

Indicadores de saúde bucal e acesso a serviços públicos por pessoas com deficiência em Curitiba

Oral health indicators and access to public services for people with disabilities in Curitiba

Saulo Vinicius da Rosa¹, Isabela Cristina Santos Freire de Paula², Ádelin Olivia Lopes Joly Rodrigues³, Caroline Souza dos Santos⁴, Thabata Cristy Zermiani⁵, Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves⁶, Juliana Schaia Rocha⁷, Renata Iani Werneck⁸, Samuel Jorge Moyses⁹

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7107-9575>. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: sauloviinicius@hotmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6996-0673>. Cirurgiã Dentista. Mestre em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: isabelafreirep@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3883-0010>. Cirurgiã Dentista. Mestre em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: adelin.joly@pucpr.edu.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8669-619X>. Nutricionista. Mestre em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: caroline.santos4@pucpr.edu.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1542-7173>. Cirurgiã Dentista. Doutora em Políticas Públicas em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: thabata.zermiani@pucpr.br
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7590-2349>. Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: jessicarodriguesdasilva@yahoo.com.br
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7056-7422>. Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: juliana.orsi@pucpr.br
8. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1134-5357>. Cirurgiã Dentista. Doutora em Ciências da Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: renata.iani@pucpr.br
9. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3075-6397>. Cirurgião Dentista. Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: samueljorgemoyses@gmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar os indicadores de saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos oferecidos a pessoas com deficiência na rede pública da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Esta é uma pesquisa qualiquantitativa, utilizou-se base de dados secundários e entrevistas gravadas realizadas com oito responsáveis por pacientes com deficiência, durante a consulta na Atenção Secundária. Os dados quantitativos foram analisados pela estatística descritiva e os qualitativos pela Análise de Conteúdo. Em relação à primeira consulta odontológica programática, houve bastante variação nos Distritos Sanitários da cidade, sendo a maior cobertura no Boqueirão (34,8%) e a menor no Portão (5,5%). As categorias emergentes dos dados qualitativos foram: barreiras/facilitadores, resolubilidade e vínculo. Os achados desta pesquisa mostram que profissionais da Atenção Primária, na situação analisada, ainda apresentam dificuldades no primeiro atendimento à pessoa com deficiência, em contrapartida o atendimento na Atenção Secundária se mostrou resolutivo.

DESCRITORES: Pessoas com deficiência. Sistema único de saúde. Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. Indicadores básicos de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the public oral health indicators and access to dental services offered to people with disabilities in the public network in Curitiba, Paraná, Brazil. This qualitative-quantitative study used secondary data and recorded interviews conducted with eight caregivers of patients with disabilities during secondary care consultations. Quantitative and qualitative data were analyzed using descriptive statistics and content analysis, respectively. Regarding the first programmatic dental consultation, there was considerable variation among the city districts, with the highest coverage in Boqueirão (34.8%) and the lowest in Portão (5.5%). The categories emerging from the qualitative data were barriers and facilitators, resolvability, and bonds. In conclusion, primary care professionals still face difficulties in the initial care of people with disabilities, whereas secondary care provided has proven to be resolute.

DESCRIPTORS: People with disabilities. Unified healthcare system. Barriers to access of health services. Basic health indicators.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta aproximadamente 18,6 milhões de pessoas de dois anos ou mais de idade com deficiência, o que corresponde a 8,4% da população brasileira, sendo que destas, cerca de 900 mil são residentes no estado do Paraná¹. O atendimento da pessoa com deficiência deve ser assegurado em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), seja o atendimento relacionado ou não com sua deficiência².

Com o objetivo de promover o cuidado interprofissional no atendimento a cidadãos/cidadãs, cirurgiões/ãs-dentistas fazem parte das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)³. Estes/as podem ser facilitadores/as do acesso a serviços de saúde bucal por parte da pessoa com deficiência, em todos os demais níveis de Atenção à Saúde.

Em 2012, o Ministério da Saúde iniciou a implementação da Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS, tornando-se uma das redes prioritárias à saúde. Esta Rede articula-se em Atenção Básica (AB), Atenção Especializada (AE) e Atenção Hospitalar (AH). Incentivos para qualificar e melhorar a atenção à saúde a essa importante parcela da população foram implementados para que o planejamento/execução das ações ocorra de acordo com a realidade de cada território e contextos locais^{2,4}.

O Paraná se organiza com base na Rede de cuidados destinada a essa população, seguindo os conceitos e diretrizes, tendo disponível em todos os seus municípios (e em todos os níveis de atenção da rede à saúde) atendimentos quanto: reabilitação física, auditiva, intelectual, atendimento a pessoas com estoma e doenças raras. Dispondo de Centro Especializado de Reabilitação (CER), oficinas ortopédicas que realizam a dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) e Centro de Especialidades Odontológicas⁵.

Segundo o Modelo definido por Andersen, o “acesso a serviços de saúde” é um conceito complexo, que se dá pela efetiva utilização dos Serviços, pelas características individuais e demográficas, pelas necessidades de usuários/as, por suas crenças, e isso determina se a pessoa utilizará efetivamente ou não o Serviço de Saúde⁶. Em se tratando do acesso a Serviços Odontológicos, as pessoas com deficiência podem encontrar várias barreiras, que podem ser consideradas de natureza física, social e comportamental.

Para que as barreiras ao acesso sejam superadas (ou ao menos atenuadas) e ações programáticas possam acontecer, os dados disponíveis sobre esse atendimento devem ser explorados, monitorados e analisados, seja através de contato direto com o usuário ou por meio de indicadores em saúde. Por meio da análise temporal dos indicadores em saúde, pode-se realizar a avaliação contínua do Serviço, identificando prioridades quanto às necessidades de atendimento. Neste sentido, os indicadores em saúde bucal são de grande valia para o atendimento da pessoa com deficiência, na medida em que permitem observar e direcionar ações corretivas e de boas práticas, seja em nível local, regional ou nacional.

Este estudo teve como objetivo avaliar os indicadores de saúde bucal e o acesso aos Serviços Odontológicos oferecidos a pessoas com deficiência na rede pública da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo sendo o estudo quantitativo retrospectivo de análise de base de dados secundários da cidade de Curitiba e o estudo qualitativo com entrevistas face a face. O projeto de pesquisa foi apresentado aos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres humanos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e foi aprovado, respectivamente, sob o Parecer n. 2.744.952 (Emenda n. 4.254.963) e Parecer n. 2.796.640 (Emenda no 4.295.560).

De acordo com o Censo de 2022, o município de Curitiba possui 1.773.718 habitantes. Quanto ao SUS, o município conta com 109 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em 10 Distritos Sanitários, atendendo à população da sua área de abrangência^{7,8}.

O “Programa Amigo Especial”⁹, implementado em Curitiba, desde 1998, visa coordenar o atendimento odontológico a pessoas com deficiência na AB, AE e AH. O Programa conta com UBS da rede pública da cidade, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo III e atendimento hospitalar. Nos CEO são ofertadas as especialidades de Estomatologia, Endodontia, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, Cirurgia, Periodontia, Odontopediatria e Prótese Total.

O propósito do Programa Amigo Especial consiste em ampliar o acesso dessa comunidade a consultas odontológicas de qualidade e reduzir o tempo de espera para

o atendimento. A porta de entrada para o Programa é a UBS, onde a partir de necessidades de saúde e procedimentos odontológicos cada paciente é encaminhado para AE e AH^{10,11}. O Programa surgiu antes da implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e continuou o seu atendimento após a implementação desta.

Dados quantitativos

Esta etapa envolveu o acesso autorizado, a filtragem e processamento de dados secundários armazenados na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), referentes ao ano de 2019, quanto ao atendimento odontológico prestado a pessoas com deficiência cadastradas no Programa Amigo Especial (PAE).

Os dados coletados foram: número de inscritos no PAE, tipo de deficiência, e procedimentos odontológicos. Os dados foram organizados e tabulados em planilha do programa Microsoft Excel® por um único pesquisador no período de fevereiro a abril de 2020; os procedimentos odontológicos foram agrupados por Distritos Sanitários (DS). Os números do tipo de deficiência dos inscritos do programa foram agrupados como: auditiva, física, visual e mental, acompanhando a classificação do próprio relatório. Os DS representam a organização e operação do sistema de saúde de uma cidade, de acordo com suas regiões e necessidades de saúde respeitando suas, características epidemiológicas, culturais, sociais.

Foram criados indicadores de saúde bucal dos procedimentos realizados no PAE: a) cobertura da primeira consulta odontológica programática; b) procedimentos individuais básicos (capeamento pulpar, restauração de dente decíduo, restauração de dente permanente anterior e posterior, acesso a polpa dentária e medicação, pulpotomia, raspagem alisamento e polimento supragengivais e subgengivais, moldagem para construção de prótese dentária, tratamento cirúrgico de hemorragia, tratamento de alveolite, curativo de demora, selamento provisório da cavidade dentária, tratamento restaurador atraumático, atendimento de urgência); c) exodontias de dentes permanentes e decíduos; e d) procedimentos preventivos (aplicação tópica de flúor, evidenciação de biofilme bacteriano, profilaxia, aplicação de selante). Os exemplos de como os cálculos foram realizados estão no Quadro 1.

Quadro 1. Exemplo do cálculo para obtenção dos indicadores do Programa Amigo Especial

$\frac{\text{Número de procedimentos (primeiras consultas ou procedimentos básicos ou preventivos ou exodontias) por Distrito Sanitário em 2019}}{\text{População cadastrada no Programa Amigo Especial por Distrito Sanitário em 2019}}$	x 100
---	-------

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Dados qualitativos

Essa pesquisa seguiu os Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (protocolo COREQ)¹². A amostra se deu por conveniência e foi composta por oito pais/mães ou responsáveis que estavam acompanhando seus filhos/tutelados na consulta no CEO, o número amostral se deu pela técnica de saturação. Os responsáveis eram abordados em sala de espera antes ou após a consulta, após aceitarem participar eles assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os responsáveis abordados aceitaram participar da pesquisa que ocorreram nos meses de março e abril de 2019.

Anterior a seleção dos/as participantes, um estudo piloto foi realizado, por meio de entrevista com dois/duas responsáveis, para analisar se as questões desenvolvidas captariam o objetivo do estudo. Essas entrevistas não foram incluídas nos resultados. Em seguida, o número de participantes foi determinado através do critério de saturação dos dados¹³.

Foi elaborado um roteiro semiestruturado com cinco questões norteadoras e as entrevistas gravadas por um pesquisador treinado. As perguntas eram referentes a: facilitadores/barreiras no acesso ao serviço odontológico na AB; resolubilidade do problema na Atenção Primária (AP); acesso à AE (ou AH), quando não houve resolubilidade na AB; e forma de atendimento na AE e resolubilidade do problema.

As respostas foram desveladas pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁴, a qual é realizada por meio da análise do conteúdo das mensagens, utilizando procedimentos objetivos e sistemáticos. Busca-se no conteúdo não apenas a sua descrição, mas sim o que essas mensagens podem retratar acerca do assunto estudado após serem categorizadas e tratadas, seguindo os princípios

epistemológicos principais da Análise de Conteúdo: o saber, a validade, a replicabilidade e a confiabilidade¹⁵.

O pesquisador responsável, cirurgião-dentista, que não atuava na Rede de Saúde Bucal de Curitiba, mas com experiência e conhecimento sobre o funcionamento da Rede, realizou a transcrição dos áudios das entrevistas; o conteúdo foi organizado em arquivos e inseridos em documento Microsoft Word®, sendo que cada entrevista recebeu uma codificação alfanumérica (E1, E2, E3 e assim por diante). Na sequência, a leitura do conteúdo das gravações foi feita por dois pesquisadores, de forma independente, a fim de identificar expressões (núcleos de sentidos) que correspondessem ao tema proposto. Após essa etapa, um livro de códigos foi criado baseado nas perguntas realizadas nas entrevistas. Neste livro constavam as categorias a serem abordadas, os critérios de inclusão e exclusão para cada categoria, e os núcleos de sentido correspondentes dentro de cada categoria^{11,12,16}. Números foram dados a cada categoria, com o intuito de padronizar e analisar a concordância entre os pesquisadores.

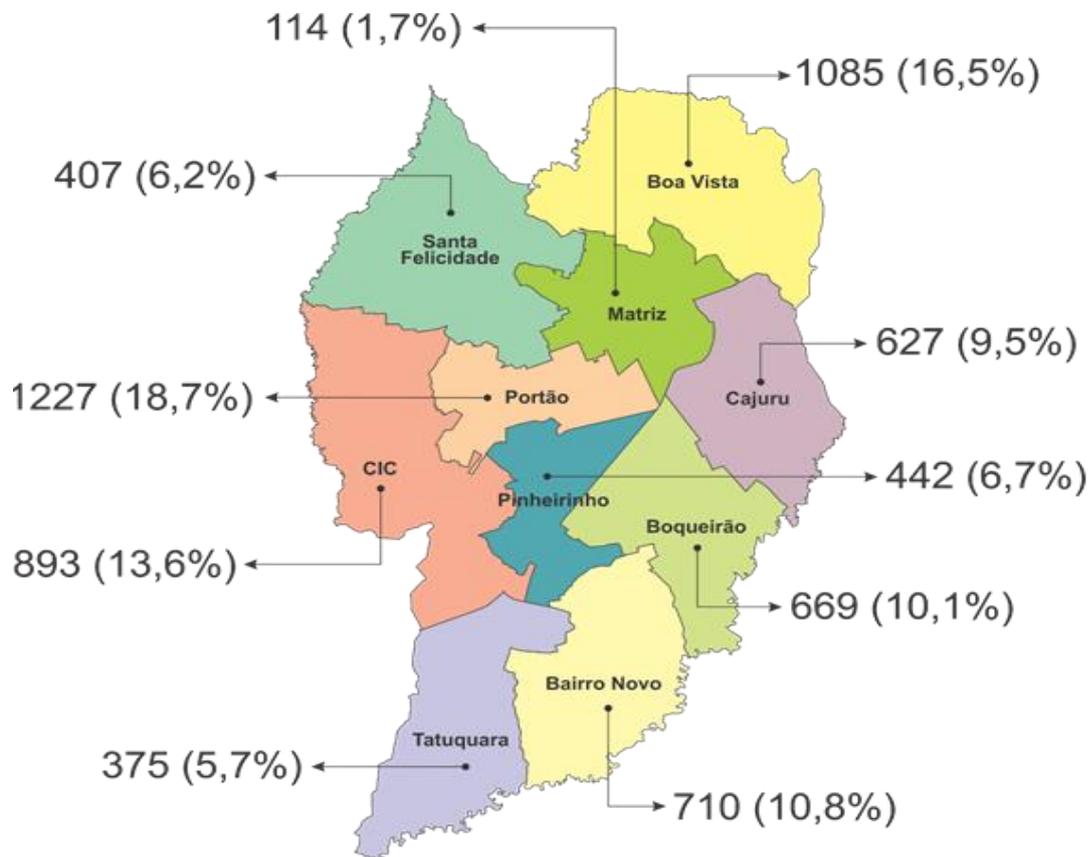
Foi realizado um teste de confiabilidade para checar a concordância entre os códigos utilizados; as divergências nas codificações e as falas que se enquadravam em mais de um núcleo de sentido foram discutidas pelos pesquisadores, até chegar a um consenso. Para isso, foram seguidos os passos propostos por Sampaio e Sousa¹⁵, adaptado de Neuendorf¹⁷. Ao final, foi realizado o teste Kappa de Cohen onde o nível de concordância entre os avaliadores foi analisado pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®).

RESULTADOS

Quantitativos

O número total de inscritos/as no PAE, em 2019, foi de 6.549, a divisão relativa por DS está apresentada na Figura 1. O DS que apresentou o maior número de inscritos foi Portão (18,7%).

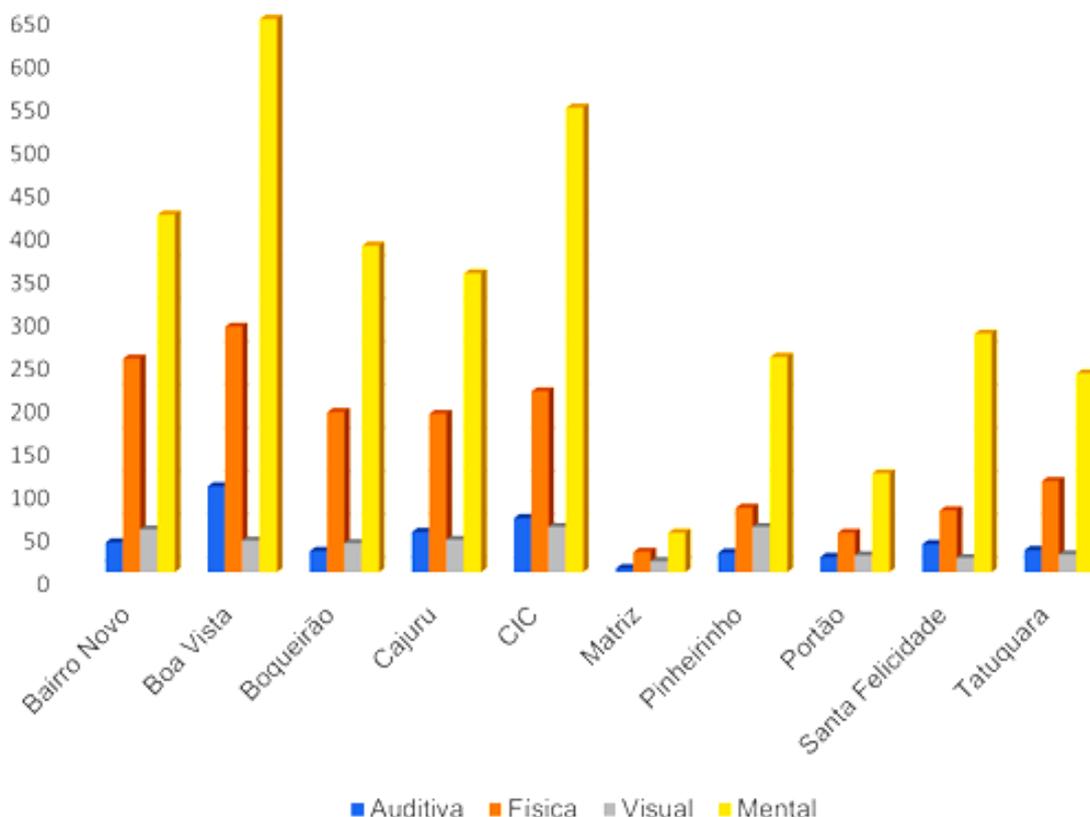
Figura 1. Porcentagem de inscritos/as do Programa Amigo Especial - exemplo do cálculo para obtenção dos indicadores do Programa em 2019 por Distrito Sanitário



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba¹⁸.

Os tipos de deficiência de pacientes atendidos/as do PAE estão apresentados na Figura 2. Destaca-se o maior número de inscritos com deficiência “mental” (atualmente nomina-se como deficiência “intelectual”) e física em todos os DS.

Figura 2. Tipos de deficiência de inscritos/as no Programa Amigo Especial por Distrito Sanitário em 2019



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba¹⁸.

Na Tabela 1 observa-se a distribuição dos procedimentos realizados na AP de pacientes com deficiência atendidos/as no PAE. No que se refere a primeira consulta odontológica programática, em relação ao número de inscritos/as, a maior cobertura foi do DS Boqueirão (34,8%).

Em se tratando dos procedimentos odontológicos básicos individuais, nota-se uma grande cobertura dos seguintes DS: Boqueirão (139,7%), Pinheirinho (138,2%) e Santa Felicidade (138,2%). Em relação aos procedimentos odontológicos preventivos individuais, o Distrito Sanitário que apresentou maior cobertura foi a Cidade Industrial de Curitiba (CIC) (95,2%); e com menor porcentagem, o DS Portão com 18,7%. O Distrito Sanitário Santa Felicidade apresentou a maior porcentagem de extração de dentes permanentes e decíduos por pacientes inscritos/as, com 24,3%.

Nos CEO a cobertura para os procedimentos básicos individuais foi de 56,5% dos/as inscritos/as no PAE. Os procedimentos preventivos alcançaram 19,2%, a primeira consulta odontológica programática teve cobertura de 5,9% e as exodontias de 5,2%.

Tabela 1. Indicadores de saúde bucal por Distrito Sanitário, na Atenção Primária de inscritos/as no Programa Amigo Especial, por procedimentos em 2019

Indicadores de Saúde Bucal				
Distrito Sanitário	Primeira consulta odontológica programática (%)	Procedimentos odontológicos básicos individuais (%)	Procedimentos odontológicos preventivos individuais (%)	Exodontias de dentes permanentes e decíduos (%)
Bairro Novo	29,7	108,1	74,7	10,5
Boa Vista	23,9	87,1	70,6	11,6
Boqueirão	34,8	139,7	82,9	21,3
Cajuru	27,1	73,8	71,9	8,4
CIC	30,1	114,2	95,2	15,4
Matriz	31,5	98,2	68,4	19,2
Pinheirinho	32,3	138,2	73,0	17,1
Portão	5,5	23,1	18,7	2,2
Santa Felicidade	31,6	120,8	66,3	24,3
Tatuquara	34,1	87,4	70,4	8,2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba¹⁸.

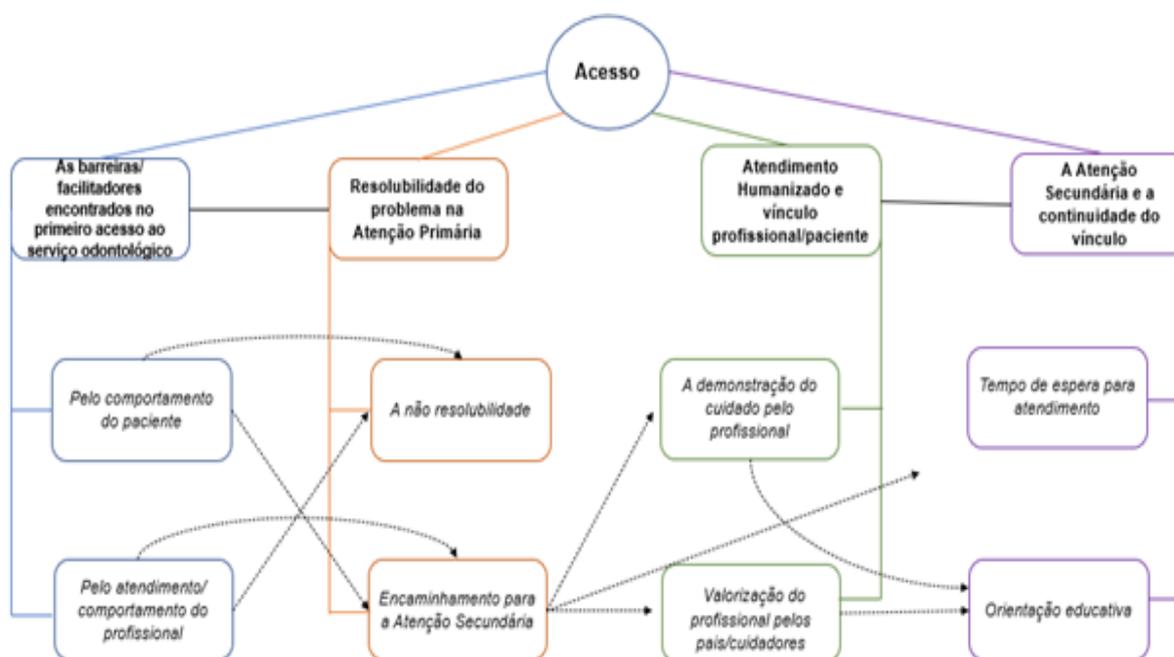
Qualitativos

Participaram da amostra oito usuários/as, os tipos de deficiência relatados por participantes foram: transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, paralisia cerebral e síndrome de Down. A idade dos/as participantes variou entre 25 e 56 anos de idade. A concordância de Kappa de Cohen foi de 0,84 considerado como excelente¹⁹.

Categorias

Foram criadas quatro categorias principais e subcategorias conectadas que estão descritas ordenadamente na sequência dos resultados qualitativos. O diagrama das categorias está exposto na Figura 3.

Figura 3. Diagrama das categorias e núcleos de sentido



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Categoria 1 — As barreiras ou facilitadores encontrados no primeiro acesso ao serviço odontológico

Comportamento do/a paciente

Nesta categoria, participantes que acompanharam pacientes no primeiro atendimento odontológico na AB, relatam os facilitadores e barreiras que encontraram no acesso. Em algumas falas pode-se observar que a tentativa de um primeiro atendimento foi realizada, apenas após não se conseguir realizar o atendimento na AB é que houve o encaminhamento para a AE:

A primeira vez que eu fui que ele precisava de atendimento, daí elas foram bem atenciosas... mas não conseguiram nem que ele abrisse a boca, elas tentaram várias vezes, e daí não teve jeito, ele era bem resistente... daí não conseguiram. [E2]

Ah foi bom, muito bom, eu fui ali no Bacacheri, eles tentaram atender ele, mas ah não deu, ele não quis nem entrar. [E3]

Eu procurei o posto de saúde pra atendimento dele, é... pra... pra conseguir fazer... foi relativamente rápido, mas eles não conseguiram fazer o procedimento no posto, pela especificidade da condição dele, e daí eles encaminharam, encaminharam pra cá (CEO)... Eles tentaram atender, mas eles não conseguiram, é porque naquele momento estava mais grave, tinha cárie, tava atingindo canal. [E7]

Os relatos mostram uma atitude positiva do/a profissional em tentar realizar o atendimento, dando atenção ao problema de saúde bucal do/a paciente mesmo não conseguindo completar o atendimento. Porém, o/a paciente não permaneceu desassistido/a e teve seu encaminhamento para a AS.

Atendimento/comportamento de profissionais

Por outro lado, quando o/a profissional não sabe como agir frente a uma dificuldade durante um atendimento, ou como (tentar) condicionar o comportamento do/a paciente (quando isso é possível), acaba encaminhando para a atenção secundária. Conforme relato de participantes:

Olha no dia que gente foi levar ele parece que eles não conseguiram atender, daí foi assim que o colégio ordenou que eu trouxesse ele pra cá (CEO). [E1]

Daí eu fui no posto porque... o dente dela quebrou, e ficou só um toquinho assim... e daí eu procurei o posto de saúde só que daí eles não atendem especial, no posto de saúde, mas eles me encaminharam pra uma Universidade atrás do Jardim Botânico, porque ela precisava fazer uma... é... panorâmica sabe... e daí eu falei mas... e porque, eu falei se vocês não atendem aqui como que ela vai ficar com dor, falei vocês tem que fazer alguma coisa né, vocês são dentista, ah mais é que a gente não atende especial, mas nós vamos dar um jeito né. [E4]

Fui ali no Vista Alegre, eu pertencia lá, daí lá me trataram até mais ou menos... mas me encaminhou pro Cotoengo, lá foi joia, nossa lá era a doutora e ficou bastante tempo. [E6]

A dificuldade no atendimento ou até mesmo a recusa de atender o/a paciente pode parecer uma lacuna de conhecimento durante a formação de cirurgiões/ãs-dentistas. Por isso, destaca-se a importância da Educação Permanente e da inserção de um componente curricular na Graduação de maneira obrigatória com abordagem teórico-prática no atendimento odontológico da pessoa com deficiência.

Categoria 2 —Resolubilidade do problema na Atenção Básica

Observa-se que na percepção de participantes o problema relacionado a saúde bucal do/a paciente não foi resolvido em seu acesso a AP, ocorrendo o encaminhamento para a AE. Conforme relatam:

Não (risos), mas é porque ele não colaborou mesmo né, então não foi falta de vontade deles assim, ele não abriu a boca. [E2]

Não, não conseguiu, porque lá não tem contenção né, é da doença dele né. [E3]

Não, não diretamente lá, embora tenha tido esse acompanhamento deles né, de.. e esse encaminhamento né. [E7]

Eles avaliaram, e encaminharam, não tem condições assim de atender ela normal. [E8]

Nas falas (E3 e E8), percebe-se que os/as participantes, mesmo sem conhecimento técnico, a partir das próprias experiências, já possuem uma percepção de que o atendimento não pode ocorrer na AB; citam a necessidade de contenção para o atendimento e a condição de saúde.

Categoria 3 — A importância do atendimento humanizado e vínculo profissional/paciente para pessoas com deficiência

A demonstração do cuidado por profissionais

Nesta categoria, os núcleos de sentidos foram identificados como o cuidado e a valorização do atendimento realizado no serviço especializado da AE (CEO). Os/as participantes, muitas vezes, já passaram por muitas dificuldades em relação à saúde de filhos/as, por isso a importância de um atendimento humanizado para pessoas com deficiência do SUS. Nas falas os/as participantes relatam como é o atendimento no CEO:

Eles são bem atenciosos assim... com ele com a gente, ela conversa bastante com ele assim, o outro também era bem atencioso, é... conversaram com ele, ele já entendeu assim, e colaborou no primeiro dia. [E2]

Aqui, aqui foi bom, aqui foi muito bom, nossa a doutora extraiu o que tinha pra extrair, porque tava muito inflamado, muito estragado, daí ela marca retorno daí eu venho, daí ela tira, limpa, tira as cáries né, daí vai dando continuidade. [E5]

Valorização de profissionais por pais/mães ou responsáveis

Participantes relatam o carinho e valorização do atendimento prestado por cirurgião/ã-dentista:

Ah tudo joia, quem falar disso aqui, é porque não sabe o que quer da vida, é muito bom aqui sabe, ótimo é pouco, aqui é mil é dez mil, é vinte mil, é tudo de bom aqui, porque a gente entrou lugar particular... não dá, a gente não tem condição... daí tendo um lugar como esse aqui, é o céu, pra mim aqui é o céu né. [E6]

Aí eu vim aqui (CEO) fizeram a urgência, aí a coisa caminhou um pouco mais, é... e daí ele fez no hospital, mas desde que assim, eu vim aqui e aí eles perceberam a urgência, e daí foi tudo rápido, e foi um trabalho supercompetente. [E7]

Categoria 4 — A chegada na Atenção Especializada e a continuidade do vínculo

Sobre o tempo em fila de espera para atendimento especializado, as respostas diferiram entre os/as participantes; alguns/algumas conseguiram um atendimento rápido, ao contrário de outros/as.

Tempo de espera

Nos relatos percebe-se que logo após o encaminhamento da AB, o/a paciente conseguiu atendimento especializado e manteve o vínculo e continuidade de tratamento. Assim relatam participantes:

Eu fui encaminhada, não tive nenhuma dificuldade, consegui vaga logo, e daí tem uma frequência assim de... depende como tá... de três a quatro meses ele vem, ele volta. [E2]

Como era uma emergência de...ela tava com dor, daí eles já... o posto já conseguiu encaminhar, daí só esperou chegar a panorâmica pra trazer pra eles, foi rapidinho. [E4]

O longo tempo de espera para atendimento na AE ocorreu com três dos/as participantes:

Demorou foi muito difícil, é então como eles não atendiam quem morasse em Piraquara, eu vim morar em Curitiba, daí eu... a escola dela aqui de Curitiba, a 29 de março, daí eles que me ajudaram... e fiquei na fila de espera, aguardando, daí chegou um dia que eu fui chamada. [E5]

Nossa... mais de seis meses, mais de seis meses certamente, o Posto mesmo fez o encaminhamento pra cá e o Posto mesmo me ligou dizendo assim... olhe conseguimos consulta pra tal dia e essa consulta pra tal dia que ficou muito distante, então eu acho que, ah claro, uma coisa que a gente...é... são poucos profissionais atendendo, esse é o grande problema. [E7]

Orientação educativa

Aos/às participantes foi perguntado como se dava a orientação após o atendimento e a continuidade do tratamento; a orientação de higiene e o atendimento periódico e preventivo foram lembrados. As respostas foram positivas:

Sim orienta, porque até no caso dele, ele tem muito sangramento na gengiva, ela me fala o que fazer depois, ele não deixa, às vezes, né, mas ela passa o que ele tem que fazer . [E3]

Sim, ela sempre orienta porque a... escova bem mal os dentes né, então ela veio pra cá cheia de placa, ela fala que a J. tem que escovar direitinho, né... porque ela, a J. não deixa eu escovar e ela escova bem mal, só que ela vem aqui só pra limpeza mesmo, porque os dentes dela sempre tão bom. [E4]

DISCUSSÃO

Os indicadores em saúde bucal das pessoas com deficiência inscritas no PAE mostraram altos índices de procedimentos odontológicos básicos e preventivos de forma individual. Assim como revelam um índice baixo de extrações de dentes permanentes e decíduos.

Em relação aos indicadores de saúde bucal, os baixos índices dos indicadores do DS do Portão são achados que podem ser justificados pelo alto número de inscritos no PAE correspondente a esse Distrito — região onde se iniciou o atendimento do Programa. Tal fato demonstra a efetividade do PAE.

A primeira consulta odontológica programática representa o primeiro acesso da pessoa ao serviço básico de saúde bucal. Os DS, em 2019, apresentaram uma cobertura maior desse indicador em relação à população geral no Brasil²⁰.

Observa-se o baixo índice de extrações dentárias entre os DS (e no CEO) para as pessoas com deficiência. Em outro estudo²¹, também se constatou um baixo número de exodontias para a população em geral em Curitiba e região metropolitana, também os procedimentos individuais básicos em alguns municípios avaliados

apresentaram números altos, chegando próximo ou ultrapassando o valor de 1,0. O mesmo ocorreu em alguns DS de Curitiba no Programa estudado. Isso mostra, por um lado, que os procedimentos curativos ainda acontecem em grande número; por outro lado, o baixo índice de extrações é um sinal animador.

Ações de Promoção de Saúde são comuns na AP no SUS. Em Odontologia, essas ações, na maioria das vezes, envolvem palestras, higiene bucal supervisionada e atividades educativas e de prevenção^{22,23}. A cobertura dos procedimentos preventivos individuais por DS se mostrou alta na AP, no atendimento odontológico a pessoas com deficiência cadastradas no PAE. Isso é um indicativo de que ações de prevenção estão sendo realizadas por profissionais desde a “porta de entrada” do sistema e isso deve ser usado como um facilitador do acesso da pessoa com deficiência aos serviços odontológicos no SUS.

Os números de procedimentos odontológicos básicos individuais encontrados nesta pesquisa são grandes. Considera-se que tais índices podem ser reflexo de uma dificuldade que pais/mães ou responsáveis podem ter em dar continuidade aos cuidados de prevenção e higiene bucal realizados na AB. Sendo assim, o/a profissional de saúde deve orientar, da maneira mais simples e eficaz possível, como manter a saúde bucal até uma próxima consulta.

É consensual na literatura que pessoas com deficiência e que precisam de algum atendimento odontológico com atenção especial, por sua deficiência ou condição sistêmica, devem ser atendidos em seu primeiro acesso ao SUS na AB. Se, mesmo assim, não houver um condicionamento adequado ou condições de atendimento, o/a paciente deve ser encaminhado/a para os CEO^{11,24}.

Foram identificadas barreiras relacionadas à falta de preparo de profissionais e à dificuldade no manejo de pessoas com deficiência nos serviços odontológicos. Todavia, alguns/algumas outros/as profissionais seguiram o protocolo e realizam a tentativa de atendimento do/a paciente, e só quando não foi possível realizar o atendimento com qualidade, fizeram o encaminhamento especializado.

Além disso, o atendimento humanizado recebido pelas pessoas com deficiência em algumas UBS e, principalmente, no CEO foram relatados por pais/mães ou responsáveis, como participantes desta pesquisa, em suas falas. O relatado, mostra que o atendimento está seguindo o que é preconizado no SUS²⁵ e pode servir como um estímulo para o cuidado da saúde bucal.

Em algumas falas de participantes, percebe-se que o/a profissional da AP não conseguiu realizar o atendimento da pessoa com deficiência. Prabhu et al²⁶, aplicaram um questionário com pais/mães/responsáveis, cuidadores/as e pacientes que receberam tratamento odontológico em AB, AE e AH. Os autores relatam que mesmo com uma alta satisfação de quem recebeu o serviço odontológico, há necessidade de aprimorar o atendimento odontológico na AB, para que o clínico geral consiga realizar um suporte de cuidados, e não apenas consultas de *check-up*. Esse achado convalida o encontrado nesse estudo, em que alguns/algumas participantes relataram que não conseguiram atendimento na AB, sendo encaminhados diretamente para a AE; esse encaminhamento direto dificulta o acesso, pois aumentam as filas de espera e as condições bucais podem piorar.

Em uma Revisão Sistemática, Rosa et al (2020)²⁷ relatam as barreiras encontradas por pessoas com deficiência no acesso a serviços odontológicos. Seus achados cancelam as falas de participantes desse estudo, destacando-se a falta de preparo do/a profissional de Odontologia da AB em atender pessoas com deficiência, reforçando a necessidade da Educação Permanente. Machado et al² relatam, em artigo, a importância da integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência e citam os problemas estruturais a falta de equipamentos e de profissional treinado/a para ofertar procedimentos mais complexos. Isso faz com que haja a desmotivação da pessoa com deficiência e de sua família a procurar o Serviço, tendo em vista que o acesso ao Serviço pode não ser resolutivo ao problema de saúde bucal.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia²⁸, no Brasil, orientam sobre a formação de cirurgiões/ãs-dentistas, uma etapa importante é a integração com o SUS e aprender a utilizar um olhar integral para a saúde de pacientes — isso é primordial para o atendimento odontológico da pessoa com deficiência — em aulas teóricas e práticas. Além disso, a Educação Permanente deve ser estimulada em serviços públicos para que os/as facilitadores/as colaborem para a superação de barreiras ao acesso serviços odontológicos por pessoas com deficiência.

Como limitações do estudo cita-se o fato de que quanto a pacientes que conseguiram ser atendidos na AB, sem precisar chegar até a AS, os/as pais/mães ou responsáveis não participaram da pesquisa, com isso não se pode fazer inferência dos resultados para toda a Rede de atenção em saúde bucal. Ainda, o uso de base

de dados secundárias se limita ao que foi disponibilizado pelo serviço estudado, não sendo possível identificar se faltaram dados não preenchidos.

Para ter um entendimento mais amplo e atualizado do acesso a serviços odontológicos pela pessoa com deficiência da cidade de Curitiba, mais pesquisas podem e devem ser realizadas. A abordagem, espera-se, deve procurar ouvir, por quaisquer meios possíveis que atentem para a inclusão, usuários/as, pais/mães e responsáveis, e toda a equipe interprofissional que provê cuidados a este público.

CONCLUSÃO

O atendimento odontológico das pessoas com deficiência atendidas no PAE da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, na Atenção Secundária se mostrou resolutivo e humanizado, segundo a percepção de participantes da pesquisa (pais/mães ou responsáveis). Os indicadores de saúde bucal mostram, ademais, grande execução de procedimentos curativos, o que leva a pensar que esta população ainda necessita de continuidade do cuidado com foco na promoção e prevenção da saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Censo 2022: Pessoas com Deficiência e as Desigualdades Sociais, Paraná. [Internet]. Brasília; 2022. [citado em 2024 ago. 02]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pesquisa/10099/0?localidade1=0>
2. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LCT, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Comprehensiveness in the care network regarding the care of the disabled person. Texto contexto – enferm. 2018;27(3). Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>
3. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005;21(4):1026-1035. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400005>

4. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface*. 2015;19(52):207-210. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>
5. Secretaria da Saúde (Paraná). Linha de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. [Internet]. Curitiba; 2020. [citado em 2024 ago. 02]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Saude-da-Pessoa-com-Deficiencia>
6. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10. Doi: <https://doi.org/10.2307/2137284>
7. Curitiba. Unidades de Saúde - Atendimento pelo SUS. [Internet]. Curitiba; 2024. [citado em 2024 ago. 02]. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/unidades-de-saude-atendimento-pelo-sus/242>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Censo 2022- Paraná. [Internet]. Brasília; 2022. [citado em 2024 ago. 02]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>
9. Souza LMV, Groszewicz DLZ, Linhares ST, Gevaerd S. Programas especiais na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. In Moysés SJ, Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP. (Org.). *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. (pp. 123-1218). Rio de Janeiro: CEBES; 2002.
10. Curitiba. Curitiba zera a fila para consulta odontológica de atendimento especial. [Internet]. 2019. [citado em 2023 dez. 02] Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-zera-a-fila-para-consulta-odontologica-de-atendimento-especial/50877>
11. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). Protocolo de Saúde Bucal V.03 – Atenção Primária à Saúde. [Internet]. Curitiba; 2024. [citado em 2024 ago. 02]. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/APS/191%20%20Protocolo_Saude_Bucal_APS_v03.pdf
12. Tong A, Sainsbury P, Craig EJ. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(2):389–94. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Almedina; 2009.
15. Sampaio RC, de Sousa DLB. Eu quero acreditar! Da importância, formas de uso e limites dos testes de confiabilidade na Análise de Conteúdo. *Rev. Sociol. Polit.* 2018;26(66):31-47. Doi: <https://doi.org/10.1590/1678-987318266602>
16. Carlomagno MC, Caetano Da Rocha L. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *RECP*. 2016;7. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/recp.v7i1.45771>
17. Neuendorf KA. *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks: Sage; 2002.

18. Relatório Quadrimestral da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Curitiba, Paraná) [Internet]. 2019 [citado em 2024 ago. 5]. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/instrumentos-de-planejamento-em-saude.html>
19. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159. Doi: <https://doi.org/10.2307/2529310>
20. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*. 2018;42(spe2):76-91. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S206>
22. Zermiani TC, Pimentel BV, Buffon MDCM, Ditterich RG. Indicadores de desenvolvimento humano e de saúde bucal na atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba-PR. *RFO-UPF*. 2014;19(2):185-192. Doi: <https://doi.org/10.5335/rfo.v19i2.3770>
22. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(suppl):S9-S19. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300003>
23. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersectoriality in health promotion actions carried out by the oral health team of Curitiba, Paraná State. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(suppl 1):1827. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700095>
24. Paraná. Linha de cuidado em saúde bucal. 2021. p. 159. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-09/linha_de_cuidado_em_saude_bucal_-_3_edicao_II.pdf
25. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção Gestão B. O HumanizaSUS na atenção básica. [Internet]. Brasília; 2009. [citado em 2024 ago. 02] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>
26. Prabhu NT, Nunn JH, Evans DJ, Girdler NM. Access to dental care - Parents' and caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. *Spec Care Dentist*. 2010;30(2):35-45. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2009.00127.x>
27. Rosa SV, Moyses SJ, Theis LC, Soares RC, Moyses ST, Werneck RI, et al. Barriers in access to dental services hindering the treatment of people with disabilities: a systematic review. *Int J Dent*. 2020;2020:9074618. Doi: <https://doi.org/10.1155/2020/9074618>
28. Ministério da Educação (Brasil). Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 21 de junho de 2021. [Internet]. Brasília; 2021. [citado em 2024 ago. 02]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>

RECEBIDO: 28/12/2023
APROVADO: 01/08/2024