

6.CONSIDERAÇÕES FINAIS

É sabido que os caminhos percorridos pelos profissionais de saúde que se dedicam ao serviço público têm sido trilhados entre histórias de sucesso, mas também marcados por frustrações e incertezas.

Dentre tantos desafios neste contexto, defender o direito à saúde, de populações desfavorecidas e marginalizadas, é abraçar a causa da solidariedade e da justiça social, fazendo desta, uma bandeira de luta constante. Muitos trabalhos e pesquisas ainda serão necessários, para desvendar os motivos pelos quais, princípios básicos do SUS, como a equidade, ainda não terem sido atingidos. Este trabalho, portanto, não pretende ser um fim em si mesmo, mas uma provocação para a reflexão entre nossos pares, de como se dá a produção de saúde bucal nos espaços públicos, para a população que padece de esquizofrenia, doença sabidamente excludente e estigmatizadora.

Algumas revelações de nosso estudo devem ser enfatizadas, de modo a contribuir para o repensar das práticas dos cirurgiões-dentistas da atenção primária, visando minimizar as iniquidades dos serviços de saúde bucal:

- Os pacientes com esquizofrenia e/ou seus cuidadores costumam procurar tratamento odontológico nas UAPS próximos de suas residências; poucos conseguem agendamento e os que conseguem, avaliam muito bem a qualidade do serviço oferecido;

- Estes pacientes procuram mais o serviço para atendimento de rotina do que para emergências;

- A maioria dos pacientes consegue atendimento, mas não consegue concluir seu tratamento próximo de casa; o deslocamento para outros níveis de atenção é declarado muito incômodo por estes indivíduos (cuidadores, em especial), principalmente pelos que se utilizam do transporte público; o deslocamento de pacientes, decorrente de referenciamentos, às vezes desnecessários, não parece ser preocupação para a maior parte dos profissionais pesquisados;

- A maior parte dos pacientes e familiares não recebe informação sobre o serviço de saúde bucal através do Agente Comunitário de Saúde de sua área; 30% deles nem mesmo conhece este profissional;

- Embora boa parte dos pacientes nunca tenha tido acesso a nenhum serviço na unidade de saúde próximo de suas residências, os cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza, dizem que suas unidades dão acesso ao paciente com esquizofrenia, apesar de nenhum deles citar este grupo como prioritário para o atendimento;

- Apenas uma minoria dos profissionais teve alguma capacitação, durante sua graduação, para o atendimento a esta clientela; isto corrobora com para que a grande maioria destes profissionais requisita curso de capacitação para o atendimento ao paciente com esquizofrenia; em contrapartida, a maioria absoluta dos pacientes não vê o diagnóstico de esquizofrenia como impedimento para serem atendidos na ESF;

- A resolutividade e a atenção em saúde bucal na ESF foram mal avaliadas por profissionais e pacientes – nota 5, 8 e 5,0, respectivamente.

Apesar da relevância e ineditismo da presente pesquisa, algumas limitações precisam ser apontadas: a pesquisa abordou somente 100 pacientes num universo calculado, teoricamente em 25.000 pessoas – se levarmos em conta a estatística mundial – e que não traduz a realidade de todos os pacientes. Além disso, o fato de ter sido realizado em um ambulatório de psiquiatria de um hospital público faz com que as constatações aqui apontadas não reflitam o universo dos pacientes com esquizofrenia de um município do porte de Fortaleza. Entretanto, é certo que aqui estão evidenciados, as impressões e anseios da população de baixo nível socioeconômico, portanto a mais carente de atenção por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

É necessário, portanto, que haja uma reavaliação das práticas de saúde vigentes, no que tange ao atendimento de indivíduos com transtornos mentais, em especial ao paciente com esquizofrenia. Uma reorientação se faz necessária, no sentido de oferecer uma atenção integral, com base no "olhar ampliado" dos determinantes sociais de saúde e pautada em ações de promoção de saúde geral. E urge um trabalho direcionado para a prevenção e a recuperação dos agravos prevalentes na boca, que tanto acomete estes indivíduos, segundo os dados apresentados neste trabalho.

Sugere-se, ainda, que as instituições formadoras sejam mais vigilantes no preparo dos profissionais de saúde, para o cuidado de pacientes com necessidades especiais, aqui, especificamente, o paciente com transtorno mental.

Além disso, uma das maiores dificuldades encontradas no nosso estudo foi o cálculo da amostra de pessoas com esquizofrenia, dado o universo, teoricamente, muito

extenso. Sugerimos, portanto, que as políticas de proteção ao paciente com transtorno mental assegurem a informatização dos serviços de assistência específicos a estes pacientes. Desta forma, ter-se-á o número real de usuários nessa condição e a confiabilidade das informações, assegurando estudos mais próximos à realidade.

Atualmente, quando a existência do próprio SUS está sob forte ameaça, é mister que cada trabalhador da ESF tenha como compromisso pessoal, a defesa por uma saúde pública de qualidade e equânime, sendo essa, condição imprescindível para a justiça social plena, sob pena de vermos fracassar todos os direitos adquiridos pela população brasileira, nestes anos de nossa infante democracia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gilson Holanda. O Portador de transtorno esquizofrênico na Atenção Básica: caminhos e descaminhos na busca do cuidado. **Journal of Health & Biological Sciences**. Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 84, Mai/Jun. 2013.

ALVES, H.; ESCOREL, S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil**. Revista Panamericana de Salud Publica**, Rio de Janeiro, 34(6): 429-436, Dez. 2013.

AGUIAR, C. C. T et al. Esquizofrenia: uma doença inflamatória? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Fortaleza, 59 (1):52-57, Fev. 2010.

AMARAL, L.D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva**. Tempus - Actas de Saúde Coletiva -** Saúde Bucal, Brasília, v. 5, n. 3, 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. In. CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M.; JUNIOR, M.D.; CARVALHO, Y. M. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro – S. Paulo: Editora FIOCRUZ-HUCITEC, p. 783-836. 2007.

ARNAIZ, Ainara et al. Oral health and the symptoms of schizophrenia. **Psychiatry research**, Vizcaya, v. 188, n. 1, p. 24-28, junho. 2011.

BARROS, A. J. P, LEHFELD, N. A. S.; **Projeto de Pesquisa:** Propostas Metodológicas. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 19ª Edição, 2010.

BASTOS, E. N. E.; JORGE, M. S. (Re). Construção do conhecimento sobre o Hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre as publicações no período 1999 a 2008. **Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.** Rio de Janeiro: v. 35, n. 88, p. 157-165, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar:** a ética do humano. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BRASIL – **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Artigos 196 a 200. Seção II. Da Saúde. Brasília, DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

_____ . Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.216, de 06 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**. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS:** Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, **Caderno de Atenção Básica** - n.º **17-** Saúde Bucal - Brasília – DF, 2006-a.

_____. Ministério da Saúde**.** Portaria 599/GM, de 23 de março de 2006. **Institui a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no âmbito do SUS.** Brasília, 2006-b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília – DF, 2006-c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399/2006. **Pacto pela Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília – DF, 2004; 2008.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS** - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer saúde. Brasília, 2010-a. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf > Acesso em 17.05.2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1032/GM 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.** Brasília, DF, 2010-b. Disponível em: < http://www.google.com.br/search?sourceid=navclient&aq=0h&oq=&hl=pt-BR&ie=UTF-8&q=portaria+1032+ms > Acesso em 21.05.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica – nº 27. Brasília – DF, 2010-c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf > Acessado em: 23.10.2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pessoas com deficiência. PNAD, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010-d. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm. Acesso em 04.05. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais.** Brasília, 2011-a. Disponível em: <

http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf > Acesso em 09.06.2015.

_____. Ministério da Saúde**.** Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF, 2011-b.

_____. Ministério da Saúde**.** GM, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília, 2011-c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3.** Brasília, 2012-a.

_____ Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Revisada pela Resolução 466/2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012-b.

_____ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica, 2015**. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php. Acesso: 05.05.2015

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M.; JUNIOR, M.D.; CARVALHO, Y. M. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro – S. Paulo: Editora FIOCRUZ-HUCITEC, 2007.

CARDOSO, C. S. *et al*. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1338-1348, 2005.

CARVALHAES, C. L. L. **Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos no CAPS/Butantã**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CARVALHO, E. M. C; ARAÚJO, R. P. C. A Saúde bucal em portadores de transtornos mentais. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria clínica e Integrada**. João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 65-75, jan./abr. 2006.

CASTRO, S.; et al., Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, fev. 2011.

CASTRO, A. M.; et al., Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Revista Odontológica da UNESP**. Araraquara, 39(3): 137-142, mai./jun., 2010.

CEARÁ, Governo do Estado. Lei nº 12.151 de 29/07/1993- Lei Mário Mamede. Disponível em < www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis93/12151.htm > Acessado em 30.12.2016

_____. Governo do Estado. Secretaria da Saúde, Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Fortaleza, 2016.

CHAVES, S. C; et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**. Salvador, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, agosto. 2012.

CHU, Kuan-Yu; et al. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. **Journal of the Formosan Medical Association**. Singapure, v. 111, n. 4, p. 214-219, abril. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-116/2012, de 03 de abril de 2012, que **altera a redação de artigos da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/10/consolidacao.pdf >. Acesso em 01 de maio 2015.

COSTA, A. P. **O Ensino Odontológico para Pessoas com Deficiência no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina**. Monografia. Universidade de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SANTOS, A.; ANDRADE, S. R. Educação permanente em saúde: transformações no trabalho em saúde mental na Atenção Básica. In: **ANAIS DO CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**. Gramado, p. 202, abril. 2012.

DSM-V: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5ª Edição. American **Pysichiatric Association**. Porto Alegre: ARTMED, 2014.

MARTA, S. N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto Alegre, v. 59, n.3, jul./set., 2011, p.379-385.

ELTAS, A. et al. An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. **International journal of dental hygiene**. Malatya, v. 11, n. 2, p.78-83, maio. 2013.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Secretaria municipal de Saúde. Célula de Atenção à Saúde Mental. **Projeto Técnico do CAPS Geral Tipo III**. Fortaleza, 2013.

_____. PREFEITURA MUNICIPAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenadoria de Vigilância em Saúde/Célula de Vigilância Epidemiológica**. Site Oficial. Fortaleza, 2015. Disponível em: < http://www.fortaleza.ce.gov.br/prefeitura-de-fortaleza/sms >. Acesso em 25.04.2015

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde, Site oficial. Disponível em: < http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/ . Acesso em 14. 04. 2015.

FRIEDLANDER, Arthur H.; MARDER, Stephen R. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. **The Journal of the American Dental Association**, Los Angeles, v. 133, n. 5, p. 603-610, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos-humanamente solidários e felizes. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 4, n. 1, p. 51-56, jan./fev./março. 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pessoas com deficiência**. PNAD, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm > Acesso em 04.05. 2015.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. Deficiência. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19042011censo.shtm>. Acesso em: 15.09.2015.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,** 2014. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza. > Acesso em: 30 abr. 2015.

INCA - **Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil**: Dados e registros de base populacional/2014. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < www. Inca.gov.br /estimativa/2014> Acesso em 21/10/2016.

_____ Instituto Nacional do Câncer. Estimativa/2016 – Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf.> Acesso em 21/10/2016.

JAMELLI, S. R et al., Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 151; Rio de Janeiro, p. 1795-1800; jun. 2010.

LOCH, Alexandre Andrade et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica.** São Paulo, v. 38, n. 5, p. 173-177, 2011.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. J. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica. 9ª Edição. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2007.

LEAL, E. M. et al. A experiência do adoecimento em estudo de narrativas de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico: um debate sobre a categoria a partir de achados de pesquisa. **Ciências Humanas e Sociais em Revista**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 55-67, jul./dez. 2013.

MAIA, L. A. et al. Atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids na perspectiva dos cirurgiões-dentistas. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 730-747, jul./set. 2015.

MCCREADIE, R. G. et al. The dental health of people with schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, London, v. 110, n. 4, p. 306-310, october. 2004.

MAGALHÃES, B. G.; et al. Evaluation of quality of the services offered at the CEOs: users' side. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2015.

MARTA, S. N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 379-385, jul./set, 2011.

MERHY, E. E. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E.E., Onoko, R. (Organizadores). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, p. 197-228, 2006.

MORAIS, C. A et al., Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. **Estudos de Psicologia**, Brasília, 17(3), 369-379, set./dez. 2012.

MORALES-CHÁVEZ, Mariana C.; RUEDA-DELGADO, Yusthin M.; PEÑA-OROZCO, David A. Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders. **Journal of clinical and experimental dentistry**. Canada, v. 6, n. 1, p. e7, 2014.

OLIVEIRA, R. M.; FACINA, P. C. B. R.; SIQUEIRA JÚNIOR, A. C. A realidade de viver com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, vol. 65, n. 2, mar./abr. 2012.

OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualizando o conceito da desinstitucionalização. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 91. out./dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (World Health Organization)/Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas - **Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)**. 1990, nov. 14; Venezuela, Caracas: OMS/OPAS, 1990.

_____. **Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação:** cuidar sim, excluir não. Genebra, Suíça: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2005. Disponível em < www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf > Acesso em: 07.08.2016.

_____. **Relatório mundial sobre a deficiência/World Health Organization, The World Bank**; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: <www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/.../RELATORIO_MUNDIAL_CO... > Acesso em: 16.08.2015.

OTHERO, Marilia Bense; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. Pessoas com deficiência na atenção primária. **Interface. Comunicação Saúde Educação,** Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-88, 2009.

PARRO, Y. M.; GUERRERO, A. V. P. O Direito humano ao sorriso: uma análise do arcabouço legislativo sobre a saúde bucal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 108-12
9, abr./jun. 2016.

PATEL, R.; GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. **British dental journal**, London, v. 213, n. 9, p. E16-E16, 2012.

PEREIRA, L. M et al.; Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA. **Stomatos,** Canoas-RS, V.16, N. 31. Canoas, jun./dez. 2010.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, L. M.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva,** Campinas, 18(7): 2095-2104, julho. 2013.

PIRES, A. V et al., Equidade em Saúde: direcionando as políticas públicas para a redução das desigualdades. **Saúde em Debate (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, ab./jun. 2011.

POLIT, D.; BECK, C.T.; UNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 9° ed. Porto Alegre: Artmed - Bookman, 2004.

PÔRTO, I. M. S. A.; **A Implementação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, Ceará:** contexto, desafios e perspectivas. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2010.

PRODANOV. C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª Edição, Novo Hamburgo: Editora FEEVALE, 2013.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, março. 2015.

ROCHA, L. L. **Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos odontológicos em Fortaleza-Ce**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, 2012.

ROCHA, L. L.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Access to dental public services by disabled persons. **BMC Oral Health**, v. 15, n. 1, p. 1, 2015.

RODRIGUES, M.G. A.; SILVA, L. K. Sobrecarga familiar no transtorno mental grave: uma introdução. **Saúde em Debate (Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde)**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 303-314, abr./jun. 2011.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família**. Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 32(2), p. 345-51, jun. 2011.

SÁ JÚNIOR, A. R.; SOUZA, M. C. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 34, São Paulo, supl. 2, p. 164-168, 2007.

SALIS, A. C. A. Gerência de Trabalho: uma estratégia de inclusão social pela via do trabalho. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 207-216, ab.jun. 2011.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica.** 2012;31(3):260–8**. Revista Odontológica da UNESP.** 39(3): 137-142. Araraquara. maio/jun., 2010.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M.; Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Vitória, v. 59(3), p. 238-246, 2010.

SANTOS, J. S.; VALLE, D. A.; AMARAL, J. H. L.; ABREU, M. H. N. G. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** Belo Horizonte, 20 (2), p. 515-524, 2015.

SILVA, Katyane Cássia et al. Percepção sobre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde bucal: uma perspectiva de gênero. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 1, n. 1, p. 1-7, dez. 2010.

SILVA, T. F. C et al., Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 61 (4), Rio de Janeiro, p. 242-51, 2012.

SILVEIRA, M. S. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, p. 27-32, fevereiro. 2011.

SILVEIRA, F et al., Interação de saberes para articulação de ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, vol. 19, n.12, 2014.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C.L.; CANGUSSU, M. C. T.; Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Publica**; 36 (6). Salvador, p. 401-406, dez, 2013.

SOBRINHO, Tarcísio Angelo de Oliveira et al. Integração acadêmica e multiprofissional no Pet-Saúde: experiências e desafios. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 39-42, jan./jun. 2011.

SOUSA, L. P. **Acesso do paciente especial à clínica odontológica do SUS**: A ótica do Cirurgião-dentista. 2011. Monografia (Pós-Graduação) – Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Sistema Municipal de Saúde Escola – Fortaleza, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade da saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde – UNESCO. Brasília, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10), Rio de Janeiro, p. 2825-2835, 2013.

VIEIRA-MEYER, A. P.G.F.; SAINTRAIN, M. V. L. Reflexões sobre a saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. 26 (4). Fortaleza, dez. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PROJETO DE PESQUISA: ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
PESQUISADORA: Luiza De Paula Sousa
ORIENTADORA: Prof. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES E/OU CUIDADORES

ID:_____

Data:_____ SER:____ LOCAL: _____

Pesquisador:_____

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO ENTREVISTADO (A):

1. Idade: _____

2. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Em relação à cor da pele, você se considera:

( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Amarelo ( ) Indígena ( ) Prefiro não declarar

4. Religião:

( ) Católica

( ) Protestante

( ) Espírita Outra_____

5. Naturalidade: ( ) Capital ( ) Interior

6. Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( )Viúvo

( )União Estável Outro:_____

7. Nº de filhos ( ) ( ) Não tem

8. Escolaridade:

( )Não alfabetizado

( )Ensino fundamental incompleto

( )Ensino fundamental completo

( )Ensino médio incompleto

( )Ensino médio completo

( ) Superior_____( ) Mestrado_____( ) Doutorado_____

9. Profissão:_____

10. Renda mensal:

( ) Até um salário-mínimo(S.M) - R$ 788,00

( ) Entre um e dois S.M - R$ 788,00 - R$ 1576,00

( ) Entre dois e quatro S.M - R$ 1.576,00 e R$ 3.152,00

( ) Acima de quatro S.M - (acima de R$ 3.552,00)

QUESTÕES ORIENTADAS ÀS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL VOLTADAS AOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

11. Você já foi ao dentista alguma vez na vida?

( ) Sim ( ) Não

Se Não, por quê? _____

_____

12. Você se consultou com o dentista nos últimos dois anos?

( ) Sim ( ) Não

Se Sim, qual objetivo da consulta?

( ) Atendimento de rotina

( ) Emergência

( ) Outro_____

13. Quais serviços odontológicos você utiliza?

( ) UAPS- Posto ( ) CEO ( ) Plano de Saúde

( ) Consultório Particular ( ) Faculdade

( ) Outro_____

14.Você já procurou a UAPS próximo à sua casa, para tratamento odontológico?

( ) Sim ( )Não

15. Você conseguiu o atendimento odontológico na UAPS próximo à sua casa?

( ) Sim ( ) Não

Se Não, por quê?_____

_____

16. Se Sim, como você conseguiu marcar esse atendimento?

( ) através da ACS

( ) no acolhimento Odontológico realizado na área

( ) no acolhimento dentro da unidade

( ) a pedido de outro profissional da unidade de saúde

17. No caso de ter conseguido atendimento, que tipo foi?

( ) somente urgência

( ) para tratamento completo, sendo marcados os retornos

( ) apenas para ser encaminhado para outro serviço

18. Você conseguiu resolver seu problema de saúde bucal na UAPS perto da sua residência?

( ) Sim ( ) Não

Se Não, Por quê? _____

_____

19. Quando você foi marcado, quanto tempo esperou para ser atendido?

( ) Até meia-hora ( ) Entre meia e uma hora

( ) Entre uma e duas horas ( ) Mais de duas horas

Em relação a esta espera, você ficou satisfeito? ( ) Sim ( ) Não

20. Você precisou ser encaminhado para outros serviços para fazer tratamento odontológico?

( ) Sim ( ) Não

Se Sim, qual?

( ) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

( ) Serviços particulares

( ) Faculdades de odontologia

( ) Hospitais

21. No caso de ter sido encaminhado, o serviço era muito longe?

( ) Sim ( ) Não

Comentário:

_____

_____

22. Você preferiria ter sido atendido no dentista da UAPS próxima à sua residência?

( ) Sim ( ) Não

Por quê? _____

23. Se não houve encaminhamento, você tentou atendimento odontológico em outros locais?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, como foi essa busca? Foi incômodo ou você achou normal?_____

_____

24. Se você já foi atendido em outro serviço odontológico, fora a UAPS (por exemplo, o CEO, HOSPITAL PÚBLICO, HOSPITAL PARTICULAR, CONSULTÓRIO PARTICULAR, PLANO DE SAÚDE) você classificaria o atendimento prestado aqui como:

( )Muito melhor ( )Melhor ( )Igual ( )Pior ( )Muito pior;

Por quê?_____

_____

25. Se você foi encaminhado para o CEO, conseguiu resolver seus problemas de saúde bucal?

( ) Sim ( ) Não

Se Não, por quê?_____

26. Se você precisou de atendimento hospitalar, em centro cirúrgico, isso foi conseguido?

( ) Sim ( ) Não

Comentário: _____

_____

27. Você acha que sua condição de saúde o impede de ser atendido em um dentista da UAPS próximo à sua casa?

( ) Sim ( ) Não

Comentário? _____

_____

28. Além do tratamento em si, você recebeu algum outro serviço em relação à sua saúde bucal e saúde geral na ESF??

( ) Sim ( ) Não

Se Sim, o que?

( ) orientações de escovação e higiene pessoal feita pelo dentista ou ASB/TSB

( ) recebeu kit odontológico (creme e escova dental)

( ) faz parte de grupo de educação em saúde feito pela equipe de SF/SB

( ) visita domiciliária

( ) outros; especifique:_____

_____

29. No caso de ter recebido orientações, elas foram bem entendidas por você?

( ) Sim ( ) Não

Por quê? _____

_____

30. Você teve alguma dúvida esclarecida pela equipe de saúde bucal a respeito de sua saúde bucal ou geral?

( ) Sim ( ) Não

Comentário: _____

_____

31. Você se sente respeitado nos serviços de saúde da ESF?

( ) Sim ( ) Não

Comentário: _____

32. Você se sente bem acolhido na UAPS?

( ) Sim ( ) Não

Comentário:_____

_____

33. Alguma vez você se sentiu maltratado ou discriminado na UAPS?

( ) Sim ( ) Não

Se Sim, por quê?_____

_____

34. De zero a dez, que nota você daria para a atenção que lhe foi dispensada, na UAPS, pela Eq. SB?

_____

APÊNDICE 2

PROJETO DE PESQUISA: ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
PESQUISADORA: Luiza De Paula Sousa

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS da ESF

ID:_____

Data:_____ SER:____ UAPS:_____

Pesquisador:_____

PERFIL DO ENTREVISTADO (A):

1. Idade: _____

2. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Em relação à cor da pele, você se considera:

( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Amarelo ( ) Indígena ( ) Prefiro não declarar

4. Religião:

( ) Católica

( ) Protestante

( ) Espírita Outra_____

5. Naturalidade: ( ) Capital ( ) Interior

6. Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( )Viúvo

( )União Estável Outro:_____

7. Escolaridade: ( ) Graduação

( ) Especialização:_____

( ) Mestrado:_____

( ) Doutorado:_____

8. Instituição que se formou: ( ) Faculdade pública ( ) Faculdade privada

9. Tempo de formado (a): _____

10. Além da UAPS, onde mais você trabalha:

( ) Outro posto de saúde

( ) Consultório particular

( ) Plano de saúde ( ) Hospital ( )

Professor na área:_____

( ) Outro: _____

11. Total de horas trabalhadas por semana: _____

12. Regime jurídico: ( ) Concurso público ( ) Contrato temporário ( ) Terceirizado(a)

13. Tempo de atuação na ESF: _____

14. Tempo de atuação na ESF de Fortaleza: _____

15. Foi vinculado a ESF em outro município?

( ) Sim ( ) Não ( ) Se sim, quanto tempo? _____

16. Renda Mensal:

( ) Até cinco S.M - R$ 3.940,00

( ) Entre cinco e oito S.M - R$ 3.940,00 e R$ 6.3024,00

( ) Entre oito e onze S.M - R$ 6.304,00 e R$ 8.668,00

( ) Mais de onze S.M (acima de R$ 8.668,00)

QUESTÕES ORIENTADAS ÀS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL VOLTADAS AOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

17. Quais atividades você realiza enquanto dentista da ESF?

_____

_____

_____

18. Na organização da agenda, existe paciente ou grupo com atendimento prioritário?

( ) Sim ( ) Não

Se Sim,

especifique:_____

19. Durante sua graduação, você desenvolveu atividades curriculares e/ou extracurriculares na comunidade?

( ) Sim ( ) Não, Se Sim, por quanto tempo?_____ e

Quais? _____

20. Durante a graduação, você teve alguma disciplina/capacitação em relação ao paciente com transtorno mental?

( ) Sim ( ) Não,

Se Sim, por quanto tempo e quais?

_____

21. Você atende o paciente com transtorno mental?

( ) Sim ( ) Não

Se Não, por quê?_____

_____

22. Você já atendeu algum paciente com diagnóstico de esquizofrenia?

( ) Sim ( ) Não

23. O que você acha do paciente com esquizofrenia ser atendido na ESF?

( ) normal, pois é um paciente como outro qualquer

( ) precisa de cuidados especiais

( ) se tentar, dá pra atender

( ) não se consegue atender de jeito nenhum

( ) não atende, pois este tipo de paciente deve ser atendido no CEO

Comentário:_____

24. Que tipo de atenção você dedica a este tipo de clientela?

( ) solicita que a ASB anote os dados do paciente e encaminha pois não é competência da ESF;

( ) realiza o exame clínico e dá orientações de higiene bucal ao paciente e/ou ao cuidador;

( ) apenas realiza o exame clínico e encaminha;

( ) realiza o exame clínico e o tratamento possível;

( ) passa o caso para um colega, pois não se sente apto a atender;

( ) realiza visita domiciliar solicitada pelo ACS;

( ) outros _____

25. Como você avaliaria o Acolhimento da Equipe de Saúde Bucal, da sua unidade ao paciente com esquizofrenia/transtorno mental?

( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo

26. Você acha que sua unidade (NAC, Controlista de Acesso, ESF, ASB, etc.) consegue dar acesso a este tipo de paciente?

( ) Sim ( ) Não

Comentário:

_____

_____

27. Além do atendimento clínico, que tipo de atenção é Atenção é dada aos pacientes com transtorno mental pela sua equipe?

_____

( ) Não se aplica

28. Existe algum trabalho realizado com o NASF direcionado para pacientes com transtorno mental/esquizofrenia?

( ) Sim ( ) Não

Comentário:

_____

_____

29. Você já procurou fazer algum curso que lhe capacite pra atender essa clientela?

( ) Sim ( ) Não

Comentário: _____

_____

30. Você já encaminhou algum paciente com esquizofrenia l para o CEO?

( ) Sim ( ) Não

31. Caso a resposta seja afirmativa, como você avalia a resolutividade do CEO para este tipo de paciente?

( ) péssimo ( ) ruim ( ) regular ( ) bom ( ) ótimo

Comentário:

_____

_____

32. Nos casos em que o paciente necessita de tratamento em centro cirúrgico, qual a sua conduta?

( ) encaminha para o CEO e deixa que seja resolvido por lá

( ) encaminha pro CEO e acompanha o trajeto do paciente nos outros níveis de atenção

( ) procura resolver diretamente com a atenção terciária

( ) não sabe o que fazer nestes casos, pois nunca precisou fazer isso.

Outros: _____

33. O que você acha do fato da AB ser coordenadora do cuidado dispensado aos pacientes?

( ) correto, pois os pacientes são da sua área de abrangência, portanto sua responsabilidade

( ) correto, mas não acha possível fazer isso pelas inúmeras demanda

( ) importante, mas o serviço é fragmentado e sem comunicação entre os níveis de atenção

( ) incorreto, pois depois que sai da AB, não tem como acompanhar, portanto deixa de ser sua responsabilidade

Outros: _____

_____

34. O que você pensa a respeito dos deslocamentos impostos aos pacientes com transtorno mental, encaminhados para a atenção secundária?

( ) não acha que seja incômodo

( ) incômodo mas necessário, já que não dá pra atender na AB

( ) nunca atentei para esse fato

Outros: _____

35. Que nota você daria – de zero a dez – à resolutividade da atenção em saúde bucal, oferecida aos pacientes com esquizofrenia/transtorno mental na AB?

_____

36. Você sabia que o atendimento aos pacientes com transtornos mentais **deve ser assegurado** na AB?

( ) Sim ( ) Não

Comentário: _____

_____

APÊNDICE 3

ID:_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para os profissionais)

Prezado(a) Sr.(a)

Este é um convite para você participar da pesquisa "**ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"** de responsabilidade da pesquisadora **Luiza de Paula Sousa** e orientação da Professora Dra **Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, do Mestrado em Saúde da Família da Fiocruz do Ceará.** Esta pesquisa tem o objetivo de investigar a atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família para as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. O(a) Senhor(a) foi selecionado(a) para participar da pesquisa por fazer parte da equipe de Equipe de Saúde Bucal. Sua participação é **voluntária**, pois a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão guardados em local seguro e somente o pesquisador e orientadora terão acesso ~~aos mesmos.~~ O Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. O risco** de sua participação é mínimo. Considerando que você pode ficar constrangido com algumas perguntas, você pode não respondê-las ou desistir de participar da pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área de atendimento odontológico. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar, diretamente à pesquisadora **responsável: Luiza de Paula Sousa (Rua Farias Lemos, 800- apto 921, Messejana - Fortaleza-Ce, email: lu_paula66@hotmail.com).** Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais você pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, situado à Av. Silas Munguba, 1700 - Itaperi, Fortaleza-CE.

Nome:_____

UAPS_____ SER____

Fortaleza-Ce, _____de _____ de 2015.

_____Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante

APÊNDICE 4

ID:_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para os pacientes)

Prezado(a) Sr (a)

Este é um convite para você participar da pesquisa "**ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"** de responsabilidade da pesquisadora **Luiza de Paula Sousa** e orientação da Professora Dra **Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, do Mestrado em Saúde da Família da Fiocruz do Ceará.** Esta pesquisa tem o objetivo de investigar a atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família para as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. O(a) Senhor(a) foi selecionado(a) para participar da pesquisa por ser usuário do Serviço Ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial ou do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Sua participação é **voluntária**, pois a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que usa o serviço. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão guardados em local seguro e somente o pesquisador e orientadora terão acesso ~~aos mesmos~~. O Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. O risco** de sua participação é mínimo. Considerando que você pode ficar constrangido com algumas perguntas, você pode não respondê-las ou desistir de participar da pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área de atendimento odontológico. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar, diretamente à pesquisadora **responsável: Luiza de Paula Sousa (Rua Farias Lemos, 800- apto 921, Messejana - Fortaleza-Ce, email: lu_paula66@hotmail.com).** Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais você pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, situado à Av. Silas Munguba, 1700 - Itaperi, Fortaleza-CE.

Nome:_____

SERVIÇO_____SER____

Fortaleza-Ce, _____de _____ de 2015.

_____Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante

ANEXOS

ANEXO 1

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P688910/2015**

Título do Projeto de Pesquisa: **ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Pesquisadoras Responsáveis: **LUÍZA DE PAULA SOUSA E ANYA PIMENTEL GOMES FERNANDES VIEIRA MEYER.**

Instituição Proponente: **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 31 de julho de 2015.

Maria Ivanilia Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Maria Ivanilia Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
(85) 3105 1473 / 3131 1694

ANEXO 2

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria da Saúde	HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO	HSM Hospital de Saúde Professor Frota Pinto

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA PESQUISA Nº 27/2015

Declaro conhecer o Protocolo de Pesquisa intitulado **"ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA EATRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA",** que será desenvolvido por **LUÍZA DE PAULA SOUSA,** aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Osvaldo Cruz, **sob a orientação da Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer,** estando ciente dos seus objetivos e metodologia e de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal do serviço. Autorizo a realização desse estudo no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - HSM, mediante o cumprimento dos termos da **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O início da coleta de informações/dados do estudo está condicionado à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com a entrega de documento comprobatório no Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do HSM, quando necessário, e ao compromisso de apresentar os resultados finais da pesquisa, a fim de viabilizar a sua divulgação.

Fortaleza, 18 de novembro de 2015

Dr. Marcelo Theophilo Lima – Diretor Geral do HSM

Hospital de Saúde Mental – Rua Vicente Nobre Macedo, S/N – Fortaleza – Ceará – Brasil
Fone: (085) 31014348 – Fax (085) 31014328

ANEXO 3

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SES/CE

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.361.774

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório a este CEP após conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_552768.pdf	30/11/2015 23:13:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.doc	30/11/2015 23:12:10	Luiza de Paula Sousa	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa.docx	30/11/2015 23:08:53	Luiza de Paula Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	images.pdf	22/11/2015 10:15:56	Luiza de Paula Sousa	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.doc	22/11/2015 09:55:32	Luiza de Paula Sousa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoLUIZAPAULA.pdf	21/08/2015 11:24:31	Luiza de Paula Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuenciaLUIZAPAULA.pdf	21/08/2015 11:21:53	Luiza de Paula Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 10 de Dezembro de 2015

Assinado por:
PAULO EGIDIO SANTOS FEITOSA
(Coordenador)

Endereço: AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E
Bairro: PRAIA DE IRACEMA **CEP:** 60.060-440
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3488-2137 **E-mail:** cepsesa@saude.ce.gov.br