

O Acesso ao Cuidado em Saúde Bucal para Crianças com Deficiência Motora: Perspectivas dos Cuidadores

Access to Oral Health Care for Children with Motor Disability: Caregivers' Perspectives

Andreia Medeiros Rodrigues CARDOSO¹, Deborah Brindeiro de Araújo BRITO²,
Vanessa Feitosa ALVES³, Wilton Wilney Nascimento PADILHA⁴

¹Aluna de Graduação em Odontologia. Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB). Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

²Cirurgiã-Dentista.

³Aluna de Graduação em Odontologia. Aluna voluntária de Iniciação Científica (PIVIC/CNPq/UFPB). Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

⁴Professor Doutor Titular de Clínica Integrada, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o acesso e identificar as barreiras ao cuidado em Saúde Bucal de Crianças com Deficiência Motora (CDM) em João Pessoa - PB, a partir das perspectivas de seus cuidadores.

Metodologia: Utilizou-se abordagem indutiva, procedimento descritivo e técnica de observação direta intensiva, por meio de entrevista. Participaram do estudo 43 dos 59 cuidadores de CDM de 0-12 anos identificados, selecionados por conveniência. As entrevistas, gravadas em áudio, foram transcritas e analisadas descritivamente e qualitativamente (técnica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC).

Resultados: Segundo relato dos cuidadores, o diagnóstico das crianças foi Paralisia Cerebral (86%; n=36), Hidrocefalia (4%; n=2), Mielomenigocele (2%; n=2), Síndrome de West (2%; n=1), Síndrome de Down (2%; n=1) e Síndrome de Rett (2%; n=1). O acesso ao dentista foi obtido por 69% (n=30) das crianças, sendo 50% (n=15) no setor privado. Dificuldades para obter o acesso foram encontradas por 65% (n=28), entre elas, baixa oferta de dentistas para atender pacientes especiais (75%; n=21), demora no agendamento (18%; n=5) e indisponibilidade de realizar o procedimento com anestesia geral (7%; n=2). O DSC obtido da percepção sobre o cuidado em saúde bucal foi: *O cuidado em Saúde Bucal é medidas de prevenção, promoção e controle, através da higienização e eliminação de hábitos deletérios, além do acompanhamento periódico com o dentista.*

Conclusão: A partir da percepção do cuidador, o acesso ao cuidado em saúde bucal das CDM é difícil, apresentando como barreiras: baixa oferta de dentistas para atender pacientes especiais, demora no agendamento e necessidade de anestesia geral.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the access and identify obstacles for oral health care of Children with Motor Disability (CMD) in the city of Joao Pessoa - PB, from caregivers' perspectives.

Methods: It was employed an inductive approach, descriptive procedure and intensive direct observation technique by means of interview. The study encompassed 43 out of the 59 caregivers of identified CMD aged 0-12 years, selected by convenience. Audio-recorded interviews were transcribed and analyzed descriptively and qualitatively (Collective Subject Discourse technique - CSD).

Results: According to caregivers' reports, children's diagnoses were cerebral palsy (86%; n=36), hydrocephaly (4%; n=2), spina bifida (2%; n=2); West syndrome (2%; n=1), Down syndrome (2%; n=1) and Rett syndrome (2%; n=1). The access to dentist was achieved by 69% (n=30) children, from which 50% (n=15) was in the private practice. Difficulties in getting access were found by 65% (n=28); among those, are: low supply of dentists to support disabled patients (75%; n=21), delay in scheduling (18%; n=5) and unavailability to perform the procedure without general anesthesia (7%; n=2). The CSD gathered from the perception on oral health was: *Oral health care is measures for prevention, promotion and control, through cleansing and elimination of harmful habits, besides being a regular follow-up by the dentist.*

Conclusion: From the caregiver's perception, access to oral health care by CMD is hard, presenting as obstacles: low supply of dentists to support disabled patients, delay in scheduling and need for general anesthesia.

DESCRITORES

Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde bucal. Pessoas com necessidades especiais.

KEY-WORDS

Health Services Accessibility, Oral Health, Disabled Persons.

INTRODUÇÃO

Na odontologia é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física, mental e motora (conforme definidas nos Decretos Leis 3296/99 e 5296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial¹.

O deficiente motor é toda e qualquer pessoa que apresente, de forma transitória ou permanente, algum tipo de alteração no seu aparelho locomotor, comprometendo sua funcionalidade cotidiana. Geralmente, a deficiência motora é inata, ou seja, desde o nascimento, e causada pela falta de oxigenação cerebral da criança durante a gestação e o parto².

A inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade³. Tendo em vista que o dimensionamento da problemática da deficiência motora no Brasil estimada pelo Censo demográfico 2000 é em cerca de 22,9% dos 24,5 milhões de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência⁴.

A odontologia para pacientes especiais adota uma abordagem científica e visa soluções bucais para os pacientes, colaborando na resolução dos problemas médicos, a partir da integração com equipes técnicas de reabilitação. Os estudos apresentam que a prevalência de cárie, doença periodontal, maloclusão e quantidade de biofilme dentário são maiores nos pacientes com déficit neuro-motor que na média da população⁵⁻¹⁰.

A literatura internacional relata que 13-75 por cento das crianças com necessidades especiais tiveram problemas em obter o cuidado em saúde bucal^{11,12}, apesar da pessoa com deficiência possuir direito à saúde, como qualquer cidadão, de acordo com a Constituição de 1988 que afirma em seu artigo 23, Capítulo II, “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”¹³.

Os pacientes especiais apresentam necessidades de cuidado em saúde bucal e enfrentam dificuldades para encontrar os serviços apropriados às suas demandas como barreiras arquitetônicas, limitações financeiras, medo, ignorância ou negligência em relação à saúde bucal e, principalmente, carência de profissionais qualificados e interessados em tratar tais pacientes¹⁴.

Esses pacientes são encaminhados de um profissional para outro e, por fim, não recebem o tratamento de que necessitam, aumentando, com isso, os riscos de comprometer sua saúde bucal e sua qualidade de vida¹⁴. Assim, o aprofundamento do

conhecimento e entendimento das condições de acesso e a identificação das barreiras ao atendimento odontológico para pessoas com deficiência motora se fazem necessário, como fornecimento de subsídios, para o planejamento em saúde, estruturando e melhorando os serviços de forma que atendam a esse grupo populacional de maneira adequada.

Diante do exposto, constitui-se objetivo do presente trabalho avaliar o acesso e identificar as barreiras ao atendimento odontológico de Crianças com Deficiência Motora (CDM) em João Pessoa - Paraíba, a partir das perspectivas de seus cuidadores.

METODOLOGIA

O estudo utilizou uma abordagem indutiva, com procedimento comparativo-descritivo e técnica de observação direta intensiva, por meio de entrevista¹⁵.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo 046/11. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O universo foi composto pelos cuidadores (maiores de idade) familiares de CDM da cidade de João Pessoa-Paraíba, Brasil. A identificação das CDM foi realizada a partir dos critérios da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE do Ministério da Justiça utilizados no Censo Demográfico 2000⁴.

Esta identificação foi apoiada pela participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e por informações dos prontuários das Unidades de Saúde da Família (USF's) de João Pessoa-PB sobre a existência destes indivíduos nas suas áreas de abrangência e na busca ativa em domicílio. Esta identificação junto aos ACS's está respaldada pelas orientações do Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica, que retrata sobre a realização da identificação dos casos de gestação e deficiência pelo ACS, quando da visita domiciliar, com ou sem referência da família, incluindo, neste grupo, as CDM¹⁶.

A amostra foi constituída por 43 cuidadores de CDM dos 59 identificados, selecionados por conveniência. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser cuidador de CDM; a CDM estar inserido na faixa etária de 0-12 anos, residir no município de João Pessoa-PB e assinar o TCLE.

A coleta de dados se deu pela realização de entrevista com roteiro semiestruturado, direcionado ao cuidador. Esta etapa foi realizada nos domicílios dos participantes, a partir da busca ativa, de forma individual. Dessa forma, buscou-se atender à necessidade sobre a existência de atenções que considerem a procura dos usuários¹⁷. As entrevistas foram gravadas em áudio digital e transcritas em texto eletrônico.

A análise de dados quantitativos se deu de

forma descritiva, subsidiada pela construção de quadros e tabelas. Os dados qualitativos foram analisados pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo¹⁸. Segundo essa metodologia, a partir de discursos individuais, é identificada Expressões-Chave de cada discurso. Em seguida, os discursos individuais são distribuídos em categorias diversas, denominadas Ideias-Centrais (IC), as quais sintetizam a ideia da cada grupo de discursos. Por fim, todas as IC são reunidas para construção de um discurso que represente a fala de um sujeito coletivo, ou seja, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta os aspectos

socioeconômicos dos participantes do estudo quanto ao gênero, faixa etária, escolaridade, tipo de moradia, renda familiar. Acrescentado do diagnóstico, tempo de condição clínica e tempo de residência em João Pessoa – PB das CDM.

A caracterização do acesso ao serviço de saúde bucal das CDM está descrito no Quadro 2.

As características de acesso às atividades de vida diária da CDM, o acesso ao cuidado em SB dos cuidadores e as condições de saúde bucal das CDM e dos cuidadores, de acordo com a perspectiva dos cuidadores está distribuído no Quadro 3.

A percepção de cuidado em saúde bucal dos cuidadores conforme a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo está descrito no Quadro 4.

Status socioeconômicos e Condição clínica	Frequência das características
Gênero do Cuidador	Feminino (41); Masculino (2).
Faixa etária do cuidador	20 - 56; Média: 34 anos.
Escolaridade do cuidador	Superior (16); 2º grau (18); 1º grau (07); Analfabeto (02).
Tipo de Moradia	Moradia Própria (39); Moradia Alugada (04).
Renda familiar	1 – 30 salários mínimos; Média: 4,57 ± 5,60.
Idade da Criança	6 meses - 12 anos; Média: 8 anos.
Diagnóstico da Criança	Paralisia Cerebral (36); Hidrocefalia (2); Mielomeningocele (2); Síndrome de Rett (1); Síndrome de Down (1); Síndrome de West (1).
Tempo da condição da criança	Desde o nascimento (41); Desde os 6 meses de idade (2).
Tempo que a criança reside em João Pessoa	Desde o nascimento (37); Desde os 2 anos (3); Desde os 3 anos (1); Desde os 4 anos de idade (2).

A CDM já foi ao dentista	Sim (30); Não (13).
Setor do serviço de saúde bucal	Privado (15); Público (15).
Local do atendimento odontológico	Consultório privado (15); PSF (08); CEO (02); Instituição de ensino (02); Hospital (01); FUNAD (01); AACD (01).
O dentista é especialista em PNE	Sim (05); Não (25).
Como é o acesso ao serviço	Agendamento (29); Triagem (01).
Idade da primeira consulta ao dentista	4 anos (09); 2 anos (07); 8 anos (07); 5 anos (03); 3 anos (02); 10 anos (02).
Qual o tempo da última consulta	0 a 3 meses (12); 3 a 6 meses (08); 6 meses a 1 ano (07); 1 a 2 anos (03); Nunca (13).
Frequência de consultas nos últimos 12 meses	2 vezes (13); 1 vez (12); 3 vezes (02); nenhuma (16).
Motivos da consulta	Prevenção (07); Profilaxia (06); Restauração (05); Exodontia (05); Raspagem (03); Traumatismo (03); Ortodontia (01).
Encontra barreira no acesso ao serviço de saúde bucal	Sim (28); Não (15).
Qual a dificuldade que encontra para ter acesso ao dentista	Baixa oferta de dentista para PNE (21); Demora no agendamento (05); indisponibilidade de realizar com anestesia geral (02).
Motivo de não ir ao dentista	Não encontrar o serviço (17); A criança não ter necessidade do atendimento (10); Locomoção (10); A criança não colabora (02); Falta de humanização do dentista (02); Tempo (02).
Consegue agendar o dentista	Sim (36); Não (05); Nunca procurou o serviço (02).
Demora o agendamento	Não (22); Sim (14).
A CDM recebe a assistência necessária	Sim (23); Não (20).
Algum dentista já se recusou a atender a CDM	Sim (25); Não (18).
Motivo da recusa do dentista para atender a CDM	falta de preparação profissional (22); Falta de estrutura (03).

Quadro 3. Descrição do acesso às atividades diárias das CDM, do acesso ao serviço odontológico dos cuidadores e da condição de saúde bucal das CDM e cuidadores, segundo perspectivas dos cuidadores. João Pessoa, Paraíba – Brasil, 2011.	
Atividade que a CDM tem acesso	Terapêutica (43); Educativa (22); Recreativas (21); Esporte (10).
Qual setor das terapias	Pública e privada (20); Só pública (13); Só privada (10).
Dificuldades para a realização das atividades	Locomoção (21); Condição clínica da criança (10); Resistência de acesso organizacional (07); Tempo (06).
Atividades de entretenimento	Lúdico (30); Leitura (13); Passeio (05).
Justificativa para não realizar atividades de entretenimento	Condição clínica da criança (15); Falta de Tempo (15); Características culturais do cuidador (13).
Autopercepção da saúde bucal	Regular (25); Boa (15); Ruim (03).
O cuidador precisa do dentista	Sim (42); Não (01).
O Cuidador tem acesso ao serviço	Sim (37); Não (06).
Setor do Serviço de saúde bucal	Privado (23); Público (14).
Avaliação da necessidade do cuidado em saúde bucal das CDM	Maior necessidade (31); Igual a todos os cidadãos (11); Não tem necessidade (01).
Avaliação da saúde bucal da CDM	Boa (33); Regular (06); Ruim (04).
A CDM tem problemas de saúde bucal	Sim (27); Não (16).
Precisa do dentista para resolvê-los	Sim (20); Não (07).
Trazem consequências para a CDM	Sim (21); Não (06).
Consequências para a CDM	Dor de dente (10); Perda da função (04); estresse no tratamento (04); Estética (02); Alteração no comportamento (01).
Por que não traz consequência	É um Dente decíduo (04); Apenas estética (02).

Quadro 4. Distribuição das Expressões-chaves e Ideias-Centrais (IC) e construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo a percepção dos cuidadores de CDM sobre o cuidado em SB.

Expressões-Chave (PC)	Ideias-Centrais (IC)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
<p>“É prevenir algum tipo de doença na boca...”.</p> <p>“Fazer um Tratamento sério...”.</p> <p>“É uma boa manutenção...”.</p>	<p><i>É a associação das medidas de prevenção, promoção e controle em saúde bucal.</i></p>	<p>O cuidado em SB é prevenção, promoção e controle, através da higienização e eliminação de hábitos deletérios, além do acompanhamento periódico com o dentista.</p>
<p>“É escovar os dentes e a língua, fazer bochecho...”.</p> <p>“Passar o fio dental, escovar bem”</p> <p>“É a limpeza, higiene da boca...”.</p>	<p><i>Manutenção da saúde bucal, através da higiene.</i></p>	
<p>“É tirar coisas que prejudicam, como a chupeta...”.</p> <p>“Evitar que chupe o dedo, a chupeta...”.</p>	<p><i>Eliminar hábitos deletérios para a saúde bucal</i></p>	
<p>“Sempre ir ao dentista...”.</p> <p>“Ir com frequência ao dentista...”.</p>	<p><i>Realizar o acompanhamento periódico com o dentista</i></p>	

DISCUSSÃO

O acesso ao cuidado em saúde bucal para CDM foi avaliado neste estudo a partir da realização de entrevistas com os respectivos cuidadores familiares,

semelhante a trabalhos anteriores^{11,19}. O fato de ser baseado na memória tem um risco de viés, no entanto, o tratamento de pacientes com necessidades especiais requer muita atenção por parte dos familiares.

Ressalta-se que 10 % dos habitantes de João Pessoa, população residente nas áreas não cobertas pelo

PSF²⁰, não foi incluída na amostra, de acordo com a metodologia utilizada.

Assim, é interessante a busca ativa das CAPC em outros centros de referência utilizados por estes indivíduos, que não fazem parte a priori do sistema de referência e contra-referência do SUS como a Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), Associação Paraibana de Equoterapia (ASPEQ), Centro de Atividades Especiais Helena Holanda, Associação Pestalozzi Paraibana, Centro de Fisioterapia infantil da UFPB e Centro de Fisioterapia da UNIPÊ.

Ao descrever o diagnóstico das crianças identificadas, nesse estudo, a Paralisia Cerebral predominou (Quadro 1). Na literatura, a prevalência da Paralisia Cerebral é de 2/1000 nascidos vivos, considerada alta em relação aos outros diagnósticos que envolvem a condição clínica de deficiência motora^{21,22}.

No acesso ao cuidado em saúde bucal das CDM, 69% das CDM já tinha efetuado o atendimento odontológico (Quadro 2). Em estudos anteriores, 57 - 85% das pessoas com necessidades especiais já tinham realizado a visita odontológica^{11,23,24}.

Observou-se no estudo que 50% desses atendimentos são realizados no setor público (Quadro 2). Em investigação anterior, autores constataram, com relação ao acesso em saúde bucal, que os pais de crianças do serviço público estavam duas vezes mais propensos a ter problemas em encontrar dentistas para tratar seus filhos do que aqueles cujos filhos tinham atendimento em setor privado¹¹.

As dificuldades para o atendimento odontológico foi relatado por 65 % dos cuidadores, entre elas, baixa oferta de dentistas para atender pacientes especiais, demora no agendamento e indisponibilidade de atendimento com anestesia geral (Quadro 2).

A baixa oferta de dentistas para atender pacientes especiais pode estar relacionado à formação acadêmica que os profissionais adquirem^{11,19}. Na presente investigação, 58% dos cuidadores relataram ter encontrado dentistas que não estavam dispostos a atender suas crianças especiais, sendo apontado como motivos a falta de preparação profissional e de estrutura.

Em estudo anterior, dentistas que não tinham conhecimento sobre a formação e o cuidado de crianças com necessidades especiais eram quatro e três vezes (OR = 3,8 e OR = 2.6, P = 0,0001), respectivamente, mais provável não atender esses pacientes do que aqueles que não obtiveram este conhecimento, complicando ainda mais o acesso aos cuidados odontológicos para essa população¹¹.

O profissional de saúde deve estar preparado para o atendimento a pacientes especiais, compreendendo a doença que o cerca e a metodologia indicada para o atendimento. No trabalho realizado pelos acadêmicos da Fundação de Apoio a Universidade Federal de São João Del Rei (FAUFU) foi possível perceber que não é necessário ser um especialista para desempenhar uma atenção odontológica em crianças especiais, desde que o profissional conheça o público trabalhado: a síndrome, suas deficiências e limitações²⁵.

A demora no agendamento foi descrita como uma das dificuldades para o atendimento odontológico,

de forma que 51% dos cuidadores relataram existir demora no agendamento (Quadro 2), característica relatada em estudos anteriores^{11,19}. Autores relatam que no tratamento com anestesia geral, espera-se por um período de até 12 meses, e 3-4 meses para tratamentos com sedação. Esse tempo de espera para CDM que necessitam de cuidados dentários extra pode causar o agravamento de condições existentes, tornando as condições mais difíceis de tratar. Devem ser feitos esforços para agendar compromissos para as crianças com necessidades especiais o mais rapidamente possível¹⁹.

Com relação à indisponibilidade de realizar o atendimento com anestesia geral, este fato foi relatado como barreira para o atendimento odontológico por 4.7% (Quadro 2). Alguns pacientes não colaboram durante o atendimento odontológico, sendo a anestesia geral a única opção para prestação de cuidados odontológicos eficazes, no entanto, além da demora no agendamento, se têm a falta de referência, na odontologia, para a alta complexidade em algumas localidades¹⁹.

Quando se avaliou o local em que os pacientes recebiam atenção à saúde, o consultório particular era responsável por 50% dos atendimentos, seguido pelo nível de Atenção Básica com 26,6% dos atendimentos, e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que realizou 6,6% dos atendimentos, discordando com os estudos anteriores em outros países^{19, 23}. No entanto, diretas comparações não podem ser feitas com o nosso estudo, pois os sistemas de saúde e os métodos de pagamentos são diferentes entre os países.

A maior utilização da atenção básica, em relação ao CEO foi explicada por fatores como a situação sócio-econômica baixa, necessidade de menor deslocamento, dificuldades de transportes, além do tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação paralelos ao tratamento odontológico, juntamente com a predisposição que esses pacientes têm de adoecer e à falta de compreensão, interesse ou resistência dos pais sobre a importância da saúde bucal²⁶.

A porta de entrada do usuário é a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e/ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços³. Os profissionais das equipes de saúde bucal são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo seu encaminhamento aos centros especializados apenas nos casos de maior complexidade²⁷.

Esta constatação mostra a necessidade que os dentistas da atenção básica têm sobre a coordenação do cuidado para este grupo de pacientes, oferecendo as competências necessárias e incentivando a participação de programas de educação em saúde bucal.

Neste estudo, as crianças não realizaram sua primeira visita odontológica até a idade recomendada pela American Academy of Pediatric Dentistry, no caso, de 6-12 meses²⁸, sendo essencial estabelecer atendimento odontológico de rotina no início da vida, para evitar doenças dentárias e para combater as

doenças existentes antes que piore.

De acordo com os cuidadores, 100% das CDM realizam atividades terapêuticas, com equilíbrio entre a utilização do setor público e privado (Quadro 3). As atividades esportivas, recreativas, educativas e de passeio são realizadas com menos frequência, os cuidadores relataram encontrar dificuldades de locomoção, de acesso organizacional das instituições e falta de tempo, demonstrando que a acessibilidade para pacientes especiais devem também ser investigada e trabalhada em outros setores, além da saúde bucal.

Os cuidadores avaliaram sua saúde bucal como regular, obtendo acesso ao dentista, predominantemente no setor privado. O planejamento da disponibilidade efetiva de serviços de saúde e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços devem ser avaliados não apenas para os pacientes especiais²⁹. Com relação às CDM, seus cuidadores identificaram a necessidade do cuidado em saúde bucal e avaliaram a condição de saúde bucal como boa, com problemas identificados na cavidade oral das mesmas (Quadro 3). Sendo imprescindível, o acesso ao dentista para a resolução dos problemas identificados.

A percepção do cuidado em saúde bucal, segundo os cuidadores, considera a necessidade de realização de medidas de prevenção e controle, com enfoque sobre a promoção da saúde (Quadro 4). Esta concepção favorece a realização de um cuidado domiciliar em saúde bucal satisfatório. Porém, nas avaliações deste, foram encontradas condições insatisfatórias devido as dificuldades encontradas na prática diária, durante a higienização oral, além do conhecimento insatisfatório em saúde bucal e as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos^{6,30}.

A apresentação dos resultados obtidos no estudo, acerca da descrição do acesso de CDM aos cuidados em saúde bucal de João Pessoa-PB, levantou algumas reflexões sobre a situação dessa parcela da população que, apesar dos avanços e das mobilizações em prol do reconhecimento de suas potencialidades e necessidades, ainda vem enfrentando grandes dificuldades, principalmente no atendimento de suas necessidades de saúde bucal.

CONCLUSÃO

A partir da percepção do cuidador, o acesso ao cuidado em saúde bucal das crianças com deficiência motora é difícil, apresentando como barreiras: baixa oferta de dentistas para atender pacientes especiais, demora no agendamento e indisponibilidade de anestesia geral.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 2006b; (17): 9-84.
2. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8 (2): 187-93.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>>. Acesso em: 25/08/2011.
4. IBGE. Características Gerais da População. In: Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.178p.
5. Guare RO, Ciampioni AL. Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. *Dent Child (Chic)* 2004; 71(1):27-32.
6. Flório FM, Basting RT, Salvatto MV, Migliato KL. Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. *RGO* 2007; 55(3):251-256.
7. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J INDIAN SOC PEDOD PREVENT DENT* 2009; 27(3):151-7.
8. Alhammad NS, Wyne AH. Caries experience and oral hygiene status of cerebral palsy children in Riyadh. *Odontostomatol Trop* 2010; 33(130):5-9.
9. Du RY, Mcgrath C, Yiu CK, King NM. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20 (5):330-5.
10. Cardoso AMR, Cavalcanti YW, Padilha WWN. Impacto de programa de promoção em Saúde Bucal para cuidadores e crianças com Paralisia Cerebral. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2011; 11(2):223-9.
11. Agili DEAL, Roseman J, Pass MA, Thornton JB, Chavers LS. Access to dental care in Alabama for children with special needs. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(4):490-5.
12. Hagglund KJ, Clark M, Conforti K, Shigaki CL. Access to health care services among people with disabilities receiving Medicaid. *Mo Med* 1999; 96:447-53.
13. Brasil. Constituição República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.
14. Cancino CMH, Oliveira FAM, Engers ME, Weber JBB, Oliveira MG. Odontologia para pacientes com necessidades especiais - Percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes. [Tese] Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
15. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96p.
17. Camargo MJB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(9):1894-906.
18. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Rio Grande de Sul: EDUCS, 2003. 256 p.
19. Prabhu NT, Nunn JH, Evans DJ, Girdler NM. Access to dental care - parent's caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. *Spec Care Dentist* 2010; 30(2):35-45.
20. SMS-JP. Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/cobertura-do-psf-na-capitalesta-entre-as-melhores-do-ne/>. Acesso em 13/11/2011.
21. Andersen GL, Irgens LM, Haagaas I, Skranes JS, Meberg AE, Vik T. Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. *Eur J Paediatr Neurol* 2008; 12(1):4-13.
22. Odding E, Roebroek ME, Stam HJ. The epidemiology of

cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. *Disabil Rehabil* 2006; 28(4):183-91.

23. Russell GM, Kinirons MJ. A study of the barriers to dental care in a sample of patients with cerebral palsy. *Community Dent Health* 1993; 10(1):57-64.

24. Rouleau T, Harrington A, Brenna M, Hammond F, Hirsch M, Nussbaum M, Bockernek W. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dent* 2011; 31(2):63-7.

25. Carvalho ML, Silva FML, Barbosa FQ, Duarte FB, Barbosa KB, Figueiredo V, Borges TF. Deficiente? Quem? Cirurgiões-dentistas ou pacientes com necessidades especiais. *Extensão* 2004; 4(1):65-71.

26. Couto GBL, Garcia EB, Maranhão VF, Vasconcelos MMVB. Avaliação do perfil de pacientes infantis atendidos sob anestesia geral. *Rev. ABO Nac* 2001; 9(4):221-7.

27. Pucca JR.G. Por um Brasil Sorridente. *Rev. ABO Nac* 2004; 12(2):73-9.

28. Hanes CM, Myers DR, Davis HC. Dentists' perceptions of selected characteristics of their child patients. *Pediatr Dent* 1994; 16:268-71.

29. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(1):143-54.

30. Previtali EF, Santos MTBR. Cárie Dentária e Higiene Bucal em Crianças com Paralisia Cerebral Tetraparesia Espástica com Alimentação por Vias Oral e Gastrostomia. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2009; 9(1):43-7.

Recebido/Received: 25/01/2011

Revisado/Reviewed: 03/07/2011

Aprovado/Approved: 14/08/2011

Correspondência:

Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso
Rua Cordelia Veloso Frade, 70 – Jardim Cidade
Universitária
João Pessoa – Paraíba – Brasil
CEP: 58.052-430
Tel.: (83)99070190
Email: andreiamedeiros29@yahoo.com.br