



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Priscilla Dias Leite De Lima

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ACESSO A CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL POR CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES





Priscilla Dias Leite De Lima

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ACESSO A CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL POR CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, vinculado ao Pólo Fiocruz/Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Maximiliano Loiola

Ponte de Souza

Área de Concentração: Saúde da

Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão

do Cuidado em Saúde

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

L732p Lima, Priscilla Dias Leite de.

> Utilização de serviços de atenção primária e acesso a cuidados em saúde bucal por crianças com transtorno do espectro autista: percepções de cuidadores / Priscilla Dias Leite de Lima. -- 2019.

90 f. : il. ; tab.

Orientador: Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF) - Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Proposta de participação de instituições de ensino superior em associação com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde Bucal. 4. Transtornos Mentais. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. 6. Coleta de Dados. 7. Análise de Dados. 8. Entrevistas como Assunto. I. Título.

CDD - 23.ed. - 617.601

Priscilla Dias Leite De Lima

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ACESSO A CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL POR CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – RENASF, vinculado ao Pólo Fiocruz/Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA:
Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Orientador
Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Profa. Dra. Janaina Rocha de Sousa Almeida Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Data de aprovação://

A Deus, pelas infinitas graças concedidas em minha vida.

Aos meus pais, Rocélio e Sônia, por toda dedicação e apoio, a vocês devo tudo que sou.

À minha irmã, Rochelle, por ser, mesmo de longe, força e incentivo.

Ao meu esposo, Leonardo, por compreender as minhas ausências e pelo seu companheirismo.

À minha filha, Sophia, meu presente de Deus, minha razão de viver.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, por sua dedicação ao projeto, por me orientar e me conduzir com maestria e por sua compreensão nos momentos que mais precisei. Serei eternamente grata.

À coordenação e aos docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pelo trabalho e empenho em nos oferecer um curso de excelência que me modificou profundamente.

À Dra. Janaina Rocha e ao Dr. Roberto Wagner, pelo apoio e contribuições durante todo o desenvolvimento do projeto.

Às minhas amigas de turma, por dividirem as angústias e as alegrias e pelos momentos e ensinamentos compartilhados. Este trajeto foi mais fácil por ter sido com vocês.

Aos meus amigos, em especial, Margarida Saraiva e Zislane Viana, pela presença constante e palavras nos momentos difíceis, pelo suporte e por sempre acreditarem que seria possível.

À Prefeitura de Fortaleza, pela liberação para participar do Mestrado.

Aos amigos da Coordenação de Saúde Bucal de Fortaleza e Coordenadoria Regional de Saúde VI, pelo suporte durante toda jornada.

A todos os profissionais que fazem parte do Centro de Atenção Psicossocial infantil - VI, por terem me acolhido com tanto carinho no serviço.

Aos pais e cuidadores, por terem aceitado participar do estudo.

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno persistente que provoca prejuízos em diversas áreas. O acesso desses pacientes à Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para um diagnóstico e intervenção precoce, minimizando os prejuízos causados pelo TEA. Ressalta-se que esses pacientes possuem uma alta vulnerabilidade em relação aos também odontológicos. Objetivo: Analisar a utilização dos serviços de APS e o acesso aos serviços de saúde bucal, de crianças com TEA, atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), a partir da perspectiva de seus cuidadores. Método: Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 100 cuidadores de crianças com TEA, de 6 a menores de 12 anos, acompanhadas no CAPSi - VI, no município de Fortaleza. A coleta de dados foi feita através de um formulário estruturado contendo características do cuidador; da criança; o acesso da criança aos serviços de saúde bucal; e o módulo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (APC-U), extraído do Primary Care Assessment Tool (PCATool), versão criança. Os dados foram analisados no software Statistical Package for the Social Sciences com confiança de 95%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer de Nº 3.051.347 e seguiu as normas da resolução N° 466-2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Resultados: O escore médio para o componente APC-U foi de 7,74, tendo sido considerado alto. Outro achado importante se refere ao fato de que 25% dos pacientes do estudo nunca foram ao dentista. Associações significativas relacionadas ao alto escore foram evidenciadas com as variáveis relacionadas ao cuidador, à criança e ao acesso pela criança aos serviços de saúde bucal. Através de regressão logística, a variável "não trabalhar fora" manteve significância com altos escores (OR=44,21; IC=1,64-1192,93; p= 0,024). Conclusões: Nosso estudo revelou um alto escore para o componente APC-U, mostrando que a população desta pesquisa possui uma satisfação na utilização dos serviços da APS, reconhecendo-a como porta de entrada para os serviços, porém, entendemos as limitações do estudo, o qual necessita de um maior debate.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal

ABSTRACT

Introduction: Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a persistent disorder that causes damage in many areas. These patients' access to Primary Health Care (PHC) is essential for early diagnosis and intervention, minimizing the damage caused by ASD. These patients also have a high vulnerability to dental problems. Objective: To analyze the use of PHC services and access to oral health services for children with ASD, attended at a Centers for Child Psychosocial Care, from the perspective of their caregivers. **Method:** Cross-sectional study with a quantitative approach, with 100 caregivers of children with ASD, aged 6 to 12 years, followed up by CAPSi - VI, in the city of Fortaleza. The data collection was through a structured form containing characteristics of the caregiver, the child, access to oral health services by the child and the module First Contact Access - Utilization (APC-U), extracted from the Primary Care Assessment Tool (PCATool), Child version. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences software with 95% confidence. The research was approved by the Research Ethics Committee with Opinion No. 3,051,347 and followed the rules of Resolution No. 466-2012 of the National Health Council / MS. Results: The average score for the APC-U component was 7.74, considered high. Important finding is that 25% of the study patients never went to the dentist. Significant associations related to the high score were evidenced with the variables related to the caregiver, the child and the child's access to oral health services. Through logistic regression the variable not working out maintained significance with high scores (OR = 44.21; CI = 1.64-1192.93; p = 0.024). Conclusions: Our study revealed a high score for the APC-U component, showing that the population of our study has a satisfactory use of PHC services, recognizing it as a gateway to services, but we understand the limitations of the study, which needs further debate.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Primary Health Care, Oral Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APC-A - Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

APC-U - Acesso de Primeiro Contato - Utilização

APS - Atenção Primária à Saúde

ATF - Aplicação Tópica de Flúor

BF - Bolsa família

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infantil

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COGTES - Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

CPO-D - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

e-SB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

MS - Ministério da Saúde

MPSF - Mestrado Profissional em Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OR - Odds ratio

PCATool - Primary Care Assessment Tool

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SR - Secretaria Regional

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA - Transtorno do Espectro Autista

UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVO	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Atenção Primária à Saúde	14
	A criança com Transtorno do Espectro Autista	
	Saúde Bucal e o Paciente com Transtorno Mental	
3.4	Acesso e utilização dos Serviços de Saúde	21
4	MÉTODOS	25
	Tipo de Estudo	
	Local do Estudo	
	População e Amostra do Estudo	
7.0	4.3.1 Critérios de Inclusão	
	4.3.2 Critérios de Exclusão	
4.4	Instrumentos e Coleta de Dados	
4.5	Variáveis do estudo	28
4.6	Organização e Plano de Análise dos Dados	29
4.7	Aspectos Éticos	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
RE	FERÊNCIAS	59
ΑP	ÊNDICE A	67
ΑP	ÊNDICE B	74
AP	ÊNDICE C	77
ΑN	EXO 1	78
ΔN	FXO 2	.83

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação busca explorar interconexões entre a saúde bucal, a saúde da criança, a saúde mental e a atenção primária, na medida em que investiga o acesso aos serviços em uma população especialmente vulnerável, as crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa de até doze anos incompletos, e assegura a estas as oportunidades e facilidades para promover o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, com liberdade e dignidade. É dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público garantir, com prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte e lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL,1990). Estimase que de 10 a 20% deste extrato social apresenta algum tipo de sofrimento ou transtorno mental (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009; GOMES *et al.*, 2015).

Os transtornos mentais em crianças e adolescentes apresentaram um aumento importante nos últimos anos (MONTEIRO *et al.*, 2012). O termo transtorno mental é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para demonstrar a existência de um conjunto de sintomas clínicos ou do comportamento associado ao sofrimento e à interferência nas funções pessoais. Não estão incluídos no transtorno mental o desvio ou conflito social sem disfunção pessoal (OMS, 2005).

O TEA é um transtorno do Neurodesenvolvimento que causa prejuízos persistentes na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades ou interesses (DSM-V, 2014). Para todos os efeitos legais, a pessoa com TEA é considerada um paciente com deficiência (BRASIL, 2012).

A população infantojuvenil brasileira, até o início do século XXI, não era contemplada com políticas públicas de saúde mental. Com a instituição dessas políticas, uma nova postura relacionada à criança como sujeito de direitos foi instalada, fundamenta-se na proteção e sua proposta de cuidados baseia-se na liberdade. Hoje em dia, esse cuidado é orientado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria Nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde (MS), para pessoas em sofrimento ou com transtorno mental (COUTO; DELGADO, 2015; DELFINI; BASTOS; REIS, 2017). Essa rede de atenção é composta, dentre outros, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Saúde

Mental na Atenção Básica e Consultório de Rua (SOUSA, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do sistema de saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), é fundamental para o acompanhamento dos transtornos mentais em crianças, seja na promoção de saúde e prevenção de problemas, na identificação precoce desses problemas, na escuta qualificada, no acesso aos cuidados primários à saúde e acompanhamento na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou no encaminhamento para serviços especializados (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012). Ainda é muito forte, porém, o estigma relacionado aos transtornos mentais, tanto por parte da família, por ter seu filho relacionado a um diagnóstico psiquiátrico, quanto por parte do profissional, em reconhecer e tratar o problema, agindo de maneira excludente, uma vez que só encaminha para a atenção especializada (JAMELLI *et al.*, 2010; CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012).

O Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), criado pela Portaria Nº 336/2002 do MS, baseia-se no cuidado integral em saúde mental e possui uma equipe multiprofissional que realiza o acompanhamento dos casos mais graves, sendo, desta forma, dispositivos estratégicos da RAPS (COUTO; DELGADO, 2015). Realizam o atendimento dos pacientes com transtornos mentais severos ou persistentes, bem como supervisionam e capacitam as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental do seu território na atenção à criança e ao adolescente (BRASIL, 2002).

Em relação à saúde bucal, as dificuldades relacionadas ao atendimento odontológico dos pacientes com necessidades especiais, dentre eles, os pacientes com TEA, estão associadas: ao desconhecimento e ao despreparo dos profissionais; à desinformação acerca das condições de saúde bucal e das necessidades odontológicas pelos serviços de saúde; ao descrédito da importância da saúde bucal pelos cuidadores e/ou responsáveis; ao baixo número de profissionais; dentre outras razões (CASTRO et al., 2010).

De acordo com o caderno de Atenção Básica Nº 17, do MS, as equipes de saúde bucal (e-SB) devem ser capacitadas para o atendimento aos pacientes portadores de deficiência, nas Unidades de Atenção Básica, pois a maioria dos usuários possui necessidade de atendimento solucionáveis nesse nível de atenção. A formulação de protocolos com os cuidados a serem realizados em cada nível e os critérios para encaminhamentos para a atenção especializada, principalmente para

os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), também estão previstos (BRASIL, 2008).

Os pacientes portadores de transtornos mentais pertencem a um grupo com alto risco à cárie, à doença periodontal e à má oclusão. Isso se deve a vários motivos, tais como: uso contínuo de medicamentos, dieta rica em carboidratos e dificuldades na realização da higiene oral pelo paciente ou cuidador. Estes fatores aumentam a prevalência de doenças bucais (CASTRO *et al.*, 2010; JARRA; MOTAA, 2015; SOARES *et al.*, 2013).

Desta forma, um conjunto de questões evidencia a relevância de estudos que se proponham investigar a utilização, por crianças com TEA, dos serviços de APS, e do acesso aos serviços de saúde bucal. Dentre estas questões, sinteticamente, destacam-se: a) a alta prevalência de transtornos mentais em crianças; b) as barreiras de acesso aos serviços que pacientes portadores de transtornos mentais enfrentam; c) a grande vulnerabilidade desses pacientes em relação aos problemas de saúde bucal.

A consulta a base de dados Scielo, no período de julho e agosto de 2019, com os descritores: Transtorno do Espectro Autista, Saúde Bucal e Atenção Primária à Saúde, demonstrou a carência de estudos que tratem de maneira específica e detalhada sobre a linha de cuidado de crianças com TEA na APS. Estudos envolvendo essa população especialmente vulnerável têm a potencialidade de fornecer subsídios, assim como qualificar os fluxos e processos que regulam o acesso da mesma aos serviços de saúde em contextos locais específicos.

Ademais, atualmente, faço parte da equipe de Coordenação Regional de Saúde Bucal do município de Fortaleza, estando responsável por essa área na Secretaria Regional (SR) VI. Hoje, um dos grandes desafios é pensar como ocorre o acesso da população aos serviços de saúde. Pensando em um desafio ainda maior, podemos destacar como se dá a utilização destes serviços por populações vulneráveis, dentre elas, crianças portadoras de TEA. Portanto é de fundamental importância conhecer, pela ótica do usuário, os fatores que interferem na utilização dos serviços de saúde desses pacientes, para assim conseguirmos tomar decisões baseadas em dados, visando sempre à melhoria dos serviços.

Ao refletir sobre o tema surgem os seguintes questionamentos: A criança portadora de TEA utiliza os serviços da UAPS? Como se dá o acesso aos serviços de saúde bucal dessa população?

Essa pesquisa pretende analisar a percepção dos cuidadores sobre a utilização dos serviços de APS e o acesso aos serviços de Saúde Bucal de crianças com TEA, atendidas em um CAPSi, localizado no município de Fortaleza. Trata-se de um projeto da linha de pesquisa Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde. Seus resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo, o que é previsto no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF).

2 OBJETIVO

Analisar a utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e o acesso aos serviços de Saúde Bucal de crianças com Transtorno do Espectro Autista, atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial infantil, a partir da perspectiva de seus cuidadores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para uma melhor compreensão dos problemas a serem investigados e visando o aprofundamento conceitual, faz-se necessário abordar alguns tópicos que servirão de base para qualificar esta proposta de estudo.

3.1 Atenção Primária à Saúde

A APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possuindo papel fundamental nesse sistema através, prioritariamente, da ESF. Uma adequada e operacional APS impacta positivamente na saúde e no desenvolvimento da população dos países que a utilizam como base para seus sistemas de saúde. Esse impacto é percebido na melhora dos indicadores de saúde, na efetividade do tratamento de condições crônicas, na maior eficiência do cuidado, no maior uso de práticas preventivas, na maior satisfação do usuário e na redução das iniquidades sobre o acesso aos serviços (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Starfield (2002) elencou para a APS sete atributos, sendo quatro essenciais, são eles: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e três derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MENDES, 2015).

Para uma APS de qualidade e que produza resultados adequados, todos os atributos essenciais e derivados devem ser cumpridos. A heterogeneidade da qualidade da APS está relacionada com a falha ou a ausência de um ou mais atributos. Para verificar sua eficiência, efetividade e qualidade, avaliações devem ser realizadas sobre o cumprimento dos mesmos (BRASIL, 2010; MENDES, 2015). Com a realização de avaliações dos serviços de saúde, obtemos indicadores capazes de diagnosticar a situação atual e servir de dados para reflexão crítica dos envolvidos. Além disso, é possível ainda iniciar um processo de mudança no sistema de saúde e traçar metas a serem trabalhadas (CASTANHEIRA *et al.*, 2015).

Em 2001, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, melhorar seus indicadores e reorganizar as ações da saúde bucal na APS, o Ministério da Saúde propôs a inserção das e-SB na ESF, através da Portaria Nº 1.444/2000 do MS, regulamentada pela Portaria 267/2001 do MS. Esta inclusão representou um passo importante, pois orienta para ações de promoção, prevenção e recuperação, baseadas na integralidade do cuidado e centradas na

família (BRASIL, 2001; SOUZA; RONCALLI, 2007).

Já em 2004, o Ministério da Saúde apresentou as "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", apontando para uma reorganização do cuidado com a saúde bucal em todos os níveis de atenção. Essa reorganização deve acontecer através do desenvolvimento de ações intersetoriais, centradas não somente na doença, mas também na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores de riscos com ações programáticas abrangentes. Deve estar pautada, dentre outras, na humanização do processo de trabalho, na corresponsabilização dos serviços e no desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para condições especiais de vida, como a saúde da mulher, do trabalhador e de pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

As e-SB devem realizar o atendimento de pessoas com deficiência na APS, seguindo protocolos para a realização de encaminhamentos para atenção especializada, conhecendo as manifestações orais relacionadas à deficiência. Necessita ainda fazer procedimentos inerentes à atenção primária (BRASIL, 2008; AMARAL; CARVALHO; BEZERRA, 2016).

É de responsabilidade da UAPS a garantia de acesso aos serviços de saúde dessa população, bem como de outras populações vulneráveis, funcionando como entrada para os demais níveis de atenção. Sendo assim, deve buscar maior resolutividade dos problemas de saúde do seu nível de complexidade, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2008; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Apesar das tentativas para a redução de disparidades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde de pacientes com alta vulnerabilidade como por exemplo, pacientes com transtornos mentais, ainda encontramos um excesso de encaminhamentos para a atenção especializada, o que demonstra que, de modo geral, a APS não está conseguindo alcançar a integralidade da atenção (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

3.2 A criança com Transtorno do Espectro Autista

Os problemas de saúde mental são altamente prevalentes e estão usualmente associados a outros problemas de saúde pública. Porém, a maioria dos pacientes com estes agravos não recebe o cuidado no nível primário de atenção à

saúde. Desta forma, considera-se como prioritárias as ações que visam qualificar os cuidados a estes pacientes ao longo de suas vidas (PATEL, 2007).

As políticas de saúde mental são usualmente direcionadas à população adulta. É de extrema importância a proposição de uma política de saúde mental específica para a população infantojuvenil que possui características singulares. No Brasil, a implantação dos CAPSi, como serviços estratégicos, e as diretrizes para articular a saúde mental com outros setores, são os pilares atuais da política de saúde mental para crianças e adolescentes (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DELFINI; BASTOS; REIS, 2017).

Os CAPSi possuem foco no tratamento de crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais graves, com consequências severas e persistentes, em intenso sofrimento psíquico (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DELFINI; BASTOS; REIS, 2017).

A articulação com a APS é importante para aumentar o acesso de pacientes com transtornos mentais aos serviços de saúde mental. Esse aumento ocorre, em primeiro lugar, porque a APS é a principal porta de entrada ao sistema de saúde, em segundo lugar, pelo menor estigma carregado por esse serviço, além da capacidade de identificar, precocemente, algum transtorno mais grave ou complexo (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Estima-se que 10 a 20% das crianças do mundo apresentam algum tipo de transtorno mental. Este agravo figura entre as cinco principais causas de doenças entre pessoas com idade acima de 5 anos. A deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade são os problemas mais frequentes (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2005).

Cavalcante et al. (2012) discorrem sobre a variação das taxas de prevalência que podem ser de 8 a 35% dependendo do responsável pela informação. No Brasil, publicações que utilizaram entrevistas com pais ou pacientes, relataram taxas de prevalência de 12,6 a 35,2%. Já os trabalhos que utilizaram entrevistas diagnósticas padronizadas obtiveram valores menores, de 7 a 12% (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Nos estudos em áreas mais carentes, como em comunidades de baixa renda, as taxas chegaram a até 20% (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012).

Vale salientar que os pacientes com TEA, transtornos psicóticos e com prejuízos psicossociais severos possuem atendimento prioritário nos CAPSi (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DELFINI; BASTOS; REIS, 2017).

O TEA é um transtorno do Neurodesenvolvimento que provoca prejuízos persistentes na comunicação e na interação social, assim como padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades ou interesses (DSM-V, 2014). A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA estabelece que a pessoa com o transtorno seja considerada uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. Desta forma, este indivíduo tem direito ao acesso às ações e serviços de saúde, visando à atenção integral as suas necessidades, incluindo diagnóstico precoce, ainda que não definitivo; atendimento multiprofissional; nutrição adequada; dentre outros (BRASIL, 2012).

O nível de manifestação do TEA pode variar de acordo com a gravidade do transtorno, da idade do paciente e do nível de desenvolvimento, esse é o motivo do uso do termo espectro. A partir do DSM- V (2014), o TEA envolve os transtornos antes chamados de: autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

Em uma perspectiva internacional, a prevalência do TEA é de 0,66%, de acordo com Hill, Zuckerman e Fombonne (2018). Já de acordo com Brugha (2011), em um estudo na Inglaterra, esse dado chega a 1%.

Os sintomas estão presentes desde o inicio da infância, porém a evidenciação do prejuízo irá variar individualmente, devido à gravidade do transtorno e de intervenções, compensações e apoios que podem mascarar o diagnóstico em alguns contextos (DSM-V, 2014). Zuckerman, Lindly e Sinche (2015) relatam que, em média, o diagnóstico de crianças com TEA é realizado com 6 anos. Favero-Nunes e Santos (2010), em um estudo sobre o itinerário percorrido por mães de crianças com TEA na busca de diagnóstico, constataram que 65% das crianças foram diagnosticadas entre 3 e 5 anos.

A detecção precoce do TEA através do conhecimento de sinais comportamentais característicos que aparecem no início do desenvolvimento da criança é essencial para a criação de estratégias que minimizem os danos causados pelo transtorno, sendo um beneficio para o paciente (ZWAIGENBAUM; BRYSON;

GARON, 2013). Por esse motivo, programas de identificação de sinais do TEA, incluindo marcos de desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança, são de extrema importância (STEYER; LAMOGLIA; BOSA, 2018).

A identificação desses sinais deve ser realizada, preferencialmente, na APS e deve fazer parte do planejamento das ações das equipes de saúde apresentando-se como um desafio na organização do atendimento diário. A busca de dados sobre as condições de saúde da população de abrangência da equipe deve ser estimulada, dessa forma, quando se conhece o perfil de saúde da população, as ações podem ser melhor planejadas e atender às necessidades da mesma (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; STEYER; LAMOGLIA; BOSA, 2018).

Pacientes com deficiências, em geral, e crianças, em particular, possuem diversas vulnerabilidades. Os mesmos apresentam dificuldades em manter uma saúde bucal adequada e a ter acesso aos serviços de saúde bucal, o que faz com que se tornem um grupo de risco para várias alterações (GLASSMAN *et al.*, 2009; JAMELLI *et al.*, 2010). Estas questões serão detalhadas no item a seguir.

3.3 Saúde Bucal e o Paciente com Transtorno Mental

A deficiência no cuidado com a saúde oral, tanto preventivo como curativo, contribui para a ocorrência de vários problemas de saúde, e essa não é uma especificidade só dos pacientes com deficiência. Contudo, pacientes portadores de transtornos mentais estão sujeitos às diversas alterações bucais, podendo apresentar elevado índice de cárie, de doença periodontal e grande perda dental com necessidade de reabilitação protética, aumentando, consequentemente, o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) (CELESTE et al., 2012; NASILOSKI et al., 2015). O paciente com TEA pode apresentar: atraso na erupção dentária, devido à hipertrofia gengival ocasionada por medicação; lesões orais; maior tendência a má oclusão, como palato ogival, apinhamento dental e mordida aberta; e uma maior tendência a hábitos deletérios, como bruxismo e mordedura de lábios (CHANDRASHEKHAR; BOMMANGOUDAR, 2018).

Vários fatores podem levar a maior gravidade dessas alterações, tais como: dificuldades na coordenação motora, falta de hábitos de higiene oral, diminuição do fluxo salivar pelo uso de medicamentos, dieta cariogênica e

dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal (CELESTE *et al.*, 2012; NASILOSKI *et al.*, 2015; SUASTEGUI; CEDEÑO, 2002).

Os pacientes portadores de transtornos mentais necessitam de uma especial atenção por parte da equipe de saúde bucal. Bartolomé-Villar *et al.* (2016) constataram uma higiene oral e uma saúde periodontal mais deficiente em pacientes com TEA em relação à população pediátrica saudável. Apesar desta necessidade, a OMS relata que apenas 3% da população com deficiência possui acesso ao tratamento odontológico (NASILOSKI *et al.*, 2015).

Diante do contexto, uma das mais eficientes formas para melhorar a saúde bucal dos pacientes com deficiência é o investimento em ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos. Ações de educação em saúde, com orientação sobre a correta realização da higiene oral, controle de placa, alimentação e motivação, com foco no paciente e no cuidador, já que muitos desses pacientes possuem déficit cognitivo ou motor importante, são ações essenciais para a manutenção da saúde bucal dos mesmos (JAMELLI et al., 2010; JUNG, 2011; NASILOSKI et al., 2015; SOARES et al., 2013).

Estudos realizados por Oliveira e Giro (2011) relatam a redução do índice de placa bacteriana, cárie e doença periodontal, indicando resultados positivos quando há uma intervenção precoce com ações de promoção de saúde nesses pacientes.

Campanaro, Huebner e Davis (2014), em estudo realizado em uma comunidade nos Estados Unidos com cuidadores de crianças pré-escolares que necessitavam de cuidados especiais, constataram que mais da metade só iniciou a escovação dos dentes da criança após os 12 meses e que entre os cuidadores que realizavam a escovação, 50% a realizavam 2 vezes ao dia. Os dados também mostraram que 47% das crianças receberam o número mínimo de visitas preventivas, realizadas pelo dentista, recomendadas em 1 ano. Suhaib *et al.* (2019) relatam que, em crianças com TEA, a frequência da escovação é de 1 vez ao dia, enquanto que em seus irmãos saudáveis é de 2 vezes ao dia, afirmam ainda que 82,7% dos participantes da pesquisa realizavam a escovação com auxílio.

Em paralelo às ações de promoção de saúde e prevenção de agravos que essa população necessita, observa-se uma grande necessidade de tratamento curativo (CELESTE *et al.*, 2012)

Algumas pesquisas mostram que o índice de cárie da população com deficiência é próximo ao da população em geral, porém, o alto número de elementos perdidos sugere que a maioria dos tratamentos odontológicos realizados nessa população é mutilador. Algumas teorias são levantadas para esse fato, Lee *et al.* (2009) relatam que em pacientes com deficiência os cirurgiões-dentistas preferem realizar procedimentos mais simples com menor risco de complicação e de retratamento, como a exodontia (FERNANDES, 2011; JAMELLI *et al.*, 2010; LEE *et al.*, 2009).

Nasiloski *et al.* (2015), ao realizar um estudo em escolares com distúrbios neuropsicomotores, constataram que 87,2% dos pacientes possuíam um alto risco de doença periodontal, apresentando sangramento gengival espontâneo, os autores identificaram também que mais de 90% não utilizavam fio dental.

Especificamente em crianças com TEA, Naidoo e Singh (2018), em um estudo com crianças autistas de 7 a 14 anos, na África do Sul, revelaram que 46% das crianças possuíam inflamação gengival leve e que o índice CPO-D médio foi de 3,42. Ainda em relação às crianças que participaram da pesquisa, 46,8% apresentaram lesão cariosa em molares decíduos e 42,3% possuíam acúmulo moderado de placa bacteriana.

Um estudo realizado no Paquistão, com crianças entre 2 e 10 anos, demonstrou que a cárie e a placa bacteriana eram mais comuns em crianças com TEA do que nos seus irmãos saudáveis (SUHAIB *et al.*, 2019).

O acesso aos serviços de saúde bucal de crianças portadoras de transtornos mentais pode ser bastante difícil. Isso se deve, em parte, pelo estigma associado aos problemas de saúde mental, pela insegurança dos profissionais no atendimento, devido a uma formação inapropriada dos mesmos, além do receio da agressividade e o mito da não colaboração durante o procedimento, ocasionando desde a recusa em atender o paciente, até episódios de medo e ansiedade causados no paciente. Para mudar esse cenário é necessário, dentre outras ações, que os cursos de graduação promovam uma adequada formação aos seus alunos, tornando-os conscientes e aptos para o atendimento, sem receio e sem preconceito, desses pacientes, além de fomentar cursos de pós-graduação na área (JAMELLI et al., 2010; FERNANDES, 2011; JUNG, 2011; OLIVEIRA; GIRO, 2011).

Alguns pacientes com deficiência podem necessitar de técnicas específicas para o seu manejo. Diante disso, os profissionais de saúde bucal devem

buscar capacitação técnica e científica que os instrumentalizem para oferecer o atendimento adequado e humanizado a esta população. Sendo assim, algumas medidas devem ser tomadas, tais como: consultas rápidas; reforço positivo; atenção aos sinais que o paciente envia, iniciando o tratamento sempre por procedimentos mais simples. Contrariando o que muitos profissionais acreditam, Jamelli *et al.* (2010) observaram um alto grau de cooperação por parte dos pacientes com deficiência, tanto nos procedimentos preventivos, como nos clínicos (CELESTE *et al.*, 2012; JAMELLI *et al.*, 2010; OLIVEIRA; GIRO, 2011).

É importante que a equipe de saúde mental identifique que o paciente necessita de acompanhamento odontológico. É de responsabilidade da equipe de saúde bucal informar onde esses pacientes podem realizar o tratamento, além de explicar os procedimentos que podem ser realizados na APS e os que precisam de encaminhamento a outro nível de atenção (DOUGALL; FISKE, 2008).

Uma saúde bucal deficiente pode afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, prejudicando, por exemplo, o sono e a alimentação, podendo ser responsável por dores crônicas. Em pacientes portadores de transtornos mentais, o sofrimento causado por problemas orais pode ser mascarado pela dificuldade de comunicação, sendo essencial a combinação de uma adequada higiene oral e acesso aos serviços de saúde bucal (CAMPANARO; HUEBNER; DAVIS, 2014).

3.4 Acesso e utilização dos Serviços de Saúde

Existem várias dimensões de acesso, sendo este um termo complexo, tendo em vista que é utilizado, muitas vezes, de forma ambígua e não muito clara em relação ao uso dos serviços de saúde, variando sua definição de acordo com os autores e ao longo do tempo (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Muitos autores utilizam acesso e acessibilidade como sinônimos, indicando o quão fácil é obter o cuidado em saúde pelas pessoas, porém, esses termos devem ser diferenciados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1988) considera acessibilidade como a qualidade do que é acessível. Neste sentido, é uma característica da oferta de serviços, relaciona-se a capacidade de produzir serviços e corresponder às necessidades de saúde de uma determinada população, referindo-se, assim, aos pontos que facilitam ou dificultam o uso dos serviços de saúde pelos usuários. Starfield (2002) relata que a acessibilidade faz com que a pessoa chegue ao serviço, sendo esta uma

característica estrutural do sistema de saúde ou da unidade de saúde, já o acesso diz respeito a como a pessoa percebe essa característica (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Andersen (1995), acesso é um elemento dos sistemas de saúde ligado à organização desse sistema, desde a entrada, passando pela utilização do serviço, até a continuidade do cuidado. Travassos e Martins (2004) relatam que o termo acessibilidade é mais utilizado pelos autores ao descrever características de oferta dos serviços de saúde ou de ajuste entre oferta e população, sejam essas características gerais ou restritas aos aspectos geográficos. Já o termo acesso é mais utilizado para a entrada ao serviço de saúde, sendo uma dimensão do desempenho do sistema quanto à oferta de serviços, contudo, existe a tendência de ampliação para o resultado dos cuidados recebidos.

Cunha e Vieira-da-Silva (2010) relatam que acessibilidade pode ser definida como a facilidade em utilizar o serviço de saúde pelo paciente, podendo essa facilidade ser por características do serviço, do sistema ou da capacidade do usuário em superar os obstáculos tanto organizacionais como geográficos.

Oliveira e Pereira (2013) defendem que acessibilidade é a forma como são ofertados os serviços. Portanto, é a capacidade de o paciente obter cuidados em saúde sempre que achar necessário e de forma fácil, o acesso, em contrapartida, é como o indivíduo percebe essa acessibilidade.

Borghi (2015) acredita que o acesso aos serviços de saúde pode ser de dois tipos: geográficos e sócio-organizacionais. O geográfico caracteriza-se pela distância e pelos meios de transporte utilizados para conseguir o cuidado. Já o segundo avalia as características e os recursos do serviço que ajudam ou atrapalham os esforços de pessoas para receber cuidados da equipe de saúde, temse como exemplo: o tempo de funcionamento do serviço, a forma como é realizada a marcação de consultas, as longas filas de espera, entre outros.

Quando falamos de acesso aos serviços de saúde para pacientes com deficiência, especificamente de crianças portadoras de transtornos mentais, fica clara a grande defasagem entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção em saúde mental desses pacientes. Esse déficit assistencial é visto em nações de todas as regiões do mundo, porém, nos países em desenvolvimento, ela é mais significativa e contrasta com o grande número de problemas de saúde mental em crianças e suas consequências (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Muitos autores discorrem sobre a dificuldade dos profissionais da APS em realizar o atendimento de crianças portadoras de transtornos mentais graves. Pinto (2004) relata que os profissionais da ESF possuem uma relação de exclusão com os pacientes portadores de transtornos, devido às falhas na formação desses profissionais. A universidade, forma profissionais tecnicamente competentes, porém, com pouca sensibilidade social.

Cavalcante, Jorge e Santos (2012) relatam que, para um atendimento adequado, os profissionais devem estar alerta e conhecer os fatores psicossociais, bem como os aspectos relacionados à saúde mental infantil. Todavia, estes acreditam ser mais fácil realizar o encaminhamento ao serviço especializado, demonstrando também um déficit na sua formação. Vale destacar que, no mesmo estudo, o qual foi realizado com profissionais da ESF, eles relatam que as famílias dos pacientes não procuram acompanhamento nas UAPS porque não querem expor as crianças a um possível preconceito, apesar deste fato não ter sido relatado pelos familiares, na pesquisa (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012).

Starfield (2002) relata que um dos atributos essenciais para a APS é a Atenção ao Primeiro Contato, composta por acessibilidade, elemento estrutural e por uso dos serviços, elemento processual. Para a autora, uma APS só fornece acessibilidade para o usuário se este a perceber acessível, refletindo, assim, na utilização do mesmo.

Para a avaliação do cumprimento dos atributos da APS, Starfield *et al.* (2000) elaboraram um instrumento com base no modelo de Donabedian com o intuito de mensurar os aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, o *Primary Care Assessment Tool - PCATool*. Esta ferramenta, validada no Brasil, mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, para tal possui quatro versões: crianças, adultos, profissionais e gestores (BRASIL, 2010).

A versão criança do PCATool é composta por 10 componentes capazes de medir os sete atributos da APS e deve ser aplicada aos cuidadores das crianças. Trataremos, especificamente nesse estudo, sobre o atributo Acesso de Primeiro Contato, que é composto por dois componentes: acessibilidade e utilização.

O componente Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (APC-A) mede a estrutura do serviço de saúde com perguntas que contemplam os seguintes aspectos: atendimento no mesmo dia, facilidade para agendamento de consulta,

tempo de espera para o atendimento e aconselhamento pelo telefone. A acessibilidade permite que o usuário chegue ao serviço, sendo necessária para se atingir a atenção ao primeiro contato. Já o componente Acesso de Primeiro Contato - Utilização (APC-U) mede o processo de atenção através de perguntas relacionadas ao local do atendimento em caso de um novo problema de saúde, ou de uma consulta de rotina ou ainda da necessidade de um encaminhamento ao especialista. Segundo Starfield (2000), ele apresenta uma melhor mensuração por meio da perspectiva do usuário, pois se avaliado através da unidade de saúde, os usuários que não buscam a unidade ou que possuem problemas de acesso serão excluídos (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2000).

O PCATool é utilizado em diversos estudos. Rolim *et al.* (2019) avaliaram os atributos da APS de Fortaleza através dos profissionais da ESF. Oliveira e Veríssimo (2015) compararam unidades básicas tradicionais e unidades com ESF no que se refere à presença e à extensão dos atributos da APS no atendimento de crianças. Araújo *et al.* (2018) utilizaram o instrumento para identificarem a presença e a extensão dos atributos da APS com cuidadores de crianças menores de 12 anos. Quaresma e Stein (2015) compararam os atributos da APS de crianças e adolescentes com e sem deficiências. Destacamos, contudo, a falta de estudos utilizando o instrumento para a população de crianças com TEA, o que reforça a importância do mesmo.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. A coleta de dados envolveu um ponto fixo no tempo, retratando uma situação, o perfil do fenômeno ou as relações entre os fenômenos naquele momento (POLIT et al., 2019). O método quantitativo possibilita que a coleta e o tratamento das informações sejam quantificados, classificados e analisados, usando técnicas estatísticas e estabelecendo relações entre as variáveis em estudo (DALFOVO et al., 2008; KOISUMI, 1992; PRODANOV; FREITAS, 2013). Considerando o que dizem Prodanov e Freitas (2013), esse estudo caracteriza-se como descritivo, pois o pesquisador registra e descreve os fatos observados, analisando-os sem interferir nos mesmos.

4.2 Local do Estudo

O referido estudo foi realizado no CAPSi - VI devendo-se esta escolha pelo fato deste equipamento estar localizado no mesmo território de atuação profissional da pesquisadora, sendo de sua responsabilidade sanitária.

A população estimada de Fortaleza, capital do estado do Ceará, em 2019, é de 2.669.342 habitantes (IBGE, 2019). A cidade em questão está dividida administrativamente em seis Secretarias Regionais (SR) possuindo, atualmente, 113 UAPS distribuídas nas seis SR, com horário de funcionamento de segunda a sextafeira de 7:00 às 19:00. Possui três CEO municipais localizados nas SR I, IV e VI, com horário de funcionamento de 7:00 às 19:00 de segunda a sexta-feira, além da parceria com três CEO estaduais. Os três CEO municipais e um estadual possuem o atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Fortaleza possui, atualmente, dois CAPSi, que funcionam de segunda a sexta-feira de 8:00 às 17:00, abrangendo, cada um deles, três regionais do município, sendo: o CAPSi - III, localizado na SR de mesmo nome, responsável pelas regionais I, III e V; e o CAPSi - VI, localizado no território da SR VI, responsável pelas regionais II, IV e VI. Esses equipamentos são referência para o atendimento de crianças e adolescentes de até 18 anos, portadores de transtornos mentais graves, dentre eles, o TEA. Além disso, trabalham no regime de "portas

abertas" para o atendimento, não necessitando, assim, de encaminhamento ou referência para o agendamento.

O acompanhamento dos pacientes nos CAPSi de Fortaleza pode ser realizado de duas formas. A primeira delas é através de grupos terapêuticos que são definidos pelo diagnóstico das crianças, já a segunda acontece por meio de acompanhamento através de consultas individuais. A escolha pelo método de acompanhamento depende da avaliação de cada paciente, por exemplo, pacientes com dificuldade de trabalho em grupo começam com o atendimento individual e com o avanço do tratamento, são inseridos em um grupo terapêutico.

4.3 População e Amostra do Estudo

A amostra do estudo foi composta por 100 pais e/ou cuidadores responsáveis pelo acompanhamento de crianças, com idades de 6 a menores de 12 anos, diagnosticadas com TEA, em atendimento no CAPSi - VI. A escolha desses pacientes foi motivada pela gravidade do transtorno, visto que ele dificulta diretamente a realização de atividades cotidianas. No que se refere à definição da faixa etária, esta foi definida levando-se em consideração as dificuldades diagnósticas relacionadas ao TEA em crianças mais jovens, menores de seis anos (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010; ZUCKERMAN; LINDLY; SINCHE, 2015) e aos critérios utilizados pelo ECA, menores de 12 anos (BRASIL, 1990).

O serviço não dispunha de informações sobre o total de pacientes com TEA com idade entre 6 e 12 anos em acompanhamento. Considerou-se que em virtude do quadro clínico, as crianças necessitariam de acompanhamento médico mensal. Por outro lado, reconhecendo as limitações do serviço e os eventuais problemas de seguimento, definimos como universo de estudo os cuidadores de pacientes que foram agendados para atendimento médico no período de três meses, de janeiro a março de 2019. Neste tempo, foram agendadas 153 crianças, na faixa etária de interesse, diagnosticadas com TEA, das quais 10 foram excluídas pois participaram do pré-teste do instrumento. Foram selecionados por conveniência 100 cuidadores, o que corresponde a 69,9% do total de pacientes do período, um percentual significativo (COCHRAN, 1997).

4.3.1 Critérios de Inclusão

Para este estudo, participaram pais e/ou cuidadores, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, responsáveis pelo acompanhamento da criança ao CAPSi - VI. Foram considerados cuidadores as pessoas com grau de parentesco ou que, por proximidade afetiva, estavam acompanhando a criança no atendimento, sendo responsáveis pelos cuidados da mesma por, no mínimo, 6 meses. Foram selecionados os pais e/ou cuidadores de crianças, em tratamento no CAPSi - VI, com acompanhamento individual, na faixa etária de 6 a menor de 12 anos de idade na data da entrevista e com diagnostico de TEA.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os cuidadores que recebiam remuneração para este fim, pois entendemos que os mesmos provocariam vieses nos resultados como, por exemplo, respostas que não retratam a realidade da criança.

4.4 Instrumentos e Coleta de Dados

O instrumento utilizado na pesquisa (APÊNDICE A) foi elaborado através da revisão de literatura de diversos trabalhos, selecionando e adaptando partes que se adequam aos objetivos do estudo (MENEZES, 2016; SOUSA, 2016). Empregamos também, para a avaliação do uso e da acessibilidade da APS, o instrumento padronizado de avaliação da Atenção Primária PCATool na versão criança, elaborado por Starfield e validado no Brasil (BRASIL, 2010).

Após sua construção, o mesmo foi avaliado por três pesquisadores doutores com experiência nos temas abordados, dois da área de odontologia e um da área de epidemiologia, para considerações, sugestões e modificações.

O instrumento foi composto de 48 perguntas, divididas em sete dimensões abordando: as variáveis sociodemográficas do cuidador e da criança (idade, sexo, escolaridade, renda familiar); o perfil de saúde geral e de saúde bucal da criança (estado de saúde geral, grau de limitação da deficiência, avaliação e cuidado com a saúde bucal); o acesso aos serviços de saúde bucal (formas, dificuldades, resolubilidade, entre outros) e o acesso à APS através do atributo

Acesso de Primeiro Contato, com os componentes APC-U e APC-A¹ do instrumento PCATool.

Antes de iniciar a coleta de dados, realizamos um pré-teste com 10 cuidadores que foram excluídos da amostra. A coleta de dados foi realizada em sua totalidade pela pesquisadora, através de entrevistas com a aplicação do formulário estruturado aos pais e/ou cuidadores das crianças selecionadas.

4.5 Variáveis do estudo

As variáveis relacionadas ao perfil do cuidador foram: parentesco com a criança dicotomizada em genitores (mãe/ pai) ou outros; profissão (trabalha fora ou não trabalha fora); número de pessoas que residem na casa (menor que 6 ou 6 ou mais); escolaridade (não alfabetizado; até 4 anos; de 5 a 8 anos; de 9 a 11 anos e acima de 12 anos de estudo); e se recebe bolsa família (sim ou não).

Em relação ao perfil da criança, as seguintes variáveis foram consideradas: idade (6 a 7 anos ou 8 a 11 anos); sexo (feminino ou masculino); se a criança lê ou escreve - utilizado para a faixa etária de 8 a 11 anos (sim ou não); e se o autismo limita as atividades da criança (não limita/ limita pouco ou limita/ impossibilita).

No bloco de acesso aos serviços de saúde bucal pela criança, as variáveis analisadas foram: última vez da criança no dentista (menos de 1 ano; entre 1 e 2 anos; entre 2 e 3 anos; mais de 3 anos; e nunca foi ao dentista); último serviço utilizado pela criança para tratamento odontológico (nunca foi ao dentista; UAPS; e outros); e se já procurou a UAPS para tratamento odontológico para a criança (sim ou não), se sim, conseguiu atendimento (sim ou não) e se sim, o agendamento foi priorizado (sim; não ou não sei).

Por fim, a partir das respostas fornecidas as três perguntas do módulo APC-U do PCATool, foi possível gerar um escore para o entrevistado, de acordo com o previsto no manual do instrumento. O escore do componente foi obtido pela média dos valores dos itens respondidos, cada item corresponde a um valor, a saber: "com certeza, sim" equivale a 4; "Provavelmente, sim" equivale a 3; "Provavelmente, não" equivale a 2; "Com certeza, não" equivale a 1; e "Não sei/ não lembro" equivale a 9.

_

¹ Para a elaboração do artigo apresentado na seção Resultados e Discussão, utilizaremos apenas o componente APC-U.

Caso 50% ou mais das respostas sejam "Não sei/ não lembro", o escore deste componente não deve ser calculado. Se forem inferiores a 50%, o valor "Não sei/ não lembro" deve ser transformado para "Provavelmente, não", para fins de pontuação negativa das características não conhecidas pelo entrevistado. Neste estudo, após o cálculo dos escores, o mesmo foi transformado em escala de 0 a 10, através da fórmula: (escore obtido-1)x10/3, como descrito no manual (BRASIL, 2010). Para dicotomização dessa variável, dividimos em "alto" e "baixo" o escore calculado, utilizando, como ponto de corte para um alto escore, o valor igual ou maior que 6,6, o que equivale, na escala de 1 a 4, ao valor de "Provavelmente, sim", já para o escore baixo foi atribuído os valores menores que 6,6 (ROLIM *et al.*, 2019).

4.6 Organização e Plano de Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados e armazenados no Microsoft Excel, exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0 para Windows (SPSS Co., Chicago, IL, USA). As análises foram realizadas adotando uma confiança de 95%.

O plano de análise foi dividido em quatro etapas:

1ª etapa: Análise descritiva

2ª etapa: Escore obtido pelo instrumento PCATool

3ª etapa: Análise bivariada

4ª etapa: Análise multivariada

1ª etapa: Análise descritiva

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva de todos os dados obtidos, expressando as frequências absoluta e percentual, com exceção da seção relativa ao instrumento padronizado PCATool, na qual foram geradas medidas de frequência das variáveis, descrevendo a situação encontrada e verificando pontos importantes para uma análise mais detalhada.

2ª etapa: Escore obtido pelo instrumento PCATool

Para a dimensão selecionada do instrumento padronizado PCATool, foi obtido o escore médio para o componente APC-U, de acordo com o previsto no manual do instrumento.

3ª etapa: Análise bivariada

Essa análise foi dividida em três seções: Seção 1 - associação entre as características do cuidador e o escore obtido no componente APC-U do instrumento

PCATool; Seção 2 - Associação entre as características da criança e o escore obtido no componente APC-U do instrumento PCATool; e seção 3 - associação entre o acesso aos serviços de saúde bucal pela criança e o escore obtido no componente APC-U do instrumento PCATool. A escolha dos cruzamentos realizados para as seções, como mostra a matriz de análise (Tabela 1, 2 e 3 - APÊNDICE B), ocorreu por supormos serem relevantes para o estudo. Os dados foram cruzados através dos testes exato de Fisher e qui-quadrado de Pearson.

4ª etapa: Análise multivariada

Por fim, as variáveis que apresentaram associação significante com altos escores do componente APC-U foram analisadas por modelo de regressão logística multinomial com a razão de chances ou *odds ratio* (OR), a qual avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada a do não exposto (FRANCISCO *et al.*, 2008).

4.7 Aspectos Éticos

Durante a realização da pesquisa, foi obedecido o que consta na Resolução N° 466-2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Esse estudo foi apresentado à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde (COGTES) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza para obter anuência para a aplicação dos formulários no CAPSi - VI. A pesquisa teve início após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer de número 3.051.347 (ANEXO 1).

Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE C) dos pais e/ou responsáveis que participaram da referida pesquisa para, em seguida, iniciar a aplicação do formulário.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo, como previsto nas normas do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF). O artigo será submetido à publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva. As normas do periódico são apresentadas no Anexo 2. A seguir, tem-se o documento que será submetido:

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ACESSO A CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL POR CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES

Priscilla Dias Leite de Lima, Maximiliano Loiola Ponte de Souza

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno persistente que provoca prejuízos em diversas áreas. O acesso desses pacientes à Atenção Primária a Saúde (APS) é essencial para um diagnóstico e intervenção precoce, minimizando os prejuízos causados pelo TEA. Ressalta-se que esses pacientes também possuem uma alta vulnerabilidade em relação aos problemas odontológicos. Objetivo: Analisar a utilização dos serviços de APS e o acesso aos serviços de saúde bucal de crianças com TEA, atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), a partir da perspectiva de seus cuidadores. Método: Estudo transversal, de abordagem quantitativa, com 100 cuidadores de crianças com TEA, de 6 a menores de 12 anos, acompanhadas no CAPSi - VI, no município de Fortaleza. A coleta de dados foi através de formulário estruturado contendo características do cuidador, da criança, acesso aos serviços de saúde bucal pela criança e o módulo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (APC-U), extraído do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão criança. Os dados foram analisados no software Statistical Package for the

Social Sciences com confiança de 95%. **Resultados:** O escore médio para o componente APC-U foi de 7,74, considerado alto. Achado importante é o de que 25% dos pacientes do estudo nunca foram ao dentista. Associações significativas relacionadas ao alto escore foram evidenciadas com as variáveis relacionadas ao cuidador, à criança e ao acesso pela criança aos serviços de saúde bucal. Através de regressão logística, a variável "não trabalhar fora" manteve significância com altos escores (OR=44,21; IC=1,64-1192,93; p= 0,024). **Conclusões:** Nosso estudo revelou um alto escore para o componente APC-U, mostrando que a população do nosso estudo possui uma satisfação na utilização dos serviços da APS, reconhecendo-a como porta de entrada para os serviços, porém, entendemos as limitações do estudo, o qual necessita de um maior debate.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal

ABSTRACT

Introduction: Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a persistent disorder that causes damage in many areas. These patients' access to Primary Health Care (PHC) is essential for early diagnosis and intervention, minimizing the damage caused by ASD. These patients also have a high vulnerability to dental problems. Objective: To analyze the use of PHC services and access to oral health services for children with ASD, attended at a Center for Child Psychosocial Care (CAPSi), from the perspective of their caregivers. Method: Cross-sectional study with a quantitative approach, with 100 caregivers of children with ASD, aged 6 to 12 years, followed up by CAPSi - VI, in the city of Fortaleza. The data collection was through a structured form containing characteristics of the caregiver, the child, access to oral health services by the child and the module First Contact Access - Utilization (APC-U), extracted from the Primary Care Assessment Tool (PCATool), Child version. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences software with 95% confidence. Results: The average score for the APC-U component was 7.74, considered high. Important finding is that

25% of the study patients never went to the dentist. Significant associations related to the high score were evidenced with the variables related to the caregiver, the child and the child's access to oral health services. Through logistic regression the variable not working out maintained significance with high scores (OR = 44.21; CI = 1.64-1192.93; p = 0.024). Conclusions: Our study revealed a high score for the APC-U component, showing that the population of our study has a satisfactory use of PHC services, recognizing it as a gateway to services, but we understand the limitations of the study, which needs further debate.

Key words: Autism Spectrum Disorder, Primary Health Care, Oral Health

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do Neurodesenvolvimento que provoca prejuízos persistentes na comunicação e na interação social, apresentando também padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades ou interesses. Os sintomas estão presentes desde o início da infância, contudo, a evidenciação do prejuízo irá variar individualmente¹.

Na última década, o TEA recebeu uma grande atenção da sociedade tornando-se uma das condições mais representativas no desenvolvimento neurocientífico da psiquiatria atual². De acordo com Hill *et al.*³, a prevalência de TEA na população é de cerca de 0,66%. Já em um estudo com adultos desenvolvido na Inglaterra, esse percentual chega a 1%⁴. Um passo importante foi dado para identificar o total de pessoas com o transtorno no Brasil, a partir de 2019, os censos demográficos incluirão as especialidades inerentes ao TEA⁵.

A Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do sistema de saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF), é fundamental para o acompanhamento dos transtornos mentais em crianças, dentre eles, o TEA, seja na promoção de saúde e prevenção de problemas, como também na identificação precoce desses problemas, na escuta

qualificada, no acesso aos cuidados primários à saúde, no acompanhamento na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou no encaminhamento para serviços especializados⁶.

Em relação à saúde bucal, os pacientes portadores de transtornos mentais pertencem a um grupo com alto risco à cárie, à doença periodontal e à má oclusão. Isso se deve a vários motivos, tais como: uso contínuo de medicamentos, dieta rica em carboidratos e dificuldades na realização da higiene oral pelo paciente ou cuidador. Sendo assim, estes fatores aumentam a prevalência de doenças bucais^{7,8,9}.

O atendimento odontológico desses pacientes deve ser realizado de forma prioritária, porém, existem diversas dificuldades, por exemplo: desconhecimento e despreparo dos profissionais; desinformação acerca das condições de saúde bucal e das necessidades odontológicas pelos serviços de saúde; descrédito da importância da saúde bucal pelos cuidadores e/ou responsáveis; baixo número de profissionais; dentre outras razões⁷.

A consulta a base de dados Scielo, no período de julho e agosto de 2019, com os descritores: Transtorno do Espectro Autista, Saúde Bucal e Atenção Primária à Saúde, demonstrou a carência de estudos que tratem de maneira específica e detalhada sobre a linha de cuidado de crianças com TEA na APS. Estudos envolvendo essa população especialmente vulnerável têm a potencialidade de fornecer subsídios, assim como qualificar os fluxos e processos que regulam o acesso da mesma aos serviços de saúde em contextos locais específicos.

O objetivo desse estudo é analisar a utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e o acesso aos serviços de saúde bucal de crianças com Transtorno do Espectro Autista, atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), a partir da perspectiva de seus cuidadores.

MÉTODOS

Contexto (local do estudo)

A cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, em 2019, possuía uma população estimada de 2.669.342 habitantes¹⁰. Administrativamente, encontra-se subdivida em seis regionais de saúde. Há, no município, dois serviços de referência para o atendimento de crianças e adolescentes (até 18 anos) portadores de transtornos mentais graves, que funcionam em regime de "portas abertas" para o atendimento, não necessitando, assim, de encaminhamento ou agendamento. Este trabalho foi realizado no CAPSi - VI que é referência para os moradores das regionais II, IV e VI. O motivo para escolha deste serviço foi por estar localizado no mesmo território de atuação profissional da primeira autora (PD), sendo de sua responsabilidade sanitária.

Desenho de estudo

Estudo analítico, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado com responsáveis por crianças com diagnóstico de TEA.

Critérios de elegibilidade

Neste estudo considerou-se crianças com TEA aquelas com idade entre 6 e 12 anos que estavam em acompanhamento para esta condição no serviço. Em relação ao intervalo etário, o limite inferior foi estabelecido em virtude das dificuldades diagnósticas em relação ao TEA em idades mais jovens^{11,12}, e a superior foi adotada em consonância ao Estatuto da Criança e do Adolescente¹³. Foram entrevistados pais ou cuidadores dessas crianças, sendo excluídas as pessoas que recebiam remuneração para este fim e as que apresentavam algum comprometimento cognitivo que as impediam de responder às questões.

Definição da Amostra

O serviço não dispunha de informações sobre o total de pacientes com TEA com idade entre 6 e 12 anos em acompanhamento. Considerou-se, então, que em virtude do quadro

clínico, as crianças necessitariam de acompanhamento médico mensal. Por outro lado, reconhecendo as limitações do serviço e os eventuais problemas de seguimento, definimos, como universo do estudo, os cuidadores de pacientes que foram agendados para atendimento médico no período de três meses, de janeiro a março de 2019. Nesta época, foram agendadas 153 crianças diagnosticadas com TEA das quais 10 foram excluídas pois participaram do préteste do instrumento. Foram selecionados, por conveniência, 100 cuidadores, o que representou 69,9%, sendo este um percentual significativo (COCHRAN, 1997).

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados em sua totalidade por uma única pesquisadora, cirurgiãdentista, através de um formulário estruturado, de acordo com a conveniência de pais e/ou cuidadores.

O formulário foi elaborado através da revisão de literatura de diversos trabalhos, selecionando-os e adaptando-os aos objetivos da pesquisa^{15,16}. O instrumento foi, inicialmente, composto por três blocos de perguntas, os quais estavam relacionados com os seguintes aspectos: caracterização do perfil do cuidador; caracterização do perfil da criança; e acesso aos serviços de saúde bucal pela criança. O instrumento utilizado incluía também um módulo extraído do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão criança, elaborado por Starfield e validado no Brasil¹⁷. O PCATool mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Deste instrumento, extraiu-se o módulo Acesso de Primeiro Contato – Utilização (APC-U), composto de três perguntas que avaliam questões sobre: as consultas de rotina; as consultas em caso de novos problemas de saúde; e as consultas com o especialista.

Variáveis do estudo

As variáveis relacionadas ao perfil do cuidador foram: parentesco (genitores e outros); profissão (trabalha fora ou não trabalha fora); número de pessoas que residem na casa

(menor que 6 ou 6 ou mais); grau de escolaridade (não alfabetizado; até 4 anos; de 5 a 8 anos; de 9 a 11 anos e acima de 12 anos de estudo); e se recebe bolsa família (sim ou não).

No bloco de variáveis relacionadas ao perfil da criança, as seguintes variáveis foram verificadas: idade (6 a 7 anos ou 8 a 11 anos); sexo (feminino ou masculino); se a criança lê ou escreve - utilizado para a faixa etária de 8 a 11 anos (sim ou não); e se o autismo limita as atividades da criança (não limita/ limita pouco ou limita/ impossibilita).

No bloco de acesso aos serviços de saúde bucal pela criança, as variáveis analisadas foram: última vez da criança no dentista (menos de 1 ano; entre 1 e 2 anos; entre 2 e 3 anos; mais de 3 anos e nunca foi ao dentista); último serviço utilizado pela criança para tratamento odontológico (nunca foi ao dentista; UAPS e outros); e se já procurou a UAPS para tratamento odontológico para a criança (sim ou não), se sim, conseguiu atendimento (sim ou não) e se sim, o agendamento foi priorizado (sim; não ou não sei).

Por fim, a partir das respostas fornecidas as três perguntas do módulo APC-U do PCATool, foi possível gerar um escore para o entrevistado de acordo com o manual do instrumento, variando de 0 a 10¹⁷. Escores iguais ou maiores do que 6,6 foram considerados altos e menores do que este valor foram classificados como baixos¹⁸.

Análise estatística

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva de todos os dados obtidos, expressando as frequências, absoluta e percentual, com exceção das seções relativas ao instrumento padronizado PCATool, com geração de medidas de frequência das variáveis, bem como com a descrição da situação encontrada além da verificação de pontos importantes para uma análise mais detalhada. Posteriormente, para a dimensão selecionada do instrumento padronizado PCATool, foi obtido o escore médio para o componente APC-U. Para uma 3ª etapa de análise, foi realizada a análise bivariada entre as variáveis do estudo e os escores, alto ou baixo, obtidos no componente utilização. Estes dados foram cruzados através dos

testes exato de Fisher e qui-quadrado de Pearson. Por fim, as variáveis que apresentaram associação significante com altos escores de utilização foram analisadas por modelo de regressão logística multinomial com a razão de chances ou *odds ratio* (OR), a qual avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada à do não exposto¹⁹.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0 para Windows, no qual as análises foram realizadas adotando uma confiança de 95%.

Considerações éticas

Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral de Fortaleza/SUS com o parecer de número 3.051.347. Ademais, obedeceu ao que consta na Resolução N° 466-2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

RESULTADOS

Conforme se observa na Tabela 1, 92% dos entrevistados eram os genitores das crianças, 86% não trabalhavam fora de casa e 88% residiam em domicílios com menos de seis pessoas. Quanto à escolaridade dos cuidadores, 89% possuía de 4 a 8 anos de estudo, e 3% não eram alfabetizados. Vale destacar que a maioria dos cuidadores, 76%, não recebia bolsa família. Em relação às crianças, 79% eram do sexo masculino, 63% pertenciam à faixa etária de 8 a 11 anos, e dessas 67% não sabiam ler ou escrever. A maioria dos entrevistados, 73%, considerou que o autismo limita / impossibilita as atividades cotidianas da criança. No que se refere ao acesso aos serviços de saúde bucal, segundo os entrevistados, 25% das crianças nunca foram ao dentista, e em 41%, o último serviço utilizado foi a UAPS.

O escore médio encontrado para a amostra em relação ao atributo APC-U foi de 7,74.

Observamos ainda uma associação significativa entre as variáveis relacionadas ao perfil do cuidador e os escores altos no componente APC-U (Tabela 2). No subgrupo que apresentou altos escores, constatamos que: 91% não trabalhavam fora, 7,7% residiam em casa com seis ou mais pessoas e 70,5 % não recebiam bolsa família, enquanto no subgrupo que apresentava escores baixos, os valores eram de 68,2%, 27,3, 95,5%, respectivamente. Dentre as características que abordavam o perfil das crianças, aquelas que se referiram às percepções de limitações mostraram-se significativamente associadas aos escores altos de APC-U (Tabela 3). No subgrupo que apresentou altos escores, 72,5% não sabiam ler ou escrever e 78,2% consideraram que o TEA limitava / impossibilitava as atividades da criança. Já no subgrupo que apresentou baixos escores, os valores foram de 41,7% e de 54,5%, respectivamente.

Na análise da associação entre as variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde bucal, a maioria mostrou-se significativa em relação aos escores altos no atributo APC-U (Tabela 4). No subgrupo que apresentou escores altos, o último serviço utilizado para tratamento odontológico da criança foi a UAPS, tendo aparecido em 50% dos casos e 61,5% dos participantes já haviam procurado a UAPS para tratamento odontológico da criança. Em contrapartida, no subgrupo com escores baixos, os valores foram de 9,1% e 36,4%, respectivamente. Ainda no subgrupo com altos escores, 89,6%, dos que afirmaram já ter procurado a UAPS para tratamento odontológico da criança conseguiram acesso ao serviço e 84,1% deles (com acesso ao serviço) foram priorizados no agendamento, enquanto no subgrupo com escores baixos 50% conseguiram atendimento e perceberam a priorização.

No modelo de regressão logística multinomial, a única variável que mostrou associação estatística significativa com altos escores no componente APC-U foi o cuidador não trabalhar fora (OR=44,21; IC=1,64-1192,93; p= 0,024) (Tabela-5) .

DISCUSSÃO

Neste trabalho apresentamos, ao que tudo indica, a primeira pesquisa que avalia atributos da atenção primária em saúde, especificamente, o componente APC-U em pacientes com TEA que estão em tratamento em um serviço de atenção secundária à saúde mental, explorando suas relações com o acesso aos serviços de saúde bucal. Pudemos evidenciar, na amostra, uma elevada proporção de crianças que nunca foram ao dentista, além de um conjunto de variáveis que se associam aos escores mais altos do componente APC-U.

Inicialmente, destacamos um aspecto relacionado à caracterização geral da amostra: a maior proporção de meninos. Evidências internacionais já consolidadas apontam que cerca de 80% dos diagnosticados com TEA são do sexo masculino^{20,21}, sendo a relação masculino/feminino da ordem de 3,7:1²². Nossa amostra de crianças em tratamento se alinha a estes achados internacionais, na medida em que 79% dos casos eram compostos por crianças do sexo masculino.

Ressaltamos ainda que 25% da amostra das crianças nunca foram ao dentista. Pacientes com deficiência possuem maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas orais, esse fato deve-se a diversos motivos, principalmente, pelo fato de possuírem uma dieta cariogênica, higiene oral deficiente e fazerem o uso contínuo de medicamentos que diminuem o fluxo salivar^{7,8,9}. Crianças com TEA não estão fora desse perfil, Chandrashekhar e Bommangoudar²³ relatam que lesões dentárias são comuns nesses pacientes, muitas vezes pela falta de destreza ao realizar a escovação. Levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2010, mostra que 18,1% da população de 12 anos nunca foi ao dentista demonstrando uma maior barreira de acesso para a amostra do nosso estudo²⁴. O fato de 25% dos pacientes do estudo nunca terem ido ao dentista é um fato preocupante, merecendo investigações futuras e célere intervenção no nível do serviço de saúde. Diferentes fatores poderiam explicar esta alta proporção de crianças que nunca foram ao dentista, dentre eles:

receio dos pais à respeito do comportamento da criança na consulta ou em relação à capacitação do profissional para realizar o atendimento; e pouco conhecimento da importância da saúde oral. O estímulo a consulta odontológica, sobretudo, no contexto da atenção primária, deveria fazer parte do protocolo de atendimento dos pacientes no serviço de atenção à saúde mental no qual as crianças estão em acompanhamento, uma vez que, apesar de seu aspecto especializado, não pode perder de vista o princípio da integralidade do cuidado.

O escore médio obtido para o APC-U foi de 7,74, valor considerado alto. Em termos comparativos, este valor foi próximo ao observado entre crianças menores de 5 anos atendidas na atenção primária no interior do estado do Paraná²⁵. Por outro lado, foi mais alto do que o observado entre escolares de 12 a 18 anos com deficiências (da cidade de Palmas), que obtiveram o escore médio de 5,5, tendo sido considerado insatisfatório²⁶. A semelhança entre os escores obtidos entre a nossa a mostra e a de crianças da atenção primária do interior do Paraná é relevante, pois crianças da atenção primária tendem a se aproximar das crianças da população geral, na qual a frequência de desabilidades é baixa.

Por outro lado, escolares que não estão necessariamente inseridos em serviços de saúde e apresentam deficiências parecem enfrentar maiores desafios para o acesso a APS. As crianças da nossa amostra estavam em tratamento em um serviço de saúde secundário, e não podem ser tomadas como representativas da totalidade das crianças com TEA, pois há aquelas com formas leves, ou seja, que não precisam dos serviços de saúde e aquelas com formas tão graves que sequer conseguem chegar neles. O fato da amostra ser captada entre usuários de um serviço de saúde possivelmente influencia de modo complexo os resultados obtidos.

De qualquer modo, é digno de destaque que altos escores, encontrados no componente APC-U em estudos com crianças, como o aqui realizado, demonstram uma relação entre profissional e cuidador/usuário efetiva. Esse é um dado importante, uma vez que

mostra que o cuidador reconhece a APS como porta de entrada para os serviços de saúde, devendo a equipe ser responsável pelo acompanhamento da criança, a qual necessita ser vista para além de seus eventuais transtornos mentais e/ou deficiências. Os cuidadores de crianças autistas parecem compreender, em sua maioria, que, apesar de o acompanhamento do TEA ser realizado em um serviço de atenção secundária em saúde mental infantil, a APS tem sua importância, buscando-a, assim, para consultas de rotina, para novos episódios de doença ou para encaminhamentos para consultas com outros especialistas.

Na análise bivariada, observamos a associação entre alto escore no componente APC-U, e o fato de o cuidador não trabalhar fora de casa. Diversos estudos com cuidadores de pacientes com deficiência demonstram que a maioria exerce o papel de cuidador por tempo integral^{27,28}. Especificamente com pacientes autistas, Bosa *et al.*²⁹ relatam que algumas mães deixam de lado suas carreiras profissionais para dedicarem-se aos cuidados com seus filhos. Favero-Nunes e Santos¹¹ indicam que 90% das mães não trabalham fora de casa. Ter um cuidador que possa se dedicar em tempo integral se associa a um alto escore APC-U, possivelmente, pela possibilidade de a criança ter um cuidado mais intensivo.

Altos escores no componente APC-U também estiveram associados à quantidade de pessoas que residem no domicílio. Favero-Nunes e Santos¹¹, em estudo com 20 mães de crianças com TEA, obtiveram uma média de 2 a 3 filhos por família, em torno de 4 a 5 pessoas por domicílio. Em uma perspectiva internacional, Cidav *et al.*³⁰ demonstram que há, nos Estados Unidos, uma média de 4,22 membros por família com crianças com TEA. Em nosso estudo, em 88% das famílias havia menos de 6 pessoas. Entretanto, somente 7,7% dos cuidadores, que tiveram um alto escore para o componente APC-U, residiam com seis ou mais pessoas. O número de pessoas residentes no domicilio é um indicador demográfico, que se associa, em geral, a precariedade socioeconômica. Ou seja, parece ser justamente nos contextos de maior precariedade aqueles nos quais há escores mais baixos.

Outra variável com associação significativa, neste caso, com baixos escores no APC-U, foi o fato de o cuidador não receber bolsa família (BF), 95,5%. O BF é um programa de transferência de renda do Governo Federal destinado à famílias em situação de pobreza (renda per capita de até R\$ 178,00) e de extrema pobreza (renda per capita de até R\$ 89,00)³¹.

Crianças com autismo podem receber um outro benefício, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), caso suas famílias demonstrem suas deficiências e incapacidade de prover as necessidades da criança³². Este benefício, que é vitalício, é de um salário, tornando, habitualmente, a família inelegível para o BF. Por outro lado, é financeiramente mais vantajoso ter o BPC, do que o BF. Ter uma criança com autismo e estar recebendo BF é um indicativo de uma situação de vulnerabilidade social, visto que esta família está possivelmente deixando de ter acesso a um benefício social mais robusto e mais adequado as suas necessidades. Assim, famílias de autistas beneficiárias do BF são as de maior vulnerabilidade social. No nosso estudo, encontramos que das 24 famílias que recebem o BF, 23 (96%) receberam altos escores do componente APC-U, demonstrando um maior vínculo com a APS. Tal fato merece atenção e maior investigação em estudos futuros.

No que se refere às variáveis relacionadas ao perfil da criança, podemos evidenciar uma associação estatística entre altos escores no componente APC-U e aquelas que se referem às limitações. As limitações relacionadas ao TEA já são bem conhecidas, dentre elas, as dificuldades na interação social e na comunicação e as limitações nas atividades cotidianas como, por exemplo, ir a escola^{33,34,35}. Especificamente, neste estudo, observamos a associação estatística com as variáveis não saber ler ou escrever (entre crianças de 8 e 11 anos) e com a questão de os pais terem respondido que o autismo limitava as atividades da criança. Supõe-se que crianças com maiores limitações adoeçam mais e busquem mais os serviços de saúde. Tal contingência, quando associada a uma organização do serviço de atenção primária que permita o acolhimento de demanda espontânea e a resolução dos

episódios de adoecimento da criança, aproximaria seus cuidadores do serviço, o que poderia explicar as mais elevadas pontuações no componente APC-U entre as crianças com maiores limitações³⁶. A organização da APS, em Fortaleza, com a realização do acolhimento das demandas espontâneas diárias, pode ser um fator responsável pelos altos os escores do componente APC-U. Entretanto, caso os serviços não consigam dar resposta a esta demanda, a tendência seria uma menor pontuação. Leão *et al.*³⁷ atribuíram a baixa pontuação neste componente, em estudo realizado em crianças menores de 2 anos, ao fato de, nesta faixa etária, as crianças adoecerem com maior frequência por afecções agudas e de os serviços de atenção primária investigados não darem conta de atenderem as necessidades destas, neste nível de complexidade.

Relacionando os altos escores do componente APC-U com o acesso aos serviços de saúde bucal, obtivemos uma associação significante com diversas variáveis. Existe um conjunto de evidências que tendem a apontar para uma independência da atenção a saúde bucal na APS, sugerindo uma desarticulação ou distanciamento entre esse serviço e os demais prestados na atenção primária^{38,39}. Porém, Baldani *et al.*⁴⁰, em um estudo com crianças de 3 a 5 anos, mostram que a qualidade da APS e o uso dos serviços odontológicos possuem associação significante. O que nosso trabalho demonstra é que parece haver uma importante associação entre os dois, na medida em que uma alta pontuação no componente APC-U também está associada aos melhores indicadores de acesso aos serviços de saúde bucal, apontando uma complexa interação entre essas duas questões. Esse fato vai um pouco contra ao discurso de distanciamento do serviço de saúde bucal, no que diz respeito à população do nosso estudo. Justamente as crianças com maiores pontuações no componente APC-U tiveram o último atendimento odontológico na UAPS (50%), o cuidadores procuraram a UAPS para atendimento odontológico para a criança (61,5%). Desses cuidadores que procuraram a UAPS para o atendimento odontológico da criança, 89,6%, com alto escore, tiveram acesso ao

serviço de saúde bucal e, dos pacientes com acesso ao serviço, 84,1% perceberam uma priorização no agendamento. Esses resultados, possivelmente, demonstram que uma APS bem avaliada, favorece a busca aos serviços odontológicos da UAPS, no que diz respeito às crianças com TEA atendidas no serviço de atenção secundária de saúde mental de Fortaleza. Outra possível explicação para bons indicadores de acesso a saúde bucal é a de que Fortaleza possui um documento com o objetivo de orientar o processo de trabalho das e-SB⁴¹. A Linha Guia de Saúde Bucal de Fortaleza orienta o atendimento odontológico dos grupos prioritários, dentre eles, os pacientes com necessidades especiais.

Por fim, na análise multivariada, apenas a variável "o cuidador não trabalhar fora" manteve associação significante com altos escores do componente APC-U, indicando que esse fato aumenta em 44 vezes a prevalência de um alto escore. Seguramente, existe a relação do cuidado integral a essas crianças, por parte do cuidador, com uma maior satisfação na utilização dos serviços, podendo essa situação estar associada a uma maior disponibilidade ou tempo para os cuidados em saúde da criança com TEA.

Entendemos que essa pesquisa possui algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal que é capaz de mensurar a prevalência do evento naquele momento e não a proporção com que o mesmo se desenvolve⁴². Outro aspecto importante é que a amostra foi selecionada entre os usuários da Rede de Atenção à Saúde que já transpuseram uma série de barreiras de acesso, conseguindo acompanhamento em um serviço de atenção secundária em saúde mental. Ademais, optamos por avaliar somente um dos componentes que compõem o atributo acesso. Porém, o mesmo é de extrema importância, pois observamos a escassez de estudos relacionando os atributos da APS para uma população extremamente vulnerável que pode e deve ter o acompanhamento de sua saúde nos serviços de atenção primária.

A despeito das limitações já discutidas, demonstramos, neste estudo, uma alta proporção de crianças com autismo em tratamento em serviço de saúde mental que nunca

foram ao dentista. Evidenciamos ainda uma interação entre a avaliação positiva da APS e o relato de acesso aos serviços de saúde bucal, o que pode apontar para um possível caminho para o enfretamento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal por crianças com autismo.

REFERÊNCIAS

- 1 DSM-V: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5a Edição. American Pysichiatric Association. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- 2 Nicolini, H. Autism, the current pathological trend in psychiatry. *Salud Ment*, México, 2018; 41(3):105-107.
- 3 Hill, A.P.; Zuckerman, K.E.; Fombonne, E. *Epidemiology of autism spectrum disorders*. In: VOLKMAR, F. R. *et al.* (Ed.). Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New Jersey: John Wiley & Sons, p. 13-22, 2014.
- 4 Brugha, T. S., Spiers, N., Bankart, J., Cooper, S.-A., Scott, F. J., Smith, J. and Tyrer, F. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of general psychiatry* 2011; 68(5):459–65.
- 5 Brasil. Lei Federal N° 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. *Diário Oficial da União* 2019; 19 de jul.
- 6 Cavalcante, C. M.; Jorge, M. S. B.; Santos, D. C. M.; Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012; 22(1): 161-178.
- 7 Castro, A. M.; *et al.*; Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Revista Odontológica UNESP*. Araraquara, 2010; 39(3): 137-142.

- 8 Jarra, A. F. B.; Motaa, E. F. Orientação e motivação em saúde bucal como aliadas no tratamento odontológico do deficiente mental. *Interbio*, 2015; 9(2).
- 9 Soares, J.; *et al.*; Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças com deficiência. *J health sci inst.*: 2013;31(3): 239-243.
- 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama. Acesso em: 22 agosto de 2019.
- 11 Favero-Nunes M.A., Dos Santos M.A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicol Refl Crítica*. 2010; 23(2): 208-21.
- 12 Zuckerman, K. E., Lindly, O. J., & Sinche, B. K. (2015). Parental concerns, provider response, and timeliness of autism spectrum disorder diagnosis. *The Journal of Pediatrics* 2015 166(6):1431-1439.
- 13 Brasil. Lei Federal N° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente. *Diário Oficial da União* 1990; 16 de jul
- 14 Cochran W.G. Sampling techniques. 3° ed. Nova York: John Willey, 1997
- 15 Menezes, A. F. de; Condições sociodemográficas e de saúde bucal das pessoas com deficiência, e do seu acesso à atenção odontológica em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Fortaleza-Ce. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.
- 16 Sousa, L. P.; Atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza, 2016.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde,

- Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 18 Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):19-26.
- 19 Francisco, P. M. S. B., *et al.* Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, 2008;11(3):347-355.
- 20 Du R. Y.; Yiu C. K.Y.; King N. M; Wong V. CN; McGrath C. P.J. Oral health among preschool children with autism spectrum disorders: A case-control study. *Autism*. 2015;19(6):746–751.
- 21 Mansoor D.; AL Halabi M.; Khamis A.H.; Kowash M. Oral health challenges facing Dubai children with Autism Spectrum Disorder at home and in accessing oral health care. *Eur J Paediatr Dent*. 2018;19(2):127-33.
- 22 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental health in the United States: parental report of diagnosed autism in children aged 4-17 years -United States, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* V. 55, n. 17, p. 481-486, May, 2006.
- 23 Chandrashekhar S, Bommangoudar JS. Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. Int J Clin Pediatr Dent 2018;11(3):219-227.
- 24 SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- 25 Oliveira, V.B.C.A. de; Veríssimo, M de L.Ó.R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2015;49(1):30-36.

- 26 Quaresma, F.R.P.; Stein, A.T. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2015;20(8):2461-2468.
- 27 Braccialli, L. M. P. *et al.* Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. *Rev. bras. educ. espec.* Marília, 2012;18(1):113-126.
- 28 Gomes, A.C. de M. S. *Cuidadores de pessoas com deficiência: percepções e práticas de saúde bucal.* Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- 29 Bosa, C.A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Bras. Psiquiatr.* 2006; 28:47-53.
- 30 Cidav Z, Marcus S.C., Mandell D.S. Implications of childhood autism for parental employment and earnings. *Pediatrics*. 2012;129(4):617–623.
- 31 Brasil. Decreto Nº 9.396, de 30 de maio de 2018. Altera o Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004, e o Decreto no 7.492, de 2 de junho de 2011, para reajustar valores referenciais de caracterização das situações de pobreza e de extrema pobreza e os de beneficios do Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União* 2018; 01 de jun.
- 32 Brasil. Decreto Nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso. *Diário Oficial da União* 2007; 28 de set.
- 33 Fernandes, F. D. M. Distúrbios da linguagem em autismo infantil. Fonoaudiologia Informação para a formação. Linguagem: desenvolvimento normal, alterações e distúrbios, 2003.
- 34 Mecca, T.P. *et al.* Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, 2011;33(2):116-120.

- 35 Rodrigues, I. de B.; Angelucci, C. B. Estado da arte da produção sobre escolarização de crianças diagnosticadas com TEA. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, 2018;22(3):545-555.
- 36 Gomide M.F.S.; Pinto I.C.; Bulgarelli A.F.; Santos A.L.P.; Gallardo M.P.S. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface*, Botucatu. 2018;22(65):387-98.
- 37 Leão C.D.A., Caldeira A.P., Oliveira M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, 2011;11(3):323-334.
- 38 Soares, E.F.; Reis, S.C.G.B; Freire, M.C.M. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 2014;12(2):327-341.
- 39 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. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. 2015;39(104):56-64.
- 40 Baldani, M. H. *et al.* Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2017;33(11).
- 41 Linha Guia de Saúde Bucal/ Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Fortaleza, 2016. 83p. : il.- (Série Organização das Redes de Atenção à Saúde. 1- Normas e Manuais Técnicos).
- 42 Hulley, S.B.; et al. Delineando a pesquisa clínica. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

FIGURAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil dos cuidadores e do acesso aos serviços de saúde bucal de crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em um serviço de saúde mental de Fortaleza, Ceará (n=100)

Fortaleza, Ceara (n=100)		
Variável	n	%
Perfil do Cuidador		
Parentesco com a criança		
Mãe/Pai	92	92
Outros	8	8
Profissão		
Trabalha fora	14	14
Não trabalha fora	86	86
Número de pessoas que residem na casa		
Menor que 6	88	88
6 ou mais	12	12
Escolaridade		
Não alfabetizado	3	3
Até 4 anos de estudo	38	38
De 5 a 8 anos de estudo	51	51
De 9 a 11 anos de estudo	7	7
Acima de 12 anos de estudo	1	1
Recebe bolsa família		
Sim	24	24
Não	76	76
Perfil da criança		
Idade		
6 e 7 anos	37	37
8 a 11 anos	63	63
Sexo		
Feminino	21	21
Masculino	79	79
A criança lê ou escreve*		
Sim	21	33
Não	42	67
O autismo limita as atividades da criança		
Não limita/limita pouco	27	27
Limita/impossibilita	73	73
Acesso aos serviços de saúde bucal pela criança		
Última vez da criança no dentista		
Menos de 1 ano	57	57
Entre 1 e 2 anos	11	11
Entre 2 e 3 anos	3	3
Mais de 3 anos	4	4
Nunca foi ao dentista	25	25
Último serviço utilizado pela criança para tratamento odontológico		
Nunca foi ao dentista	25	25
UAPS	41	41
Outros	34	34
0.000	_ · ·	٠.

Já procurou a UAPS para tratamento odontológico para a criança		
Sim	56	56
Não	44	44
Se sim, conseguiu atendimento**		
Sim	47	83,9
Não	9	16,1
Se sim, agendamento foi priorizado***		
Sim	40	80
Não	9	18
Não sei	1	2

^{*}Apenas crianças entre 8 e 11 anos, n= 63. ** n= 56. *** n= 50. Fonte: Autor

Tabela 2 – Associações entre o perfil do cuidador de crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em um serviço de saúde mental de Fortaleza e o componente Acesso de Primeiro Contato – Utilização (n=100).

	Con	Componente utilização				
	Ba	aixo	A	lto	Total	p-valor
	n	%	n	%	n	
Parentesco com a criança						
Mãe/Pai	19	86,4	73	93,6	92	0,270
Outros	3	13,6	5	6,4	8	
Profissão						
Trabalha fora	7	31,8	7	9,0	14	0,006
Não trabalha fora	15	68,2	71	91,0	86	
Número de pessoas que residem na casa						
Menor que 6	16	72,7	72	92,3	88	0,013
6 ou mais	6	27,3	6	7,7	12	
Escolaridade						
Não alfabetizado	-	-	3	3,8	3	0,323
Até 4 anos de estudo	5	22,7	33	42,3	38	
De 5 a 8 anos de estudo	15	68,2	36	46,2	51	
De 9 a 11 anos de estudo	2	9,1	5	6,4	7	
Acima de 12 anos de estudo	-	-	1	1,3	1	
Recebe bolsa família						
Sim	1	4,5	23	29,5	24	0,016
Não	21	95,5	55	70,5	76	

p. Teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Fonte: Autor

Tabela 3 - Associações entre o perfil das crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em um serviço de saúde mental de Fortaleza e o componente Acesso de Primeiro Contato – Utilização (n=100).

	Componente utilização					
	Ba	aixo	Alto		Total	p-valor
	n	%	n	%	n	-
Idade da criança						
6 a 7 anos	10	45,5	27	34,6	37	0,352
8 a 11 anos	12	54,5	51	65,4	63	
Sexo da criança						
Feminino	5	22,7	16	20,5	21	0,822
Masculino	17	77,3	62	79,5	79	
A criança lê ou escreve*						
Sim	7	58,3	14	24,5	21	0,041
Não	5	41,7	37	72,5	42	
O autismo limita as atividades da criança						
Não limita/ limita pouco	10	45,5	17	21,8	27	0,027
Limita / impossibilita	12	54,5	61	78,2	73	

p. teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. *Apenas crianças entre 8 e 11 anos, n=63. Fonte: Autor

Tabela 4 - Associação entre o acesso aos serviços de saúde bucal de crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em um serviço de saúde mental de Fortaleza e o componente Acesso de Primeiro Contato – Utilização (n=100).

	Con	Componente utilização				
	Ba	nixo	Alto		Total	p-valor
	n	%	n	%	n	
Última vez da criança no dentista						
Menos de 1 ano	13	59,1	44	56,4	57	0,521
Entre 1 e 2 anos	4	18,2	7	9,0	11	
Entre 2 e 3 anos	1	4,5	2	2,6	3	
Mais de 3 anos	-	-	4	5,1	4	
Nunca foi ao dentista	4	18,2	21	26,9	25	
Último serviço utilizado pela criança par	a tratan	nento o	donto	lógico		
Nunca foi ao dentista	4	18,2	21	26,9	25	< 0,001
UAPS	2	9,1	39	50,0	41	
Outros	16	72,7	18	23,1	34	
Já procurou a UAPS para tratamento od	lontológ	ico da o	crianç	a		
Sim	8	36,4	48	61,5	56	0,036
Não	14	63,6	30	38,5	44	
Se sim, conseguiu atendimento*						
Sim	4	50,0	43	89,6	47	0,005
Não	4	50,0	5	10,4	9	
Se sim, agendamento priorizado**						
Sim	3	50,0	37	84,1	40	0,011
Não	2	33,3	7	15,9	9	
Não sei	1	16,7	-	-	1	

p. teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson; * n=56; **n=50. Fonte: Autor

Tabela 5 – Fatores de risco para pontuação alta no componente Acesso de Primeiro Contato – Utilização, por crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em um serviço de saúde mental de Fortaleza (n=100).

,		OR	
	p-Valor	Ajustada	IC 95%
Componente utilização (Alto)			
Profissão (Não trabalha fora)	0,024	44,21	1,64 1192,93
Números de pessoas residem em casa	0.779	1 0 /	0.02 127.75
(menor que 6 pessoas)	0,778	1,84	0,03 127,75
Recebe bolsa família (Sim)	0,987	1,03	0,04 24,60
Limitação (Limita /impossibilita)	0,604	2,43	0,09 68,79
Último serviço utilizado pela criança para	0,126	9,27	0,53 161,01
tratamento odontológico (UAPS)	0,120	9,41	0,33 101,01
Procurou UAPS para tratamento	1 000	1.05	0.15 21.20
odontológico da criança (Sim)	1,000	1,05	0,15 21,20
Conseguiu atendimento na UAPS (Sim)	0,216	18,49	0,18 1872,72
Priorização do agendamento (Sim)	0,524	3,33	0,08 134,87

Regressão logística multinomial. OR = Odds ratio ajustada; IC 95% = intervalo de confiança 95% da OR Ajustada. Fonte: Autor

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como foco a utilização dos serviços de APS e o acesso aos serviços de saúde bucal por crianças com TEA atendidas no CAPSi – VI, de Fortaleza.

Resultados importantes foram obtidos com essa pesquisa. Um *achado encorajador* foi que as UAPS receberam uma alta pontuação para o componente APC-U, 7,74 de escore médio, o que aponta uma utilização satisfatória do serviço. Os cuidadores de crianças com TEA parecem reconhecer a APS como porta de entrada aos serviços de saúde, apesar de elas estarem em acompanhamento em um serviço de atenção secundária, em saúde mental.

Outro achado importante, este *desafiador*, foi que 25% das crianças com TEA em tratamento no CAPSi - VI nunca foram ao dentista. Tal achado nos faz pensar que estratégias direcionadas aos usuários do serviço são imprescindíveis para melhora desse dado. Uma possível linha de ação seria promover a sensibilização dos profissionais de saúde mental sobre a necessidade do acompanhamento em saúde bucal desses pacientes, demonstrando a importância da detecção de possíveis sinais de alerta característicos de alterações bucais, o que poderia evitar a evolução desfavorável de vários agravos e a necessidade de atendimento especializado. Outra linha de ação seria buscar estratégias para promover uma melhor articulação entre as e-SB e os serviços de saúde mental, reforçando o conceito que os usuários lá assistidos também são de responsabilidade da APS, e devem ter seu acesso aos serviços garantidos. Por fim, outra possível linha de ação seria direcionada aos cuidadores, buscando partilhar conhecimentos e experiências que viabilizassem um melhor cuidado da saúde bucal das crianças acompanhadas, o que incluiria a necessidade de consultas profissionais periódicas.

Por outro lado, um achado inédito foi o de uma associação positiva entre o alto escore do componente APC-U, recebido pela UAPS, e o relato de acesso aos serviços de saúde bucal. Não é de nosso conhecimento estudos relacionando essas variáveis. Esse fato pode nos mostrar outro caminho para a melhoria do acesso dessa população. Ampliar a interação entre e-SB e os demais profissionais da APS; sensibilizar esses profissionais para a atenção à saúde bucal; uma clínica ampliada e consultas compartilhadas podem ser estratégias para aumentar o acesso ao serviço de saúde bucal. Nosso trabalho evidencia que este parece ser um caminho

que, além de plausível e possível, já vem sendo adotado por uma parcela das famílias.

Por fim, com o aumento no número de diagnósticos de TEA é imperativo que o SUS e seus serviços se organizem para o atendimento, de forma integral, das demandas dessa população. Destacamos que o fato de esta população demandar assistência especializada em serviços de saúde mental, como apontado nesta pesquisa, não significa que a atenção primária não possa ser ordenadora do cuidado e não possa ser um caminho para garantir o acesso aos cuidados essenciais à saúde, inclusive no campo da saúde bucal. Nossa pesquisa se alinha a um conjunto de outras que apontam a importância de investigações direcionadas para esta população extremamente vulnerável, uma vez que pode embasar tomadas de decisões e formulações de estratégias para melhoria do acesso aos serviços de saúde por parte das mesmas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. D., CARVALHO, T. F. de., BEZERRA, A.C.B. Atención bioética de la vulnerabilidad de los autistas: la odontología en la estrategia de salud de la familia. **Revista Latinoamericana De Bioética**, v.16, n.1, p. 220-233, 2016.

ANDERSEN, R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, p. 1-10, 1995.

ARAÚJO, J.P, *et al.* Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, (Sup. 3), p. 1366-72, 2018.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, R. V. C. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev Saúde Pública**, v.43, (sup.1), p. 92-100, 2009.

BARTOLOMÉ-VILLAR B., *et al.* Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. **J Clin Exp Dent.**, v.8, n.3, p.344-51, 2016.

BORGHI, A.C. Cultural singularities: indigenous elderly access to Public Health Service. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 587-593, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

Lei	Federal	Ν°	8.069,	Dispõe	sobre	0	estatuto	da	criança	е	do
adolescente	, de 13 de	e jul	ho de19	90.							

Lei Federal Nº 12.764, Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, de 27 de dezembro de 2012.

_____.Ministério da Saúde. Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Portaria 1.444/GM, de 18 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.
Ministério da Saúde. Portaria 267/GM, de 06 de março de 2001. Regulamenta a Portaria 1.444/GM, de 18 de dezembro de 2000. Brasília, 2001.
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, DF, 2005.
Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - n. 17- Saúde Bucal - Brasília – DF, 2008.
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRUGHA T.S., *et al.* Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. **Archives of general psychiatry**, v. 68, n. 5, p. 459–65, 2011.

CAMPANARO, M.; HUEBNER, C.E.; DAVIS, B.E. Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. **Spec Care Dentist**, v.34, n. 4, p. 185-192, 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L., *et al.* Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma instituição de uma cultura avaliativa? In: ARKEMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. Porto Alegre, RS: Rede Unida, p. 189-232, 2015.

CASTRO, A. M., *et al.*; Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Revista Odontológica UNESP**, Araraguara, v. 39, n.3, p. 137-142, 2010.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M.; Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p 161-178, 2012.

CELESTE, R. K., *et al.* Atendimento A Pacientes Especiais: Uma Prática De Inclusão Social, 2012

CHANDRASHEKHAR S.; BOMMANGOUDAR JS. Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. **Int J Clin Pediatr Dent**, v.11, n.3, p.219-227, 2018.

COCHRAN W.G. Sampling techniques. 3° ed. Nova York: John Willey, 1997

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p 390-398, 2008.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 17 – 40, 2015.

CUNHA, A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

DALFOVO, M. S; LANA, R.A; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada** Blumenau, v.2, n.4, p. 01- 13, Sem II. 2008.

DELFINI, P. S. S; BASTOS, I.T; REIS, A. O. A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.12, 2017.

DONABEDIAN, A. Lós espaços de La saldo: aspectos fundamentales de La organizassem de La atención médica. México: **Biblioteca de La Salud**, 1988.

DOUGALL, A.; FISKE, J. Access to special care dentistry, part 6. Special care dentistry services for young people. **British Dental Journal**, v. 205 n. 5, sep, 2008.

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

FAVERO-NUNES M.A., DOS SANTOS M.A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicol Refl Crítica,** v. 23, n. 2, p. 208-21, 2010.

FERNANDES, A. P. T. A. de. Atendimento Cirúrgico-Odontológico Ao Paciente Portador De Necessidades Especiais. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia). **Universidade Federal da Paraíba**. João Pessoa, 2011.

FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 251-9, 2007.

FRANCISCO, P. M. S. B., *et al.* Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, n. 3, p.347-355, 2008.

GLASSMAN, P., *et al.* Special Care Dentistry Association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs. **Special Care in Dentistry**, v.29, n. 1, p. 2-8, 2009.

GOMES, F.M.A., *et al.* Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.244-258, 2015.

HILL, A.P.; ZUCKERMAN, K.E.; FOMBONNE, E. Epidemiology of autism spectrum disorders. In: VOLKMAR, F. R. *et al.* (Ed.). **Handbook of autism and pervasive developmental disorders.** New Jersey: John Wiley & Sons, p. 13-22, 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama. Acesso em: 22 agosto de 2019.

JAMELLI S. R., *et al.* Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl 1), p. 1795-1800, 2010.

JARRA, A. F. B.; MOTAA, E. F. Orientação e motivação em saúde bucal como aliadas no tratamento odontológico do deficiente mental. **Interbio**, v. 9, n. 2, jul-dez, 2015.

JUNG, L. S. Serviços odontológicos oferecidos as crianças com necessidades especiais. 37f. Monografia de especialização (Saúde Pública). **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2011.

KOISUMI, M. S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 26, n° especial, p. 35 - 47, out, 1992.

LEE, P.Y, *et al.* Comprehensive Dental Treatment under General Anesthesia in Healthy and Disabled Children. **Chang Gung Med J**, v. 32, n. 6 Nov-Dec, 2009.

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, p. 193, 2015.

MENEZES, A. F. de. Condições sociodemográficas e de saúde bucal das pessoas com deficiência, e do seu acesso à atenção odontológica em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Fortaleza-Ce. Dissertação de Mestrado. **Universidade Federal do Ceará.** Fortaleza, 2016.

MONTEIRO, A. R. M., *et al.* Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – a busca pelo tratamento. **Esc Anna Nery (impr.),** v. 16, n. 3, p. 523-529, 2012.

NAIDOO M.; SINGH S. The Oral health status of children with autism Spectrum disorder in KwaZulu-Nata, South Africa. **BMC Oral Health**, v.18, p.165-169, 2018.

NASILOSKI, K.S., *et al.* Avaliação das condições periodontais e de higiene bucal em escolares com transtornos neuropsicomotores. **Rev. Odontol. Unesp,** v. 44, n. 2, p.103-7, 2015.

OLIVEIRA, A. L. M. O. de; GIRO, E. M. A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Odonto**, v. 19, n. 38, p. 45-51, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v.66, p. 158-164, Sept. 2013.

OLIVEIRA, V.B.C.A. de; VERÍSSIMO, M de L.Ó.R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n.1, p. 30-36, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (World Health Organization). **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 http://www.who.int/mental-health/policy/Livroderecursosrevisao-FINAL.pdf. Acesso em 04.04.2018.

PATEL V. Mental health in low- and middle-income countries. **British Medical Bulletin**, v.81-82, p. 81-96, 2007.

PINTO J.C.S.G. A abordagem aos transtornos mentais graves na atenção básica. **Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro**, 2004.

POLIT, D.; BECK, C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2019.

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.

QUARESMA, F.R.P.; STEIN, A.T. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2461-2468, Ago. 2015.

ROLIM LB, *et al.* Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. Rev Bras Enferm [Internet], v.72, n.1, p.19-26, 2019.

SOARES, J.; *et al.*; Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças com deficiência. **J health sci inst**., v. 31, n. 3, p. 239-243, 2013.

SOUSA, L. P.; Atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. **Fundação Oswaldo Cruz**. Fortaleza, 2016.

SOUZA T.M.S., RONCALLI A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saude Publica**, v.23, n.11 p.2727- 2739, 2007.

STARFIELD, B. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v.105, n.4, p.998-1003, Abr. 2000.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde; p. 726, 2002.

STEYER, S.; LAMOGLIA, A.; BOSA, C.A. A Importância da Avaliação de Programas de Capacitação para Identificação dos Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista – TEA. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v.26, n.3, p.1395-1410, 2018.

SUASTEGUI F.H.; CEDEÑO B.V. Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. **Rev ADM**, v. 61, n. 6, p. 225-229, 2002.

SUHAIB F., *et al.* Oral assessment of children with autism spectrum disorder in Rawalpindi, Pakistan. **Autism**, v.23, n.1, p.81-86, Jan. 2019.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO P. G.G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 6, p.1933-1942, 2017.

TRAVASSOS C.; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 20 (Supl 2), p.190-98, 2004.

ZUCKERMAN, K. E., LINDLY, O. J., & SINCHE, B. K. (2015). Parental concerns, provider response, and timeliness of autism spectrum disorder diagnosis. **The Journal of Pediatrics**, v.166, n. 6, p. 1431- 1439, 2015.

ZWAIGENBAUM, L.; BRYSON, S.; GARON, N. Early identification of autism spectrum disorders. **Behavioural Brain Research**, v. 251, p.133- 146, 2013.

APÊNDICE A

PROJETO DE PESQUISA: Utilização de serviços de atenção primária e acesso a cuidados em saúde bucal por crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial infantil de Fortaleza: percepções de cuidadores

PESQUISADORA: Priscilla Dias Leite de Lima ORIENTADOR: Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza

FORMULÁRIO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS E/OU CUIDADORES

Data:	Local: CAPS	infantil SR:	Pesquisador: _			
Diagr	nóstico do paciente:					
UAPS	S oficial de referência:					
A - ID	ENTIFICAÇÃO/CARA	CTERIZAÇÃO I	DO RESPONS <i>Á</i>	VEL E/OU CUIDADOR		
1.	Idade:					
2.	Sexo: 2.1-() Feminir	no 2.2- () Mas	sculino			
3.	Qual a relação de parentesco com a criança:					
3.1- () Mãe/pai		3.4- () Cuida	dor		
3.2- () Avó/avô		3.5- () Outro			
3.3- () Irmão(a)					
4.	Profissão:					
5.	N° de pessoas que res	sidem na casa:				
5.1- () Duas	5.2- () Três a	a cinco	5.3- () Seis ou mais		
6.	Renda mensal:					
6.1- () Até R\$ 500,00					
6.2- () Entre R\$ 501,00 e R\$	\$ 1.000,00				
6.3- () Entre R\$ 1.001,00 e	R\$ 2.000,00				
6.4- () Entre R\$ 2.001,00 e	R\$ 3.000,00				
6.5- () Acima de R\$ 3.001,0	0				

7.	Escolaridade:	
7.1- () Não Alfabetizado	7.4- () De 9 a 11 anos de estudo
7.2- () Até 4 anos de estudo	7.5- () Acima de 12 anos de estudo
7.3- () De 5 a 8 anos de estudo	
8.	Recebe bolsa família: 8.1- () Sim	8.2- () Não 8.3- () Não sei
B - ID	ENTIFICAÇÃO/CARACTERIZAÇÃO I	DA CRIANÇA:
9.	Idade:	
10.	Sexo: 10.1-() Feminino 10.2- ()) Masculino
11.	Em relação a cor da pele, você consid	dera a criança:
11.1-	() Branco	11.4-()Amarelo
11.2-	() Pardo	11.5- () Indígena
11.3-	() Negro	11.6-()Prefiro não declarar
12.	Naturalidade: 12.1- () Capital 12.5	2-()Interior, qual?
13.	Recebe auxílio assistencial à pessoa	com deficiência (INSS):
13.1-	() Sim 13.2- () Não 13.3- () Não s	sabe
14.	A criança sabe falar: 14.1- () Sim	14.2- () Não
15.	A criança sabe ler: 15.1- () Sim	15.2- () Não
16.	A criança sabe escrever: 16.1- () S	im 16.2- () Não
17.	A criança frequenta a escola:	
17.1-	() Sim, qual série: 17.2- () N	lão
C - CA	ARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE GERA	L DA CRIANÇA
18.	A condição de saúde limita as ativida	des da criança (por exemplo: ir à escola,
brinca	ır, etc.):	
18.1-	() Não limita	18.4- () Muito/intensamente
18.2-	() Um pouco	18.5- () Impossibilita/não consegue
18 3-	() Moderadamente	

19. De um modo gerai, coi	no e o estado de saude da cina	ariça.
19.1- () Muito bom	19.3-()Regular	19.5- () Muito ruim
19.2- () Bom	19.4- () Ruim	
D - AVALIAÇÃO E CUIDADO	COM A SAÚDE BUCAL DA	CRIANÇA
20. Em geral como você av	valia a saúde bucal da criança	:
20.1- () Muito boa	20.3- () Regular	20.5- () Muito ruim
20.2- () Boa	20.4- () Ruim	
21. A criança relata algum	desconforto na boca:	
21.1- () Dor	21.4- () Outr	0:
21.2-()Sangramento	21.5- () Nenl	num desconforto
21.3- () Mal hálito		
22. Que grau de dificulda problemas dentários:	ade a criança tem para se	alimentar, por causa de
22.1- () Nenhum	22.3- () Regular	22.5- () Muito intenso
22.2- () Leve	22.4- () Intenso	
23. Em relação à escovaçã	áo dos dentes da criança:'	
23.1- () A criança escova os	dentes sozinha	
23.2- () O cuidador escova o qual?	s dentes da criança. Tem algu 	ıma dificuldade, se sim
23.3- () A criança não escov	a os dentes. Qual motivo:	
24. O que é utilizado par assinalar mais de uma opção	a realizar a limpeza da boca):	a da criança (é possível
24.1- () Escova de dente	24.4- () Enxa	aguante bucal
24.2- () Creme dental	24.5- () Outr	o:
24.3- () Fio dental		

25. Com que frequência a criança escova	os dentes:
25.1- () 1 vez por dia	25.3- () 3 ou mais vezes por dia
25.2- () 2 vezes ao dia	25.4- () Não escova todos os dia
E - ACESSO DA CRIANÇA AOS SERVIÇO26. Você ou a criança já participaram de	S DE SAÚDE BUCAL alguma atividade de promoção de saúde
bucal (Instrução de higiene oral, escovaçoriança: 26.1- () Sim 26.2- () Não	ção supervisionada, ATF, etc.) para a
27. Qual a última vez que a criança foi ao	dentista:
27.1- () Menos de 1 ano,vezes	27.4- () Mais de 3 anos
27.2- () Entre 1 e 2 anos	27.5- () Nunca foi ao dentista. Por
27.3- () Entre 2 e 3 anos	que?
28. Caso a criança já tenha ido ao dentist	ta, qual o último serviço utilizado:
28.1- () Unidade de Atenção Primária à Sau	úde (UAPS)
28.2- () Centro de Especialidade Odontológ	gica (CEO)
28.3- () Unidade de Pronto Atendimento (U	PA)
28.4- () Consultório Particular	
28.5- () Instituição de ensino superior	
28.6- () Plano de Saúde	
28.7- () Outro:	
29. Você já procurou a UAPS de referênciança:	cia, para tratamento odontológico para a
29.1- () Sim 29.2- () Não, Por que?	
30. Caso tenha procurado a UAPS, pa conseguiu atendimento:	ara tratamento odontológico, a criança
30.1- () Sim. Qual o motivo da consulta:	
30.2- () As vezes	
30.3- () Não. Por que?	

31. Caso a criança tenha recebido atendo você conseguiu a marcação:	dimento odontológico na UAPS, como
31.1- () Através do Agente Comunitário de S	Saúde (ACS)
31.2- () Acolhimento Odontológico no territó	rio
31.3- () Acolhimento na UAPS	
31.4- () Encaminhamento de outro profission	nal da UAPS
31.5- () Direto com o Dentista/ Auxiliar de Sa	aúde Bucal
31.6- () NAC/recepção	
31.7- () Outro:	
32. No dia da última consulta com o denti demorou para ser atendida:	tista na UAPS, quanto tempo a criança
32.1- () Até 30 minutos	32.3- () Entre 1 e 2 horas
32.2- () Entre 30 min. e 1 hora	32.4- () Mais de 2 horas
33. A criança teve alguma priorização odontológico na UAPS:	no agendamento para o atendimento
33.1- () Sim 33.2- () Não	33.3- () Não sei
34. A criança já precisou ser encaminha tratamento odontológico:	ada para outros serviços para realizar
34.1- () Sim (ir para questão 35) 3	4.2-()Não (ir para questão 40)
35. Caso a criança tenha sido encaminhad	da, indique o serviço:
35.1- () CEO	35.4- () Hospitais
35.2- () Serviços particulares	35.5- () Outros
35.3- () Faculdades de odontologia	
36. O serviço, para o qual foi encaminhada	a, era difícil de chegar:
36.1- () Sim 36.2- () Não	

37. Você preferiria o atendimento com o de	entista da UAPS:
37.1- () Sim 37.2- () Não	
Por que?	
38. Se a criança precisou de atendimen serviço:	to no CEO, ela teve acesso a esse
38.1- () Sim 38.2- () Não	
39. Se a criança precisou de atendimento la acesso a esse serviço:	hospitalar, em centro cirúrgico, ela teve
39.1- () Sim. Quem realizou o encaminhame	nto?
39.2- () Não	
F - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTI	LIZAÇÃO*
40. Quando a criança necessita de un médico/enfermeiro da UAPS de referência ant	ma consulta de rotina, você vai ao tes de ir a outro serviço de saúde:
40.1- () Com certeza, sim (4)	40.4-()Com certeza, não (1)
40.2- () Provavelmente, sim (3)	40.5- () Não sei / não lembro (9)
40.3- () Provavelmente, não (2)	
41. Quando a criança tem um novo médico/enfermeiro da UAPS de referência ant	•
41.1- () Com certeza, sim (4)	41.4-()Com certeza, não (1)
41.2- () Provavelmente, sim (3)	41.5- () Não sei / não lembro (9)
41.3- () Provavelmente, não (2)	
42. Quando a criança tem que con médico/enfermeiro da sua equipe tem que en	nsultar um médico especialista, o caminhá-la:
42.1- () Com certeza, sim (4)	42.4-()Com certeza, não (1)
42.2- () Provavelmente, sim (3)	42.5- () Não sei / não lembro (9)
42.3- () Provavelmente, não (2)	

G - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE*

43. No horário de funcionamento da UA desse serviço a atende no mesmo dia:	APS, se a criança fica doente, alguém				
43.1- () Com certeza, sim (4)	43.4- () Com certeza, não (1)				
43.2- () Provavelmente, sim (3)	43.5- () Não sei / não lembro (9)				
43.3- () Provavelmente, não (2)					
44. Você tem que esperar muito tempo ou consulta para a criança na UAPS:	u falar com muitas pessoas para marcar				
44.1- () Com certeza, sim (4)	44.4- () Com certeza, não (1)				
44.2- () Provavelmente, sim (3)	44.5- () Não sei / não lembro (9)				
44.3- () Provavelmente, não (2)					
45. É fácil marcar consulta de rotina para	a criança na UAPS:				
45.1- () Com certeza, sim (4)	45.4- () Com certeza, não (1)				
45.2- () Provavelmente, sim (3)	45.5- () Não sei / não lembro (9)				
45.3- () Provavelmente, não (2)					
46. Você tem que esperar mais de 30 minutos para a criança ser atendida pelo médico (Sem contar triagem ou acolhimento):					
46.1- () Com certeza, sim (4)	46.4- () Com certeza, não (1)				
46.2- () Provavelmente, sim (3)	46.5- () Não sei / não lembro (9)				
46.3- () Provavelmente, não (2)					
47. É difícil conseguir consulta médica necessário:	para a criança, quando você julga				
47.1- () Com certeza, sim (4)	47.4- () Com certeza, não (1)				
47.2- () Provavelmente, sim (3)	47.5- () Não sei / não lembro (9)				
47.3- () Provavelmente, não (2)					

48. No horário de funcionamento da UAPS, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone, se precisar:

48.1- () Com certeza, sim (4) 48.4- () Com certeza, não (1)

48.2- () Provavelmente, sim (3) 48.5- () Não sei / não lembro (9)

48.3- () Provavelmente, não (2)

^{*} Sessões do Instrumento de Avaliação da atenção Primária à Saúde PCATool-Brasil 2010.

APÊNDICE B

TABELA 1 - Associação entre o perfil do cuidador de crianças com TEA e o componente Acesso de Primeiro Contato – Utilização

SEÇÃO	VARIÁVEL DESFECHO	RESPOSTA	VARIÁVEL EXPLICATIVA	RESPOSTA
			Grau de parentesco com a criança	Genitores (Mãe/ pai)
				Outros
			Duefee a	Trabalha fora
		Profissão	Não trabalham fora	
Escore obtido	Positiva: Alto	Número de pessoas que residem na casa	Menor que 6	
			6 ou mais	
	no componente	componente Negativa: Baixo	Escolaridade	Não alfabetizado
	utilização			Até 4 anos de estudo
				De 5 a 8 anos de estudo
				De 9 a 11 anos de estudo
				Acima de 12 anos de estudo
			Recebe bolsa família	Sim
				Não

TABELA 2 - Associação entre o perfil das crianças com TEA e componente Acesso de Primeiro Contato – Utilização

SEÇÃO	VARIÁVEL DESFECHO	RESPOSTA	VARIÁVEL EXPLICATIVA	RESPOSTA
			Idade da Criança	6 a 7 anos
Escore obtido no componente utilização Positiva: Alto Negativa: Baixo	Positiva: Alto	,	8 a 11 anos	
		Sexo da criança	Feminino	
			Masculino	
	Negativa: Baixo	A criança lê ou escreve - Utilizado para a faixa	Sim	
		etária de 8 a 11 anos	Não	
			A condição de saúde limita as atividades da criança?	Não limita / limita pouco
				Limita / impossibilita

TABELA 3 - Associação entre o acesso aos serviços de saúde bucal de crianças com TEA e o componente Acesso de Primeiro Contato – Utilização

SEÇÃO	VARIÁVEL DESFECHO	RESPOSTA	VARIÁVEL EXPLICATIVA	RESPOSTA
3	Escore obtido no componente utilização	Positiva: Alto Negativa: Baixo	Qual a última vez que a criança foi ao dentista Caso a criança já tenha ido ao dentista, qual o último serviço utilizado Você já procurou a UAPS de referência, para tratamento odontológico para a criança Caso tenha procurado a UAPS, para tratamento odontológico, a criança conseguiu atendimento A criança teve alguma priorização no agendamento para o atendimento odontológico na UAPS	Não Sim Não

APÊNDICE C

ID:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para pais e/ou cuidadores)
Prezado(a) Sr (a)
Este é um convite para você participar da pesquisa "UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ACESSO A CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL POR
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ATENDIDAS EM UN
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL DE FORTALEZA
PERCEPÇÕES DE CUIDADORES" de responsabilidade da pesquisadora Priscilla Dias Leite de Lima e orientação do Professor Dr. Maximiliano Loiola Ponte de
Souza, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz do Ceará. Esta
pesquisa tem o objetivo de analisar as percepções de cuidadores sobre a utilização
dos serviços de Atenção Primária à Saúde e o acesso aos serviços de Saúde Bucal
de crianças com Transtorno do Espectro Autista, atendidas em um Centro de
Atenção Psicossocial infantil, no município de Fortaleza - Ce. O(a) Senhor(a) fo
selecionado(a) para participar da pesquisa por seu filho ser usuário dos serviços do
Centro de Atenção Psicossocial infantil. Sua participação é voluntária, pois a
qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desisti
de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo en 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 a pesquisadora e o orientador 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 acesso aos serviços de saúde. Você ficará com
uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa
poderá perguntar, diretamente à pesquisadora responsável: Priscilla Dias Leite de
Lima (Rua Padre Pedro de Alencar, 789, Messejana - Fortaleza - Ce, e-mail
priscilla_dias@hotmail.com). Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais vocé
pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa responsável.
Nome:
Centro de Atenção Psicossocial infantil SR
Fortaleza - Ce,de de 2019.
Impressão dactiloscópica
Assinatura do participante

ANEXO 1

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAUDE BUCAL E ACESSO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

GRAVES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS

CUIDADORES

Pesquisador: PRISCILLA DIAS LEITE DE LIMA

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 02945118.2.0000.5040

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.051.347

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado à banca de qualificação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da FIOCRUZ.

Essa pesquisa pretende analisar as percepções de cuidadores sobre as condições de saúde bucal e de acesso aos serviços de saúde de crianças portadoras de transtornos mentais graves. É um estudo analítico, com abordagem quantitativa e delineamento transversal, será realizado no CAPSi-VI e incluirá os pais e/ou cuidadores de crianças, em tratamento no CAPSi - VI, na faixa etária de 6 a menor de 12 anos de idade e com diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento, Transtorno do Espectro Autista ou Transtorno Psicótico. A amostra envolverá 184 pais e/ou cuidadores, através de um formulário estruturado tendo sido o mesmo avaliado por três pesquisadores doutores com experiência nos temas abordados, dois da área de odontologia e um da área de epidemiologia, para considerações, sugestões e modificações e composto de 48 perguntas, divididas em sete dimensões abordando as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda familiar); perfil de saúde (estado de saúde geral, grau de limitação da deficiência, avaliação e cuidado com a saúde bucal); acesso aos serviços de saúde bucal (formas, dificuldades, resolubilidade, entre outros) e acesso à APS (utilização e acessibilidade). Critérios de Inclusão: participarão os pais e/ou cuidadores, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, responsáveis pelo acompanhamento da criança ao CAPSi - VI. Para a pesquisa, serão considerados

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú **CEP:** 60.155-290

UF: CE Município: FORTALEZA



Continuação do Parecer: 3.051.347

cuidadores as pessoas com grau de parentesco ou que, por proximidade afetiva, estejam acompanhando a criança no atendimento, sendo responsáveis pelos cuidados da mesma por no mínimo 6 meses. Serão excluídos da pesquisa os cuidadores que recebam remuneração para este fim e os cuidadores com algum comprometimento cognitivo que os impeçam de responder às questões, pois entendemos que os mesmos provocarão vieses nos resultados. Os dados coletados serão armazenados em programa específico, organizados e digitados utilizando o programa estatístico Statistical "Package for the Social Sciences"-SPSS. O plano preliminar de análise será dividido em três etapas: 1ª etapa: Análise descritiva de todos os dados obtidos, com exceção das seções relativas ao instrumento padronizado PCATool; 2ª etapa: Análise bivariada que será dividida em três seções, de acordo com os objetivos do estudo; e 3ª etapa: Escores obtidos pelo instrumento PCATool realizada de acordo com o previsto no manual do instrumento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar as percepções de cuidadores sobre as condições de saúde bucal e de acesso aos serviços de saúde de crianças portadoras de transtornos mentais graves, que utilizam os serviços de Centro de Atenção Psicossocial infantil no município de Fortaleza - Ce.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a percepção de cuidadores sobre as condições de saúde bucal e os hábitos de higiene oral das crianças portadoras de transtornos mentais atendidas no Centro de Atenção Psicossocial infantil;
- Analisar o acesso aos serviços de saúde bucal, na atenção primária, secundária e terciária à saúde, das crianças portadoras de transtornos mentais graves acompanhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial infantil:
- Qualificar o acesso relacionado à utilização e acessibilidade às Unidades de Atenção Primária à Saúde dos pacientes portadores de transtornos mentais graves atendidos no Centro de Atenção Psicossocial infantil

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: O benefício será de aumentar o conhecimento científico na área de acesso aos serviços de saúde da Atenção primária e acesso aos serviços de saúde bucal

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú CEP: 60.155-290

UF: CE Município: FORTALEZA



Continuação do Parecer: 3.051.347

Os riscos: O risco da participação do cuidador é mínimo. Considerando que ele pode ficar constrangido com algumas perguntas, o mesmo pode não responde-las ou desistir de participar da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto relevante tendo em vista a possibilidade de fornecer subsídios para qualificar os fluxos e processos que regulam o acesso de pacientes portadores de transtornos mentais graves aos serviços odontológicos - UAPS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto apresentando assinatura do dirigente da instituição proponente do estudo
- Carta de Anuência da COGTES
- o CAPSi VI e/ou Secretaria Regional (SR) VI
- O Orçamento Financeiro presente e claramente declarado os gastos de responsabilidade do pesquisador no projeto estendido.
- Os instrumentos de coleta de dados encontram-se no projeto, sendo recomendada a retirada do endereço do participante para evitar identificação.
- O cronograma encontra-se com coleta de dados prevista para dezembro/2018 a março/2019
- TCLE presente

Recomendações:

- 01. Retirar o endereço do participante do instrumento de coleta de dados. Eticamente não pode identificar o participante.
- 02. O termo portador hoje em dia é considerado pejorativo, sugerimos usar só crianças com transtornos mentais.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú CEP: 60.155-290

UF: CE Município: FORTALEZA



Continuação do Parecer: 3.051.347

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa aponta como relevância fornecer subsídios para tomada de decisões baseadas nos dados levantados visando à melhoria da condição de saúde bucal das crianças, as práticas de cuidado relacionadas a higiene oral e o acesso aos serviços odontológicos de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em CAPSi

Projeto considerado Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Priscila.pdf	14/11/2018 10:09:33	Ilvana Lima Verde Gomes	Aceito
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	02/11/2018		Aceito
do Projeto	ROJETO_1219483.pdf	01:15:13		
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/11/2018	PRISCILLA DIAS	Aceito
		01:14:27	LEITE DE LIMA	
Projeto Detalhado /	Projeto_detalhado.pdf	01/11/2018	PRISCILLA DIAS	Aceito
Brochura		18:37:31	LEITE DE LIMA	
Investigador				
Outros	Formulario.pdf	30/10/2018	PRISCILLA DIAS	Aceito
		22:11:58	LEITE DE LIMA	
Outros	Plano_de_analise.pdf	30/10/2018	PRISCILLA DIAS	Aceito
		22:11:38	LEITE DE LIMA	
Orçamento	Orcamento.pdf	30/10/2018	PRISCILLA DIAS	Aceito
		22:10:56	LEITE DE LIMA	
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	30/10/2018	PRISCILLA DIAS	Aceito
Assentimento /		22:10:42	LEITE DE LIMA	
Justificativa de				
Ausência				
Cronograma	Crono.pdf	30/10/2018	PRISCILLA DIAS	Aceito
		21:53:35	LEITE DE LIMA	

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú **CEP:** 60.155-290

UF: CE Município: FORTALEZA



Continuação do Parecer: 3.051.347

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 03 de Dezembro de 2018

lua Lude

Assinado por: Ilvana Lima Verde Gomes (Coordenador(a))

Ilvana Lima Verde Gomes Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa do HGF

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

Município: FORTALEZA

CEP: 60.155-290

UF: CE Telefone:

(85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cephgf.ce@gmail.com

ANEXO 2



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

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

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

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

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

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

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



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

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

Recomendações para a submissão de artigos

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

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

Seções da publicação

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

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

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

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

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

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



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

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

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

- 1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
- 2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo) segundo as orientações do site.
- 3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
- 4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
- 5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
- 6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
- 7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
- 8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
- 9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a



importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e http://decs.bvs.br/).

Autoria

- 1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
- 2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
- 3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

- 1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
- 2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Hustrações e Escalas

- 1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
- 2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo,** salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
- 3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
- 4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,



- e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
- 5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
- 6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
- 7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

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

Referências

- 1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
- 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
- ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...
- ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.



- 3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform requirements.html).
- 4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals)
- 5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

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

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. SAfr Med J 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

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

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

7. Organizador ou compilador como autor

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



8. Instituição como autor

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

9. Capítulo de livro

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

10. Resumo em Anais de congressos

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

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

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

12. Dissertação e tese

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

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

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

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

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

14. Material audiovisual

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

15. Documentos legais

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



Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med.* In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

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

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

17. Monografia em formato eletrônico

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

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.