REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

Anne Christine de Macêdo Silva Gomes

CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL

Natal
2016

Anne Christine de Macêdo Silva Gomes

CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte / UFRN, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.ª Dra. Maísa Paulino Rodrigues

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Promoção da saúde

Natal

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Gomes, Anne Christine de Macêdo Silva.
Cuidadores de pessoas com deficiência: percepções e práticas de saúde bucal / Anne Christine de Macêdo Silva Gomes. - Natal, 2016.
81f.: il.

Orientadora: Profª Dr.ª Maisa Paulino Rodrigues.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Saúde bucal - Dissertação. 2. Pessoas com deficiência - Dissertação. 3. Cuidadores - Dissertação. I. Rodrigues, Maisa Paulino. II. Título.

Anne Christine de Macêdo Silva Gomes

CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Banca Examinadora:

Profª.Dra. Maisa Paulino Rodrigues – UFRN
Orientadora e Presidente da Banca

Profª. Dra. Maria Alice Pimentel Fuscella– UnP
1º Examinador (a)
Membro Externo á Instituição

Profª. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha
2º Examinador (a)
Membro Interno

Aprovado em: 29 de Julho de 2016.
Natal/RN

Dedico este trabalho ao meu esposo, por compreender minhas ausências, pelo amor e apoio dado durante esta trajetória.

À minha filha, por ser inspiração de amor e perseverança em minha vida.

Aos meus pais pelo incentivo e apoio constantes.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, por sua providência, misericórdia e amor em minha vida. Pelas vezes que pensei em desistir e foi Nele que encontrei forças para continuar.

- Ao meu marido e filhos que souberam compreender minhas ausências e por acreditarem sempre que eu conseguiria chegar até aqui.

- Aos meus pais, Iran e Gizelia, por me proporcionarem os alicerces para realizar meus sonhos profissionais.

- À minha irmã Geseane e família por me receberem em seu lar todas as vezes que tive aulas.

- Aos meus colegas de trabalho na UBS Enfermeira Maria das Dores, pela parceria nas atividades de vivência e pela compreensão em todas as vezes que precisei me ausentar.

- Aos colegas de turma, pelas novas amizades e descoberta de novos horizontes juntos.

- Em especial, às colegas Anna Cristina, Anne Karelyne, Laianny Krizia e Marcela Fernandes pela amizade sincera, cumplicidade desenvolvida nesse período, pelas angústias compartilhadas e pela identificação que tivemos desde o primeiro encontro do mestrado.

- À minha grande orientadora Profª. Drª. Maisa Paulino Rodrigues pela amizade, confiança, orientação, paciência, por me transmitir, sempre, tanta tranquilidade e por compartilhar conhecimentos que modificaram minha visão em muitos aspectos da vida profissional.

- Aos professores do mestrado por todo aprendizado, que foi base para melhoria da minha atuação profissional.

- À secretaria do mestrado, na pessoa de Flávia, por sempre estar disposta a ajudar quando precisamos.

- À Secretaria Municipal de Saúde e Centro de Especialidades Odontológicas de Currais Novos.

- Às Instituições de pacientes especiais de Currais Novos, que colaboraram com o desenvolvimento deste trabalho.

- Aos pacientes especiais, que foram fonte de inspiração para esta pesquisa.

- Aos cuidadores que participaram das entrevistas, por me fornecerem as informações necessárias para consolidar meu estudo.

- Enfim, a todos que contribuíram de forma direta ou indireta com essa pesquisa.

RESUMO

As pessoas com deficiência apresentam, de modo geral, mais problemas de saúde bucal do que aquelas sem essa condição. Tais problemas tornam-se mais graves em pacientes com comprometimento motor ou intelectual, fazendo-se necessário, portanto, o auxílio de cuidadores para a realização da higiene bucal diária. O objetivo desse estudo foi identificar a percepção de cuidadores de pessoas com deficiência acerca da saúde bucal; conhecer sua condição de saúde bucal e os impactos sobre sua qualidade de vida, além de verificar as ações de higiene bucal realizadas, por eles, junto aos pacientes sob seus cuidados. Trata-se de uma pesquisa exploratória, seccional, com enfoque quantitativo e qualitativo realizada no município de Currais Novos/RN. A amostra foi composta por 50 cuidadores que acompanhavam pacientes em tratamento odontológico no Centro de Especialidades Odontológicas do município. Para a coleta de dados utilizou-se questionários e entrevistas. O questionário OHIP-14 buscou identificar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida dos cuidadores e as entrevistas visaram conhecer a percepção de saúde bucal dos mesmos. Os dados quantitativos foram analisados através do programa estatístico SPSS 22.0 e os dados qualitativos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo à luz do referencial teórico de Minayo, originando três categorias temáticas: concepção de boca saudável, formas de cuidar da boca, concepção acerca do edentulismo. Os resultados apontam que os cuidadores apresentam uma condição de saúde bucal ruim, com repercussões negativas sobre sua qualidade de vida. Tal condição é corroborada por percepções de saúde bucal centradas na doença, isto é, ausência de dor e presença de afecções bucais. Pode-se inferir que tal percepção compromete a higiene e os cuidados bucais das pessoas com deficiência sob seus cuidados. Fica clara a necessidade de implementação de programas educativos e motivacionais, com o uso de metodologias ativas, que permitam aos cuidadores se apropriarem de conhecimentos necessários à manutenção da saúde bucal dos pacientes sob sua responsabilidade e deles próprios.

Palavras-chave: saúde bucal, pessoas com deficiência, cuidadores.

ABSTRACT

People with deficiency feature, generally, more problems of oral health than those without this condition. Such problems become more severe in patients with motor and intellectual commitment, making it necessary, therefore, the help of caregivers for the realization of daily oral hygiene. The objective of this study was to identify the perception of caregivers of disabled people about oral health; know your oral health condition and the impacts on their quality of life, besides checking the oral hygiene actions taken by them to the patients under their care. It is an exploratory research, sectional, with quantitative and qualitative approach conducted in Currais Novos/RN city. The sample was consisted of 50 caregivers that accompanying patients in dental treatment at Dental Specialty Center of the city. For data collection, it was used questionnaires and interviews. OHIP-14 questionnaire sought to identify the impact of oral problems on the quality of caregivers's life, and the interviews aimed to know their perception about oral health. Quantitative data were analyzed using SPSS 22.0 and qualitative data were subjected to content analysis technique based on the theoretical framework of Minayo, resulting in three thematic categories: design healthy mouth, ways to take care of the mouth and conception of the edentulous. The results point that carers have a bad oral health condition, with negative repercussions on their quality of life. This condition is supported by perceptions of oral health focused on disease, this is, absence of pain and presence of oral disease. It can be inferred that surch perception compromises hygiene and oral care of people with disabilities in their care. It is clear the necessity to implement educational and motivational programs, using active methodologies that allow caregivers to appropriate knowledge necessary to maintain the oral health of patients under their responsibility, as well as their own.

Key-words: oral health, disabled people, caregivers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico dos cuidadores de PNE. Currais Novos/RN, 2016.	37
Tabela 2	Distribuição do impacto do OHIP	38
Tabela 3	Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida avaliado pelo OHIP-14. Currais Novos/RN, 2016.	43
Tabela 4	Categorias e subcategorias simbólicas da saúde bucal, Currais Novos, 2016.	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Pessoas com deficiência nos estados brasileiros	21
Quadro 2	Domínios do OHIP-14 segundo problemas apresentados	33
Quadro 3	Condição de Saúde Bucal do cuidador	45
Quadro 4	Classificação da boca do PNE	46
Quadro 5	Dificuldades para realização da higiene bucal no PNE	48

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACDF – Associação Curraisnovense de Deficientes Físicos
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BS – Brasil Sorridente
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBO – Código Brasileiro de Ocupações
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP/HUOL – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes
CIF – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
COMADE – Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRI – Centro de Reabilitação Infantil
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRDP – Laboratório Regional de Prótese Dentária
PNE – Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PNSPD – Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
OHIP - Oral Health Impact Profile
OMS – Organização mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
RN – Rio Grande do Norte
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SNC – Sistema Nervoso Central
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1. Introdução 12
2. Objetivos 17
   2.1. Objetivo Geral 17
   2.2. Objetivos Específicos 17
3. Referencial Teórico 17
   3.1. Política Nacional de Saúde Bucal 17
   3.2. O conceito de Deficiência e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência 19
   3.3. Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência 24
   3.4. Cuidadores de Pessoas com Deficiência 26
   3.5. Qualidade de vida dos Cuidadores de Pessoas com Deficiência 27
4. Metodologia 30
   4.1. Tipo de estudo 30
   4.2. Cenário da Pesquisa 30
   4.3. População e Amostra 32
   4.4. Instrumento de Coleta de Dados 32
   4.5. Aspectos Éticos 34
   4.6. Procedimento de Coleta de Dados 34
   4.7. Processamento e Análise dos Dados 35
5. Resultados e Discussão 35
   5.1. Perfil Sociodemográfico dos Sujeitos 35
   5.2. Saúde Bucal e qualidade de vida dos cuidadores 38
   5.3. Percepção dos Cuidadores acerca da Saúde Bucal 45
6. Considerações Finais 55

Referências 57

Anexos 64

Apêndices 75

1. INTRODUÇÃO

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, definiu como pessoas com deficiência aqueles indivíduos que apresentam impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial que, em interação com várias barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade. Ou seja, são aquelas pessoas que apresentam alguma limitação, temporária ou permanente que dificulte o seu pleno convívio na sociedade (CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013).

No mundo inteiro, mais de um bilhão de pessoas possuem algum tipo de deficiência (OMS, 2012). A Organização das Nações Unidas (ONU), como forma de iniciar a discussão sobre a situação das pessoas com deficiência entre os países-membros, designou o ano de 1981 como sendo o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, priorizando os países em desenvolvimento, onde as desigualdades sociais colaboram para o agravamento da situação. O principal resultado desse ano foi a aprovação, na Assembleia Geral da ONU, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. Em países como Canadá e Estados Unidos, são consideradas pessoas com deficiência todos que possuem dificuldades ou desvantagens funcionais, incluindo-se nessa categoria, os idosos e as pessoas com doenças crônicas que possam incapacitá-las de alguma forma. No Brasil, entram nessa classificação, as pessoas com déficit mental, sensorial, motor e múltiplo (BRASIL, 2006).

O último senso realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 no Brasil apontou que mais de 45 milhões de brasileiros, 23,9% da população, apresentam, pelo menos, um tipo das deficiências pesquisadas (auditiva, visual, motora e mental ou intelectual) (BRASIL, 2012). Levando-se em consideração as regiões brasileiras, a região Nordeste aparece com a maior taxa (26,3%) de prevalência de pessoas com alguma das deficiências pesquisadas; nessa região, os estados com maior percentual de pessoas com alguma deficiência, foram Rio Grande do Norte, com 27,86%, seguido pela Paraíba, com 27,76%. A variação dessa incidência, para mais ou para menos, tem relação direta com as condições de vida oferecidas pela região e, consequentemente, pelo estado. Ou seja, a incidência aumenta em condições de vida precárias. Vale ressaltar que, os estados e municípios são responsáveis por desenvolver políticas e ações

complementares às políticas públicas nacionais direcionadas às pessoas com deficiência (BRASIL, 2012).

É necessário ressaltar que, no ano de 2015, constatou-se o aumento do número de casos de crianças nascendo com microcefalia e outras malformações congênitas, associadas à infecção pelo vírus *Zica,* transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti.* A microcefalia, relacionada ao vírus *Zica*, é uma doença nova, onde estudos estão sendo feitos para descrevê-la, levando-se em consideração o surto que está acontecendo no Brasil e na América Latina. É caracterizada pela ocorrência de microcefalia, associada ou não a anormalidades no Sistema Nervoso Central (SNC) nos bebês cujas mães tiveram histórico de infecção pelo *Zica* durante a gestação (BRASIL, 2015). Diante desse cenário, desdobramentos futuros apontam para o aumento da estatística de pessoas com necessidades especiais no Brasil.

Nesse contexto, ganha relevância a figura do cuidador como sujeito essencial para auxiliar às pessoas com deficiência. Pereira et al (2014), definem o cuidador como sendo a pessoa responsável por cuidar e atender às necessidades do paciente sob seus cuidados, visando melhoria de sua saúde e qualidade de vida. Esses cuidadores familiares necessitam de formação adequada para compreender as necessidades básicas do ser cuidado, incluindo os aspectos biológico, social, psicológico, cultural e espiritual; para isso, deve-se investir na promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como na prevenção de doenças retirando o foco, apenas, da patologia apresentada (MARTINS et al, 2007). Nesse contexto, garantir os direitos da pessoa com deficiência passa por duas vertentes, a do direito universal e a do direito de grupos específicos, tentando reduzir ou eliminar totalmente, a lacuna existente entre as condições das pessoas com deficiência e as condições das pessoas ditas normais (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – PNSPD - foi instituída por meio da Portaria nº 1.060 de 5 de junho de 2002, visando oportunizar a inclusão das pessoas com deficiência na totalidade da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a igualdade de oportunidades e a ampla inclusão social (BRASIL, 2002).

É notório que a definição de deficiência vem evoluindo, principalmente após a década de 60, sendo formulados novos conceitos que refletem estreitas relações

entre as limitações vividas pelas pessoas com deficiência, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, em seu Caderno de Atenção Básica (p. ?, 2006), considera paciente especial, para o atendimento odontológico, “todo usuário que apresenta 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”.

No Brasil, o Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, classifica as pessoas, mediante as deficiências que elas apresentam, em cinco categorias: deficiência física (alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano comprometendo a função física), deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência intelectual, deficiência múltipla (associação de duas ou mais deficiências). O referido documento ainda considera as pessoas com mobilidade reduzida que, apesar de não se enquadrarem na classificação supracitada, apresentam, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, a qual reduz a mobilidade, a flexibilidade, a coordenação motora e a percepção. Essas limitações tornam atividades relativamente simples do cotidiano em desafios a serem vencidos, buscando uma vida o mais normal possível (BRASIL, 2004).

Pacientes com necessidades especiais, geralmente, não realizam uma higiene bucal satisfatória e, muitas vezes, não permitem que outros a façam adequadamente, seja por comportamentos agressivos ou movimentos involuntários, dificultando a realização desse procedimento. Por outro lado, aqueles pacientes que apresentam alguma independência em relação à escovação dentária, têm sua higiene bucal secundarizada por seus cuidadores (MARTENS, 2000). Nesse contexto, Elias e Elias (1995) relatam que os pacientes com necessidades especiais têm maior susceptibilidade para desenvolver cárie e doença periodontal, devido à relação existente entre o grau de limitação física e/ou mental, à dificuldade em realizar a higiene bucal e às características da dieta alimentar, na maioria das vezes, rica em carboidratos e alimentos pastosos. Dessa forma, torna-se essencial desenvolver atividades que estimulem os bons hábitos de saúde bucal junto a pacientes, familiares, responsáveis ou cuidadores de pessoas com deficiência.

Freire (2011) defende que nem todos os pacientes com deficiência necessitam de atenção odontológica diferenciada. Porém, a maioria desses pacientes experimentam situações de dificuldades e vulnerabilidades referentes às

condições de educação, lazer, trabalho e acesso aos serviços de saúde. Dependendo de sua condição, alguns conseguem desenvolver um nível de cuidado razoável apenas com orientação e estímulo; outros, por sua vez, precisam de ajuda para fazer sua higienização bucal diária.

A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos constitui-se em fator de agravamento da condição de saúde bucal desses pacientes, quando comparados à população em geral (GOREN; BAIRD, 2000). Para Matsushita (2008), o atendimento odontológico dos pacientes com deficiência, deve levar em consideração dificuldades específicas e não específicas, respeitando a individualidade de cada um deles. Aguiar et al (2000), apontam que existem poucos locais especializados no atendimento desses pacientes e um número insuficiente de profissionais disponíveis para atendê-los, tanto no serviço público como no privado.

Diante do exposto, ressalta-se que, a atenção em saúde bucal aponta não apenas à realização de procedimentos curativos, mas propõe a integralidade do cuidado em saúde com a efetiva integração profissional/familiar/cuidador, visando uma condição de saúde que propicie a inserção do indivíduo na sociedade. Desta forma, os cuidadores/responsáveis têm papel fundamental na realização da higiene bucal diária do paciente especial, com vistas a manter as condições satisfatórias.

Portanto, é essencial que os cuidadores possuam conhecimentos básicos sobre higiene bucal, buscando a redução da incidência e prevalência das doenças bucais. Também se faz necessário identificar as dificuldades e as facilidades encontradas por esses cuidadores na realização dessas práticas diárias. Em visitas domiciliares realizadas, pela pesquisadora, no cotidiano da Estratégia Saúde da Família, identificou-se que as pessoas com deficiência apresentavam alta incidência e prevalência de cárie, entre outras doenças bucais, associadas a uma má higiene bucal.

Nesse sentido, este estudo partiu dos questionamentos: qual o conhecimento e a percepção, sobre saúde bucal, dos cuidadores de pacientes com necessidades especiais? Qual a condição de saúde bucal desses cuidadores?

O estudo abordou os cuidadores de pacientes com mobilidade reduzida, deficiência física, intelectual, múltipla, bem como pacientes sindrômicos, uma vez que todos estes pacientes apresentam algum tipo de limitação que os impedem de realizar as atividades habituais sem auxílio de um cuidador ou responsável (BRASIL, 2004).

Buscou-se identificar a condição de saúde bucal desses cuidadores, além de suas percepções acerca da saúde bucal e, ainda, sobre suas dificuldades/facilidades para realizar a higiene bucal dos pacientes sob seus cuidados.

Destaca-se, entretanto, que a pesquisa teve como foco os cuidadores que acompanhavam os pacientes com necessidades especiais em tratamento odontológico no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), no município de Currais Novos/RN. Esse CEO é o único local, no município, onde é ofertado tratamento odontológico destinado a esses pacientes.

Por fim, cabe referenciar que essa pesquisa se constitui como produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e, certamente, traz reflexões e contribuições importantes para a Atenção Primária em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar a percepção, o conhecimento e as condições de saúde bucal, dos cuidadores de pessoas com deficiência, no município de Currais Novos/RN.

2.2. Objetivos Específicos

- Verificar o impacto das condições de saúde bucal dos cuidadores sobre sua qualidade de vida;
- Conhecer as práticas de higiene bucal dos cuidadores junto aos pacientes especiais sob seus cuidados.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Política Nacional de Saúde Bucal

A evolução da saúde bucal, no Brasil, tem sua história atrelada à evolução das políticas de saúde após a Reforma Sanitária. Inicialmente, a prestação de serviços odontológicos era reduzida à realização de procedimentos curativos e mutiladores e a assistência odontológica tinha o acesso bastante restrito, caracterizando a Odontologia como uma área da saúde com extrema exclusão social. Destaca-se que, não havia uma política nacional efetiva para a Saúde Bucal, fato esse revertido no ano de 2004, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) intitulada Brasil Sorridente (BS). Essa política possui diretrizes que compõem o eixo básico direcionador das práticas e concepções no âmbito da saúde bucal, buscando um novo olhar para o processo de trabalho e produção do cuidado (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, a política Brasil Sorridente aparece como uma política pública que busca

> Uma reorganização da atenção em saúde bucal, em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde, não centrada, somente, na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004).

Buscando organizar os serviços de atenção à saúde bucal, conforme orienta a política Brasil Sorridente, foram promovidas ações como a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no âmbito da Atenção Básica (AB), bem como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), na atenção secundária (BRASIL, 2004).

> Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são estabelecimentos de saúde bucal, inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade, que oferece serviços de odontologia gratuitos à população e realiza, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o Centro de Especialidades Odontológicas representa um espaço, onde são ofertados procedimentos odontológicos para efetivar integralidade do cuidado em saúde bucal, uma vez que oferece à população tratamentos especializados, que não são realizados na atenção básica.

Os Laboratórios Regionais são os serviços responsáveis pela confecção das próteses dentárias dos pacientes desdentados e atuam em conjunto com os Centros de Especialidades (BRASIL, 2013).

Na perspectiva de criação de uma linha de cuidado em saúde bucal, as ações do Brasil Sorridente são embasadas em princípios norteadores (BRASIL, 2004), tais como:

- **Gestão participativa:** garantindo a participação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços.
- **Ética:** todas as ações devem ser regidas pelos princípios éticos em saúde.
- **Acesso:** este deve ser universal dando importância a toda a demanda expressa ou reprimida.

- **Acolhimento:** o usuário deve ser considerado em sua integralidade biopsicossocial, através de escuta qualificada, orientação, encaminhamento e acompanhamento.
- **Vínculo:** a unidade ou serviço de saúde deve responsabilizar-se na solução dos problemas de sua área de abrangência.
- **Responsabilidade profissional:** os profissionais devem ser corresponsáveis no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença no território.

Essa política propõe uma mudança do modelo assistencial, com foco na doença, para uma prática odontológica integral, necessitando implementar ações de promoção e de proteção, bem como de recuperação da saúde (BRASIL, 2004). Alguns requisitos merecem destaque para as ações de promoção da saúde como, por exemplo, enfoques relacionados aos fatores de risco ou à proteção para doenças da cavidade bucal. Deve-se buscar autonomia dos sujeitos estimulando práticas de autocuidado, não só no âmbito individual, mas também na comunidade. Já no grupo de ações de recuperação da saúde estão o diagnóstico e o tratamento de doenças (BRASIL, 2004).

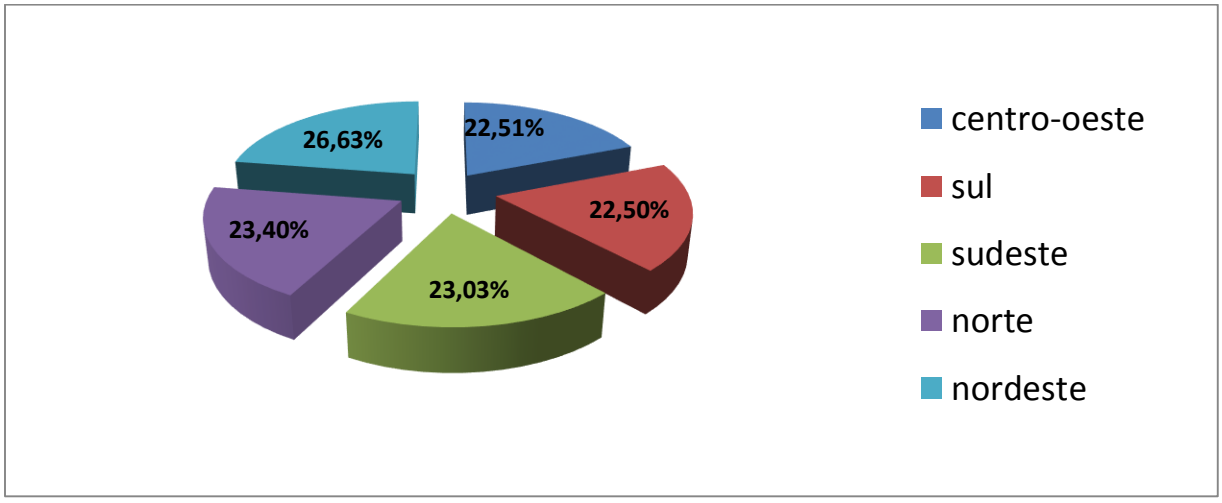
Diante do exposto, a Política Nacional de Saúde Bucal fomenta uma mudança de práticas e relações a serem construídas, uma vez que insere a saúde bucal em uma equipe multiprofissional, enfrenta valores e poderes há muito consolidados pelas antigas práticas assistenciais e coloca o usuário dos serviços de saúde como foco principal e norteador de todo cuidado em saúde bucal.

3.2. O conceito de Deficiência e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

O conceito relativo à deficiência vem evoluindo de forma expressiva em todo o mundo, principalmente após a década de 60, visto que, a partir desse período, instituiu-se à relação entre as limitações das pessoas com deficiência, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da população. A aprovação pela Organização das Nações Unidas (ONU), da Classificação internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), em 2001, veio fortalecer esse movimento, uma vez que seus princípios abordam o apoio às configurações ambientais e às potencialidades dos sujeitos, em detrimento da valorização de incapacidades e limitações (BRASIL, 2010).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de deficiência, representando cerca de 15% da população mundial (OMS, 2012). No Brasil, segundo o último senso do IBGE em 2010, o percentual de pessoas apresentando algum tipo de deficiência é de 23,9%, destacando-se a Região Nordeste com o maior índice (26,63%) de pessoas com deficiência (Gráfico 1). Os estados brasileiros que apresentaram os maiores índices foram o Rio Grande do Norte (27,86%), seguido pela Paraíba (27,76%) (Quadro 1). Os menores índices foram registrados no Distrito Federal (22,3%) e em São Paulo (22,6%) (BRASIL, 2012). Podem ser apontadas como causas desses altos índices, os casamentos consanguíneos, doenças genéticas, pobreza, má nutrição, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de atendimento às gestantes. Colaboram para o aumento dessa estatística altos índices de analfabetismo, baixo peso ao nascer e baixo índice de vacinação (SANTOS et al, 2014).

Gráfico 1 – Proporção da população com pelo menos uma das deficiências investigadas por grandes regiões do Brasil – 2010.



Fonte: IBGE, 2010

Quadro 1 - Pessoas com deficiência nos estados brasileiros com pelo menos uma das deficiências investigadas – Censo 2010 – população residente e proporção

TERRITÓRIO	POPULAÇÃO	%
BRASIL	45.693,910	23,92%
RONDÔNIA	345.411	22,11%
ACRE	165.823	22,61%
AMAZÔNIA	791.162	22,71%
RORAIMA	95.774	21,62%
PARAÁ	1.791.299	23,63%
AMAPÁ	158.749	23,71%
TOCANTINS	307350	22,22%
MARANHÃO	1.641.404	24,97%
PIAUÍ	860.430	27,59%
CEARÁ	2.340.150	27,69%
RIO GRANDE DO NORTE	882.681	27,86%
PARAÍBA	1.045.631	27,76%
PERNAMBUCO	2.426.106	27,58%
ALAGOAS	859.515	27,54%
SERGIPE	518.901	25,09%
BAHIA	3.558.895	25,39%
MINAS GERAIS	4.432.456	22,62%
ESPÍRITO SANTO	824.095	23,45%
RIO DE JANEIRO	3.900.870	24,40%
SÃO PAULO	9.349.553	22,66%
PARANÁ	2.283.022	21,86%
SANTA CATARINA	1.331.445	21,31%
RIO GRANDE DO SUL	2.549.691	23,84%
MATO GROSSO DO SUL	526.672	21,51%
MATO GROSSO	669.010	22,04%
GOIÁS	1.393.540	23,21%
DISTRITO FEDERAL	574.275	22,34%

Fonte: IBGE, 2010

Os dados referentes ao número de pessoas com deficiência, no Brasil, receberam um incremento no ano de 2015, como resultado do aumento de registros da prevalência de microcefalia ao nascer, segundo dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). Estudos comprovaram a relação existente entre a presença do vírus *Zika* e o aumento de casos de microcefalia no País (BRASIL, 2016). Os dados do SINASC, relativos aos meses de outubro e novembro de 2015, apresentaram um incremento substancial nos casos de bebês com microcefalia, quando comparados a uma série histórica de quatro anos. O maior número de casos foi registrado na região Nordeste, onde o estado de Pernambuco aparece em primeiro lugar, seguido, em menor proporção, pelos outros estados da região (Brasil, 2016).

Define-se a microcefalia como uma malformação congênita, na qual o cérebro não se desenvolve adequadamente, tendo perímetro cefálico inferior ao característico para a idade e sexo do bebê. A microcefalia, isoladamente, não representa a presença de alterações mentais e motoras, porém, geralmente, é acompanhada de comprometimento motor e cognitivo, os quais variam de acordo com o grau de acometimento do cérebro (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, os bebês com microcefalia representam um incremento considerável nas estatísticas de pessoas com deficiência no país, necessitando de atenção especial, bem como os familiares devem ser orientados em relação aos cuidados em saúde.

No que toca às políticas de atenção às pessoas com deficiência, apenas 1/3 dos países que integram a Organização das Nações Unidas (ONU) possui legislação para pessoas com deficiência, dentre os quais está o Brasil (CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013). A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 23, capítulo II, determina: “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 1988).

Com vistas a respeitar o Artigo Constitucional, alguns instrumentos legais foram firmados buscando regulamentar os direitos dessa população. Figuram como os principais: Lei nº 7.853/89 (dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social), Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), Lei 10.048/2000 (estabelece prioridades ao atendimento), Lei nº 10.098/2000 (estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida), Decreto nº 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência), Decreto nº 5.296/04 (regulamenta as leis 10.048/2000 e 10.098/2000), Portaria Ministerial nº 1.060/02 (institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2010). Esses documentos destacam os direitos das pessoas com deficiência, à igualdade de oportunidades e melhorias nas condições de vida advindas do desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2010).

Ainda em relação às políticas públicas, o Brasil tem evoluído bastante em relação à garantia dos direitos das pessoas com deficiência, com a implementação de políticas públicas, que valorizem esses cidadãos e respeitem suas características e especificidades. Algumas decisões governamentais foram resultado das deliberações de duas Conferências Nacionais sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, realizadas nos anos de 2006 e 2008 (BRASIL, 2012). Portanto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) aparece como fruto de uma intensa mobilização, nacional e internacional, envolvendo vários atores sociais. No Brasil, o Plano Nacional de Direitos da Pessoa Com Deficiência - viver sem limites - reafirma o compromisso do governo brasileiro em garantir os direitos da

pessoa com deficiência, assegurados na Constituição Federal (CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013). De forma geral, figuram em seu amplo espectro de atuação ações que vão, desde a prevenção de agravos, proteção da saúde e reabilitação desses indivíduos de forma a incluí-los amplamente na vida social (BRASIL, 2010).

A PNSPD (2010) apresenta como diretrizes principais, extensivas às três esferas de governo:

- **Promoção da qualidade de vida:** deve ser entendida como responsabilidade social compartilhada, tendo como resultado a geração de oportunidades iguais, ambientes com acessibilidade e inclusão sociocultural. Essa diretriz, quando direcionada para saúde, visa tornar acessíveis as unidades de saúde e garantir a participação de pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde para propor, acompanhar e avaliar as ações.
- **Prevenção de deficiências:** envolve ações com natureza educativa e informativa, priorizando estratégias de prevenção, como ações de imunização, exames neonatais, acompanhamento de gestantes (em especial as de alto risco), acompanhamento do crescimento infantil, etc.
- **Atenção Integral à Saúde:** é de atuação do SUS e sua rede de serviços, desde as unidades de saúde até os serviços de reabilitação. Nesse ponto, merecem atenção redobrada os quesitos de acolhimento, atenção, referência e contra referência respeitando as peculiaridades de cada tipo de deficiência e rompendo barreiras, tanto arquitetônicas, como atitudinais.
- **Melhoria dos mecanismos de informação:** merece destaque a necessidade de construção de indicadores e critérios específicos nessa área, bem como melhoria das estratégias de coleta e registro de dados sobre as pessoas portadoras de deficiência no país. Também é relevante a ampla criação e divulgação de material educativo na saúde em formato acessível a esses pacientes, como por exemplo, em braile e libras.
- **Capacitação de recursos humanos:** essa diretriz é extremamente relevante, uma vez que as relações interpessoais se constituem na base das relações em saúde. Portanto, capacitar os profissionais resulta em qualidade no cuidado prestado às pessoas com deficiência usuárias do SUS. Aqui também se aplica capacitação de gestores dos serviços de saúde, de forma que

resulte em otimização do planejamento de políticas públicas voltadas às pessoas com necessidades especiais no país.

- **Organização e funcionamento dos serviços:** os serviços destinados a atender esses pacientes devem estar organizados em uma rede de cuidados, com porta de entrada nas unidades básicas de saúde, descentralizada, com participação ativa dos usuários e com o atributo da intersetorialidade. Para ofertar um atendimento humanizado e com efetividade, é necessário prestar assistência aos familiares desses pacientes, com acompanhamento psicossocial e orientações para cuidados na rotina diária com os pacientes.

Diante do exposto, incluir as pessoas com necessidades especiais nos diferentes espaços sociais, é um processo que vem crescendo e ganhando atenção dos governantes, da sociedade civil, dos educadores e dos pesquisadores (CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013). Dessa forma, realizar a inclusão social desses pacientes visa possibilitar-lhes, respeitando as necessidades próprias de sua condição, acesso aos serviços públicos, bens culturais, e a todos os benefícios decorrentes dos avanços sociais, políticos, econômicos e tecnológicos da sociedade (BRASIL, 2006).

Para efetivar essa inclusão e implantar uma assistência à saúde de forma integral, devem ser implementadas ações de reabilitação que envolvam o paciente, a família e a comunidade, aumentando assim a resolutividade dos serviços prestados e fazendo-se entender que esses atores sociais são agentes importantes e prioritários nesse processo (BRASIL, 2006).

3.3. Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência

Para Rêgo (2011), a saúde bucal tem grande importância no processo de inclusão sociocultural do paciente especial, pois uma saúde bucal comprometida afeta os índices nutricionais, o bem estar físico e mental, bem como reduz a qualidade de vida desses indivíduos. Atrelado a isso, sabe-se que pacientes com necessidades especiais apresentam uma experiência de cárie elevada em relação aos pacientes ditos normais. Aguiar et al (2000) aponta que esses índices elevados de cárie e doença periodontal são explicados pela incapacidade dos pacientes em realizar uma higiene bucal satisfatória. Dessa forma, é necessária uma intervenção mais ativa, com tratamentos curativos e preventivos junto a esses pacientes (CAMPOS et al, 2006).

Nos atendimentos odontológicos a pacientes com necessidades especiais, identifica-se a presença de cáries, doenças bucais como gengivite e periodontite e a presença de cálculos, provenientes do acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias. Essas doenças na boca favorecem a perda dentária precoce nesses pacientes (COSTA, 2009). Esse quadro é decorrente de uma série de limitações apresentadas pelos pacientes especiais, as quais podem ser específicas (dificuldades motoras, macroglossia, apinhamento dental, necessidades odontológicas acumuladas, etc.) e inespecíficas (falta de adesão ao tratamento odontológico, falta de compreensão da família do paciente em relação ao tratamento odontológico, falta de compreensão em relação à importância de remoção diária do biofilme dental, etc.) que favorecem o aparecimento de doenças bucais (LANNES; MORAES, 1991).

Sabe-se que a cavidade bucal possui uma microbiota bastante diversificada, porém a simples presença dessas bactérias não causa alterações. Tais bactérias podem representar problemas quando a escovação é deficiente, não há uso regular do fio dental e há consumo de sacarose de forma excessiva. Esses fatores podem alterar o metabolismo das bactérias predispondo ao desenvolvimento de doenças como cárie, gengivite e doença periodontal. Marra (2007), destaca a escovação dentária como sendo o melhor e mais efetivo método capaz de reduzir, significativamente, os índices de placa e gengivite, tendo controle efetivo também sobre a evolução da doença periodontal. Refere ainda, a importância desse método no planejamento de ações de prevenção.

Visando combater o desenvolvimento das referidas doenças, técnicas de promoção da saúde bucal devem ser implementadas com intuito de possibilitar que, os pacientes e seus cuidadores, adotem formas adequadas de escovação e do uso do fio dental e ainda da utilização do açúcar de forma racional, com acesso a informações acerca da saúde bucal.

Neste contexto, tratar um paciente com necessidade especial é tratar de sua família, considerando suas ansiedades, seus problemas e angústias, bem como o tempo dispensado no cuidado do paciente. Incluir pais e/ou responsáveis pelos pacientes com necessidades especiais em programas de prevenção é fundamental, uma vez que os pacientes apresentam certa dependência dos cuidadores. Essa estratégia promove, também, o fortalecimento de vínculo entre família-paciente-profissionais e coloca os sujeitos como protagonistas desse processo. Dessa forma,

o cuidador assume um papel central nos hábitos diários de higiene bucal dos pacientes sob seus cuidados (COSTA, 2009).

3.4. Cuidadores de Pessoas com Deficiência

O Código Brasileiro de Ocupações – CBO, sob o número 5162, define o cuidador como alguém que cuida, a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida, ou seja, é a pessoa designada para prestar assistência à outra pessoa de qualquer idade, que necessite de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Porém, o ato de cuidar não torna o cuidador um profissional de saúde, impedindo o mesmo de realizar procedimentos técnicos destinados aos profissionais capacitados para tal fim (BRASIL, 2009).

É importante que o cuidador compreenda o fato de que, pessoas com deficiência podem apresentar comportamentos e reações que dificultam a prática do cuidado; porém, cabe a esse cuidador encontrar estratégias de cuidados, e não esmorecer diante das dificuldades que se apresentam. Conversar com outros cuidadores e trocar experiências também são maneiras inteligentes e colaborativas que auxiliam na busca de alternativas para tentar resolver situações difíceis (BRASIL, 2009).

Os cuidadores podem ser classificados em dois tipos: primários e secundários. No primeiro caso, é o responsável principal por todas as tarefas e, já no segundo caso, prestam assistência, mas não são os principais responsáveis pelo cuidado do paciente (LAHAM; SILVA, 2006). Em geral, os cuidadores são do sexo feminino, donas de casa ou desempregadas, que acolheram essa função por amor ou obrigação, mesmo tendo como consequência a restrição de seu lazer e vida social (LAHAM; SILVA, 2006). Na maioria das vezes, esses cuidadores não são esclarecidos em relação ao grau de responsabilidade da função que estão assumindo. Nos países desenvolvidos a atividade de cuidador domiciliar é exercida por pessoas treinadas e amparadas por políticas públicas, pertencentes a uma rede de apoio domiciliar; no Brasil os cuidados domiciliares são realizados pelos familiares ou por pessoas próximas através do voluntariado (SANTOS et al, 2009).

Nesse contexto, os cuidadores de pessoas com deficiência podem comprometer sua saúde física e mental devido à sobrecarga gerada no cuidado ao paciente. Tal sobrecarga pode influenciar na qualidade da atenção prestada ao paciente, repercutindo diretamente sobre a sua saúde bucal, haja vista o número excessivo de horas dispensadas no cuidado ao paciente (MATSUSHITA, 2008).

Sabendo-se que o cuidador, muitas vezes, é responsável por realizar atividades para as quais não está preparado, é importante que os profissionais de saúde os orientem em relação aos cuidados realizados no domicílio, privilegiando aqueles de promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada. Cuidadores bem preparados, com informações e habilidades adequadas, oferecem uma melhor assistência e apresentam melhor saúde física e emocional, incidindo positivamente na tarefa de cuidar (NOLAN, 2001). Além de informações sobre os cuidados que devem exercer junto ao paciente, os cuidadores precisam ser capacitados para desenvolverem atividades diárias do cuidado (MATSUSHITA, 2008).

Rêgo (2011) destaca a importância de se conhecer a auto percepção dos sujeitos, uma vez que atitudes individuais podem resultar em mudanças nas atitudes de uma comunidade. Para Carneiro (2001), é de grande relevância o conhecimento da auto percepção, pois esta gera mudanças no comportamento do indivíduo e, uma vez que se tem consciência de sua própria condição de saúde, se pode impactar positivamente sobre o ato de cuidar, trazendo bem-estar e melhorando a qualidade de vida.

Conhecer a percepção dos cuidadores acerca da saúde bucal é relevante, uma vez que esta influencia a autoestima do indivíduo, no estado nutricional e de saúde geral. Assim, o comportamento dos cuidadores é direcionado pela sua percepção, que tanto pode suscitar ações positivas, quanto negativas sobre a saúde de pacientes sob seus cuidados.

3.5. Qualidade de Vida do Cuidador de Pessoas com Deficiência

Atualmente, muito tem se falado sobre a qualidade de vida das pessoas. É notório que o estilo de vida cotidiano, baseado na correria e em situações de estresse, tem impacto direto sobre a qualidade de vida dos indivíduos expostos a essas situações.

Almeida e Gutierrez (2010) relatam que a qualidade de vida evoluiu de uma visão com foco na saúde, para uma perspectiva onde o estilo e as condições de vida são valorizados.

Pereira, Teixeira e Santos (2012) apontam que não existe um consenso sobre a definição de qualidade de vida, para tal, deve-se considerar aspectos não apenas relacionados à saúde, mas também considera fatores importantes da vida das pessoas, tais como trabalho, família, amigos e situações da sua rotina diária, inclusive a percepção das mesmas em relação a essa qualidade de vida.

Na definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) qualidade de vida é a compreensão que cada um faz de suas condições de vida, considerando seus aspectos culturais, os princípios de valor da sociedade na qual está inserido, bem como suas metas, expectativas e aflições (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Nesse contexto, é relevante o fato de que, os cuidadores de pessoas com deficiência, apresentam uma sobrecarga de trabalho no dia-a-dia quando comparados a pessoas que não desenvolvem essa tarefa. Sabe-se que, geralmente, esses cuidadores têm alguma proximidade parental com o deficiente sob sua responsabilidade, não sendo dada, a eles, a possibilidade de escolha para tal. A rotina diária do cuidador torna-se estressante, a participação em atividades sociais é cada vez menor, o cuidador passa a negligenciar suas necessidades pessoais, podendo adquirir, dessa forma, problemas como estresse, fadiga, depressão e baixa autoestima, prejudicando sua saúde física e mental. Ao se tornar cuidador de uma pessoa com deficiência, independente do grau de limitação apresentado por ela, tem-se alteração de sua rotina, de forma que o tempo empregado na tarefa de cuidar tem impacto negativo na qualidade de vida do cuidador (TRIGUEIRO et al, 2011).

Oliveira e Limongi (2011) relatam que o estresse tem grande influência na qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com deficiência, este é ocasionado pela problemática da comunicação (compreensão da linguagem verbalizada pelos pacientes) devido a sua defasagem cognitiva, bem como, pela dificuldade comportamental que essas pessoas apresentam.

Nesse contexto, a sobrecarga dos cuidadores de pessoas com deficiência tem relação com a falta de suporte e com o tempo dedicado na tarefa de cuidar. Um olhar diferenciado ao cuidador deve ser considerado, uma vez que, ao sentir-se bem

física, espiritual e emocionalmente, o mesmo promoverá um cuidado efetivo já que estará mais disponível para atender, ouvir, enfim, cuidar (HENRIQUES; BARROS; MORAIS, 2010).

Assim, acredita-se que uma condição de saúde bucal desfavorável, pode aumentar a carga de estresse sobre o cuidador, repercutindo na qualidade do cuidado ofertado à pessoa com necessidade especial, uma vez que esse cuidador poderá ficar irritado, negligenciando os cuidados ou mesmo ausentando-se do trabalho.

É notório, que a dor de dente tem impacto negativo na vida dos indivíduos, comprometendo a sua percepção em relação à qualidade de vida e prejudicando seu desempenho nas atividades diárias. Os prejuízos causados por problemas bucais podem ser: redução das horas de sono, incapacidade para atividades de lazer, limitação durante a alimentação, baixa autoestima, isolamento social, entre outros. Por outro lado, o bem-estar psicológico, promove a adoção de comportamentos saudáveis e mais conscientes (PINHO, 2012).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, seccional com enfoque quantitativo e qualitativo. O enfoque quantitativo busca conhecer, por meio de um instrumento estruturado (OHIP-14), o impacto das condições de saúde bucal, sobre a qualidade de vida dos entrevistados, com vistas a consolidar ou refutar os achados qualitativos.

A abordagem qualitativa busca analisar as percepções e conhecimentos, contexto da história, das relações, e das representações.

Minayo (2014, p. 33) define a abordagem qualitativa como sendo o método

> que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

A pesquisa qualitativa não dá ênfase ao universo numérico, mas valoriza a subjetividade do objeto em estudo, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a uma dimensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014).

O estudo exploratório é aquele que fornece ao pesquisador, uma visão geral do objeto estudado, buscando adquirir maior intimidade com o problema em estudo, de forma a torná-lo mais claro. Isto se dá através da aproximação com fatos e experiências observáveis (GIL, 2010).

4.2. Cenário da Pesquisa

Currais Novos é um município do interior do Rio Grande do Norte, localizado na mesorregião central potiguar, microrregião do Seridó Oriental. O Censo 2010, realizado pelo IBGE, registrou uma população de 42.652 habitantes, onde foi

estimada, para 2015, uma população de 44.887 habitantes. Apresenta uma área territorial de 864.349 Km^2 e uma densidade demográfica de 49,35 hab/km^2 estando inserido na 4ª região de saúde do Rio Grande do Norte (IBGE, 2010). A rede de saúde pública está constituída por 17 equipes de Saúde da Família, das quais 15 possuem equipes de Saúde Bucal, 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Policlínica Monsenhor Ausônio Araújo atendendo à média complexidade, o Hospital Regional Dr. Mariano Coelho e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

No âmbito municipal, como instância que busca a efetivação dos direitos das pessoas com deficiência, existe o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMADE). Criado em 22 de julho de 2006, o COMADE integra a estrutura da Secretaria Municipal de Trabalho, Habitação e Assistência Social, sendo responsável por acompanhar e avaliar o desenvolvimento de uma política municipal de inclusão das pessoas com deficiência, bem como das políticas setoriais de educação, assistência social, saúde, desporto, lazer, trabalho, transporte, cultura, turismo e política urbana direcionados a esse grupo de pessoas.

Segundo dados, obtidos através do COMADE, o município de Currais Novos possuía, no ano de 2012, um quantitativo de 322 pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência, congênita ou adquirida, dentre as quais podemos citar deficiência física, visual, auditiva, neurológica, esclerose múltipla, paralisia cerebral, retardo mental, síndrome de Down, microcefalia, hidrocefalia, distrofia muscular, síndrome de Berardinelli, etc. Os dados em questão provêm de um levantamento feito pelos agentes comunitários de saúde, junto às instituições existentes para essa população no município.

Visando atingir um maior número de cuidadores, a pesquisa foi realizada no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Dr. Gilberto Lins, que faz parte da rede de assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Currais Novos. É no CEO que acontece o atendimento odontológico das pessoas com deficiência, referenciadas pelas unidades básicas de saúde.

Sendo uma das frentes de atuação propostas pela Política Brasil Sorridente, caracteriza-se como CEO do tipo II, ou seja, que apresenta quatro consultórios odontológicos realizando atendimento das seguintes especialidades: cirurgia buco-maxila-facial, periodontia, prótese, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (DATASUS, 2014). Funciona através do sistema de

referência e contra referência, recebendo assim, os pacientes referenciados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

No CEO são realizados procedimentos como cirurgias odontológicas dos diversos tipos, tratamento e cirurgias periodontais, confecção e instalação de próteses totais, diagnóstico de lesões bucais, restaurações a pino e tratamento endodôntico em todos os dentes. Na especialidade de pacientes especiais são atendidos os usuários de várias instituições, tais como: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); Centro de Reabilitação Infantil (CRI); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Associação Curraisnovense de Deficientes Físicos (ACDF), entre outros. A equipe responsável pelo atendimento a esses pacientes é composta por uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar em saúde bucal.

4.3. População e Amostra

A amostra foi constituída por 50 cuidadores que acompanhavam os pacientes especiais em tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas. Ressalta-se que inicialmente foram incluídos 59 cuidadores, entretanto, no decorrer da coleta nove questionários foram extraviados. No período da coleta de dados, cerca de 70 pacientes especiais estavam em tratamento no CEO, porém só conseguiu-se entrevistar o número de cuidadores supracitado. Pode-se dizer que a amostra foi por conveniência, ou seja, foram incluídos todos os cuidadores que manifestaram o desejo de participar da pesquisa.

4.4. Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de dois tipos de instrumento: um questionário validado (OHIP-14) e uma entrevista semiestruturada.

O questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14), proposto por Slade e Spencer (1994), permite analisar o impacto causado por problemas bucais sobre a qualidade de vida das pessoas (Anexo 1). O OHIP-14 tem como proposta mensurar o desconforto, a disfunção e incapacidades atribuídas às condições de saúde bucal, sendo utilizado como um indicador subjetivo desta. A princípio, o questionário continha 49 questões (OHIP- 49) abordando vários problemas como pronúncia, dores na boca, problemas durante a alimentação, inibição, etc. Posteriormente,

criou-se uma versão simplificada contendo 14 questões (OHIP-14) que apresentam cinco respostas possíveis (nunca, raramente, às vezes, constantemente ou sempre) com um escore de pontuação para cada resposta (0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente). Nessa versão, são contemplados aspectos como: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidades (física, psicológica, social) e desvantagem social (Quadro 2).

Quadro 2 – Domínios do OHIP-14 segundo problemas apresentados.

DOMÍNIOS	QUESTÕES
Limitação funcional	1-2
Dor física	3-4
Desconforto psicológico	5-6
Incapacidade física	7-8
Incapacidade psicológica	9-10
Incapacidade social	11-12
Desvantagem social	13-14

Esse instrumento foi utilizado visando corroborar os dados qualitativos, uma vez que buscou conhecer a condição de saúde bucal dos cuidadores e, dessa forma, tentar compreender seus conhecimentos acerca de saúde bucal.

A entrevista semiestruturada abordou questões que visaram caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores, contendo também, questões abertas com o objetivo de captar a percepção acerca de saúde bucal e as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores para realização da higiene bucal nos pacientes com necessidades especiais sob sua responsabilidade (Apêndice A). Destaca-se, entretanto, que as questões abertas e semiestruturadas, foram direcionadas para 23 cuidadores, pois a medida que se iniciaram as repetições e saturação das respostas, as entrevistas foram encerradas. Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas em sala reservada. Cada uma delas recebeu um número visando preservar a identidade dos sujeitos.

4.5. Aspectos Éticos

Com intuito de respeitar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, solicitou-se autorização junto à Secretaria Municipal de Saúde de Currais Novos, bem como à Coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Gilberto Lins, por meio da carta de anuência (Anexo 2).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), sob o protocolo nº (CAAE: 52892715.6.0000.5292) (Anexo 3), estando de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de forma a respeitar a dignidade, liberdade e autonomia da pessoa humana, a comunidade científica e o Estado (BRASIL, 2013). Antes da aplicação de cada questionário, o cuidador assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento legal, onde estava descrito todo o procedimento do estudo, para que fosse apreciado e assinado. O TCLE é um meio de garantir a voluntariedade dos participantes, buscando preservar a autonomia de todos os sujeitos.

4.6. Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada na instituição definida para pesquisa (CEO), em ambiente reservado, de forma a respeitar a privacidade dos respondentes. O instrumento foi aplicado pela própria pesquisadora nos dias em que ocorreram os atendimentos odontológicos aos pacientes com necessidades especiais. As entrevistas tentaram captar a opinião real dos cuidadores, evitando interpretações equivocadas que podem existir em questionários de autopreenchimento.

Antes da aplicação do instrumento de coleta foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), de forma a explicitar todos os objetivos da pesquisa aos respondentes, bem como lhes foram garantidos o sigilo em relação às informações fornecidas. Além do TCLE foi lido o termo de autorização para gravação de voz (Apêndice C).

Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2016, junto a 50 cuidadores de pessoas com necessidades especiais que frequentavam o Centro de Especialidades Odontológicas em Currais Novos, estado do Rio Grande do Norte.

4.7. Processamento e Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados, com o auxílio do programa estatístico livre SPSS 22.0, com base na literatura específica. Foram realizadas análises bivariadas disponibilizadas pelo programa e, em seguida, os resultados foram organizados em tabelas. As varáveis são apresentadas de maneira descritiva por meio de números absolutos e proporções.

Os dados qualitativos foram analisados com base no método de Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (2009) e sistematizada por Minayo (2014), que permite acessar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto de pesquisa. Esse método objetiva desvendar o que está subjacente aos conteúdos manifestos, procurando ir além do óbvio buscando evidenciar as situações de interesse da pesquisa e colocando em evidência as contradições.

Inicialmente transcreveram-se os áudios das entrevistas, com o auxílio do programa editor de texto Microsoft Word (versão 2010). Após a transcrição foi feita a leitura exaustiva das falas, extraindo-se destas os termos de significância em relação ao tema, objetivando captar os significados expressos nas falas dos entrevistados. Em seguida, estes termos passaram a ser organizados em categorias (iniciais, emergentes e significativas). As categorias codificadas a partir das análises foram: concepção de boca saudável, formas de cuidar da boca e concepção sobre edentulismo. Por fim, essas categorias foram interpretadas com base no referencial proposto, consolidando os resultados do estudo. Os cuidadores foram identificados por números, a fim de preservar o seu anonimato.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Perfil Sócio Demográfico dos Sujeitos

O perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa pode ser observado na tabela 1. Houve a predominância do sexo feminino (90%), com idade média de 51, 53 (± 12) anos. Este grupo de mulheres era composto, quase em sua totalidade, pelas mães dos pacientes especiais.

Nesse sentido, a maioria dos cuidadores era do lar, apresentando alguma relação de parentesco com o paciente especial.

Achado semelhante foi encontrado no estudo de Mariusso (2016), onde as mães apareceram como as principais cuidadoras das pessoas com deficiência, salientando-se a importância do vínculo materno com esses indivíduos.

Santos et al (2009) observaram que o grau de parentesco entre o cuidador e a pessoa com deficiência, exerce influencia sobre a escolha do responsável pelos cuidados junto ao PNE, fazendo com que a rotina estabelecida e as dificuldades que possam surgir dessa condição de cuidador, sejam enfrentadas mais facilmente (SANTOS et al, 2009).

Em relação à raça, 48% se declararam brancos, seguidos por 48% pardos, 2% de raça negra e 2% amarela. Quanto ao estado civil, 36% dos cuidadores se declararam casados, 24% são solteiros, 22% são viúvos, 8% estão em união estável e 10% são separados. Em geral, os cuidadores residem com seus familiares (84%), sendo a família composta, em 80% dos casos, por duas a quatro pessoas – pai, mãe e filhos.

Quando questionados acerca do nível educacional, 54% afirmaram possuir o ensino fundamental. Trigueiro et al (2011), pesquisando sobre o perfil sociodemográfico de cuidadores de pessoas com deficiência física, encontraram resultados que corroboram com o presente estudo; os cuidadores eram, em sua maioria, mulheres com baixa renda e baixo nível de escolaridade.

A renda mensal das famílias, em tela, ficou em torno de um salário mínimo para a maioria dos entrevistados (44%). Tal renda é proveniente de aposentadoria do PNE ou adquirida, de forma autônoma, por meio de trabalhos realizados no próprio domicílio. Esses dados são semelhantes aos resultados encontrados no estudo de Braccialli et al (2012), ao citar que os cuidadores se dedicam 24 horas por dia à tarefa de cuidar, ou seja, não apresentam atividade laboral formal, sendo esta uma alternativa encontrada pelas famílias, para atender à demanda de cuidados para o paciente especial.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos cuidadores de PNE. Currais Novos/ RN, 2016.

	N	%
Sexo		
Masculino	5	10
Feminino	45	90
Raça		
Branca	24	48
Parda	24	48
Negra	1	2
Amarela	1	2
Estado civil		
Solteiro	12	24
Casado	18	36
União estável	4	8
Separado	5	10
Viúvo	11	22
Escolaridade		
Fundamental	27	54
Médio	17	34
Superior	2	4
Não alfabetizado	4	8
Com quem reside		
Sozinho	1	2
Familiares	42	84
Companheiro	7	14
Número de pessoas na residência		
Uma	1	2
Duas a quatro pessoas	40	80
Cinco ou mais pessoas	9	18
Renda pessoal		
<1 SM	5	10
1 SM	19	38
2 SM	11	22
Não possui	15	30
Renda familiar		
<1 SM	2	4

1 SM	22	44
2 SM	18	36
≥3 SM	6	12
Desconhece	2	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5.2. Saúde Bucal e Qualidade de Vida dos Cuidadores

Sabe-se que a qualidade de vida das pessoas sofre forte influência das condições de saúde, em especial das condições de saúde bucal. Assim, visando conhecer o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida dos cuidadores de PNE utilizou-se o OHIP-14, em seus diversos domínios, analisando-se as variáveis categóricas: sem impacto (nunca) e com impacto (às vezes, raramente, constantemente ou sempre). Observa-se que em todos os domínios do OHIP-14, houve impacto sobre a qualidade de vida, entretanto, ressaltam-se as repercussões psicológicas e comportamentais das doenças bucais. Os domínios que apresentaram maior frequência de impacto foram ***dor física*** e ***desconforto psicológico***, ambos presentes em 74% dos entrevistados. Situação semelhante foi encontrada também, no estudo de Alvarenga et al (2011) ao referir que, entre adultos e idosos de Araraquara, os maiores impactos foram relacionados ao desconforto para comer e à dor. Na tabela 2 está representada a frequência das respostas de acordo com cada domínio do OHIP-14.

Tabela 2 – Distribuição do impacto do OHIP-14 e suas dimensões. Currais Novos/RN. 2016.

	N	**%**
OHIP-14 Geral		
Não impactou	4	8
Impactou	46	92
Limitação funcional		
Não impactou	18	36
Impactou	32	64
Dor física		
Não impactou	13	26
Impactou	37	74

Desconforto psicológico		
Não impactou	13	26
Impactou	37	74
Incapacidade física		
Não impactou	16	32
Impactou	34	68
Incapacidade psicológica		
Não impactou	16	32
Impactou	34	68
Incapacidade social		
Não impactou	31	62
Impactou	19	38
Invalidez		
Não impactou	36	72
Impactou	14	28

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

É relevante ressaltar que as odontalgias, em adultos, refletem a exclusão social, histórica, do acesso à saúde bucal dessa população na sociedade brasileira. Os serviços de Saúde Bucal, no Brasil, por décadas, direcionaram suas ações de saúde bucal para escolares e gestantes, ficando a população adulta, em grande monta, excluída dos serviços de saúde bucal (LACERDA et al, 2011). Além da dificuldade de acesso, o horário de funcionamento das unidades de saúde, geralmente, é diurno; coincidindo com o horário de trabalho de grande parcela desse público.

A dor apresenta impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, ocasionado pelo sofrimento e pelas limitações causadas no cotidiano (LACERDA et al, 2011). Nesse contexto, é notório que a maioria dos indivíduos só procura atendimento odontológico em casos de dor de dente ou desconforto bucal.

O estudo realizado por Pinho (2012) evidenciou que indivíduos com dor de dentes apresentavam maiores possibilidades de ter uma qualidade de vida ruim, considerando-se os domínios psicológico, físico e ambiental. Dessa forma, as pessoas que sofrem com dores de dente, geralmente têm uma percepção negativa de sua qualidade de vida. Pinho aponta, ainda, que o baixo nível de renda se

apresenta como fator comprometedor da qualidade de vida, uma vez que pessoas com baixo poder aquisitivo têm mais chance de sofrer com dor de dente.

Os resultados deste estudo também são corroborados pelos achados do estudo de Silva et al (2010), ao realizar pesquisa com os usuários do serviço público de saúde, demonstrando que no domínio desconforto psicológico os aspectos mais citados, em relação à perda dentária, foi a vergonha e a preocupação com a boca (desconforto psicológico).

A capacidade funcional ao alimentar-se e a presença de dor, são os fatores que têm mais impacto positivo e negativo, respectivamente, sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Possuir um sorriso bonito também exerce grande influência, uma vez que, as exigências estéticas da sociedade atual, bem como do mercado de trabalho, acabam por rotular ou censurar as pessoas que não se encaixem nos padrões “ideais” de beleza (PEREIRA, 2010).

As variáveis sociodemográficas encontradas no estudo foram associadas aos domínios de qualidade de vida fornecidos pelo OHIP-14, como está representado na Tabela 3. Para verificar a ocorrência de significância estatística foi feito o teste Kruskal-Wallis e o índice adotado foi $p<0,05$. Observando o escore geral do OHIP-14 vê-se que houve significância estatística em relação ao estado civil (0,040) e ao nível de escolaridade (0,035) dos cuidadores, ou seja, impactando negativamente sobre sua qualidade de vida. Para o domínio “dor física”, que aborda sensação dolorosa e o desconforto ao se alimentar, apenas o estado civil apresentou significância estatística (0,033). O domínio “incapacidade física”, que trata da dificuldade em se alimentar também mostrou significância estatística em relação ao estado civil (0,047) e à escolaridade (0,023).

O domínio “incapacidade psicológica”, que aborda questões relacionadas a sentir-se envergonhado e ter dificuldade para relaxar, apresentou também, significância estatística para estado civil (0,009) e para a escolaridade (0,017). Destaca-se que a maioria dos entrevistados (36%) era de pessoas casadas e 54% destes possuíam apenas o ensino fundamental.

Vê-se que as mulheres casadas ou em união estável predominam entre os cuidadores. Fica claro que são elas que assumem a tarefa de cuidar dos parentes com algum tipo de deficiência, acumulando certamente, outras tarefas domésticas. As mulheres assumem múltiplos papéis dentro da sociedade, isto é, dentro e fora do lar, sobrepondo funções e exercendo uma pesada carga de trabalho. Talvez, tal fato

contribua para que não se permitam cuidar de si mesmas, sublimando as suas dores físicas e psicológicas.

Quanto à dor física, os dados encontrados aproximam-se dos resultados do estudo realizado por Oliveira (2011), que confirmam os efeitos cumulativos da cárie e de outras doenças bucais, isto é, limitação funcional, dor, perda estética e insatisfação com a boca ou com os dentes, comprometendo, dessa forma, a qualidade de vida dos sujeitos.

Mariusso (2016) aponta que o nível educacional e as condições socioeconômicas, também apresentam relação direta com a prevalência de cárie e com a qualidade de vida. Somam-se a isso, todas as dificuldades que se apresentam no cenário do cuidar das pessoas com deficiência.

Pereira (2010) relata que pessoas com melhores condições econômicas e com maior nível educacional tendem a adotar um estilo de vida mais saudável, apresentando, também, uma melhor auto percepção e autocuidado em saúde. Um maior nível educacional também pode incidir sobre uma melhor prática de cuidado com os dentes.

Cabe ressaltar que os cuidadores, embora apresentem necessidades de tratamento odontológico, alguns, inclusive, desdentados totais, não compreendem tal situação como desfavorável para sua qualidade de vida, considerando que os escores que predominaram nas suas respostas foram “raramente” ou “nunca”.

Alvarenga et al (2011) destacam que, ao analisar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, deve-se observar várias condições que afetam a percepção dos indivíduos e suas atitudes no exercício das atividades cotidianas. Reforçam ainda que a concepção de saúde ou doença é muito subjetiva para cada pessoa, sofrendo influência de fatores psicológicos, sociais e culturais, podendo não estar relacionados a real situação clínica do indivíduo. Nesse contexto, algumas pessoas apresentam baixa expectativa em relação à saúde bucal, sentindo-se satisfeitas com a sua condição, mesmo quando apresentam sérias limitações. Talvez, situações de saúde mais graves, sejam percebidas de maneira mais negativa sobre sua qualidade de vida. Faz-se crer que os problemas bucais são relegados a segundo plano, quando comparados com os problemas de saúde mais gerais. Nesse sentido, torna-se relevante oportunizar práticas educativas que permitam elevar o nível de conhecimento e consciência dos indivíduos acerca da importância de se manter boca e dentes saudáveis.

Semelhante ao estudo de Alvarenga et al (2011), não se encontrou, na maioria das respostas, emitidas pelos cuidadores, relação entre problemas bucais e incapacidade para realizar as atividades diárias da vida.

Mariusso (2016) relata que, geralmente, a ausência de dor é observada como parâmetro para avaliar as condições de saúde bucal. Assim sendo, a opinião do indivíduo não retrata a situação real de saúde bucal, visto que essa análise deve ser mais abrangente do que a presença de dor.

Tabela 3 – Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida avaliado pelo OHIP-14 de acordo com os parâmetros sexo, estado civil, escolaridade e renda familiar. Currais Novos/RN, 2016.

	OHIP-14 Geral	*P*	Limitações físicas	*p*	Dor física	*p*	Desconforto psicológico	*p*
	Md		Md		Md		Md	
Sexo								
Masculino	5,72	0,357	1,02	0,213	1,34	0,452	1,10	0,414
Feminino	4,71		0,51		1,00		1,00	
Estado civil								
Solteiro	10,28		1,02		2,00		1,80	
Casado	5,22		0,75		0,51		0,90	
União estável	2,67	**0,040**	0,51	0,855	1,16	**0,033**	0,68	0,178
Separado	3,45		0,49		1,00		0,90	
Viúvo	3,12		0,51		0,66		1,00	
Escolaridade								
Fundamental	5,75		1,00		1,00		1,55	
Médio	3,28	**0,035**	0	0,064	1,00	0,593	0,90	0,056
Superior	1,75		0,75		0,50		0	
Não alfabetizado	8,29		0,76		1,17		1,23	
Renda familiar								
<1 SM	11,59		2,51		1,34		2,35	
1 SM	4,81		0,49		1,16		1,28	
2 SM	4,93	0,239	1,00	0,232	1,00	0,231	0,95	0,255
≥3 SM	2,18		0,25		0,17		0,45	
Desconhece	5,35		1,26		1,33		0,90	

Fonte: Autora, 2016.

Tabela 3 – Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida avaliado pelo OHIP-14 de acordo com os parâmetros sexo, estado civil, escolaridade e renda familiar. Currais Novos/RN, 2016.

	Incapacidade física	*p*	Incapacidade psicológica	*P*	Incapacidade social	*p*	Invalidez	*p*
	Md		Md		Md		Md	
Sexo								
Masculino	0,48	0,817	1,20	0,843	1,24	0,078	0	0,554
Feminino	0,52		0,60		0		0	
Estado civil								
Solteiro	2,00		2,00		0,57		0,62	
Casado	0,52		0,60		0		0	
União estável	0,26	**0,047**	0,20	**0,009**	0	0,349	0	0,069
Separado	0,52		0		0		0	
Viúvo	0,48		0,40		0		0	
Escolaridade								
Fundamental	1,04		1,20		0		0	
Médio	0	**0,023**	0	**0,017**	0	0,135	0	0,335
Superior	0,50		0		1,38		0	
Não alfabetizado	1,26		1,20		0		1,00	
Renda familiar								
<1 SM	1,50		2,00		1,00		0,89	
1 SM	0,76	0,200	0,70	0,263	0	0,218	0	0,666
2 SM	1,00		0,60		0		0	
≥3 SM	0		0,20		0		0	
Desconhece	1,26		0,60		0		0	

Fonte: Autora, 2016

5.3. Percepção e o conhecimento dos cuidadores acerca da Saúde Bucal

Entre os 23 cuidadores que participaram das entrevistas, 14 deles relataram ter dentes cariados ou sangramento na boca e nove declararam não possuir tais problemas (Quadro 3). Quando questionados sobre dor de dentes, 20 referiram algum tipo de dor em algum momento da vida e três disseram nunca ter sentido dores nos dentes. Quanto à perda dental, todos apresentam algum tipo de perda dentária, variando na quantidade de elementos dentários perdidos. Ao serem questionados a respeito de como classificavam seus dentes e gengivas, a maioria classificou como sendo regulares (8), ruins (4) ou péssimos (2). Quatro cuidadores disseram não ter opinião, cinco classificaram como bons e nenhum classificou como excelentes.

Quadro 3. Condição de Saúde Bucal do cuidador. Currais Novos/RN, 2016.

QUESTIONAMENTO			SIM		NÃO	
1-Presença de dente cariado ou sangramento			14		9	
2-Já sentiu dor de dente			20		3	
3-Já perdeu algum dente? Quantos?	De 01 a 03		6		0	
	De 04 a 08		6		0	
	Mais de 10		8		0	
	Todos		3		0	
4- Como você classifica seus dentes e gengivas?	**Excelentes**	**Bons**	**Regulares**	**Ruins**	**Péssimos**	**Não tem opinião**
	0	5	8	4	2	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Moreira, Nations e Alves (2007) apontam que as condições de saúde bucal revelam tanto um registro quantitativo, como também, uma história de vida; pois indivíduos com baixa renda, baixa escolaridade e poucas oportunidades no mercado de trabalho, atrelada a uma condição de saúde bucal insatisfatória, reforça o estigma do indivíduo e aumenta sua exclusão social. Nesse contexto, torna-se necessário reduzir as desigualdades em saúde, uma vez que estas têm reflexo significativo nas condições de saúde bucal da população brasileira. A desigualdade socioeconômica é percebida em grande parte dos agravos bucais, bem como nos indicadores de acesso e utilização dos serviços odontológicos, tanto no âmbito individual como no coletivo (PERES et al, 2012).

Com relação à higiene bucal do paciente especial, oito cuidadores relataram que são os responsáveis por essa higienização, 11 disseram que o paciente especial realiza a higiene sozinho, e quatro cuidadores o fazem em parceria com o paciente (Quadro 4).

Quadro 4. Classificação da boca do PNE. Currais Novos, 2016.

QUESTIONAMENTO			Cuidador	PNE		Cuidador + PNE
Quem higieniza			8	11		4
Como você classifica os dentes e gengivas do PNE?	**Excelentes**	**Bons**	**Regulares**	**Ruins**	**Péssimos**	**Não tem opinião**
	1	10	4	4	4	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ficou evidente, nas falas dos cuidadores, que a higiene bucal dos pacientes especiais não é um hábito diário considerado relevante, pois os pacientes e cuidadores só o fazem quando não há maiores dificuldades ou outras prioridades. Desse modo, ficam comprometidas tanto a qualidade da escovação como a sua frequência.

> "... ele disse que não é mais criança pra eu escovar, ele faz sozinho."
> (Cuidador 9)

Mariusso (2016) ressalta a importância de se conhecer a percepção dos cuidadores, em relação aos hábitos de higiene, visto que estes cuidadores são responsáveis pelos cuidados, em saúde geral e bucal, dos pacientes especiais. Nesse caso, é fundamental conhecer tais percepções, saberes e práticas antes de se ofertarem capacitações sobre saúde bucal.

Oliveira (2011) enfatiza que os pais devem levar os pacientes especiais ao dentista desde a mais tenra infância, visto que, quanto mais jovens, maior a probabilidade de se tornarem colaborativos e receptivos às orientações ofertadas pelos profissionais, adquirindo hábitos que perduram por toda a vida do paciente.

As pessoas com deficiência apresentam risco elevado para desenvolver cáries e doença periodontal, visto que vários fatores contribuem para isso, podendo-se citar: falta de habilidade motora, dificuldade para abrir a boca, redução do fluxo salivar, respiração bucal, entre outros. Por esses motivos a higiene bucal deve ser realizada de forma eficiente pelo paciente e familiares/cuidadores. Várias técnicas

podem ser utilizadas para auxiliar na higienização desses pacientes, podendo-se realizar desde a adaptação caseira de escovas dentais, com a finalidade de melhorar a empunhadura pelo deficiente, até o uso de escovas elétricas as quais dispensam a realização de movimentos mais complexos durante a escovação. Formas artesanais de espessamento do cabo da escova podem ser feitas, como o uso de palhetas abaixadoras de língua ou a adaptação da escova dental em escovas de unhas (CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013).

Quando os cuidadores foram solicitados a classificarem os dentes e gengivas do paciente especial sob seus cuidados, 10 deles classificaram os dentes e as gengivas como bons, quatro disseram ter uma condição regular, quatro disseram ser ruins, quatro classificaram como péssimos e apenas um considerou como excelente.

Apesar de a maioria dos cuidadores classificar como bons, todos relataram a presença de grande quantidade de biofilme dental nos pacientes sob seus cuidados, bem como a presença de dentes cariados, mostrando aí uma contradição evidente entre a classificação feita por eles e a real condição da higiene bucal do PNE.

> “... fico preocupada com meu filho... porque os dentes dele são muito bons, mas ele não cuida, né?” (Cuidador 7).

> “Eu sempre escovo os dentes dela, mas os da frente são assim ó, tudo preto” (Cuidador 19).

> “... ele não sabe escovar direito, aí fica aquela gengiva avermelhada, às vezes sangra...” (Cuidador 10).

Escovar os dentes diariamente e após as refeições são práticas que previnem o aparecimento de doenças bucais, como as gengivites, que se iniciam com sangramento das gengivas. Observam-se como sinais clínicos de doença já instalada, as gengivas sensíveis, porém este quadro é reversível com realização de uma escovação adequada (PEREIRA et al, 2014).

Um dos principais problemas bucais identificados, nas pessoas com deficiência, é a higiene bucal insatisfatória; este fato, por vezes, tem como agravante a baixa renda familiar, que compromete a aquisição de alimentos mais saudáveis, e a aquisição de escovas, dentifrícios e fios dentais (QUEIROZ et al, 2014).

Para Silva et al (2011), um controle efetivo individual do biofilme dental, com escovação e uso do fio dental, é de suma importância para a prevenção da cárie e

das doenças periodontais. A higiene bucal do paciente especial deve ser pensada individualmente para cada paciente, priorizando a sua deficiência de base. O paciente deve estar envolvido no processo educativo e motivacional, buscando uma mudança de práticas para manutenção e recuperação da saúde bucal.

Outro questionamento direcionado aos cuidadores foi acerca das dificuldades encontradas para realizar a higiene bucal diária no paciente especial (Quadro 5). Como resposta, 14 relataram existir dificuldade nessa atividade e nove disseram que não encontravam dificuldade alguma. Nesse quesito, percebe-se uma ambivalência nas falas dos cuidadores, uma vez que nove deles afirmaram não apresentar dificuldade para realizar a higiene bucal no PNE, entretanto, quando indagados posteriormente, em outra questão, relataram sentir “algum tipo de dificuldade” para a realização da tarefa, mesmo oferecendo como justificativa a “falta de tempo”. Isso sugere que talvez não haja prioridade para as ações de higiene bucal, ou que essa esteja em segundo plano, certamente, pelo fato do cuidador não conhecer os danos que os problemas bucais trazem para o funcionamento saudável do corpo humano. Entre as dificuldades apresentadas, a “resistência” do paciente especial foi a mais citada, seguida por dificuldades no manejo e outras causas (não compreensão do que o paciente diz, e ao fato do paciente fazer uso de fumo).

> “... tempo que eu não tenho, né? Porque ele fica agitado e não dá pra mim ficar limpando. A dentista quando visitava sempre ensinava a limpar, passar gaze, mas eu não vou dizer que faço, porque eu não faço. Quando eu vou dar banho nele é que faço isso”(Cuidador 20).

> “... a dificuldade é mais dele, né? Porque como ele trava muito a boca, então eu escovo... mas ele morde muito a escova e fica contraindo... aí fica difícil de a gente escovar” (Cuidador 1).

Quadro 5. Dificuldades para realização da higiene bucal no PNE. Currais Novos/RN, 2016.

QUESTIONAMENTO	SIM		NÃO
Dificuldade para higienizar	14		9
Quais dificuldades encontram	**Resistência Do PNE**	**Dificuldade no manejo**	**Outras**
	15	4	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dutra (2016) aponta que o maior obstáculo para a realização da higiene bucal no paciente especial é a aceitabilidade. Quanto maior o grau de comprometimento, intelectual ou motor, maior a dificuldade para realização da escovação diariamente.

Nesse contexto, destaca-se a importância de políticas educacionais e de promoção da saúde, para este público-alvo, buscando motivá-los em relação aos hábitos de higiene bucal, de forma que estes sejam incluídos na rotina diária.

De acordo com Caldas Jr. e Machiavelli (2013), pacientes com deficiências físicas e intelectuais possuem déficit da sua capacidade motora, dificultando a realização de uma higiene bucal satisfatória. Observam-se com frequência nesses pacientes, problemas como tártaro, gengivite, disfunção mastigatória, grande quantidade de biofilme dental, etc. Ressalta ainda, a importância de orientar adequadamente os cuidadores e familiares, em relação aos cuidados de higiene bucal da pessoa com deficiência, visto que esses cuidadores desempenham papel importante na manutenção de uma higiene bucal satisfatória.

Além das dificuldades acerca da realização de higiene bucal nos pacientes especiais, Queiroz et al (2014), apontam ainda, o alto custo dos tratamentos odontológicos e a pequena quantidade de profissionais capacitados para atendê-los, deixando clara a necessidade de capacitação dos profissionais e de ampliação do acesso ao tratamento para esses pacientes.

Os discursos obtidos através das questões abertas sofreram tratamento através da técnica de análise de conteúdo, segundo o referencial teórico proposto por Bardin (2009) e sistematizado por Minayo (2014), sendo realizada pela própria pesquisadora. Na leitura dos discursos foram constituídas três categorias, as quais tornaram possível investigar a concepção e o conhecimento dos cuidadores acerca da saúde bucal (Tabela 4).

Tabela 4 **-** Categorias e subcategorias simbólicas da saúde bucal, Currais Novos, 2016.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
CONCEPÇÃO DE BOCA SAUDÁVEL	Dentes Saudáveis	14
	Escovar os dentes	11
	Cuidar da Boca	14
	Ir ao Dentista	02
	Extrair os dentes	01
	Boa alimentação	01
MANEIRAS DE CUIDAR DA BOCA	Escovar	33
	Cuidar	09
	Evitar doces	03
	Ir ao Dentista	15
CONCEPÇÃO ACERCA DO EDENTULISMO	Feio	12
	Descuido	05
	Sofrimento	04
	Desconforto	04
	Falta de Condições para tratar	03

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Após a leitura e interpretação do material recolhido durante as entrevistas foram identificados os núcleos de sentido, isto é, descobertos os significados expressos nas falas dos entrevistados, seguindo-se a codificação. Após a codificação, emergiram subcategorias por meio das inferências e correlações realizadas pelo pesquisador com o referencial teórico adotado. Posteriormente, as subcategorias foram agrupadas em categorias temáticas significativas, manifestas nas falas dos participantes (MINAYO, 2014).

A partir dos agrupamentos das subcategorias foram elaboradas três categorias tomando por base a frequência de ocorrência das unidades de análise temática.

Concepção de boca saudável

Essa categoria evidencia a concepção dos cuidadores sobre o tema 'boca saudável'. As subcategorias e unidades de análise, obtidas a partir das ideias centrais, presentes nas falas dos cuidadores, revelam que saúde bucal é ter dentes saudáveis, escovar os dentes, cuidar da boca, ir ao dentista e ter uma boa alimentação, como mostra os relatos:

> " é cuidar bem direitinho todos os dias, tanto em casa como ir ao dentista de 6 em 6 meses, usar fio dental, uma escova certa... usar corretamente" (Cuidador 5).

> " é cuidar bem dela, ter uma boa escovação e uma boa alimentação" (Cuidador 21).

Observou-se que somente um dos cuidadores diferiu, no seu discurso, da compreensão dos demais. Para este, ter uma boca saudável corresponde à ausência de dentes na cavidade bucal:

> "...é porque a gente que trabalha na agricultura, era bom que o cabra extraísse tudo e colocasse uma prótese, não era? Porque o cabra da roça é mais difícil né? Do que quem tá na rua"(Cuidador 11).

Esta fala traz em seu bojo a concepção de presença de dentes como sinônimo de dor, devendo, portanto, serem removidos da boca para possibilitar o alívio do desconforto. No Brasil, as classes sociais menos favorecidas,

economicamente, carregam consigo histórias de dores e sofrimentos causados por problemas bucais, dores essas atribuídas tanto à falta de acesso a informações básicas de higiene bucal quanto à dificuldade de acesso à assistência odontológica em serviços públicos de saúde, para a resolução de seus problemas.

Tal situação faz com que os trabalhadores, mesmo doentes, não possam ausentar-se do trabalho em busca de uma assistência que, na maioria das vezes, inexiste, restando-lhes como única opção a extração dos dentes e a instalação de próteses dentárias, naturalizando-se assim, a perda dentária. Pereira (2010) refere que as formas de tratamento, para determinadas situações de saúde, são fortemente influenciadas pela cultura, grau de instrução e expectativa acerca da resolutividade dos serviços de saúde.

A ideia de saúde na percepção dos sujeitos em tela está muito associada à ausência de dor, isto é, uma concepção que toma por base o conceito negativo de saúde, que tem como suporte o paradigma biomédico da saúde. Pode-se observar também, que para os cuidadores, a saúde da boca é de responsabilidade do profissional dentista, ou seja, é preciso ir ao dentista para que o profissional cuide da boca, passando despercebido que cada sujeito é corresponsável pela sua saúde bucal e que a visita ao dentista deve ser realizada em situações específicas.

> "... está sem nenhum dente dodói, nenhum. Do jeito que está aqui Deus me livre. Meu sonho era não voltar nunca mais ao dentista, mas se a gente não for né? A saúde fica zero" (Cuidador 9).

> "... é tudo, né? Principalmente porque não fica com aquele negócio doendo, nem tem dente podre... isso porque uma dor de dente faz uma pessoa correr" (Cuidador 12).

Rovida et al (2013) enfatizam a necessidade de orientar os cuidadores para que compreendam que para se ter saúde bucal é necessário manter o equilíbrio das estruturas bucais, possibilitando ao indivíduo falar e viver em sociedade, sem doença ativa, incômodo ou inibição, contribuindo assim, para o bem-estar geral. Dessa forma, deve-se modificar a visão higienista e curativista da saúde, evidenciando-se a necessidade do autocuidado e da corresponsabilidade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde vem fortalecer a visão ampliada de saúde, propondo que as intervenções em saúde ampliem seu campo de atuação, tomando por base os problemas e necessidades de saúde, bem como seus

determinantes e condicionantes, atuando diretamente sobre os efeitos do adoecer, tendo impacto direto sobre as condições de vida e possibilitando a ampliação de escolhas (BRASIL, 2006).

É relevante ressaltar que a percepção que os cuidadores têm, acerca da própria saúde bucal, pode incidir diretamente nos cuidados que vão dispensar as pessoas sob seus cuidados.

Maneiras de cuidar da boca

As subcategorias que compõem essa categoria são: escovar os dentes, cuidar, evitar doces e ir ao dentista. Percebe-se então, que os cuidadores apresentam algum conhecimento sobre as formas adequadas para manter a saúde bucal. Foi citado, por alguns deles, o uso do fio dental, o uso de antissépticos bucais, bem como a questão de possuir hábitos alimentares saudáveis; porém, quando a pergunta foi direcionada às formas que eles utilizavam para cuidar da boca, a maioria citou apenas a escovação como forma de cuidado diário, deixando claro que essas práticas não ocorrem com a frequência adequada. A utilização de fio dental ainda é negligenciada por muitos cuidadores, seja por falta de recursos financeiros ou por questões culturais.

Sabe-se que a forma mais eficaz para prevenção da cárie e da doença periodontal é a remoção mecânica do biofilme dental. Para que isso aconteça de forma satisfatória, os indivíduos necessitam estabelecer hábitos saudáveis de higiene e alimentação.

Chou et al (2011) apontam que os indivíduos apresentam diferenças de conhecimento em relação aos métodos de higienização e alimentação, os quais podem levar ou não à prevenção de problemas bucais. Este fato tem origem em determinantes sociais, como por exemplo, o grau de escolaridade, o perfil socioeconômico, a oportunidade de acesso a programas educativos e serviços de saúde, impactando diretamente na condição de saúde bucal apresentada por cada indivíduo.

Glória (2011) enfatiza que os indivíduos precisam conhecer e se apropriar das ações de cuidados, necessários, para manter a saúde bucal, visando evitar danos à saúde geral, visto que a boca se constitui na porta de entrada para vários patógenos causadores de doenças sistêmicas em órgãos como coração, pulmões e estômago.

A forma que o cuidador enxerga sua própria saúde bucal, bem como seus hábitos diários de higienização da boca, certamente influencia no cuidado oferecido aos pacientes que estão sob sua responsabilidade. À medida que o cuidador negligencia a conservação da própria higiene bucal, tende a transferir as mesmas ações para a pessoa que está sob seus cuidados (VIEIRA et al, 2011).

Informações acerca do perfil dos cuidadores são relevantes no planejamento e execução de programas educativos e preventivos para esse público-alvo, uma vez que esses cuidadores têm papel fundamental na higiene bucal das pessoas com deficiência (MARIUSSO, 2016).

Nesse contexto, programas educativos e motivacionais precisam ser direcionados aos indivíduos, com intuito de modificar hábitos incorretos. Assim sendo, possibilita que tais pessoas se apropriem de conhecimentos essenciais, com vistas ao empoderamento acerca da saúde bucal. Atrelado a isso, deve-se reforçar a necessidade de retornos periódicos ao dentista. Observa-se que programas educativos, que adotam uma aprendizagem significativa em saúde bucal, atuam como transformador de hábitos, resultando em mudanças na vida dos indivíduos, tanto no âmbito individual quanto na coletividade (CHOU et al, 2011).

Concepção acerca do edentulismo

As subcategorias que emergiram para essa categoria foram: feio, descuido, sofrimento, desconforto e falta de condições para tratar.

> "... é um desgosto né? Porque pra meu gosto, eu tinha meus dentes hoje em dia. Mas eu fumava demais, acabou tudo" (Cuidador 17).

> "... Ave Maria! Acho que é um desconforto muito grande pra pessoa. Os dentes da pessoa são tudo, né?" (Cuidador 22).

> "... eu acho que o correto seria a pessoa procurar fazer o melhor, né? Pra que não chegasse a esse estado assim, que é o meu caso, né? Caso que só tenho esses três assim que o sorriso não fica nada perfeito. Porque não tem nada mais lindo que você com um sorriso todo perfeito" (Cuidador 10).

> "... pra mim, eu acho que é a coisa pior no ser humano, a pessoa sem dente" (Cuidador 7).

Ficou evidenciado, através dos relatos, que a falta de dentes tem um impacto social considerável na vida das pessoas. O discurso dos sujeitos mostra a angústia e a tristeza pela ausência dos dentes *"é um desgosto né? Porque pra meu gosto, eu tinha meus dentes hoje em dia"*. Entretanto, é importante chamar a atenção para o fato de que, os cuidadores apontaram somente a questão estética como desfavorável nessa condição de edentulismo, passando despercebidos os prejuízos e as consequências que a falta de dentes pode acarretar sobre a saúde, tais como, dificuldade de fonação, mastigação dos alimentos, desnutrição, entre outras (GLÓRIA, 2011).

Os impactos psicológicos da perda dental são evidenciados através de sentimentos de humilhação, constrangimento e vergonha. Dessa forma, os indivíduos só tendem a buscar reabilitação oral quando há comprometimento estético (OLIVEIRA; LEITE; ARRUDA, 2012). Ademais, por vezes, não conseguem realizar a reabilitação por falta de recursos financeiros, uma vez que, as próteses dentárias não são ofertadas com facilidade pelo serviço público de saúde.

É relevante ressaltar que a manutenção dos dentes na cavidade bucal harmoniza a face, bem como mantém a beleza estética. Porém, não menos importante, é a função mastigatória e de fonação, pois a ausência de dentes dificulta a pronúncia de algumas palavras (GLÓRIA, 2011). É oportuno mencionar, que a ausência de dentes prejudica também a dieta, uma vez que os alimentos não são mastigados corretamente, influindo, assim, na absorção de nutrientes.

Oliveira, Leite e Arruda (2012), ressaltam como principais fatores responsáveis pelas perdas dentais, a falta de hábitos de higiene, associados a uma má alimentação, desmotivação e falta de conhecimento sobre a importância dos dentes, remoção indevida de dentes, em conjunto com idas esporádicas ao dentista. Aponta ainda, que o governo e as equipes de saúde bucal, através das políticas públicas, devem ampliar as ações de promoção e proteção da saúde bucal, para que a população possa se apropriar de informações e conhecer a importância da manutenção dos dentes para uma boa saúde, buscando assim, evitar perdas dentárias precoces ou desnecessárias. Faz-se necessário, ainda, promover politicas públicas de inclusão social para que indivíduos possam ter, de fato, o direito à cidadania.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que, as desigualdades sociais incidem sobre as condições de saúde bucal das pessoas, influenciando também a percepção e o conhecimento dos cuidadores no que toca a saúde bucal. Nessa direção, pode-se verificar, entre os sujeitos, que a ideia de saúde bucal está associada à ausência de dor ou de lesões cariosas. Por sua vez, o edentulismo é tratado como uma condição natural, sendo o sujeito responsável pela manutenção de seus dentes na cavidade bucal. Tal fato, denota a culpabilização do indivíduo, eximindo o Estado da sua responsabilidade, ao mesmo tempo, que camufla a exclusão social daqueles que vivem à margem da sociedade brasileira.

Os cuidadores reconhecem os problemas bucais que afetam os pacientes sob sua responsabilidade, relatam, entretanto, dificuldades para a realização de uma higiene bucal adequada, e não conseguem também, atribuir a devida importância a tal procedimento.

Segundo os investigados, há dificuldade de acesso ao atendimento clínico odontológico, para os pacientes especiais, na rede pública de saúde. Nesse sentido, destaca-se, que o Centro de Especialidades Odontológicas de Currais Novos, dispõe apenas de uma equipe de saúde bucal para atender à demanda de pacientes especiais. É importante ressaltar, que a renda familiar dos cuidadores não permite que estes busquem por tratamento odontológico no setor privado de saúde. Tal cenário aponta para a necessidade de ampliação do número de profissionais para assistir a esses pacientes.

O estudo evidenciou que a qualidade de vida dos cuidadores se encontra afetada por problemas bucais, ou seja, o seu cotidiano é alterado seja por dores físicas, psicológicas ou sociais, influenciando, por conseguinte, a qualidade do cuidado prestado ao paciente especial.

Pode-se dizer, que a assistência à saúde bucal dos cuidadores e das pessoas com deficiência ainda está aquém do que se deseja para um cidadão brasileiro. Os resultados da pesquisa mostram a necessidade de se capacitar os cuidadores acerca dos problemas e alterações, que podem ocorrer na cavidade bucal, com ênfase nas repercussões sistêmicas, sociais e emocionais sobre a saúde e a vida das pessoas.

Percebe-se, que o desconhecimento acerca dos problemas bucais afeta não só a qualidade de vida dos cuidadores, mas, principalmente, daqueles que são cuidados por eles - os pacientes especiais - uma vez que estes últimos são dependentes dos primeiros, ficando a mercê de sua própria sorte.

Espera-se que este estudo, sirva para reflexão e, quiçá, um redirecionamento no âmbito da saúde bucal no município de Currais Novos, disponibilizando subsídios para programas de promoção, proteção e educação em saúde junto aos cuidadores, uma vez que, estes são os principais responsáveis pela saúde bucal das pessoas com deficiência. Faz-se necessário um esforço constante para se efetivar o vínculo entre família e equipe, a responsabilização e a integralidade do cuidado por meio da reorientação do processo de trabalho em saúde.

As propostas que preconizam o direcionamento das ações individuais para as ações coletivas, ainda se constituem um desafio para a Odontologia, visto que a formação dos profissionais ainda é bastante direcionada para as ações individuais e centradas no profissional cirurgião-dentista. Dessa forma, uma prática voltada para o coletivo surge como uma possibilidade de priorizar as atividades de promoção da saúde bucal no setor público.

Enfim, parte-se da compreensão de que o “empoderamento” dos cuidadores, acerca de saúde bucal, pode ser decisiva para a redução da incidência e prevalência das doenças bucais, proporcionando melhoria sobre a qualidade de vida, tanto dos pacientes com necessidades especiais quanto destes.

Como qualquer estudo científico, este também apresenta limitações. Em particular, no que toca ao tamanho da amostra utilizada no estudo, visto não ser suficientemente robusta para que se pudesse fazer associações e análises mais profundas com base nos domínios do OHIP-14. Isso se deu, entretanto, pelo fato da amostra ter se limitado aos cuidadores dos pacientes que estavam em tratamento no CEO, e não na totalidade da população do município de Currais Novos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. et al. Eficiência de um Programa para a Educação e a Motivação da Higiene buco-dental direcionado a Excepcionais com Deficiência Mental e Disfunções Motoras. Faculdade de Odontologia de Lins - UNIMEP. v. 12, n. 1 e 2, Jan/dez, 2000.

ALMEIDA, M. A. B. de; GUTIERREZ, G. L. Qualidade de vida: discussões contemporâneas. In: VILARTA, Roberto; GUTIERREZ, Gustavo Luis ; MONTEIRO, Maria Inês (org.). QUALIDADE DE VIDA: Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI. Campinas: Ipês, 2010. p. 151-160.

ALVARENGA, F. A. de S. et al. Impacto da saúde Bucal na Qualidade de Vida de Pacientes Maiores de 50 anos de Duas Instituições Públicas do Município de Araraquara-SP, Brasil. **Rev Odontol** UNESP, Araraquara, v. 40, n. 3, p. 118-124, maio/jun., 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRACCIALLI, L. M. P. et al. Qualidade de Vida de Cuidadores de Pessoas com Necessidades Especiais. **Rev. Bras.** Ed. Esp., Marília, v.18, n.1, p. 113-126, jan/mar, 2012.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal,1988.

BRASIL, Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004, Seção 1, p. 5. 2004. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5296-2-dezembro-2004-534980-norma-pe.html>. Acesso em 28 mai 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1.060 de 05 de junho de 2002**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em 25 de julho 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das Ações do Brasil Sorridente**. 18 p.. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência** – 2. ed. rev. atual.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 346 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.> Acesso em 10 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos - **Cadernos de Atenção Básica nº17**- Saúde Bucal. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 42 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika – Brasília, 2015. 55p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil--ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf.>. Acesso em: 23 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – *Série Pactos pela Saúde*, volume 7 - Brasília, 2006. P. 11.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Atenção à Saúde – **Guia Prático do Cuidador** – Série A: Normas e Manuais Técnicos – 2. ed., Brasília, 2009.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação Geral do Sistema de Informações Sobre a Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012. 32 p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficienciareduzido.pdf.> Acesso em: 22 mai 2016.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Avanços das Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência**: uma análise a partir das Conferências Nacionais. 1. ed. Brasília, 2012.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=2403103736458>. Acesso em: 02 ago 2014.

CALDAS JR., A. de F.; MACHIAVELLI, J. L. **Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**: introdução ao estudo – Ed. Universitária, Recife, 2013.

CALDAS JR., A. de F.; MACHIAVELLI, J. L. **Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**: Protocolos, Diretrizes e Condutas para Cirurgiões-dentistas. Ed. Universitária, Recife, 2013.

CAMPOS, J. Á. D. B. et al. Correlação entre a prevalência de cárie e a utilização de medicamentos em pacientes com necessidades especiais institucionalizados e não institucionalizados. **S a l u s v i t a**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 35-42, 2006.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32, n.2, p.232-240 maio/ago 2008.

CARNEIRO, R. M. V. **Saúde Bucal em Idosos Institucionalizados na Cidade de São Paulo: estudo epidemiológico e de auto percepção**. São Paulo, 2001. 111p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CHOU, T. T. A. et al. Avaliação do Conhecimento e Comportamento dos Pacientes em Tratamento Odontológico em Relação à Cárie, Doença Periodontal e Higiene Bucal. **RPG Rev Pós Grad**, v. 18, n. 3, p. 140-147, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n° 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

COSTA, M. N. de O. **Melhoria da Condição Bucal dos Pacientes Assistidos pelo Núcleo de Educação Especial de Beberibe-CE.** Projeto de Intervenção (Especialização). Fortaleza, 2009.

DOU. **Decreto Nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999.** Presidência da República. Diário Oficial da União 21/12/1999. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em Agosto de 2015.

DUTRA, T. T. B. **Qualidade de escovação Dentária em Indivíduos com Deficiência Intelectual Integrantes de um Programa de Saúde Bucal: estudo caso controle**. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Piauí, 71 f.. Teresina, 2016.

ELIAS, C.; ELIAS, R. Atenção Odontológica aos pacientes especiais. **Rev. Gaúcha Odontologia**, Campinas, v. 43, n. 2, p. 67-70, 1995.

FREIRE, A. L. A. e S. de S. **Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: análise da implementação de uma experiência local**. Tese de doutorado Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 254 f.. Rio de Janeiro, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLÓRIA, V. F. V. **Relação entre Condições Bucais e a Saúde Geral**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. 28 f.

GOREN, S.; BAIRD, A. Acess to Dental Care for Individuals with Special Needs. Ontario Dentist. 2000.

HENRIQUES, A. H.; BARROS, R. F. de; MORAIS, G. S. da N. Cuidado ao Cuidador na Busca de um Cuidado Humanizado em Saúde: um resgate bibliográfico. 2010. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I20456.E8.T3977.D4AP.pdf.>. Acesso em: 10 jun 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística). Banco de dados Agregados. Censo demográfico e Contagem da População. **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e deficiência**. 2012. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010CGP.asp?o=P>. Acesso em: 10 jun 2015.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística). Cidades. Censo 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240310&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 12 mai 2016.

LACERDA, J. T. et al. Prevalência da Dor Orofacial e seu Impacto no Desempenho Diário em Trabalhadores das Indústrias Têxteis do Município de Laguna, SC. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.10, p. 4275-4282, 2011.

LAHAM, C. F.; SILVA, L. A. O cuidador. In: Jacob Filho W, editor. **Avaliação global do idoso** – manual da Liga do Gâmia. São Paulo: Atheneu; p.171-179; 2006.

LANNES, C.; MORAES, S. A. V. Pacientes especiais. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos; 1991. p.1061-1068.

Lei Nº 7.853 de 24 de Outubro de 1989. Presidência da República. **Diário Oficial da União** 25/10/1989. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L7853.htm>. Acesso em: 20 ago 2015.

Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Presidência da República. **Diário Oficial da União** 20/09/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 ago 2015.

Lei Nº 10.048 de 8 de Novembro de 2000. Presidência da República. **Diário Oficial da União** 09/11/2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10048.htm>. Acesso em: 20 ago 2015.

Lei Nº 10.098 de 19 de Dezembro de 2000. Presidência da República. **Diário Oficial da União** 20/12/2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm>. Acesso em: 20 Ago 2015.

MARIUSSO, M. R. **Saúde Bucal e Qualidade de Vida de Indivíduos com Paralisia Cerebral e Síndrome de Down: percepção dos cuidadores**. Dissertação Mestrado. Araraquara: [s.n.], 2016. 81 f.

MARRA, P. S. **Dificuldades Encontradas pelos Responsáveis, para Manter a Saúde Bucal em Portadores de Necessidades Especiais**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy", Escola de Odontologia, Duque de Caxias, RJ. 2007. 96p.

MARTENS, L. Oral higiene in 12 –year- old disabled children in Flandres, Belgium, related to manual dexterity. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Munksgaard, v. 28, p. 73-80, 2000.

MARTINS, J. de J. et al. Necessidades de Educação em Saúde dos Cuidadores de Pessoas Idosas no Domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr/jun, 2007.

MATSUSHITA, C. M. **A Sobrecarga do Cuidador Informal Primário e a condição de Saúde Bucal de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais Submetidos a Tratamento Odontológico sob Sedação**. Monografia (Programa de Aprimoramento Profissional). São Paulo, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 407 p.

MOREIRA, TP; NATIONS, Marilyn Kay; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitoza. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, jun, 2007.

NOLAN, M. Working with family carers: towards a partnership approach. Reviews in Clinical Gerontology. 2001; v. 11, p. 91-97.

OLIVEIRA, A. L. B. M.; GIRO, E. M. A. Importância da Abordagem Precoce no Tratamento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais. **Odonto,** 2011, v.19, n. 38, p. 45-51.

OLIVEIRA, D. C. de. **Repercussões das Condições Bucais na Qualidade de Vida de Adolescentes em Conflito com a Lei**. Dissertação de Mestrado. Curitiba, 2011. 97 f.

OLIVEIRA, E. de F.; LIMONGI, S. C. O. Qualidade de vida de pais/cuidadores de crianças e adolescentes com síndrome de Down. **J Soc Bras Fonoaudiol,** v. 23, n. 4, p. 321-327, 2011.

OLIVEIRA, M. Z. T.; LEITE, A. C. R. de M.; ARRUDA, C. A. M. Caracterização da Perda Dentária em Usuários da Atenção Básica: um estudo bibliográfico. **Revista Formar Interdisciplinar**, Sobral - v.1, n.1, p.15-20, jul/dez, 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Relatório Mundial Sobre a Deficiência**. Tradução Lexicus Serviços linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334p.

PEREIRA, A. L. **Influência da Condição de Saúde Bucal na Qualidade de Vida dos Indivíduos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. 77 fls.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-250, abr/jun, 2012.

PEREIRA, K. C. R. et al. Percepção, Conhecimento e Habilidades de Cuidadores em Saúde Bucal de Idosos Acamados. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.5, n.3, p.34 - 41, 2014.

PERES, K. G. et al. Redução das Desigualdades Sociais na Utilização de Serviços Odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.

PINHO, A. M. S. de. **Fatores Determinantes da Dor de Dente e o Impacto na Vida Diária de Indivíduos Residentes em Betim-MG**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. 135 f.

QUEIROZ, F. de S. et al. Avaliação das Condições de Saúde Bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **Rev Odontol** UNESP, v. 43, n. 6, p. 396-401, nov/dez, 2014.

RÊGO, J. R. **Percepção dos Idosos sobre Saúde Bucal**. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Natal/RN, 2011.

ROVIDA, T. A. S. et al. O Conceito de Saúde Geral e Bucal na Visão dos Cuidadores de Idosos. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 43-46, jan/mar, 2013.

SANTOS, B. M. de O. et al. Assistência Odontológica a Portadores de Necessidades Especiais sob a Ótica dos Cuidadores. **Cienc Odontol Bras**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.49-56, abr/jun, 2009.

SANTOS, S. et al. As Causas da Deficiência Física em Municípios do Nordeste Brasileiro e Estimativa de Custos de Serviços Especializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 559-568, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00559.pdf >. Acesso em: 25 jul 2016.

SILVA, A. de S. e et al.Controle Mecânico do Biofilme Dental. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1-6. 2011.

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 841-50, 2010.

SLADE, G. D. et al. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. **J Dent Res**. v. 75, n. 7, p. 1439-1450, 1996. PMid:8876595. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/00220345960750070301>. Acesso em: 10 ago 2016.

TRIGUEIRO, L. C. de L. et al. Perfil Sociodemográfico e Índice de Qualidade de Vida de Cuidadores de Pessoas com Deficiência Física. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.3, p. 223-7, jul/set, 2011.

VIEIRA, J. C. et al. Um Olhar Sobre os Cuidadores de Idosos de Instituições Geriátricas de João Pessoa, Paraíba: perfil e cuidados com a saúde bucal dos idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 3, p. 604-618, jul./set, 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14)

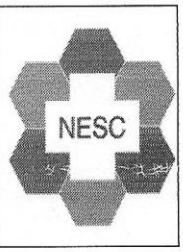
Agora serão feitas perguntas sobre como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia a dia.

Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida, ou seja: nunca, raramente, às vezes, constantemente ou sempre, em relação ao último mês. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

PERGUNTAS	0	1	2	3	4
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Currais Novos, 01 de Outubrode 2015.

À Senhora Secretária Municipal de Saúde

Luziane dos Santos Guimarães

Solicitamos a V. S.ª autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: **"Pacientes com Necessidades Especiais: um olhar sobre o cuidador"**,a ser realizadapela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família Anne Christine de Macêdo Silva Gomes, sob a orientação da Profª. Drª. Maísa Paulino Rodrigues. A pesquisa será realizada com os cuidadores de pacientes com necessidades especiais que estiverem em tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Gilberto Lins e tem como objetivo Identificar conhecimentos e concepções dos cuidadores de pacientes com necessidades especiais acerca da saúde bucal.

Durante o procedimento de coleta de dados será aplicado um questionário aos cuidadores de pacientes com necessidades especiais contendo questões de múltipla escolha (OHIP-14)que contém questões referentes aos objetivos do estudo.

Após a consolidação dos dados os resultados da pesquisa serão apresentados aos sujeitos envolvidos na pesquisa de forma que possam ser debatidos e embasem o planejamento deestratégias de ações para o público-alvo.

Pedimos ainda autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final assim como em futuras publicações na forma de artigos científicos. Esclarecemos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Salientamos que a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Currais Novos neste estudo será valorosa para o desenvolvimento científico em saúde.

Estando certos de vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Maisa Paulino Rodrigues
Coordenadora do MPSF / UFRN
Mat.: 082178 - 4

Profª. Drª. Maísa Paulino Rodrigues

Coordenadora e Orientadora do Projeto

AUTORIZAÇÃO

(X) Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

Luziani dos Santos Guimarães
Secretária Municipal de Saúde
CPF 023.867.254-99

Luziane dos Santos Guimarães

Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura de Currais Novos.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CEP: 59380-000 Rua Abílio Chacon, 346 – JK – Fone: (0xx84) 3405-2731.
CNPJ: 12.981.841/0001-06

CARTA DE ANUÊNCIA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes-CEP- HUOL.

Eu, Luziani dos Santos Guimarães Secretária Municipal de Saúde do Município de Currais Novos/RN venho por meio desta,informar a V. S.ª que autorizo a pesquisadora Anne Christine de Macêdo Silva Gomes, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, RENASF/UFRN a desenvolver sua pesquisa intitulada **"Pacientes com Necessidades especiais: um olhar sobre o cuidador"**, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Maísa Paulino Rodrigues da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS;

2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;

3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e

4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Currais Novos, 05 de Outubro de 2015.

Luziani dos Santos Guimarães
Secretária Municipal de Saúde
CPF 023.867.254-99

Luziane dos Santos Guimarães

Secretária Municipal de Saúde

CPF: 023.867.254-99

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Currais Novos, 01 de Outubrode 2015.

À Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Dr. GilbertoLins

Sra. Maria das Neves Cruz

Solicitamos a V. S.ª autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: **"Pacientes com Necessidades Especiais: um olhar sobre o cuidador"**,a ser realizadapela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família Anne Christine de Macêdo Silva Gomes, sob a orientação da Profª. Drª. Maísa Paulino Rodrigues. A pesquisa será realizada com os cuidadores de pacientes com necessidades especiais que estiverem em tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Gilberto Lins no município de Currais Novos/RN e tem como objetivo Identificar conhecimentos e concepções dos cuidadores de pacientes com necessidades especiais acerca da saúde bucal.

Durante o procedimento de coleta de dados será aplicado um questionário aos cuidadores de pacientes com necessidades especiais contendo questões de múltipla escolhae o questionário OHIP-14 com questões referentes aos objetivos do estudo.

Após a consolidação dos dados os resultados da pesquisa serão apresentados aos sujeitos envolvidos na pesquisa de forma que possam ser debatidos e embasem o planejamento deestratégias de ações para o público-alvo.

Pedimos ainda autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final assim como em futuras publicações na forma de artigos científicos. Esclarecemos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que

trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Salientamos que a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Currais Novos neste estudo será valorosa para o desenvolvimento científico em saúde.

Estando certos de vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Maísa Paulino Rodrigues

Maisa Paulino Rodrigues
ice - Coordenadora do MPSF / UFRN
Mat.: 082178 - 4

Coordenadora e Orientadora do Projeto

AUTORIZAÇÃO

(x) Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

Maria das Neves da
Coordenadora CEO-CI

Maria das Neves Cruz

Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Dr. GilbertoLins

BRASIL SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO

Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Gilberto Lins

Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes-CEP- HUOL.

Eu, Maria das Neves da Cruz Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Gilberto Lins, do Município de Currais Novos/RN venho por meio desta, informar a V. S.ª que autorizo a pesquisadora Anne Christine de Macêdo Silva Gomes, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, RENASF/UFRN a desenvolver sua pesquisa intitulada **"Pacientes com Necessidades especiais: um olhar sobre o cuidador"**, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Maísa Paulino Rodrigues da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Declaro estar ciente e cumprir os requisitos éticos em pesquisa, em especial os da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares. A instituição é ciente de suas responsabilidades como participante desse projeto pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Currais Novos, 06 de Outubro de 2015.

Maria das Neves da Cruz
Coordenadora CEO-CN-RN

Maria das Neves Cruz

Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Gilberto Lins

CPF: 041.892.784-75

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pacientes com Necessidades Especiais: um olhar sobre o cuidador.
Pesquisador: ANNE CHRISTINE M.S. GOMES
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 52892715.6.0000.5292
Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.439.851

Apresentação do Projeto:
Projeto de pesquisa que tem como foco principal os cuidadores de pessoas com limitações (física ou psicomotora). O objetivo será identificar os conhecimentos e as concepções dos cuidadores de pessoas com necessidades especiais acerca da saúde bucal, bem como conhecer o impacto que essas concepções têm sobre a qualidade de vida destes sujeitos. A pesquisa será desenvolvida no Centro de Especialidades Odontológicas da cidade de Currais Novos/RN. Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e qualitativo. Para a coleta de dados quantitativos será aplicado um
questionário composto por duas partes: a primeira parte aborda os aspectos sócio demográficos, e, a segunda parte é composta pelo índice OHIP- 14 que visa identificar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida dos cuidadores. Após a aplicação do questionário serão feitas entrevistas através de quatro grupos focais, compostos por 6 componentes cada, tendo a presença de um moderador e de um relator, orientados por um roteiro norteador que buscará captar a percepção dos cuidadores em relação à saúde bucal, o seu papel como cuidador e as dificuldades e facilidades para a execução da prática de higiene bucal. Os dados quantitativos serão analisados através do programa estatístico SPSS 22.0 e os dados qualitativos serão submetidos a análise de conteúdo temática a luz do referencial teórico de Minayo.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

Continuação do Parecer: 1.439.851

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:Identificar conhecimentos e concepções dos cuidadores de pacientes com necessidades especiais, acerca da saúde bucal.

Objetivo Secundário:Apreender o conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal;

•Conhecer a percepção dos cuidadores acerca da saúde bucal;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos da pesquisa são mínimos, os quais podem ocorrer no momento da aplicação do instrumento de coleta. É garantido ao participante o direito
de retirar o consentimento em participar da pesquisa em qualquer momento e sem nenhuma penalidade ao mesmo. Caso seja identificado e comprovado algum dano ao respondente advindo da pesquisa, ele será devidamente indenizado pelos pesquisadores.

Benefícios: Conhecer a percepção que os cuidadores têm acerca da saúde bucal e estabelecer um diagnóstico que vai servir de base para reformulação da
assistência em saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais, buscando proporcionar melhorias na qualidade de vida desses sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem elaborada e fundamentada. Apresenta coerência metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as orientações para submissão de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos ao CEP/HUOL.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto e dos termos de apresentação obrigatória somos favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

Continuação do Parecer: 1.439.861

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630496.pdf	01/02/2016 16:39:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_2016.docx	01/02/2016 16:37:39	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	01/02/2016 16:35:08	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_ceo.pdf	01/02/2016 16:32:35	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_ceo.pdf	01/02/2016 16:32:00	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_secretaria.pdf	01/02/2016 16:31:26	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_secretaria_saude.pdf	01/02/2016 16:30:50	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_carimbada.pdf	01/02/2016 16:26:13	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FOLHA_PESQUISADOR.docx	24/11/2015 15:49:31	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Outros	aut_gravacao.docx	23/11/2015 22:59:26	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/11/2015 22:56:24	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	23/11/2015 22:53:34	ANNE CHRISTINE M.S. GOMES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

NATAL, 07 de Março de 2016

Assinado por:
HELIO ROBERTO HEKIS
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA ACESSAR O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, A PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E AS DIFICULDADES PARA REALIZAR A HIGIENE BUCAL EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Parte 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Idade:___ **Sexo**: M( ) F( ) **Naturalidade:** _____

Raça ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena

1.1 ESTADO CIVIL: ( ) Solteiro(a) ( )Casado(a) ( ) União estável ( ) Separado(a)

1.2 ESCOLARIDADE

Estuda? ( )SIM ( ) NÃO

1.3 NÍVEL ESCOLARIDADE: ( ) Fundamental ( ) Médio ( )Superior ( ) não alfabetizado

Fundamental: ( )Comp / ( )incomp Médio:( )Comp/ ( )incomp

Superior: ( )Comp /( ) incomp

2- SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

2.1 COM QUEM RESIDE: ( ) Sozinho ( )Familiares ( )Companheiro(a) ( )no local de trabalho (com a família do PNE)

2.2 Nº DE PESSOAS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA: ( )Mora sozinho(a) ( )Duas a quatro pessoas ( ) cinco ou mais

2.3 RENDA PESSOAL ( )Menos de um salário mínimo ( )Um salário mínimo ( )Dois salários mínimos ( ) Três ou mais salários mínimos

2.4 RENDA DA FAMÍLIA

( )Menos de um salário mínimo ( )Um salário mínimo ( )Dois salários mínimos

( ) Três ou mais salários mínimos ( ) Desconhece

Parte 2

1- **Você tem algum dente estragado ou sua boca sangra?** ( ) SIM ( ) NÃO

2- **Já sentiu dor de dente?** ( )SIM ( ) NÃO

3 **- Já perdeu algum dente?** ( ) SIM ( ) NÃO **Quantos mais ou menos?**

4- **Você já foi ao dentista?** ( )SIM ( ) NÃO

4.1 **Por quê? Quando foi a última vez**?

5 - **Como você classifica seus dentes e gengivas?**

( ) Excelentes ( ) Bons ( ) Regulares ( ) Ruins ( ) Péssimos ( ) Não tenho opinião

6 – **Para você, o que é uma boca com saúde?**

7- **O que é preciso fazer para ter os dentes bons e uma boca com saúde**?

8- **Você cuida da sua boca?** ( ) SIM ( ) NÃO **Como?**

9 - **O que você acha ou sente quando vê uma pessoa "banguela" (sem dente)?**

10 - **Você cuida de (citar o nome do PNE) há quanto tempo?**

( ) menos de um ano ( ) de 1 a 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) mais de 10 anos

11- **Alguém escova os dentes ou limpa a boca de (citar nome do PNE)?** ( ) SIM ( )NÃO

11.1 **Quem faz isso?**

12 - **Como você classifica os dentes e as gengivas de (nome do PNE)?**

( ) Excelentes ( ) Bons ( ) Regulares ( ) Ruins ( ) Péssimos ( ) Não tenho opinião

13-**Você sente alguma dificuldade para limpar os dentes de (nome do PNE) ?**

( ) SIM NÃO ( )

13.1 **Que dificuldades são essas?**

( ) Resistência do PNE ( ) Dificuldades pessoais com essa atividade

( ) Dificuldade no manejo ( ) Outras. Quais?

APÊNDICE - B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para participar da pesquisa: **"Pacientes com Necessidades Especiais: um olhar sobre o cuidador"**, sob a responsabilidade da pesquisadora Anne Christine de Macêdo Silva Gomes, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e orientação pela Profª. Drª Maisa Paulino Rodrigues. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem precisar justificar e sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Essa pesquisa tem como objetivo principal identificar os conhecimentos e as concepções dos cuidadores de pessoas com necessidades especiais acerca da saúde bucal, bem como conhecer o impacto que essas concepções têm sobre a qualidade de vida destes sujeitos. Algumas perguntas serão feitas ao senhor(a) para podermos identificar esse conhecimento.

Caso aceite o convite, a sua participação no referido estudo será através da resposta de um questionário sobre suas condições de saúde bucal, como realiza a higiene bucal nos pacientes sob seus cuidados e algumas questões sobre a percepção em relação a sua condição de saúde bucal. Os riscos envolvidos serão mínimos durante a aplicação dos questionamentos, mas é relevante esclarecer que tais riscos serão minimizados pela realização das entrevistas em ambiente reservado e que sua privacidade será respeitada, não sendo divulgado nenhum dado ou elemento que possa de alguma forma identificá-lo. O senhor(a) não será penalizado por nenhuma questão respondida.

A sua participação deve ser voluntária, podendo o(a) senhor(a) desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem precisar justificar, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Não haverá

pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver reembolso caso haja alguma despesa comprovada referente à pesquisa. O(a) senhor(a) também poderá ser indenizado(a) caso aconteça algum dano com você e se for comprovado que esse dano foi decorrente da pesquisa.

Como benefícios da pesquisa o(a) senhor(a) contribuirá para a elaboração de ações e políticas públicas que busquem minimizar os agravos à saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais, trazendo assim melhorias na qualidade de vida desses pacientes.

Durante todo o curso da pesquisa lhe é garantido acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Você ficará com uma cópia desse Termo de Consentimento podendo tirar qualquer dúvida a respeito da pesquisa com a pesquisadora Anne Christine de Macêdo Silva Gomes, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, com a Profª Drª Maisa Paulino Rodrigues, orientadora da mesma, por meio do telefone (84) 3342-2275 ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), 3º subsolo, localizado à Avenida Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Natal/RN - 59.012-300, Brasil, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br, localizado Telefone/Fax (84) 3342-5003.

Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa: **“Pacientes com Necessidades Especiais: um olhar sobre o cuidador.”**

_____

Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica

_____

Pesquisadora Responsável

Anne Christine de Macêdo Silva Gomes

Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970,

Fone/fax: 3342-2275.

Currais Novos, _____ de _____de 2016.

APÊNDICE C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu,----------, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: um olhar sobre o cuidador** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação da minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Anne Christine de Macêdo Silva Gomes a realizar a gravação da minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Essa autorização foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direiros:

1- Poderei ler a transcrição da minha gravação;
2- Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3- Minha identificação não será revelada em nenhuma via de publicação das informações geradas;
4- Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante a minha autorização;
5- Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Anne Christine de Macêdo Silva Gomes, e após esse período serão destruídos e,
6- Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição da minha entrevista.

Currais Novos, ----/------/------.