REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE NO BRASIL

FORTALEZA
2014

MÁRCIA LÚCIA DE OLIVEIRA GOMES

AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional

Orientador: Prof.ª Dra. Ana Valeska Siebra e Silva

FORTALEZA
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gomes, Márcia Lucia de Oliveira Gomes.
Avaliação da acessibilidade ao serviço odontológico às pessoas com deficiência em uma microrregião de saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Márcia Lucia de Oliveira Gomes Gomes. – 2014.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 72 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Orientação: Prof.ª Dra. Ana Valeska Siebra e Silva.

1. Acessibilidade ao serviço de saúde. 2. Pessoa com deficiência. 3. Saúde bucal. I. Título.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"Avaliação da Acessibilidade ao Serviço Odontológico às Pessoas com Deficiência em uma Microrregião de Saúde do Brasil."**
Nome da Mestranda: **Márcia Lúcia de Oliveira Gomes**
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM **SAÚDE DA FAMÍLIA.**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva
(Orientadora)

Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa
(1° membro)

Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes
(2° membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(Suplente)

Data da defesa: 25/04/2014

Aos meus filhos Walter e Pedro, pelo amor que sempre me dedicaram. Ao meu esposo Walter, pelo incentivo e apoio em todas as minhas escolhas e decisões.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força, coragem e saúde para enfrentar mais uma jornada.
Aos meus queridos filhos, por terem compreendido meus momentos de ausência em dedicação aos estudos.
Ao meu esposo, pelo carinho, apoio e compreensão nos momentos necessários, contribuindo para a concretização dessa etapa.
Aos meus pais, pela educação que me deram.
Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela contribuição para meu conhecimento.
Aos colegas do Mestrado Profissional Saúde da Família, pela amizade e apoio.
Aos Secretários de Saúde Urânio, Rute e Maria do Carmo, que consentiram que minha pesquisa fosse realizada nos municípios em que eram gestores.
Aos Agentes Comunitários de Saúde de Iracema, Limoeiro do Norte e Quixeré, que se sensibilizaram com a problemática da Pessoa com Deficiência e contribuíram com o estudo.
Aos colegas Weslley, Talyta, Delmacia, Taciana, Amon e Auryleda, além da minha irmã Marizângela, que se dedicaram para que o estudo acontecesse nos municípios em que trabalham.
A minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Ana Valeska Siebra e Silva, pela sua objetividade.

“A mente que se abre a uma nova ideia,
jamais voltará ao seu tamanho original.”
Albert Einstein

RESUMO

Discussões vêm acontecendo sobre a importância da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, fundamental para a garantia do acesso aos serviços saúde e atenção integral. A Rede, no âmbito da saúde bucal, tem como premissa o atendimento odontológico qualificado a todos as pessoas com deficiência. O presente estudo teve como objetivo, verificar as condições de acesso e utilização dos serviços odontológicos na perspectiva da pessoa com deficiência, no nível primário e secundário em uma Microrregião no Brasil, como também, identificar os tipos e frequência dos atendimentos odontológicos e descrever o perfil socio-demográfico destes usuários. Estudo epidemiológico, descritivo, transversal, realizado nos municípios da 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará. A população foi composta por pessoas com deficiência e a amostra foi constituída de 456 pessoas com deficiência, captados pelos agentes comunitários de saúde. Os resultados do estudo foram que 55% dos entrevistados eram do sexo masculino, 57% moravam na zona urbana e 68,4% dependiam de cuidadores. Em relação à escolaridade, 56,1% não sabiam ler e nem escrever e no que se refere à renda familiar, 54,4% era de até 01 salário mínimo. Outro dado importante é que 68% recebiam beneficio do INSS. Em relação aos atendimentos, constatou-se que apenas 16% nunca foi ao dentista, principalmente por não sentir necessidade, a principal causa de procura pelo serviço de saúde foi devido a dor de dente e a ausência de vaga no serviço foi apontada como a dificuldade mais freqüente entre eles. Após os resultados concluiu-se que não existem barreiras que dificultam o acesso da pessoa com deficiência ao serviço odontológico, visto que 71,4% relataram não ter tido dificuldades, ainda que este principal acesso seja ao serviço de urgência (52%).

Palavras-chave: Acessibilidade ao serviço de saúde, Pessoa com Deficiência, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Discussions have been going on about the importance of the Network of Care for People with Disabilities in the SUS, critical to ensuring access to health services and comprehensive care. The Network, as part of oral health is premised qualified dental care to all people with disabilities. The present study aimed to verify the conditions of access and utilization of dental services from the perspective of people with disabilities in primary and secondary level in a micro-region in Brazil, but also identify the types and frequency of dental care and to describe the profile socio-demographic these users. Epidemiological, descriptive, cross-sectional study conducted in the cities of the 10th Region Health of the State of Ceará. The population was comprised of people with disabilities and the sample consisted of 456 people with disabilities, raised by community health workers. The results of the study were that 55% of respondents were male, 57% lived in urban areas and 68.4% were dependent on caregivers. Regarding education, 56.1% could not read nor write and in relation to family income, 54.4% was up 01 minimum wage. Another important finding is that 68% of Social Security benefits received. Regarding attendance, it was found that only 16% had never been to the dentist, mainly because they feel the need, the main cause of demand for health services was due to toothache and the absence of a vacancy in service was identified as the difficulty more frequent among them. After the results it was concluded that there are no barriers that hinder access for people with disabilities to dental services, whereas 71.4% reported having no difficulties, although this is the main access to the emergency department (52%).

Keywords: Accessibility to health services, People with Disabilities, Oral Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição e percentual do número de pessoas com deficiência por sexo, procedência, residência, renda familiar e escolaridade. Ceará, 2014..... 42

Tabela 2 – Distribuição dos dados segundo a não associação entre o nível de escolaridade e a busca por assistência odontológica. Ceará, 2014..... 44

Tabela 3 – Distribuição do número de pessoas com deficiência segundo os cuidadores, tipo/origem da deficiência e respondente da pesquisa. Ceará, 2014..... 45

Tabela 4 – Distribuição das pessoas com deficiência de acordo com os benefícios financeiros recebidos pelas pessoas com deficiências. Ceará, 2014..... 46

Tabela 5 – Distribuição do atendimento odontológico recebido pela pessoa com deficiência. Ceará, 2014..... 47

Tabela 6 – Distribuição das características do acesso ao atendimento odontológico recebido pela pessoa com deficiência. Ceará, 2014.... 48

Tabela 7 – Distribuição do tempo de espera para o agendamento de uma consulta odontológica pela pessoa com deficiência. Ceará, 2014.... 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-dentista
CDPD	Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEOR	Centro de Especialidades Odontológicas Regional
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DTM	Disfunção Têmporo-mandibular
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílios
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBASF	Unidade Básica Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 12
2 OBJETIVOS..... 17
2.1 GERAL..... 17
2.2 ESPECÍFICOS..... 17
3 REVISÃO DE LITERATURA..... 18
4 METODOLOGIA..... 37
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 42
6 DISCUSSÂO..... 50
7 CONCLUSÕES..... 57
REFERÊNCIAS..... 59
APÊNDICES
APÊNDICE A – Termo de Anuência..... 65
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável/Pessoa com Deficiência..... 66
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Pós-Esclarecido – Responsável/Pessoa com Deficiência..... 67
APÊNDICE D – Questionário..... 68
ANEXOS
ANEXO A - Parecer CNE/CES 501.701 71

1. INTRODUÇÃO

Em 2011 o IBGE divulgou os primeiros resultados do Censo Demográfico de 2010, afirmando que os dados utilizados para gerar os resultados que compõem esta divulgação são preliminares, pois ainda não foram submetidos a todos os processos de crítica inerentes ao Censo Demográfico 2010. Mesmo com esta ressalva, para a variável deficiência, os números globais para o Brasil e os Estados podem ser considerados como praticamente consolidados. O critério utilizado em 2010 dividiu nos seguintes tipos de deficiência permanente: visual, auditiva e motora, de acordo com o seu grau de severidade, e, também, mental ou intelectual, subdividindo em - não consegue de modo algum; grande dificuldade, alguma dificuldade ou ainda nenhuma dificuldade. Os resultados mostraram que 23,9% da população brasileira possui ao menos um tipo de deficiência, totalizando 45,6 milhões de pessoas no país (IBGE, 2011).

A Constituição Federal de 1988 assegura os direitos das pessoas com deficiências em diferentes campos e aspectos, porém a atenção às necessidades educacionais, de assistência social e de saúde dessa população, anteriormente a constituição, era praticamente restrita a entidades filantrópicas e marcadas por práticas assistencialistas (TEIXEIRA, 2004).

Segundo Mugayar (2000), denomina-se paciente especial todo indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que por isto, necessitam de atenção e abordagem especiais por um período de sua vida e ou indefinidamente.

Na assistência odontológica não há grande diferença no que se refere à definição de pacientes com necessidades especiais, visto que, até há alguns anos, não apresentava base científica. A ineficiência desta assistência aos pacientes com necessidades especiais deve-se a vários fatores: a falta de conhecimento e de preparo dos profissionais para o atendimento a estes pacientes, as informações inadequadas quanto às condições de saúde bucal e as necessidades odontológicas, a negligência do tratamento odontológico pelos serviços de saúde e o descrédito da importância da saúde bucal pelos cuidadores e ou responsáveis. Além disso, a não inclusão desta área nos currículos de graduação, a deficiência da integralidade da assistência nas áreas de saúde e a inexistência de uma prática baseada na

educação em saúde e prevenção, são outros fatores que dificultam uma atenção odontológica aos pacientes especiais. (CASTRO ET AL, 2010)

Castro et al (2010) também citam o custo financeiro, problemas com a auto-imagem, dificuldade de acesso físico, principalmente aos portadores de transtornos motores e o número reduzido de profissionais como significantes barreiras ao atendimento odontológico a estas populações.

De acordo com os estudos de Lannes (1981), os pacientes com necessidades especiais compõem um grupo considerado de alto risco para o desenvolvimento de cárie dentária, a doença periodontal e maloclusão. E ainda neste sentido, Castro et al (2010) citam vários fatores que contribuem para a ocorrência de uma maior prevalência das doenças bucais nesta população, as quais podemos citar: a presença de defeitos no esmalte, alimentação pastosa, ingestão frequente de carboidratos, uso crônico de medicamentos, inabilidade em realizar a própria higiene bucal, movimentos inadequados dos músculos mastigatórios e da língua, alterações no fluxo salivar e a dificuldade na manutenção da higiene bucal.

Para Camargo (2005) toda essa dificuldade faz com que muitos pacientes com necessidades especiais recebam tratamento odontológico somente em situações de urgência, na presença de dor, sendo comum a prática de extrações dentárias.

Tendo como objeto de trabalho a busca da pessoa portadora de deficiência por atendimento odontológico nos dois níveis de atenção – primário e secundário - na 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará, esse estudo se justifica pela necessidade de instigar como esta assistência está sendo realizada nos municípios desta Região de Saúde.

Pretende-se realizar este estudo devido ao fato da pesquisadora trabalhar no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Limoeiro do Norte e presenciar, diariamente, a ociosidade da Especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais, onde, mesmo sendo ofertadas 443 vagas programadas para a região - 39 vagas/mês para o ano de 2013, com agendamento de apenas 40% destas (176), sendo uma média mensal de 14 agendamentos/mês para uma região de 217.515 habitantes (IBGE, 2011). Destes agendamentos, 12% dos pacientes faltaram às consultas, sendo atendidos apenas 155, uma média de 13 pacientes/ mês. Além da existência da proposta de permuta de especialidades,

dentre elas a de Pacientes com Necessidades Especiais pela especialidade de Prótese ou Ortodontia, como justificativa de ausência de demanda para a mesma. Isto instigou a autora deste projeto a verificar os fatores que interferem nesta realidade.

Atualmente, vem-se discutindo sobre Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Pode-se entender por Rede a articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da atenção. Segundo Mendes (2007) entende-se por ponto de atenção uma unidade de produção específica determinada por uma função de produção singular, por exemplo, uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção ou uma unidade de atenção paliativa.

Rede de Atenção à Saúde é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, e para oferecer atenção integral. Nesse sentido a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, foi instituída pela portaria nº 793 de 24 de Abril de 2012 por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012a).

Sendo a Atenção Básica a principal porta de entrada no serviço, ela deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde dos usuários, assim como ordenar a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Dessa forma, garantir a continuidade do cuidado do paciente nos demais níveis de atenção constitui um desafio a ser superado, principalmente na Saúde Bucal e no que se refere a pacientes com necessidades especiais.

Segundo a Nota Técnica publicada pelo Ministério da Saúde aos 22 de Outubro de 2012, no âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas com deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o nível secundário - CEO ou terciário - atendimento hospitalar apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento (BRASIL, 2012c).

Segundo Bezerril (2011) a ociosidade da especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais é uma realidade em todos os CEOs Regionais, porém esta ociosidade é mais significativa no CEO Regional de Limoeiro do Norte quando comparada a alguns outros CEOs Regionais.

O Caderno da Atenção Básica nº 17, em seu tópico Atenção à Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência deixa claro que:

> ...serviços de saúde devem realizar uma busca criteriosa dos usuários com deficiência, cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento. As equipes de saúde bucal devem ser capacitadas a fim de que possam, em nível local, estarem aptas ao atendimento destes usuários, em níveis crescentes de complexidade de atendimento.
> Protocolos podem ser elaborados, com a definição, em cada nível de atenção, dos cuidados a serem tomados (de acordo com diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais de cada paciente). Em seguida, definir os critérios de encaminhamento e os fluxos de referência e contrareferência (Brasil, 2008a, p.67).

A grande maioria destes usuários possui necessidade de atendimento solucionável no âmbito da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde, desde que os locais estejam adaptados e as equipes capacitadas para este atendimento. Se for constatada a impossibilidade da prestação de serviço neste nível de atenção, o usuário poderá ser encaminhado para atendimento na Unidade de Referência, onde serão desenvolvidos procedimentos da atenção básica, com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada e serão realizados os encaminhamentos necessários para recondução na Unidade Básica ou, se necessário, a recomendação para tratamento sob anestesia geral, sendo importante que os familiares e responsáveis sejam orientados sobre sua conduta frente ao tratamento odontológico, devendo ser informados pela equipe de saúde bucal sobre todos os passos a serem tomados antes e depois de cada intervenção, com ênfase para os casos em que for necessário o uso de anestesia geral (Brasil, 2008a).

É sabido que a principal porta de entrada do sistema de saúde é a Atenção Básica, o que não é diferente na Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência. A Atenção Secundária recebe todos aqueles usuários cuja necessidade de saúde não foi suprida na Atenção Básica. Na Saúde Bucal isto ocorre da mesma forma, ou seja, o que não é resolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas equipes de saúde bucal, é encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), quer seja por se tratar de um usuário com distúrbio de comportamento que

não foi possível conter na UBS, quer seja uma pessoa com deficiência que não possua necessidade de um atendimento especial, mas que necessite de um procedimento especializado.

Pela amplitude da definição do que seria Pacientes com Necessidades Especiais, esta pesquisa contemplará uma fração desta clientela, que são as pessoas com deficiências, que muitas vezes não necessitam de um atendimento especial, mas um cuidado especial para que seu acesso ao serviço de saúde seja facilitado.

A pouca procura pelo atendimento odontológico, observada no CEOR, levou a alguns questionamentos no que se refere à Unidade está ou não ociosa, já que, segundo os dados do IBGE (2011), no Brasil, 23,9% da população são pessoas portadoras de deficiência, representando 52.244 pessoas na 10ª Região de Saúde do Ceará:

✓ As Equipes de Saúde Bucal da UBS conseguem ofertar os serviços de prevenção, promoção e assistência, e por este motivo é escasso o encaminhamento para os outros níveis de atenção?

✓ Quais são as características do atendimento odontológico a pessoa com deficiência?

✓ Qual o perfil dos sujeitos com deficiência e as razões de procura dos serviços de saúde odontológicos?

✓ Quais as causas que interferem no acesso à assistência odontológica pelas pessoas com deficiência?

Essa temática é de grande interesse da autora dessa pesquisa no sentido de buscar avaliar a acessibilidade da pessoa com deficiência ao serviço de saúde bucal, de acordo com princípios de universalidade e equidade, e pela possibilidade de contribuir na efetivação da integralidade da assistência odontológica da pessoa com deficiência.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as condições de acesso e utilização dos serviços odontológicos na perspectiva da pessoa com deficiência, nos níveis primário e secundário de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil socio-demográfico das pessoas com deficiência

2. Verificar a freqüência com que ocorrem os atendimentos odontológicos às pessoas com deficiência

3. Identificar os principais motivos de busca do atendimento odontológico pelas pessoas com deficiência;

4. Identificar fatores que interferem no acesso ao atendimento odontológico.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Acesso ao Serviço de Saúde

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Para assegurar esse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas de Governo, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/90 e nº8142/90 (BRASIL, 1988)

De acordo com a Constituição Federal, Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes, Artigo 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198, devem obedecer, além de outros princípios, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2003).

Desta forma, pela legislação vigente em saúde pública no Brasil, o acesso a serviços de saúde deve ser garantido a todos os níveis de complexidade, sejam esses de ordem médica, odontológica, sanitária, epidemiológica e/ou ambiental.

O conceito de acesso a serviços de saúde é alvo de discussão, por ter o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde, implicando garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (MANHÃES, 1998).

Pereira (1998) afirma que este acesso permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por e a utilização de serviços de saúde. E Estes, quando organizados sequencialmente, indicam que as “necessidades” das pessoas em termos de saúde transformam-se em “demanda” que, por sua vez, gera a “utilização” dos serviços, desde que garantido o acesso a eles.

Para Starfield (2002) o acesso é a forma como as pessoas percebem a disponibilidade, as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos. A importância do fácil acesso à atenção para reduzir a mortalidade e morbidade é reconhecida há muitos anos.

Segundo o MS (2006b) acessibilidade é conceituada como o grau de ajuste entre as características dos serviços e as características da população na busca e obtenção da atenção, permitindo-se verificar se os serviços favorecem de fato o acesso do usuário, sendo, desta forma influenciada por diversas barreiras:

> …geográficas – que representam a localização do estabelecimento, a distância a ser percorrida, os obstáculos a serem transpostos, entre outros; funcionais – horários e dias de atendimento e de agendamento de consultas, capacidade de atendimento de demanda, programas e ações de saúde oferecidas, entre outros; culturais – desrespeito e desconhecimento dos hábitos e costumes da população, destacando-se as questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e populações específicas; e econômicas – medicamentos, exames e consultas especializadas não fornecidas, transporte, dentre outros.

Acessibilidade a serviços de saúde refere-se às características destes que permitem que sejam facilmente utilizados pelos usuários, porém a persistência de barreiras no processo de busca e utilização dos serviços gera oportunidades diferenciadas entre os grupos sociais na obtenção do cuidado em saúde, que muitas vezes caracterizam situações de injustiça social, proporcionando que indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Franco e Campos (1998) a constatação da insuficiência na oferta de serviços de saúde para a população brasileira, verificada principalmente em regiões mais pobres, juntamente com o aumento desigual das necessidades, da oferta e dos investimentos, remete necessariamente à discussão sobre equidade e acessibilidade.

Para Rohr e Barcellos (2008) a equidade e o acesso aos serviços de saúde estão diretamente relacionados aos obstáculos da assistência à saúde, como a insuficiência de recursos e ou a ineficiência de seu uso.

Segundo Travassos e Martins (2004) a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto com os serviços de saúde, que é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional

que o conduz dentro do sistema de saúde. Os fatores determinantes do uso dos serviços de saúde variam em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação). O que vai determinar esta utilização são fatores relacionados:

> (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

3.2. Acesso ao Serviço de Saúde Bucal

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno. Os dados da PNAD/1998 mostraram que uma parcela considerável (19%) declarou nunca ter consultado um dentista. Mesmo havendo uma redução em 2008 (11,5%), este dado ainda continua significativo, visto que representa 21.805.474 brasileiros (IBGE, 2010). Isso mostra que o acesso e a utilização aos serviços odontológicos no SUS tem sido um desafio para a Odontologia.

O fato da população em geral está procurando mais os serviços odontológicos é um avanço, porém o que deve ser questionado é qual a dificuldade encontrada pela população, em especial pela Pessoa com Deficiência, para o acesso aos serviços odontológicos no SUS.

Estudo realizado em 2004 no Estado do Ceará, através do SB Ceará, mostrou alguns dados interessantes no que se refere ao acesso aos serviços odontológicos no Estado. Foi observado que entre os entrevistados - grupos etários – 15 a 19 anos; 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, 89% já tinha realizado uma consulta odontológica pelo menos uma vez na vida, sendo que 37% há menos de 01 ano, 17% entre 01 e 02 anos e 35% há mais de três anos, consequentemente 11% nunca foi ao dentista na vida. Dentre os entrevistados, 66% do acesso foi realizado no serviço público, 13% no privado liberal e 5% no privado suplementar. No que se

refere às causas das consultas foi relatado que 17% foi consulta de rotina, 41% por causa da dor e 23% cavidades nos dentes (CEARÁ, 2004).

Se considerar apenas o problema cárie, o levantamento realizado no Ceará mostra que mais de 90% das necessidades encontradas podem ser resolvidas na Atenção Básica pelas equipes de Saúde Bucal (CEARÁ, 2004). Se a Atenção Básica possui resolutividade para estes problemas e mesmo assim estas necessidades ainda são elevadas, supõe-se que existem barreiras de acesso ao serviço odontológico, talvez pela grande demanda reprimida existente no Estado, que ainda não conseguiu ser suprida com a inversão do modelo de atenção, onde a promoção e prevenção em saúde também fazem parte do leque da carteira de serviços ofertados pela Atenção Básica em Saúde, principalmente com a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Neste sentido pode-se refletir que, se as Equipes de Saúde Bucal não estão conseguindo suprir as necessidades da demanda reprimida, estarão realizando busca criteriosa dos usuários com deficiência, cadastrando-os e definindo as ações para garantir seu atendimento?

Quando se estuda as necessidades de tratamento odontológico, principalmente no que se refere à doença cárie, pode-se tomar por base o Projeto SBBrasil 2003 e SBBrasil 2010, que analisaram a situação da saúde bucal da população Brasileira nos anos de 2003 e 2010 respectivamente, e o SB Ceará, que analisou a situação do Estado do Ceará no ano de 2004. Comparando os dados destes estudos, observou-se que o Ceará apresenta uma maior necessidade de tratamento tanto do que se refere às crianças aos 12 anos como adolescentes de 15 a 19 anos do que a média nacional (CEARÁ, 2004).

Estes mesmos estudos mostram que no Brasil, para o grupo de 35 a 44 anos, houve um declínio de 17% para o índice de cárie, com uma redução nas mutilações e aumento de 73,7% nos tratamentos curativos. Em linhas gerais, isso significa que a população adulta, ao longo dos últimos sete anos, está sendo menos acometida pela doença cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. A partir dos dados torna-se evidente a inversão da atenção na Saúde Bucal registrada no Brasil, onde os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, estão cedendo espaços aos tratamentos restauradores. Porém, no Ceará, a situação se mostra bem mais grave

inclusive em comparação ao SBBrasil 2003, com índice de cárie elevado e evidencias de que mutilação era algo preocupante, provavelmente devido a dificuldade de acesso à ações preventivas, promoção de saúde e procedimento curativos no serviço odontológico para a população adulta. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a; CEARÁ 2004)

Cabe ressaltar, também, que atenção especial deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de cinco anos foi, em média, de 2,43 dentes no Brasil em 2010, com menos de 20% tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados. Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados – uma redução, portanto, de apenas 13,9%. Além disso, a proporção de dentes não tratados se manteve no mesmo patamar de 80%. Foi encontrado 3,17 no Ceará em 2004, sendo destes apenas 0,11 obturado - 3,47% - e mais de 90% cariado.

Pode-se observar que os estudos realizados, no que se refere à epidemiologia da saúde bucal, mostram que a realidade no Estado do Ceará se encontra mais deficitária, apresentando uma maior necessidade em saúde bucal, do que a média nacional.

O conhecimento sobre as barreiras de acesso existentes, segundo Rohr e Barcellos (2008), pode gerar informações importantes para a política de atenção à saúde bucal, buscando, em cada contexto, arranjos singulares que assegurem um padrão de qualidade e eficiência dentro das viabilidades possíveis do processo de gestão, visto que a eliminação das mesmas é um dos eixos importantes do planejamento e dimensionamento de serviços de saúde bucal, visando ao estabelecimento do vínculo entre o usuário e o sistema, além do aumento da utilização, ainda considerada baixa no Brasil, se comparada com os padrões internacionais.

A otimização e eficiência da organização dos serviços deve ser a meta de qualquer gestor ciente da importância da economia da saúde no processo de gestão. O modelo de assistência odontológica deve ser constante, universal, justo, eficiente, de caráter integral e resolutivo, capaz de satisfazer tanto usuários como profissionais de saúde, de forma a contribuir para a melhora na qualidade de vida da população (ROHR E BARCELLOS, 2008).

A saúde bucal é essencial para o bem estar do indivíduo, porém grande parcela da população encontra-se desassistida nessa área. Com a inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000 e o lançamento do programa ‘Brasil Sorridente’, além da publicação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Sistema Único de Saúde (SUS) têm possibilitado a ampliação do acesso aos cuidados em saúde bucal no país e prevê a evolução do modelo assistencial centrado na doença e demanda espontânea para o modelo de atenção integral à saúde. Essa ampliação do acesso pode estar relacionada à maior oferta de serviços, não refletindo, necessariamente, melhoria da qualidade dos atendimentos, devido à expansão da oferta de serviços muitas vezes ocorrer sem planejamento e programação das atividades. Ademais, as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços entre os grupos de renda são evidentes (JACCOTTET, 2012).

3.3. Pessoa com deficiência

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo, especialmente após a década de 60, com o conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade (BRASIL, 2010).

Quase todas as pessoas terão uma deficiência em algum momento de suas vidas, quer seja temporária ou permanente, e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de seus corpos. A maioria das grandes famílias possui uma pessoa com deficiência na família, e muitas pessoas sem deficiência assumem a responsabilidade de prover suporte e cuidar de parentes e amigos com deficiências (OMS, 2012).

.De acordo com o decreto no. 3.298/99 deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999).

Após a Lei nº 7.853/89, que tornou obrigatória a inclusão de itens específicos nos censos nacionais, o Censo Demográfico de 1991, pela primeira vez, incluiu questões que atestaram a presença de 2.198.988 pessoas com deficiência, o

que representa 1,49 % da população. Já o Censo de 2000, utilizando nova abordagem conceitual e metodológica (CIF/percepção de funcionalidade), identificou 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (14,5% da população brasileira), desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. A metodologia adotada incluiu, na contagem, muitos idosos que apresentam dificuldades para se locomover, ver e/ou ouvir. Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (percepção de incapacidade) o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (4,3 milhões de pessoas). (BRASIL, 2010)

O Brasil encontra-se dentro de 1/3 dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que dispõem de legislação para as pessoas com deficiência. Vem atuando na área dos direitos humanos, na defesa de valores como dignidade, inclusão e acessibilidade, na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos como educação, saúde, transporte e segurança. Esta legislação tem avançado em medidas governamentais para a educação inclusiva, para a atenção em saúde, reabilitação e seus complementos, como as órteses, as próteses e os meios auxiliares de locomoção; e na criação de cotas para a inclusão no mercado de trabalho, além de investimentos em processos de acessibilidade para cada tipo de deficiência, como adaptações em ambientes físicos e meios de transporte acessíveis, nas formas de comunicar as informações para pessoas com deficiências visuais e auditivas, e na implementação de políticas de ações afirmativas e de superação da pobreza (BRASIL, 2008b).

3.4. Pessoa com Deficiência e Serviço de Saúde Bucal

Segundo a OMS, Saúde pode ser definida como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença”. Boa saúde é um pré-requisito para a participação em uma ampla gama de atividades, incluindo educação e emprego. O Art. 25 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (CDPD) reforça o direito dessas pessoas em alcançar um alto padrão de cuidados com a saúde, sem discriminação (OMS, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi criada por meio da Portaria n° 1060/2002, com propósitos gerais de proteger a saúde da

pessoa com deficiência; reabilitar na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social, além de prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Uma das grandes contribuições dessa política foi promover uma nova discussão em torno do conceito de deficiência, de limitações e de potencialidade contribuindo para reflexão da sociedade em torno dessa temática (BRASIL, 2010).

Pessoas com deficiência podem exigir diferentes serviços – de intervenções relativamente menores e baratas a outras complexas e caras. Os dados sobre as necessidades são importantes para as políticas e programas públicos. As necessidades de suporte não atendidas podem estar relacionadas a atividades diárias – como cuidados pessoais, acesso a cuidados e equipamentos, educação, emprego, atividades sociais, e modificações nas suas casas ou em seus locais de trabalho (OMS, 2012).

A saúde bucal de muitas pessoas com deficiência é precária e seu acesso a cuidados odontológicos é limitado. Alguns estudos mostram a dificuldade de acesso, como uma pesquisa australiana sobre tratamento dentário de crianças com deficiência, que concluiu que não eram atendidas as necessidades relativas a tratamentos simples de 41% do universo pesquisado. Outra pesquisa sobre o uso de serviços de assistência médica bucal por crianças de Lagos, na Nigéria, concluiu que aque¬las com deficiências ou com menores condições socioeconômicas não usavam adequadamente os consultórios odontológicos (OMS, 2012).

Assim como todo cidadão, as pessoas com deficiência podem procurar os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica ou odontológica. A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado, completo e eficaz. Essa assistência compreende ações de apoio psicológico e social, orientações para a realização das atividades de vida diária e ações básicas de reabilitação, e a oferta de suporte especializado em situações de internamento hospitalar ou domiciliar (BRASIL, 2008b).

A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão, tendo como porta de entrada, no Sistema Único de Saúde, a

atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família, que veio para reorientar as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua. A atenção à família da pessoa com deficiência configura medida essencial para um atendimento completo e eficaz (BRASIL, 2008c).

A pessoa com deficiência deve receber atenção igual a qualquer cidadão, além de ter direito a diagnósticos específicos, a serviços de prevenção e de reabilitação, a aquisição gratuita de órteses e próteses por intermédio das unidades de saúde credenciadas pelo Sistema Único de Saúde. Será considerada como parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órtese e prótese, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão (BRASIL, 2008c).

Na Odontologia existe a Especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, que segundo o Conselho Federal de Odontologia, tem como objetivo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal de pacientes que tenham alguma alteração no seu sistema biopsicossocial, levando em conta todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento do homem, importantíssimos na adequação do tratamento odontológico frente às necessidades dos mesmos, e a classificação de funcionalidade, tendo uma percepção e atuação dentro de um espaço de referência que tenha uma estrutura inter, multi e transdisciplinar, com envolvimento de outros profissionais de saúde e áreas correlatas, para oferecer um tratamento integral ao paciente (CFO, 2012).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2012, p.20) trata das áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, que incluem:

> ...prestar atenção odontológica aos pacientes com distúrbios psíquicos, comportamentais e emocionais; prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições físicas ou sistêmicas, incapacitantes temporárias ou definitivas no nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas, bem como das doenças bucais que possam ter repercussões sistêmicas; e, interrelacionamento e participação da equipe multidisciplinar em instituições de saúde, de ensino e de pesquisas.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17, paciente com necessidades especiais é todo usuário com uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes,

de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional, mostrando a amplitude do conceito, que abrange os casos que requerem atenção odontológica diferenciada, não apenas às pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que, por sua vez, não necessariamente, precisam ser submetidas à atenção odontológica especial (BRASIL, 2008a).

Com isso podemos observar que as pessoas com deficiência são pacientes com necessidades especiais, o que não significa que necessite ser atendido por um especialista.

Segundo Rocha (2012) uma das maneiras de melhorar a atenção à saúde bucal dos Pacientes com Necessidades Especiais é organizar os sistemas de saúde, assim como suas ações e serviços nas UBASF, para recebê-los, eliminando barreiras de acesso, sejam elas geográficas, arquitetônicas, de comunicação ou atitudinais.

Um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal. Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como um importante determinante da saúde bucal (SILVA, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde – OMS- Brasil, estima que o número de pessoas com deficiência seja de 7%, e que somente 2% dessa população têm algum tipo de atendimento odontológico, quer seja da iniciativa privada ou do setor público (SANTOS E SABBAGH-HADDAD, 2003).

O tratamento odontológico de pacientes especiais também se torna difícil, por necessitar de um tempo mais prolongado nas sessões e um número maior delas, além de exigir muito mais paciência e dedicação do operador. As pessoas com deficiência mental, por ser um número elevado e de baixo poder aquisitivo, ficam sem opção de tratamento, dependendo do serviço público. Num estudo realizado em Minas Gerais, cerca de 48% dos pacientes que eram encaminhados para atendimento odontológico sob anestesia geral, podiam ser atendidos na cadeira odontológica com algumas modificações na condução das técnicas restauradoras e de abordagem do paciente, sem comprometimento da qualidade do trabalho, o que

seria mais eficaz no controle do processo saúde/doença, já que o tratamento odontológico feito sob anestesia geral se torna ineficaz por ser esporádico e ser puramente cirúrgico/ restaurador (RESENDE et al, 2004).

Para Previtali et al (2012) a abordagem odontológica deve ser específica para cada grupo de condição incapacitante, avaliando-se os riscos, as necessidades versus oportunidades e o custo/benefício para o tratamento odontológico.

A especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais está contemplada na Política Nacional de Saúde Bucal, quando a Portaria nº 599/GM/MS estabelece a mesma como uma das especialidades mínimas exigidas para funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, que seja tipo I, II ou III (Brasil, 2006a).

A epidemiologia da saúde bucal de pacientes com necessidades especiais tem sido pouco estudada e dados fidedignos são escassos no Brasil. (TOMITA,1999).

Se os estudos mostram que as necessidades bucais são significantes no Estado do Ceará para a população de um modo geral, isto nos leva a refletir que as pessoas com deficiência, por serem consideradas um grupo de risco no que se refere à saúde bucal, podem estar em situação semelhante ou mais agravante.

3.5. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

A formação de redes na saúde parece não ser apenas imprescindível, mas também inevitável à concretização de um SUS, trazendo algumas implicações na organização do serviço, como acessibilidade, onde cada ponto de atenção pode e deve conectar-se a outros, implicando em acesso irrestrito da população, de tal forma que quem necessita/quer/deseja atendimento possa ser dignamente acolhido, seja qual for a porta escolhida como meio de acesso. Cada ponto de atenção, como uma unidade produzida e produtora de linhas e fluxos, caracteriza-se como ponto de entrada da rede, devendo estar o mais acessível ao usuário, por proximidade geográfica e facilidade de ingresso assistencial, produzindo a intercomplementaridade entre todos os serviços (BRASIL, 2008d).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência através da portaria GM/MS nº793 de 24/04/2012, busca ampliar os pontos de atenção à pessoa com

deficiência, buscando levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais. No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas com deficiência, que deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o nível secundário – CEO ou terciário - atendimento hospitalar - apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento (Brasil, 2012a).

O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência, o que exige organizar os serviços e pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em cada região de saúde, dispondo de estrutura física e funcional e de equipes multiprofissionais devidamente qualificadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada em reabilitação para pessoas com deficiência, de modo articulado aos demais pontos de atenção da atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência. (BRASIL, 2013)

No Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual – Centro Especializado de Reabilitação (CER) e os Serviços de Saúde em uma única modalidade (BRASIL, 2013, p. 05) o Ministério da Saúde afirma:

> Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam: estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado.

A porta de entrada do usuário é a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e/ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso, possibilitando uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. Desta forma os profissionais das equipes de saúde bucal são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo seu encaminhamento aos centros especializados apenas nos casos de maior complexidade. (PUCCA, 2004).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo

saudável, tendo como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade, além de efetivar a integralidade em seus vários aspectos, como integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2008a).

Desta forma serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas da população. A equipe de saúde deve desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um. Assim o acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população, buscando a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem, além da ordem de chegada não ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento, sendo necessário reorganizar e qualificar a recepção nos serviços de saúde, de forma que apenas oriente o fluxo do usuário no serviço, já que a decisão sobre o seu ingresso na assistência é da equipe (BRASIL, 2008a).

Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, a Política Nacional de Saúde Bucal contemplou investimentos que propiciem aumentar também o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004).

Os CEO são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica

Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;

II - periodontia especializada;

III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

IV - endodontia; e

V - atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO podem ser municipais ou regionais.

Considerando a Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, que define a implantação e estabelece critérios de credenciamento/ habilitação dos serviços especializados Centros de Especialidades Odontológicas, estes podem ser classificados em CEO Tipo 1, CEO Tipo 2 e CEO Tipo 3. A diferenças entre os CEOs tipo 1, 2 ou 3 está na quantidade de consultórios odontológicos completos e quantidade de recursos humanos (Brasil, 2006a).

A Portaria nº 1.341/GM/MS, de 29/06/2012 estabelece incentivos financeiros a todos os CEO habilitados pelo Ministério da Saúde que aderirem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, porém para isso cumprir compromissos mínimos, dentre eles:

> • Disponibilizar 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento a pessoas com deficiência - A carga horária mínima exigida não precisa ser de profissional exclusivo. Pode ser utilizado o somatório da carga horária dos profissionais de todas as especialidades do CEO, desde que estes também realizem atendimento a portadores de deficiência.
> • Realizar apoio matricial para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado;
> • Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência.
> • Prover o CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência;
> • Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim. (BRASIL, 2012b)

A 10ª Região de Saúde do Ceará - Limoeiro do Norte é composta de 11 (onze) municípios: Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte,

conforme o Plano Diretor de Regionalização - PDR/2011, aprovado pelo CESAU em 30/02/12.

A cidade de Limoeiro do Norte é classificada como município pólo, assumindo a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios da 10ª Região de Saúde Ceará, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média Complexidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi escolhida como estratégia prioritária para organização da Atenção Básica nos municípios que compõe a 10ª Regional de Saúde estando presente em 100% dos municípios.

O Agente Comunitário de Saúde - ACS amplia a capacidade de atuação no território. Segundo a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2011b).

Pode ser observado no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) que todos os municípios da região possuem 100% de proporção de cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ainda que 04 deles possuam um quantitativo de ACS menor que o teto proposto pelo Ministério da Saúde, considerando a competência Dezembro de 2013 (BRASIL, 2014).

A população da 10ª Regional de Saúde coberta pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) aumentou de 63% para 78% entre 2008 e 2013 o que significa uma conscientização dos gestores municipais sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Um agravante é a disparidade de cobertura, variando de 48% de cobertura para o município de Limoeiro do Norte e 154% no município de São João do Jaguaribe (BRASIL, 2014).

Na 10ª Região de Saúde, segundo dados registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde, 1,62% da população possui pelo menos um tipo de deficiência auditiva, visual, intelectual, física e ostomia. As deficiências físicas e intelectuais são as que concentram maior número de pessoas com um percentual de

1,05%, seguida das deficiências auditiva, visual e ostomia com um percentual de 0,62%. Entre os municípios da região, São João do Jaguaribe concentra o maior registro de pessoas com deficiência com 5,26% da população, sendo os principais tipos, a deficiência física e auditiva, que somam 3,18% do total. Vale salientar que esse possui apenas 01 pessoa ostomizada. O segundo município com maior registro de pessoas com deficiência é Ereré com 2,59% da população. Conforme os dados coletados, a deficiência física e a visual também são as maiores causas de deficiências.

Visualiza-se no quadro abaixo o quantitativo e o percentual de pessoas com deficiência visual, auditiva, física, intelectual e ostomia por município da 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte, sendo os dados fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde para construção da Rede (CEARÁ, 2013).

Quadro 01- Quantitativo e percentual de pessoas com deficiência por município, Ceará, 2013.

Município	TIPOS DE DEFICIÊNCIA									
	Ostomias		Visual		Física		Intelectual		Auditiva	
Alto Santo	20	20%	15	15%	40	41%	10	10%	13	13%
Erere	2	1%	46	26%	72	40%	31	17%	28	16%
Iracema	2	1%	62	25%	84	33%	62	25%	43	17%
Jaguaribara	6	4%	29	18%	50	31%	52	33%	22	14%
Jaguaribe	10	7%	17	11%	64	42%	47	31%	15	10%
Limoeiro do Norte	19	2%	153	18%	315	36%	183	21%	202	23%
Pereiro	2	1%	46	13%	139	39%	130	37%	39	11%
Potiretama	2	2%	10	8%	54	46%	44	37%	8	7%
Quixeré	2	0%	96	21%	133	29%	170	37%	63	14%
São Joao do Jaguaribe	1	0%	84	20%	155	38%	77	19%	93	23%
Tabuleiro do Norte	13	2%	103	17%	160	27%	229	38%	94	16%
REGIONAL	79	2%	661	18%	1266	35%	1035	28%	620	17%

Fonte: ACS/SMS, 2013.

A 10ª Região de Saúde do Ceará conta com 02 (dois) Centros de Especialidades Odontológicas Municipais, localizados nas cidades de Alto Santo e Limoeiro do Norte e 01 (um) Centro de Especialidade Odontológica Regional no município polo - Limoeiro do Norte, que foi o único que aderiu a Rede da Pessoa com Deficiência.

O CEO de Alto Santo possui 03 consultórios odontológicos completos, CEO tipo I, e através de consulta ao Departamento de Informática do SUS

(DATASUS), não está ofertando as especialidades preconizadas pela Portaria nº 599/GM/MS desde maio de 2013, estando zerados os procedimentos referentes à portaria nº 1464 de maio a dezembro de 2013. Atende a demanda do município de Alto Santo (BRASIL, 2006a).

O CEO de Limoeiro do Norte apesar de possuir 05 consultórios odontológicos completos, é considerado tipo I e também, não está ofertando as especialidades preconizadas pela Portaria nº 599/GM/MS, durante o ano de 2013, em quantidade de acordo com as metas da portaria 1464.

O Centro de Especialidades Odontológicas Dr. João Eduardo Neto, Centro de Especialidade Odontológica Regional - CEO-R localizado em Limoeiro do Norte é composto por 11 consultórios odontológicos completos, ofertando, além das especialidades preconizadas pela Portaria nº 599/GM/MS, o serviço de ortodontia, prótese e disfunção temporo-mandibular (DTM) (Brasil, 2006a).

O município de Tabuleiro do Norte, apesar de não possuir CEO, também oferta serviços especializados, como é o caso dos serviços das especialidades de cirurgia oral menor e endodontia.

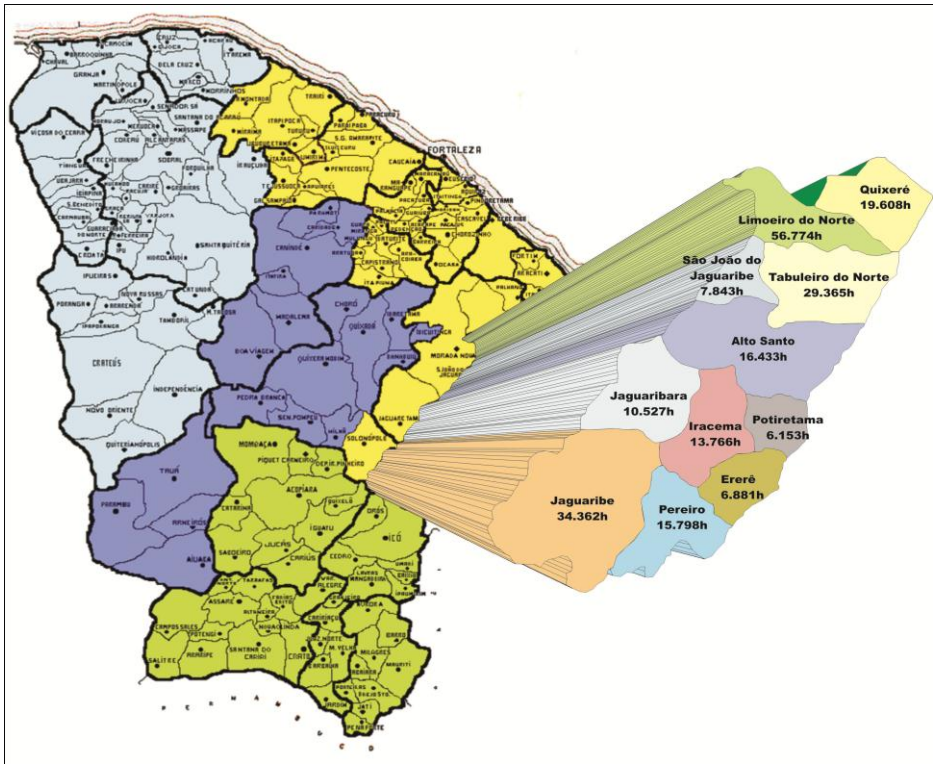
Com relação ao sistema de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), o CEO-R possui a oferta interna de radiografias periapicais, interproximais, oclusais, panorâmica e telerradiografia. Alguns municípios possuem oferta interna de radiografias periapicais, interproximais e oclusais, tais como Tabuleiro do Norte, Limoeiro do Norte, Quixeré, Iracema e Alto Santo.

Os municípios de Iracema, São João do Jaguaribe, Quixeré, e Tabuleiro do Norte possuem o serviço de prótese dentária.

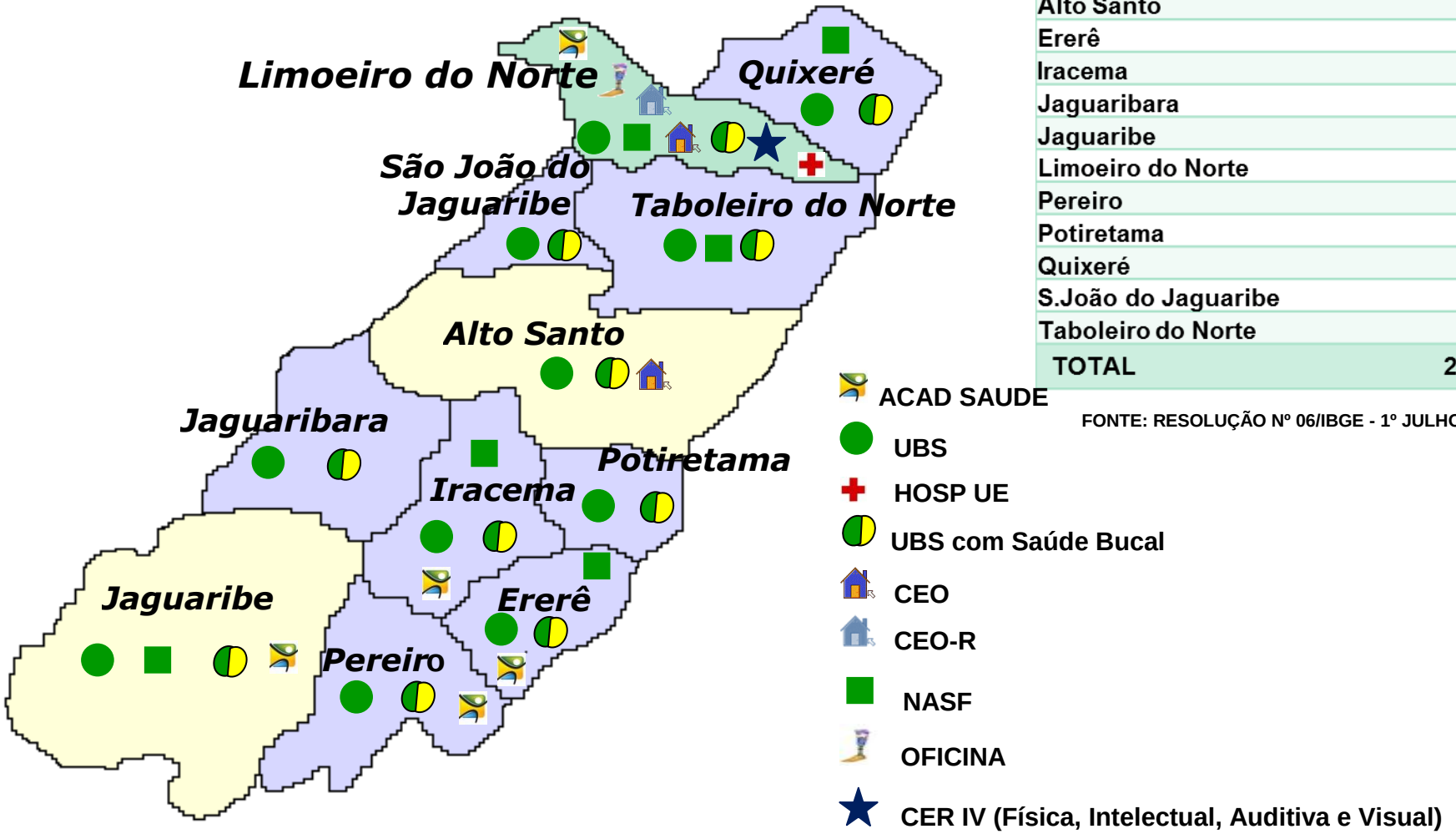
O estudo foi realizado nos municípios, da 10ª Região de Saúde do Ceará, sorteados de acordo com os estratos populacionais.

O Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Limoeiro do Norte, através de seu protocolo de referência, utiliza critérios de inclusão para a Especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais e dentre eles, sua maioria faz referência às pessoas com deficiência, principalmente no que se refere à deficiência intelectual. O mesmo aderiu a Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência de acordo com a Portaria 2.496 de 1º de novembro de 2012, com responsabilidade de atendimento a clientela de toda Região.

Nesta Região de Saúde o paciente com deficiência tem a Atenção Básica como principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde, a qual é responsável pelo atendimento integral a todo o paciente sendo a ponte para atendimento a outros pontos de atenção como as Unidades de referência para atendimento, reabilitação e reinserção do paciente com deficiência. Também estará servida de atendimento pré-hospitalar através do SAMU nos municípios de Limoeiro do Norte, Tabuleiro do Norte e Jaguaribe. Têm-se ainda como porta de entrada e referência na região para urgência e emergência o Hospital Pólo e os 09 Hospitais Municipais da Região, excetuando-se o município de São João do Jaguaribe, que não possui hospital. Conta ainda com serviços especializados para o atendimento as pessoas com deficiências como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, CAPS ad e Policlínica tipo II,, além de CEO Municipal Tipo I em Alto Santo e Limoeiro do Norte e Academia da Saúde nos municípios de Limoeiro do Norte, Jaguaribe, Iracema, Pereiro e Ereré. O município de Limoeiro do Norte ainda será contemplado com Centros Especializados em Reabilitação e Oficina Ortopédica, através da Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência da 10ª Região de Saúde.



Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da 10ª Região de Saúde.
Desenho da Rede - MAPA



MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Alto Santo	16.433
Ererê	6.881
Iracema	13.766
Jaguaribara	10.527
Jaguaribe	34.362
Limoeiro do Norte	56.774
Pereiro	15.798
Potiretama	6.153
Quixeré	19.608
S.João do Jaguaribe	7.843
Taboleiro do Norte	29.365
TOTAL	217.510

FONTE: RESOLUÇÃO Nº 06/IBGE - 1º JULHO/2011

Fonte: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da 10ª Região de Saúde do Ceará, 2013

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do estudo

Estudo epidemiológico do tipo descritivo, transversal, de base populacional.

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado em 03 municípios sorteados, seguindo a divisão em estratos populacionais e que integram a 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará: Iracema, Limoeiro do Norte e Quixeré.

Ressalta-se que a 10ª Região de Saúde do Estado, é composta por 11 municípios (Alto Santo, Ereré, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte).

4.3. População e Amostra

A população do estudo foi composta de 1589 pessoas com deficiência, residentes nos municípios de Iracema, Limoeiro do Norte e Quixeré.

Para a definição do tamanho da amostra, foi utilizada a população de referência, a estimativa da frequência e variabilidade do principal problema a ser investigado na população. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi necessário conhecer o quantitativo preliminar de pessoas com deficiência através dos cadastros dos ACS. Estes dados foram utilizados para elaboração do Plano de Implantação da Rede de Atenção á Pessoa com Deficiência.

Para o cálculo da amostra, foi utilizado o método de amostra aleatória simples na qual todos os elementos têm a mesma probabilidade de serem selecionados.

A fórmula para cálculo do tamanho amostral considerando os valores de média e desvio-padrão da variável em estudo, segundo Santos (2013), foi:

Fórmula de cálculo

Esta calculadora on-line utiliza a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{Z^2.p.(1-p) + e^2.(N-1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

- Erro amostral (e): é a diferença entre o valor estimado pela pesquisa e o verdadeiro valor. Em geral esse valor é definido pelo próprio pesquisador.
- Nível de confiança (Z): é a probabilidade de que o erro amostral efetivo seja menor do que o erro amostral admitido pela pesquisa. Frequentemente o nível de confiança utilizado nas pesquisas é de 95%.
- População (N): é o número de elementos existentes no universo da pesquisa.
- Percentual máximo: Variáveis categóricas, requerem resultados que indiquem o percentual de elementos com uma dada característica. Deve ser incluído o percentual máximo somente quando for inferior a 50%.
- Percentual mínimo: Deve ser incluído o percentual mínimo somente quando ele for superior a 50%.

A amostra calculada foi de 456 pessoas com deficiência, considerando um erro amostral de 3,879%, nível de confiança de 95%, percentual máximo e mínimo superior a 50%, para uma população de 1.589 pessoas com deficiências na Região.

4.4. Critérios de inclusão na Amostra

Foi considerado critério de inclusão, pessoas com qualquer tipo de deficiência e que concordassem em participar do estudo individualmente ou através de seus responsáveis quando não conseguiam responder as questões prontamente. E ser residente de um dos municípios participantes do estudo.

4.5. Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada pelos ACS residentes nos municípios sorteados nos meses de janeiro e fevereiro de 2014.

4.6. Instrumento de Coleta dos Dados

Foi elaborado um questionário estruturado, com perguntas fechadas, aplicado às pessoas com deficiência ou ao seu responsável, caso a pessoa com deficiência fosse incapaz de responder.

As variáveis investigadas foram:

a) Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, procedência, grau de parentesco com o cuidador, moradores, local de residência, escolaridade e renda familiar, origem da deficiência e responsável pelas respostas.

b) Variáveis relacionadas à utilização do serviço odontológico: Se já foi ao dentista alguma vez, se procurou o dentista após ter ficado com deficiência, quando você foi ao dentista pela última vez, a procura pelo serviço público ou privado, necessidade do serviço no último ano, motivo da procura, dificuldades para este atendimento e se não buscou, qual o principal motivo.

c) Variáveis de acesso: proporção dos que procuraram e não tiveram atendimento nos dois níveis de atenção contemplados no estudo.

4.7. Logistica

As entrevistas com as pessoas com deficiência ou responsável, foram realizadas pelos ACS dos municípios sorteados, durante seu horário de trabalho. Com vistas no primor da pesquisa, todos os ACS realizaram treinamentos com a pesquisadora para assegurar a qualidade do preenchimento dos questionários. Para o treinamento foram utilizados recursos audio-visuais, com exposição dialogada, com discussões e debates entre os participantes para esgotar todas as possibilidades e vieses.

Após o treinamento os agentes de saúde foram para campo para a realização das entrevistas.

4.8. Estudo Piloto

Com o objetivo de fazer adequação dos questionários no que se refere à compreensão de linguagem pelos entrevistados, foi realizado um estudo piloto.

Os Agentes Comunitários de Saúde treinados e após aplicados os questionários, estes foram devolvidos à pesquisadora, que utilizou o quantitativo devolvido até a data limite, que foi 28 de Fevereiro de 2014. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram assinados pelos entrevistados (APÊNDICE B) antes da participação destes no estudo.

4.9. Análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados de acordo com os objetivos do estudo, utilizando o programa de estatística Statistical Package for Social Sciense for Windows (SPSS), versão 19.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Depois de preenchido, o instrumento foi submetido à revisão pela autora do projeto, que antecedeu a digitação. A digitação dos questionários foi realizada pela autora e análise estatísticas por digitador previamente treinado. Em seguida a pesquisadora analisou os resultados obtidos de forma descritiva.

4.10. Comitê de Ética e Pesquisa

A Pesquisa foi submetida pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, atendendo as normas éticas estabelecidas pela versão 2013 da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, para a devida apreciação, como parecer de número 501.701.

Foi concedido termo de anuência pelos Secretários Municipais de Saúde dos 03 municípios da região de saúde participantes do estudo.

Para os entrevistados ou responsáveis, foi assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C).

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados em tabelas acerca das variáveis epidemiológicas sociais e demográficas, em relação às características pertinentes ao atendimento odontológico e acessibilidade.

Os resultados dos dados foram organizados em etapas que obedecem a seguinte sequência:

5.1. Perfil socio-demográfico.

Entre os entrevistados, a idade variou de 1 a 103 anos, sendo a idade média de 47,61 anos e o Desvio Padrão variou para ± 24,28. Adultos e idosos perfizeram 88,1% de todos os entrevistados.

No que se refere à procedência, a maioria dos entrevistados 37,9%, era residente no município de Limoeiro do Norte, quanto ao sexo, predominou o sexo masculino (55%), mais da metade dos entrevistados tinham renda familiar de até 01 salário mínimo (54,4%) e não sabiam ler e nem escrever (56,1%). Quanto ao local onde foram realizadas as entrevistas, 57% foram realizadas na zona urbana, onde se localizavam os domicílios dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição e percentual do número de pessoas com deficiência por sexo, procedência, residência, renda familiar e escolaridade. Ceará, 2014.

Variáveis	**Pessoa com Deficiência**	
	N	**%**
Sexo		
Masculino	251	55,0
Feminino	203	44,5
Ignorado	2	0,4
Procedência		
Limoeiro do Norte	173	37,9
Iracema	166	36,4
Quixeré	117	25,7
Residência		
Urbana	260	57,0
Rural	184	40,4
Ignorado	12	2,6

Continuação Tabela 1

Variáveis	Pessoa com Deficiência	
	N	%
Renda Familiar		
< Salário Mínimo	36	7,9
Salário Mínimo	212	46,5
1 a 2 Salários Mínimos	154	33,8
> 2 Salários Mínimos	37	8,1
Ignorado	17	3,7
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	256	56,1
Alfabetizado	89	19,5
Ensino Fundamental I	69	15,1
Ensino Fundamental II	14	3,1
Ensino Médio	20	4,4
Ensino Superior	4	0,9
Ignorado	4	0,9

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 2 apresenta dados relacionados com a não associação entre nível de escolaridade dos entrevistados e a ida ao dentista.

Em todos os níveis, a maioria dos entrevistados havia feito pelo menos uma visita ao dentista. O que se pode observar é que não existe associação estatística entre a ida ao dentista e escolaridade.

Quando se compara as não idas aos dentistas nos diferentes níveis de escolaridades, pode-se verificar que os que tinham menor grau de instrução foram os que predominaram em relação a não busca por atendimento odontológico (23,6%).

Tabela 2 – Distribuição dos dados segundo a não associação entre o nível de escolaridade e a busca por assistência odontológica. Ceará, 2014.

Variáreis		Já foi ao dentista		Total	p
		Sim	Não		
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	194 76,4%	60 23,6%	254 100,0%	p<0,01
	Alfabetizado	79 89,8%	9 10,2%	88 100,0%	
	Ensino Fundamental I	65 94,2%	4 5,8%	69 100,0%	
	Ensino Fundamental II	13 92,9%	1 7,1%	14 100,0%	
	Ensino Médio	19 95,0%	1 5,0%	20 100,0%	
	Ensino Superior	4 100,0%	0 ,0%	4 100,0%	
	Total	374 83,3%	75 16,7%	449 100,0%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Na Tabela 3, estão dispostas variáveis relacionadas com as pessoas e suas deficiências e modos de viver.

Pode-se verificar que 42,8% das pessoas com deficiência moram com parentes, ou seja, tios, primos, avós dentre outros. 19,5% convivem com pessoas sem nenhum vínculo familiar, ou seja, vizinhos e amigos e em relação à família, consideramos a primária, pai, mãe, irmãos, obteve-se 17,3%. As pessoas com deficiência que moravam com a mãe perfizeram 17,3% e 2,2 % que morava apenas com o pai.

Tabela 3 – Distribuição do número de pessoas com deficiência segundo os cuidadores, tipo/origem da deficiência e respondente da pesquisa. Ceará, 2014.

Variáveis	Pessoa com Deficiência	
	N	%
Com quem mora		
Parentes	195	42,8
Pessoas sem Parentesco	89	19,5
Família	81	17,8
Mãe	79	17,3
Pai	10	2,2
Ignorado	2	0,4
Possui Cuidador		
Sim	312	68,4
Não	134	29,4
Ignorado	10	2,2
Cuidador		
Parentes	107	23,5
Mãe	67	14,7
Pai	5	1,1
Família	5	1,1
Ignorado	272	59,6
Tipo de Deficiência		
Física	161	35,3
Intelectual	113	24,8
Múltiplas	65	14,3
Visual	61	13,4
Auditiva	37	8,1
Outras	18	3,9
Ignorado	1	0,2
Origem da Deficiência		
Adquirida	268	58,8
Congênita	179	39,3
Ignorado	9	2,0
Quem respondeu		
Responsável	290	63,6
Deficiente Físico	147	32,2
Ignorado	19	4,2

n= 456

Fonte: Dados da Pesquisa

Na tabela 4, estão relacionadas às variáveis relativas aos benefícios recebidos pelas pessoas com deficiência que participaram do estudo. Pode ser observado que 68% das pessoas com deficiência recebiam algum benefício social, que é o INSS. Em relação a outros benefícios de programas sociais do governo, que auxiliam à família, 15,6% recebem-nos. Vale ressaltar que não foram citados outros tipos de previdências pelas famílias ou pelas próprias pessoas com deficiências.

Tabela 4 – Distribuição das pessoas com deficiência de acordo com os benefícios financeiros recebidos pelas pessoas com deficiências. Ceará, 2014.

Variáveis	**Pessoa com Deficiência**	
	N	**%**
Auxílio Assistencial do INSS (n=442)		
Sim	310	68,0
Não	132	28,9
Ignorado	14	3,1
Bolsa do Governo Federal (n=433)		
Sim	71	15,6
Não	362	79,4
Ignorado	23	5,0

n=456

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 5 mostra os dados relacionados com o atendimento recebido pela pessoa com deficiência, em relação às visitas ao dentista e como se deu este último atendimento.

Quanto ao atendimento odontológico, 82,7% afirmaram já ter ido ao dentista alguma vez na vida. No entanto, 70,8% afirmaram que esta ida ao dentista só ocorreu após ter se tornado pessoa com deficiência, visto que em algumas pessoas a deficiência foi adquirida e não congênita.

Dos que foram ao dentista, a maioria, 44,8%, respondeu que a última visita ocorreu há 02 anos ou mais, e apenas 16,4% foi ao consultório odontológico com um a seis meses antes de ser entrevistado. A maior parte destes atendimentos, 79%, segundo os entrevistados, ocorreram no serviço público, e a Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde foi o local mais procurado, representando 75,2% das buscas.

Foram Considerados além do serviço gratuito, os completamente particulares, que perfez 11,1% do total e o atendimento odontológico realizado com planos de saúde que apareceu em menor freqüência, apenas 2,9%.

Tabela 5 – Distribuição do atendimento odontológico recebido pela pessoa com deficiência. Ceará, 2014.

Variáveis	**Pessoa com Deficiência**	
	N	**%**
Já foi ao dentista alguma vez (n=456)		
Sim	377	82,7
Não	75	16,5
Ignorado	4	0,8
Após ter ficado com deficiência (n=377)		
Sim	267	70,8
Não	102	27,1
Ignorado	8	2,1
Quando foi a última vez (n=377)		
1 a 6 meses	62	16,4
6 meses a 1 ano	68	18,0
1 a 2 anos	39	10,3
2 anos ou mais	169	44,8
Ignorado	39	10,3
Onde foi a última vez (n=377)		
Serviço Público	298	79,0
Serviço Particular	42	11,1
Plano de Saúde	11	2,9
Ignorado	26	6,9
Em que local do SUS (n=298)		
UBASF/Posto de Saúde	224	75,2
CEO	40	13,4
Hospital	17	5,7
Ignorado	17	5,7

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 6 relaciona as características do atendimento odontológico realizado pelos entrevistados. A maior parte das pessoas com deficiência s, 52%, respondeu ter ido ao consultório do dentista por causa da dor. Do restante, 14,6%

responderam a cárie dentária como causa e 13,8% buscou o atendimento de rotina, ou seja, não estava em tratamento, mas foi ao dentista para prevenção.

A maioria das pessoas que buscaram o atendimento odontológico, 71,4%, relatou não ter tido nenhuma dificuldade para a realização deste atendimento, porém dos que tiveram dificuldade, a principal delas foi conseguir vaga no serviço (22,1%).

Tabela 6 – Distribuição das características do acesso ao atendimento odontológico recebido pela pessoa com deficiência. Ceará, 2014.

Variáveis	**Pessoa com Deficiência**	
	N	**%**
Motivo da busca pelo atendimento odontológico (n=377)		
Dor	196	52,0
Cárie Dentária	55	14,6
Rotina	52	13,8
Outros	49	13,0
Ignorado	25	6,6
Houve dificuldade (n=377)		
Não	269	71,4
Sim	86	22,8
Ignorado	22	5,8
Qual a dificuldade encontrada (n=86)		
Dificuldade para conseguir vaga	19	22,1
Paciente recusou o atendimento	16	18,6
Falta de transporte	14	16,3
Outros	13	15,1
Problemas do serviço de saúde	6	7,0
Falta de estrutura física da UBS	4	4,7
Ignorado	14	16,3
Houve prioridade no serviço do SUS (n=377)		
Sim	181	48,0
Não	102	27,1
Ignorado	94	24,9

Fonte: Dados da Pesquisa

Como mostra a tabela 7, o tempo dispensado para o agendamento de consulta na UBASF/posto de saúde, que predominou entre os usuários, foi de menos de uma semana (52%), o que significa pouco tempo de espera para ser

atendido e apenas 5,4% dos que buscaram atendimento afirmaram não ter conseguido agendar consulta.

Em relação ao tempo de espera da pessoa com deficiência para o agendamento da última consulta no CEO, que conota um atendimento mais especializado e referenciado, como o da UBASF, predominou menos de uma semana, ou seja, 43,5%.

Tabela 7 – Distribuição do tempo de espera para o agendamento de uma consulta odontológica pela pessoa com deficiência. Ceará, 2014.

Variáveis	**Pessoa com Deficiência**	
	N	**%**
Tempo para agendamento da última consulta na UBASF/Posto de Saúde (n=240)		
Menos de uma semana	125	52,1
Entre uma e duas semanas	54	22,5
Entre duas semanas e um mês	28	11,7
Mais de um mês	20	8,3
Não conseguiu	13	5,4
Tempo para agendamento da última consulta no CEO (n=92)		
Menos de uma semana	40	43,5
Entre uma e duas semanas	17	18,5
Entre duas semanas e um mês	5	5,4
Mais de um mês	13	14,1
Não conseguiu	17	18,5

Fonte: Dados da Pesquisa

6. DISCUSSÃO

O Censo 2010 possibilitou a investigação acerca da existência ou não de algum tipo de deficiência permanente por autodeclaração, sendo os tipos de deficiência investigados a visual, auditiva, mental e motora (IPECE, 2012).

Na população residente no Ceará foi possível constatar que 27,69 % apresentam algum tipo de deficiência, percentual esse acima do padrão nacional, que é de 23,92% e do padrão regional, com a região Nordeste detendo um percentual de 26,63%. Em números absolutos, a pesquisa indicou que no Ceará há mais de dois milhões de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas (IPECE, 2012).

Desta forma, a criação de serviços de saúde que contemplem e permitam o acesso destas pessoas, é necessária e tem ganhado destaque na agenda da saúde brasileira.

A renda familiar baixa, o analfabetismo e morar com parente predominou entre os entrevistados. Foi observada uma relação diretamente proporcional entre a renda familiar e a procura por atendimento odontológico no estudo em foco. Resultados das Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílios (PNAD) apontam importantes desigualdades no acesso a serviços odontológicos, sendo que a população de maior renda apresenta melhores condições de acesso a estes serviços (CHAVES et al, 2012).

Segundo Cancino (2005) os pacientes especiais apresentam necessidades de cuidado em saúde bucal e enfrentam dificuldades para encontrar os serviços apropriados às suas demandas como barreiras arquitetônicas, limitações financeiras, medo, ignorância ou negligência em relação à saúde bucal e, principalmente, carência de profissionais qualificados e interessados em tratar tais pacientes. No presente estudo isto não é uma realidade, já que 71,4% não encontraram dificuldades de acesso.

Sabe-se que as pessoas com deficiência fazem parte do rol de pacientes especiais, que têm prioridade no atendimento, e que o serviço de saúde deve estar pronto para atendê-los. Importante mencionar que no presente estudo, nenhum paciente deixou de receber atendimento, por fatores relacionados aos serviços e/ou aos profissionais que por algum motivo tenha se recusado de fazê-lo.

No que se refere ao fato da pessoa com deficiência ter ou não cuidador, percebeu-se que a maior parte das pessoas com deficiência da pesquisa possui-o, sendo a maioria deles do sexo feminino, a mãe ou a esposa. Segundo Bicalho et al (2008), a mulher é, historicamente, a cuidadora tradicional; geralmente as que residem no mesmo domicílio, se tornam as cuidadoras de seus maridos, de pais e até mesmo de filhos .

Os autores supra mencionados, ainda afirmam que no enfrentamento do desconhecido, o cuidador de uma pessoa dependente tende a assumir total responsabilidade quanto à situação vivenciada. Em muitos casos, o cuidador não tem opção, pois é o único familiar disponível para realizar o acompanhamento do paciente em domicílio, assumindo totalmente a responsabilidade sem ter com quem dividi-la. O sentimento de dever do cuidador pelo cuidado de seu familiar permeia, na maioria das vezes, uma situação de obrigação, pois, mesmo que exista o amparo de outros familiares, a sobrecarga maior acaba sendo sempre de um só membro da família na grande maioria de situações. Isto pode justificar o fato de que 20% das pessoas com deficiência, do estudo, que possuem cuidador nunca tinham ido ao dentista, já que dentre os que não possuem este percentual cai para 8%.

Barros e Montilha (2011) mostraram em seus estudos que os cuidadores estão sobrecarregados e precisam de mais atenção dentro das práticas profissionais voltadas para o tratamento das pessoas com deficiência. Isto deve levar os profissionais responsáveis pelo tratamento de pessoas com deficiência a refletir que precisam estar preparados para uma situação bem mais complexa do que imaginam, pois ela não só diz respeito à pessoa em questão, como também abrange toda a estrutura familiar, utilizando uma abordagem multiprofissional, que envolva não só os seus aspectos clínicos, mas suas repercussões psicológicas e sociais, tanto para a pessoa com deficiência como para a família.

A grande maioria dos cuidadores informais no Brasil ainda está sem suporte como informações e orientações necessárias para dar assistência às pessoas com deficiência. Contudo se o cuidador familiar tivesse acesso às orientações e dicas de como cuidar do outro e também de como se cuidar, o trabalho seria menos árduo e mais fácil de suportar (BARROS E MONTILHA, 2011). Se não for dada a devida atenção ao cuidador, este pode representar uma barreira para o acesso.

Quanto à necessidade em buscar atendimento odontológico, quando a própria pessoa com deficiência considera que não houve necessidade de procurar o serviço odontológico, isto reflete a sua autopercepção, que segundo Nunes (2008) se for pouco condizente com a realidade, inviabiliza a procura pelo sujeito de acesso aos serviços odontológicos, o que mostra não apenas sobre sua condição bucal, como seu bem estar, uma vez que é a percepção que condiciona o paciente a procurar o profissional/serviço odontológico.

Porém se é o cuidador que afirma esta falta de necessidade da pessoa com deficiência pelo serviço, podemos supor que pode ser resultado de falta de informação e orientação, já que estudos como o de Saraiva (2011) mostram que a adequada orientação de cuidadores formais, sensibilizando, informando, aprendendo, partilhando conhecimentos, sentimentos e angústias, possibilita a construção de estratégias que visem ultrapassar as situações atuais, ou com que eventualmente virão a confrontar-se, numa perspectiva pró-activa e de prevenção, que poderão minimizar os efeitos negativos para o dependente e para o cuidador, resultantes de um cuidar desajustado.

Com relação ao acesso, o estudo mostrou que 16,5% das pessoas com deficiência entrevistadas nunca foram ao serviço de saúde odontológico. Os resultados do presente estudo de certo, são superiores aos dados da PNAD/1998, realizada em 2008, que mostrou um percentual de quase 12%, para a população em geral (IBGE, 2010).

Diante do exposto, pode-se pensar o quão estas questões relacionadas ao acesso aos serviços odontológicos no SUS se constituem ainda em um grande desafio para os gestores da Saúde Pública, principalmente no âmbito da pessoa com deficiência.

Conscientizar a população para a estas questões, talvez se constitua em uma das principais estratégias, haja vista que problemas bucais, em sua maioria, não causam ameaça à vida, e, em geral, são episódios agudos, tratáveis, e minimizados pelo contexto de outras condições crônicas mais sérias. Outro fator que pode estar diretamente relacionado é o fato de que ao longo da história da saúde no Brasil, não se dava ênfase aos problemas bucais como questões de saúde pública, sendo o acesso aos consultórios odontológicos para poucos que tinham condições de custeá-los.

Outrossim, não pode-se deixar de relatar, que mesmo com a criação e implantação do programa saúde da família - PSF, em 1994, nenhuma atenção a princípio foi dada aos problemas de saúde bucal, sendo o atendimento odontológico parte do sistema de saúde, porém não no contexto do PSF.

A inserção do dentista como membro integrante da equipe do PSF só ocorreu em 2000, através da portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais de Odontologia no Programa Saúde da Família, quando foi dada ênfase às ações relacionadas com a promoção, prevenção e assistência odontológica.

Portanto de certa forma este curso demorado pode ser motivo que levam a maior utilização de serviços de atenção à saúde, em detrimento dos serviços odontológicos (ROHR; BARCELLOS, 2008).

O acesso das pessoas com deficiência deve ser prioritário, independente do tipo de deficiência, e não basta somente ser garantido por leis, é necessário que haja participação e mobilização social, assim como que os serviços de saúde captem e consigam mobilizar estas famílias.

Porém não basta garantir somente o acesso, as práticas de educação em saúde referentes à ida periódica ao dentista, se constituem em uma importante ação. Corroborando com esta afirmação, detectou-se que menos da metade das pessoas com deficiência haviam visitado o dentista há menos de um ano. Este dado, quando comparado com os dados dos levantamentos epidemiológicos nacionais, mostrou que ainda precisamos elevar este percentual. Segundo dados do levantamento epidemiológico de base nacional realizado em 2003 (SB Brasil 2003), foi observado que quase a metade dos adolescentes visitaram o dentista no último ano, 37,84% dos adultos e 16,86% dos idosos. Em 2010, outro levantamento evidenciou um aumento desta visita, sendo 53,9% dos adolescentes, 49% dos adultos e 30,4% dos idosos. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a).

Apesar dos avanços ocorridos nas políticas públicas implementadas nos últimos anos, tais como a inclusão da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas [CEOs], pelo Ministério da Saúde, percebe-se que são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, no

processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal (ROCHA e GOES, 2008).

Em relação ao motivo que leva as pessoas com deficiência à procura de atendimento odontológico, a dor se constitui na principal razão que leva a esta busca no Brasil (COSTA ET AL,2008).

No presente estudo, também a presença de dor foi o que levou mais da metade das pessoas com deficiência buscar atendimento odontológico. Novamente os dados nacionais obtidos pelas pesquisas de SB 2003 e SB 2010, a dor foi a principal queixa apresentada pelas pessoas que buscaram assistência odontológica, representando 48,12% para idosos em 2003 e 17,9% para adultos em 2010 e que quando comparados com os dados da pesquisa em foco, são relativamente inferiores. Portanto, a dor se constitui no estímulo mais forte para buscar ajuda profissional, caracterizando-se como um dos principais motivos para consulta odontológica no nosso país e na região de saúde do Ceará onde foi realizada a pesquisa.

A queixa de dor motiva, na maior parte das vezes, a procura de atendimento de urgência, sendo originada em sua maioria por cárie e suas sequelas. Em função de diversos fatores agregados, como condição socioeconômica, escolaridade e falta de informação, grande parte das pessoas dificilmente tem acesso a uma atenção longitudinal em saúde bucal e, consequentemente, não usufrui das medidas de prevenção de doenças, acessando o atendimento de urgência como porta de entrada para o sistema de saúde. Isso ocorre principalmente, por pessoas que têm dificuldade de acessar o serviço rotineiramente, desfazendo, desta forma, os princípios do SUS, com ênfase na integralidade da atenção.

Ao buscar atendimento somente na urgência, o usuário almeja, a resolutividade do problema pontual, o que pode reduzir ou dar pouca ênfase ao atendimento integral, baseado na promoção da saúde bucal e principalmente na prevenção dos problemas odontológicos. (CASSAL, CARDOSO e BAVARESCO, 2011).

Desta forma pressupõe-se que a procura por consultas de urgência pode representar tanto dificuldades de acesso ao tratamento, como também falta de informação por parte dos usuários.

A condição de deficiência também pode se constituir um fator relevante para este dado ser tão elevado em relação aos dados nacionais, principalmente os mais recentes, ao considerar as contribuições feitas por Camargo (2005), no qual afirma que as dificuldades encontradas fazem com que muitos pacientes com necessidades especiais recebam tratamento odontológico somente em situações de urgência, na presença de dor. Isso nos leva refletir que mesmo quase 2/3 dos entrevistados afirmarem não ter tido dificuldade no atendimento, não significa que não existiram barreiras no acesso ao serviço de saúde, haja vista que todos os municípios que participaram da pesquisa, possuir atendimentos de urgência nas UBASF, durante todo horário de atendimento, visto que a maioria da procura ter sido por causa da dor. O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de Saúde Bucal deva estar apta a oferecer o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica, desenvolvendo estratégias de acolhimento e planejamento de acordo com a demanda da população para as ações de odontologia (BRASIL, 2012d).

Entre as dificuldades relacionadas ao acesso, destacam-se: A quantidade insuficiente de vagas no serviço, que pode está relacionada com a organização do processo de trabalho na Região, visto que, de acordo com o diagnóstico realizado pela 10ª Coordenadoria Regional de Saúde em 2012, todos os municípios ainda tinham seu acesso organizado através de entrega de fichas nas UBASF. Apesar de parte da demanda ser programada, a maioria se refere a escolares, gestantes, hipertensos e diabéticos (CEARÁ, 2012).

Em relação ao caráter da prestação de serviço, o serviço público foi procurado por mais da metade dos usuários com deficiência, aproximadamente 79% das demandas, percentual bem superior aos dos levantamentos epidemiológicos de nível nacional, quando em 2003, totalizou de 55,62% para adolescentes e em 2010, 40,70%, que pode ser resultado do aumento de 159% (35) no número de ESB e implementação de 03 CEOs nos últimos 10 anos, o que mostra uma ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos na 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará nos últimos anos e consequentemente uma maior oferta e disponibilidade efetiva dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

No presente estudo, a Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde foi a mais procurada em detrimento do CEO, representando 80% da procura por atendimento. Este dado nos leva a acreditar no relevante papel das Equipes de

Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, onde a UBASF funciona como porta de entrada da população no âmbito da atenção primária, apesar do motivo da procura na maioria das vezes está relacionada aos casos de dor aguda. Todavia o que se pode observar que apesar da opção pela unidade de saúde, um pouco menos da metade dos usuários teve que esperar por mais ou menos uma semana para ser atendido e seu problema decerto sanado.

No decorrer dos últimos anos, com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, foram ampliados investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Diante do desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, com incentivo do Ministério da Saúde através da portaria 283 GM de 22 de Fevereiro de 2005, que antecipa o incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e a portaria 600, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento CEOs. Desta forma, no que se refere à atenção secundária em saúde bucal, foi observado que pouco menos da metade dos entrevistados esperaram menos que uma semana para conseguir agendamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O que chamou atenção da autora foi o fato de 18,5% dos entrevistados relatarem não conseguir agendamento, uma vez que o principal problema que desencadeou este estudo foi à ociosidade da especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais no CEO Regional de Limoeiro do Norte (CEOR). Ainda que um dos municípios possuam CEO municipal e a dificuldade relatada possa ser referente a este, observou-se que 47% moram em município que não possui CEO, logo a unidade de referência seria o CEOR, desta forma sugere-se que sejam investigadas as causas que fizeram os entrevistados afirmarem não ter conseguido agendar consulta para CEOR.

As dificuldades de acesso aos cuidados odontológicos e as taxas de utilização destes serviços no SUS tem sido um desafio para odontologia, que se apresentam diferenciadas por várias razões, como acessibilidade geográfica, econômica, cultural, funcional e de comunicação (ROHR; BARCELLOS, 2008).

7. CONCLUSÕES

A ampliação do acesso relacionado aos serviços públicos odontológicos na 10ª Região de Saúde do Ceará nos últimos anos ocorreu devida, principalmente, à implantação das ESB e CEO, entretanto a reorganização do modelo assistencial destas equipes não aconteceu na mesma proporção que o crescimento da implantação, em especial no que se refere à pessoa com deficiência.

Concluiu-se no estudo que a condição social e educacional foram importantes determinantes da saúde bucal, resultado das importantes desigualdades no acesso a serviços odontológicos, onde a população de maior renda e maior nível educacional apresentaram melhores condições de acesso a estes serviços.

Mais da metade das pessoas com deficiência que buscaram o serviço de saúde bucal alguma vez na vida relataram a dor como principal causa, sendo consequentemente o serviço de urgência foi o mais procurado, visto que para odontologia a busca por atendimento sem agendamento prévio e com presença de dor significa uma urgência odontológica.

Embora a dor representar a principal causa da busca pelo atendimento odontológico, o estudo concluiu que não se pode dizer que não houve acesso, já que a grande maioria relatou não ter tido dificuldades em ser atendido. Dentre os que tiveram, em sua maioria, foram relacionadas a problemas do âmbito domiciliar, sendo quantidades insignificantes relacionadas a problemas no serviço de saúde, como falta de material, e estrutura da UBS.

Ainda que tenha sido relatada a não dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, a maioria buscou o serviço pela última vez há dois anos ou mais, o que não está em conformidade com a orientação, encontrada em várias publicações, de que para pacientes com alto risco de cárie os retornos devem ser realizados com uma maior frequência avaliada individualmente para cada paciente.

Dentre nos fatores que interferem no acesso, foi identificado no estudo, sejam eles no âmbito domiciliar ou no serviço, a dependência de cuidador; a falta de cumprimento da legislação vigente no que remete aos seus direitos; a falta de conhecimento, orientações e cuidados para com o cuidador e para a própria pessoa, resultando neste último caso numa autopercepção inadequada da sua situação de saúde bucal; deficiência no processo de trabalho das Unidades de Saúde como

acolhimento ausente/inadequado e falta de vagas para a pessoa com deficiência no serviço, dentre outros; desvirtualização dos princípios da Atenção Básica, ao prestar um atendimento sem continuidade, longitudinalidade, desrespeito a integralidade, ausência de prevenção e promoção da saúde. Todos estes fatores podem até não dificultar o acesso, mas podem proporcionar a procura do serviço odontológico pela pessoa com deficiência principalmente em casos de urgência (dor), a falta de um atendimento rotineiro e até mesmo a não procura pelo serviço.

Diante do exposto, ressalta-se a urgência na realização de ações voltadas para melhoria do cuidado nos serviços odontológicos no âmbito microrregional, com intuito de promover efetivamente a inclusão, resgatar a cidadania e possibilitar a atenção integral às pessoas com deficiência, visto que a organização do processo de trabalho e uma atenção no cuidado para com pessoa com deficiência e seus cuidadores podem reduzir estes atendimentos pontuais de maneira expressiva, proporcionando uma maior prevenção e promoção da saúde bucal para as pessoas com deficiência, através, principalmente, da busca ativa concretizada com a realização de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde Bucal, com consequente aumento da frequência de atendimentos odontológicos e redução significativa da busca pelo atendimento apenas em casos de dor. Ações estas encontradas dentro da governabilidade das Equipes de Saúde Bucal/Equipes de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BARROS, C. F.; MONTILHA, R. C. Cuidadores de Pessoas com Deficiência Atendidas em Instituição Filantrópica: Características, Percepções e Participação de Intervenção Em Grupo. VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. **Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas – FCM, Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação –** CEPRE. ISSN 2175-960X – Pg. 1379-1392 1379. Londrina de 08 a 10 novembro de 2011.

BEZERRIL, D. O. **Resolutividade de Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Ceará.** Dissertação (Mestrado). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. **Refletindo sobre quem é o cuidador familiar**. Cogitare Enferm 2008 Jan/Mar; 13(1):118-23.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Gabinete da Presidência . **Decreto nº 3.298/99, Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências**. Brasília, DF, 1999.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_Brasil_sorridente.pdf. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acesso em 18 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde .**Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006.** Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humanizasus.** Documento Base. 3. ed. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 17** – Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília : Ministério da Saúde, 2008a. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde** – SUS. Brasília – DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde** – Série F. Comunicação e Educação em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008c. 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** / Brasil. Ministério da Saúde. – 2.ed. rev. – Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2008d. 164 p., il.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil (2010). Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.488/MS. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 793. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**, 2012a. 2012; 24 abr.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1.341. Cria incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**, 2012b. 2012; 29 jun.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal . **Nota Técnica - Adesão do CEO a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.** Brasília; 2012c. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_ceo_cuidados.pdf. Acesso em: 10 mar, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores**. Brasília, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e Serviços Habilitados em uma única Modalidade)**, Brasília, 2013.

_____. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura Saúde da Família**. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 05 mar, 2014.

CAMARGO, M. A. R. **Estudo da prevalência da cárie em pacientes portadores de paralisia cerebral.** Dissertação (mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.

CANCINO, C. M. H.; OLIVEIRA, F. A. M.; ENGERS M. E. ; WEBER, J. B. B.; OLIVEIRA, M. G. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais - Percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes.** Tese. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005

CASSAL, J. B.; CARDOZO, D. D.; BAVARESCO, C. S. Perfil dos Usuários de Urgência Odontológica em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**; 2011; jan/mar; 14(1); 85-92.

CASTRO, A. M.; MARCHESOT, M. G. N.; OLIVEIRA, F. S.; NOVAES, M. S.P. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara. maio/jun., 2010; 39(3): 137-142 © 2010 - ISSN 1807-2577.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SB Ceará – resultados finais.** Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2004.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde. **Diagnóstico de Saúde Bucal 10ª Região de Limoeiro do Norte**. Limoeiro do Norte, Ceará. 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Plano de Ação Regional – 2013 – 2015**. Limoeiro do Norte, Ceará. 2013.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Consolidação das Normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia**. Brasília, 2012.

CHAVES, S.C. L.; SOARES, F. F.; ROSSI, T. R. A.; CANGUSSU, M. C. T.; FIGUEIREDO, A. C. L.; CRUZ, D. N.; CURY, P. R.. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3115-3124, 2012.

COSTA, I.; MACIEL, S.; CAVALCANTI, A. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimentos por pacientes idosos em Campina Grande-PB. **Revista Odontologia Clínico Científica**, Recife, v. 7, n. 4, p. 331-335, out./dez. 2008.

FRANCO, S. C; CAMPOS, G.W. S. Acesso a ambulatório pediátrico. **Rev. Saúde Pública**, 32 (4), 1998 353.

GIBILINI, C.; Esmeriz, C. E. C; Volpato, L. F.; Meneghim, Z. M. A. P.; Silva, D. D.; Sousa, M. L. R. **Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos.** Arquivos em Odontologia. Volume 46 .Nº 4 Outubro / Dezembro de 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços de saúde – 1998.** Rio de Janeiro, RJ – Brasil, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000. Características gerais da população**. Rio de Janeiro: IBGE; 2003. p.178.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008**. Rio de Janeiro, RJ – Brasil, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 - Resolução n.º 6**, de 30 de agosto de 2011.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Panorama das Pessoas Portadoras de Alguma Deficiência no Ceará**. Nº 23 Fevereiro / 2012 http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/enfoque-economico/EnfoqueEconomicoN23_27_02_2012.pdf

JACCOTTET, C. M. G.; BARROS, A. J. D.; CAMARGO, M. B. J.; CASCAES , A. M. **Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas**, estado do Rio Grande do Sul, 2012.

LANNES, C.; VILHENA-MORAES, S. A. **Pacientes especiais.** In: Guedes Pinto AC. Odontopediatria. 3a ed. São Paulo: Santos; 1998. p.1061-95.

MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. **Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro. 1998.

MATOS, D. L. et al. Avaliação de serviços odontológicos. **Rev Saúde Pública** 2002;36(2):237-43 241 www.fsp.usp.br/rsp.

MENDES, E. V. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. 2007.

MUGAYAR, L. R. F. **Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral.** São Paulo: Pancast; 2000.

NUNES, F. R. S.; PEREIRA, V. G.; DIAS, L. C. S.; GONÇALVES, C.; ALCÂNTARA, C.; REIS, F. A.; RODRIGUES, S. M.; DIAS, C. A. Percepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Anais.** IX Semana de Iniciação Científica/Unileste MG "Conhecimento: base para o desenvolvimento sustentável" Coronel Fabriciano - MG - 29/09/2008 a 01/10/2008.

OLIVEIRA, L. S.; OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L. G. N.; OLIVEIRA, M. A. S.; GIL, G. B.; CUNHA, A. B. O.; MEDINA, M. G.; PEREIRA, R. A. G.. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3047-3056, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência** / *World Health Organization, The World Bank* ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1995.

PREVITALI, E. F.; FERREIRA, M. C. D.; SANTOS, M. T. B. R. Perfil dos Pacientes com Necessidades Especiais Atendidos em uma Instituição de Ensino Superior. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 12(1):77-82, jan./mar., 2012.

PUCCA, J. G. Por um Brasil Sorridente. **Rev. ABO Nac**. 2004;12(2):73-9.

RESENDE, V. L. S.; CASTILHO, L. S.; SOUZA, C. M.; SOARES, M. A. Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais. Instituição Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária** Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004 .

ROCHA, L. L. **Acessibilidade das pessoas dom deficiência aos serviços públicos odontológicos em Fortaleza - Ce**. Dissertação (Mestrado) Fortaleza – nov 2012.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(12):2871-2880, dez, 2008.

ROHR, R. I. T.; BARCELLOS, L. A.. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. **UFES Rev Odontol.** 2008; 10(3):37-41.

SANTOS, M. T.; SABBAGH-HADDAD, **A. Abordagem do paciente com necessidades especiais para o tratamento odontológico ambulatorial**. In: Cardoso RJA, Machado MEL. Odontologia, conhecimento e arte: odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares, pacientes especiais. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 295-331. v. 2.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral: calculadora on-line**. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

SARAIVA, D. M. F.**O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador**. Volume I. Tese (Mestrado). Universidade de Coimbra. Setembro de 2011.

SILVA, M. C. B.; SILVA, R. A.; RIBEIRO, C. C. C.; CRUZ. M. C. F. N. Perfil da assistência odontológica pública para infância e adolescência em São Luis (MA). **Ciência & Saúde Coletiva.** 2007; 12(5):1237-45.

STARFIELD, B. **Acessibilidade e primeiro contato: a "porta".** In: STARFIELD, B. (Org.). Atenção primária- equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organizações das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002, p. 207-245.

TEIXEIRA, A.; OLIVEIRA F. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens: sistematização dos estudos realizados em 21 cidades Brasileiras, com a metodologia de entrevistas domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS**. Niterói; 2004.

TOMITA, N. E.;FAGOTE B. R. Programa educativo em saúde para pacientes especiais. **Odontol e Soc.** 1999; 1(1/2): 45-50.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Acesso e utilização de serviços de saúde. S193 **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

APÊNDICE A – Termo de Anuência (Secretário Municipal de Saúde)

Termo de Anuência

A Secretaria Municipal de Saúde de _____ está ciente e autoriza o (a) Pesquisador(a) Márcia Lúcia de Oliveira Gomes a participar do projeto de pesquisa Assistência Odontológica às Pessoas com Deficiência na 10ª Região de Saúde do Ceará no Estado do Ceará, através da Universidade Estadual do Ceará, orientado (a) pela Profa Dra.Ana valeska Siebra e Silva.

Local e data

_____

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável/Pessoa com Deficiência

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Sua participação é voluntária, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição e muito menos com o seu vínculo empregatício neste, ou em qualquer outra unidade de saúde.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

O título do projeto é Assistência Odontológica às Pessoas com Deficiência na 10ª Região de Saúde do Ceará no Estado do Ceará e o objetivo é Investigar as condições de acesso e utilização dos serviços odontológicos na perspectiva da pessoa com deficiência, nos níveis primário e secundário.

Para isso, será realizada uma entrevista, aplicando-se um questionário, com as pessoas com deficiência ou com os responsáveis por estas pessoas, casos as mesmas sejam incapazes de responder, em que todas as informações serão confidenciais. Caso seja do interesse do entrevistado, as entrevistas poderão ser realizadas em ambiente reservado. O (a) entrevistador (a) utilizará o tempo que for necessário, ao entrevistado, na aplicação do questionário. Caso ocorram desconfortos ou constrangimentos diante das perguntas, sinta-se a vontade para respondê-la ou não. Não haverá nenhum tipo de gasto nem pagamento para sua participação na pesquisa. Gostaria de destacar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa.

Em caso de maiores esclarecimentos, entre, por gentileza, em contato com:

- ✓ Pesquisador Responsável: Márcia Lúcia de Oliveira Gomes
- ✓ Telefone para contato: (85) 98092527
- ✓ Orientadora Responsável: Profa Dra.Ana Valeska Siebra e Silva
- ✓ Telefone para contato: (85) 91525011

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Av. Paranjana, 1700 – Itaperi - Fortaleza – Ceará
Tel: (85) 3101-9890 – Fax: (85) 3101-9906

O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da UECE pelo telefone supracitado.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Pós-Esclarecido – Responsável/Pessoa com Deficiência

Consentimento Pós-Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____ portador(a) da cédula de identidade nº _____, responsável por _____ declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores de campo, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Local e data_____**,** _____**/**_____**/**_____

_____

Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica

_____

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE D – Questionário

Variáveis
Dados de Identificação
1.N. QUES:
2. Idade:
3. Sexo: 1( )Masculino 2( )Feminino
4. Procedência:
5. Com quem mora: 1( )Pais 5( ) Abrigo 2( )Pai 6( ) Avós 3( )Mãe 7( )Parentes 4( )Com algum(s) irmão(s) 8( )Outros
6. Possui cuidador 1( )Sim 2( )Não Caso Sim, especificar o grau de parentesco do cuidador: _____
7. Tipo de deficiência 1( )Visual 5( )Ostomias 2( )Auditiva 6( ) Múltiplas deficiências 3( )Intelectual 7( )Outras 4( )Física
8. Residente: 1( ) Zona urbana 2( ) Zona rural
9. Renda Familiar 1( )< 1 salário mínimo 2( )1 salário mínimo 3( ) 1 a 2 salários 4( ) > que 2 salários mínimos
10. Escolaridade 1( )Não sabe ler e nem escrever 2( ) Alfabetizado 3( ) Ensino Fundamental I 4( ) Ensino Fundamental II 5( ) Ensino Médio 6( ) Superior
11. Origem da deficiência 1( )congênitas 2( )Adquiridas
12. Quem respondeu à entrevista? 1( )O próprio deficiente 2( ) O responsável
13. Recebe Auxílio assistencial ao deficiente - INSS? 1( )Sim 2( ) Não
14. É beneficiário de Programa Social? 1( )Sim 2( ) Não
Variáveis
Dados Relacionados ao Atendimento
15. Já foi ao dentista alguma vez? 1( )Sim 2( )Não Caso Não, passar para a pergunta 25
16. Procurou o dentista após ter ficado com deficiência? 1( )Sim 2( )Não

99 ( )Não se aplica
17. Quando você foi ao dentista pela última vez? 1( ) 1 a < 6 meses 2( ) 6 meses a > 1 ano 3( ) 1 a < 2 anos 4( ) 2 anos ou mais 99( )Não se aplica
18. Onde foi realizado o último atendimento odontológico? 1( ) Serviço público 2( )Serviço particular 3( ) Plano de saúde 99( ) Não se aplica
19. Em que local do SUS foi realizado o último atendimento odontológico? 1( )UBSF/Posto de Saúde 2( )CEO 3( )Hospital 99( ) Não se aplica
20. Qual o principal motivo da busca do seu último atendimento odontológico? 1( ) Rotina 2( ) Dor 3( ) Sangramento na gengiva 4( ) Cavidades nos dentes (cárie) 5( ) Ferida, caroço, manchas na boca 6( ) Outros _____ 99 ( ) Não se aplica
21. Houve dificuldade para realização deste atendimento? 1( )Sim 2( )Não 99 ( ) Não se aplica <u>Caso afirmativo, responder a questão 21.</u>
22. Quais as dificuldades encontradas: 1( ) Falta de transporte para levá-lo ao serviço de saúde 2( ) Dificuldade para conseguir vaga no serviço 3( ) Profissional não quis atender por ser deficiente 4( ) Dificuldade de acesso devido a estrutura da Unidade de Saúde (porta estreita, falta de rampa, ...) 5( ) Paciente recusou o atendimento 6( )Problemas do serviço de saúde (falta de profissional, falta de material ou equipamento quebrado) 7( ) Outros _____ 99 ( ) Não se aplica
23. A pessoa com deficiência possuiu alguma prioridade no serviço odontológico do SUS? 1( )Sim 2( )Não 99 ( ) Não se aplica
24. Quanto tempo levou para conseguir agendar a última consulta odontológica na Unidade Básica de Saúde? 1 ( ) Menos de uma semana

2 ( ) Entre uma e duas semanas 3 ( ) Entre duas semanas e um mês 4 ( ) Mais de um mês 5 ( ) Não conseguiu 99 ( ) Não se aplica
25. Quanto tempo levou para conseguir agendar a última consulta odontológica para o CEO? 1 ( ) Menos de uma semana 2 ( ) Entre uma e duas semanas 3 ( ) Entre duas semanas e um mês 4 ( ) Mais de um mês 5 ( ) Não conseguiu 99 ( ) Não se aplica
26. Quais as razões para não procurar o serviço odontológico? 1( ) Não tem transporte para levar o paciente ao serviço 2( ) Não conseguiu vaga no serviço 3( ) Não encontrou profissional que se dispusesse a atender, por ser deficiente.. 4( ) Dificuldade de acesso devido a estrutura da Unidade de Saúde (porta estreita ou falta de rampa) 5( ) Paciente recusa o atendimento 6 ( ) Não sentiu a necessidade de procurar. 7( ) Outros _____ 99 ( ) Não se aplica

ANEXO A – Parecer CNE/CES 501.701

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA 10ª REGIÃO DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

Pesquisador: MARCIA LUCIA DE OLIVEIRA GOMES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18585713.2.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 501.701

Data da Relatoria: 16/12/2013

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pretende investigar as condições de acesso e utilização dos serviços odontológicos na perspectiva da pessoa com deficiência, nos níveis primário e secundário na 10ª Região de Saúde no Estado do Ceará. O estudo objetiva investigar as condições de acesso e utilização dos serviços odontológicos na perspectiva da pessoa com

deficiência, nos níveis primário e secundário. Identificar os tipos e frequência dos atendimentos odontológicos a pessoa com deficiência; descrever o perfil e a demandas das pessoas com deficiência na busca pelo atendimento odontológico; e identificar elementos que interferem no acesso ao atendimento odontológico. A pesquisa trata-se de um Estudo epidemiológico do tipo descritivo transversal, de base populacional nos municípios da 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará, que serão sorteados, segundo a divisão em estratos populacionais. Os sujeitos da pesquisa serão as pessoas com deficiência e os responsáveis por estas pessoas, caso as mesmas sejam incapazes. Os Agentes Comunitários de Saúde serão os pesquisadores de campo. Será realizado um levantamento com os agentes comunitários de saúde - ACS, onde haverá solicitação de informações a esses grupos de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida,mediante análise quantitativa. Será realizada uma entrevista utilizando questionário estruturado às pessoas com deficiência ou seus responsáveis. Os Agentes Comunitários de Saúde serão treinados

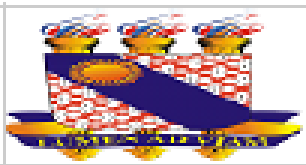
anteriormente para aplicarem o questionário nos domicílios das pessoas com deficiência na sua respectiva área adscrita, à própria pessoa ou responsável, caso essa seja incapaz de responder. Os dados serão analisados em programa estatístico - EPI-INFO versão 6.04. Espera-se ao final do estudo saber como se dá a busca de pessoas com deficiência, residentes em municípios da
10ª Região de Saúde no Estado do Ceará, por atendimento odontológico nos níveis de atenção primário e secundário.

Objetivo da Pesquisa:
Investigar as condições de acesso e utilização dos serviços odontológicos na perspectiva da pessoa com deficiência, nos níveis primário e secundário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos: O procedimento utilizado não acarretará prejuízo ao participante. O princípio da autonomia será respeitado no momento que for solicitado aos sujeitos da pesquisa autorização para realização do estudo, quando esses assinaram o TCLE. Por não possuir danos previsíveis, será respeitado o princípio da não maleficência. E os princípios da beneficência e da justiça serão respeitados pela relevância social da pesquisa.
Benefícios: É enfático ressaltar que se pretende, após os resultados obtidos, sugerir alternativas que possam facilitar o acesso da pessoa com deficiência ao serviço odontológico, com vistas na melhoria da qualidade da assistência prestada, assim como maior satisfação e qualidade de vida destas pessoas e seus cuidadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de uma pesquisa interessante que poderá trazer benefícios aos sujeitos e à comunidade envolvida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
1- Folha de rosto adequada,
2- Riscos aos participantes identificados,
3- Benefícios informados,
4- Cronograma adequado,
5- TCLE- segue as instruções na Resolução CNS 466/12,
6- Termos de anuência apresentados,
7- Orçamento informado.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Continuação do Parecer: 501.701

Recomendações:

Sugere-se ler com bastante atenção a Resolução 466/2012 para melhor compreender e escrever sobre o que é critério de inclusão e de exclusão. Considere ainda que estes critérios devem ser adequados aos participantes da sua pesquisa.

Quanto ao TCLE siga as orientações contidas na referida Resolução.

O cronograma de pesquisa deve conter todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa e não apenas da coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos ditames da Resolução CNS 466/12. Encaminhar relatório ao término da pesquisa pela plataforma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO

(Coordenador)