

MARIO EDUARDO BALDO

**SAÚDE BUCAL EM INDIVÍDUOS ADSCRITOS COMO DEMANDA PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
CAMPO GRANDE (MS)**

CAMPO GRANDE
2014

MARIO EDUARDO BALDO

**SAÚDE BUCAL EM INDIVÍDUOS ADSCRITOS COMO DEMANDA PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
CAMPO GRANDE (MS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Clínicas Odontológicas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira.

CAMPO GRANDE
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIO EDUARDO BALDO

**SAÚDE BUCAL EM INDIVÍDUOS ADSCRITOS COMO DEMANDA PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
CAMPO GRANDE (MS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Clínicas Odontológicas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira.

Resultado: _____

Campo Grande, MS _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira - UFMS

Prof. Dr. Luiz Eugênio Nigro Mazzilli - USP

Profª Drª Carmen Regina Coldebella - UFMS

DEDICATÓRIA

Para Mario Baldo e Silvia Márcia Martins Leite Baldo, que me ensinaram que o conhecimento adquirido se faz inútil quando não pode beneficiar ou ser compartilhado com o semelhante.

AGRADECIMENTOS

- *A Deus, luz eterna e guia, que em sua sabedoria achou por bem nos trazer até o presente momento.*

- *Ao meu Orientador Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira, cuja tutoria e diligencia no caminho da retidão forçaram-nos a buscar as respostas de nossos próprios problemas, nossa eterna gratidão pelo tempo cedido e exemplo prestado, não esquecendo dos demais membros docentes dessa querida instituição, dos quais tive a honra de compartilhar do conhecimento.*

- *À Heloise Maria Z. Grella, grande companheira e ouvinte de uma gama infinita de lamúrias. Obrigado por ser quem é, e fazer o que só você faz.*

- *Aos meus queridos e estimados amigos, questionadores sim, curiosos nem tanto, que sempre serão influencias positivas em nossas conquistas pessoais.*

- *Aos meus colegas de curso e colegas de trabalho, por compartilharem de suas experiências e diluírem nossas angustias durante essa jornada.*

- *A todos que participaram direta ou indiretamente da execução deste, o meu muito obrigado pela paciência, compreensão e demais predicados que tornam vocês as pessoas que são.*

- *Ao curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia, seus professores, técnicos e funcionários, um carinho especial para Vera Lúcia Furlanetto por sua colaboração e boa vontade “semper fidelis”.*

“A experiência é uma lanterna amarrada em nossas costas; só ilumina o caminho que já percorremos”

(Confúcio)

RESUMO

Baldo ME. Saúde bucal em indivíduos adscritos como demanda pela estratégia de saúde da família do município de Campo Grande (MS). Campo Grande; 2013 [Dissertação- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Este estudo procurou verificar a influencia de determinantes sociais e a saúde bucal dos indivíduos referenciados como demanda adstrita da Estratégia de Saúde da Família (ESF), comparando-os com aqueles não inscritos ou beneficiados por nenhum programa ou estratégia . Foram avaliados 374 indivíduos selecionados com 12 anos de idade, devidamente matriculados nas escolas do município de Campo Grande Mato Grosso do Sul. A execução do estudo constituiu de uma etapa clínica onde foram aferidos o Índice Periodontal Comunitário (IPC) e o Índice CPO-D de cada indivíduo, e uma etapa inferencial que constituiu na aplicação de questionário que avaliou tanto o perfil socioeconômico, quanto a acessibilidade aos serviços de saúde devidamente preenchido pelos pais ou responsáveis. Para a totalidade de nossa amostra, o CPO-D médio encontrado foi de 0,80 sendo as parciais de 0,67 detectadas para a demanda espontânea e 1,04 para a ESF. Os resultados apresentados mediante a tomada do Índice Periodontal Comunitário, (IPC) revelaram que 60% da amostra apresentaram ao menos um sextante com sangramento gengival. Mediante a avaliação estatística dos valores obtidos foram estabelecidas correlações positivas entre fatores socioeconômicos e a condição de saúde bucal. Durante o levantamento observou-se que os indivíduos atendidos pela ESF apresentaram valores de CPO-D, maiores, e maior teor de alterações em tecidos moles do que os indivíduos correspondentes à demanda espontânea das Unidades Básicas de Saúde. Concluiu-se que existe influência de fatores socioeconômicos em relação aos indicadores de saúde bucal, entretanto, não foram caracterizados como determinantes de variações entre os diferentes modelos de atenção.

Palavras-chave: Atenção Básica, Epidemiologia, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Baldo ME. Socioeconomic issues and their influence on the oral health of individuals related as demand for the Family Health Strategy in the city of Campo Grande MS. Campo Grande; 2013 [Dissertation-Faculty of Dentistry, Federal University of Mato Grosso do Sul].

This study aimed to establish the relationship between social status and oral health of individuals related or not as a demand of the Family Health Strategy (FHS), it was selected as sample index age of 12 years old belonging to the schools in the city of Campo Grande MS, where a two steps evaluation was applied, a clinical stage were measured where the Community Periodontal Index (CPI) and the DMFT index of each individual, and inferential step by applying a direct questionnaire that was filled by parents or guardians for the sample members. The mean DMFT for the whole sample was established in 0,8, and 0,67 corresponding for spontaneous demand, a mean of 1,04 was founded for the FHS demand, the results presented by taking the Community Periodontal Index (IPC), revealed that 60% of the sample had at least one sextant with gingival bleeding. By statistical evaluation of the obtained values were established positive correlations between socioeconomic factors and oral health. During the survey we found that population assisted by the FHS showed values of DMFT higher, and higher content of gingival issues than those corresponding to the spontaneous demand of Primary Healthcare. The study found positive relationship between socioeconomical factors and oral health, although this association isn't necessarily responsible for the variation in both health strategies.

Key-words: Primary Health Care, Epidemiology, Family Health Strategy.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Média do Índice CPO-D de escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e de livre demanda. Campo Grande (MS), 2013 (n=374)35
- Tabela 2 - Média do Índice CPO-D de escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e de livre demanda, segundo renda familiar e escolaridade dos pais. Campo Grande (MS), 2013. (n=374).....36
- Tabela 3 - Índice Periodontal Comunitário segundo classificação, em escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e da demanda regular das UBS. Campo Grande (MS), 2013. (n=374).....36
- Tabela 4 - Frequência relativa e absoluta da presença de alterações periodontais em escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e de livre demanda, em função do gênero, escolaridade dos pais e renda familiar. Campo Grande (MS), 2013. (n=374)37
- Tabela 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com o atendimento dos mesmos pela Equipe de Saúde da Família ou visitados por dentista e auxiliar de saúde bucal.....38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da divisão distrital do município de Campo Grande (MS) evidenciando a localização das escolas selecionadas como bases para coletas de dados.....	31
Figura 2 - Modelo de sonda preconizada pela OMS para realização de IPC	32
Figura 3 - Posição de sonda e codificação conforme com o IPC.....	33
Quadro 1 - Notação para cálculo do índice CPO-D.....	32
Quadro 2 - Valores numéricos de referencia para notação do IPC.....	33

ABREVIações E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CPI ou IPC	Índice Periodontal Comunitário
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CPO-D ¹	Cariado, Perdido, Obturado (restaurado) – para o Dente tendo o mesmo como unidade de notação.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PaOHNA	<i>Pennsylvania Oral Health Need Assessment</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PIP	Perda de Inserção Periodontal
PSE	Programa de Saúde do Escolar
Ripsa	Rede Interagências de Informações para a Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande
sm	Salário Mínimo

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

mm Milímetros

Σ Somatório

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Das entidades reguladoras, programas e estratégias.....	16
2.2 Da necessidade de elaborar um questionário.....	21
2.3 Epidemiologia da cárie.....	22
2.4 Índice periodontal comunitário.....	24
2.5 Componente social.....	26
3 OBJETIVOS.....	28
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	29
4.1 Aspectos éticos.....	29
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	29
4.3 Índices epidemiológicos.....	31
4.4 Determinantes sociais.....	34
4.5 Análise estatística.....	34
5 RESULTADOS.....	35
6 DISCUSSÃO.....	39
7 CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	48
ANEXOS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Toda avaliação crítica, desenvolvida nos rigores de um protocolo de pesquisa, tende a fornecer valores capazes de ir muito além de sua mera representação numérica, pois tais valores, aos olhos da epidemiologia, são capazes de sustentar os moldes de uma ideia que nos aproxima da constatação de um fato em sua amplitude e abrangência. Entretanto, é interessante conceber que, no âmbito dos estudos na área da saúde, a caracterização e mensuração da própria se dá através da avaliação etiológica, distribuição geográfica e impacto social de seu estado antagônico, a doença.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os estudos transversais são importantes componentes em qualquer política de vigilância em saúde, a despeito do constante aperfeiçoamento em nossos sistemas de informação, a partir dos quais se torna possível estabelecer um diagnóstico da condição de saúde da população. Em muitas situações, não há como prescindir de informações epidemiológicas obtidas a partir de dados primários. No caso particular da saúde bucal, o diagnóstico coletivo dos principais agravos (cárie dentária, doença periodontal e oclusopatias) deve ser estabelecido com propriedade, mediante a realização de inquéritos populacionais. Os três levantamentos nacionais (realizados em 1986, 1996 e 2003) foram de grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. Contudo, é fundamental que a realização desses estudos faça parte de uma estratégia inserida no componente de vigilância da política de saúde, na perspectiva da construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços.

Segundo Fischer e colaboradores (2010), levantamentos epidemiológicos realizados recentemente apontaram para a existência de certa prevalência de agravos na condição de saúde bucal na população brasileira, onde a redução significativa de seus indicadores não se dá de forma homogênea, caracterizando, por sua vez, a persistência de desigualdades regionais na condição de saúde bucal da população brasileira. Isso nos remete à necessidade de ações que interfiram sobre tais condições e serviços que se destinem a minimizar suas consequências. No âmbito da saúde coletiva, uma gama de estudos tem apontado a associação entre a saúde bucal e a condição social, onde índices sociais como baixa

escolaridade materna e baixa renda familiar são positivamente associados à doença cárie e demais patologias da boca, ainda tão comumente encontradas em crianças. Esta relação tem sido observada também em estudos ecológicos, onde se constatou que a experiência de agravos bucais é susceptível às desigualdades sociais e geográficas, evidenciando a existência de iniquidades, tanto no acesso aos serviços de saúde quanto ao sucesso destes.

Há cerca de uma década, Pereira (2003) relatou que a partir de 2001, o Ministério da Saúde propôs um conjunto de ações individuais e coletivas, denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à reorganização da atenção básica e o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde. O objetivo foi de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pela ESF, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais. Na ESF é permitida a adscrição de clientela, sendo que os profissionais devem ter responsabilidade sanitária em relação a uma população delimitada, desenvolvendo sistemas de atendimento que interrompam a livre progressão das doenças.

Lembramos que tal modelo de atenção fora concebido para substituir a já instalada Atenção Básica, sendo comumente descrito pela literatura como uma melhor proposta, visto ter sido caracterizado como um modelo de atenção mais humanizado, onde sua inserção de caráter regional e comunitário estabeleceria um vínculo mais construtivo para com a população a quem presta serviço. Porém, na realidade, grande parte do atendimento em saúde da população brasileira ainda é feito pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde, sob um regime de implantação lento, diferentes mecanismos de atenção acabam por trabalhar juntos, dando margem a inevitáveis paralelos traçados sobre funcionalidade e eficácia de ambas.

Nesse aspecto, a fim de que o planejamento de uma estratégia seja efetivo e consiga suprir as necessidades, a avaliação das ações em saúde é fundamental e necessária. Em Campo Grande, onde a ESF se faz presente desde 1999, não há uma avaliação sobre desempenho dos mecanismos provedores de saúde bucal de uma população adstrita, assim como a influência de fatores socioeconômicos nesse perfil.

Assim, tendo por base algumas destas constatações frequentemente mencionadas pela literatura atual, onde o levantamento epidemiológico e o rigor estatístico são comumente utilizados para mensurar a real interferência do

componente social sobre a saúde, este estudo se propôs a mensurar através de consagrados indicadores epidemiológicos o desempenho de duas modalidades de atendimento caracterizadas por estratégias de abordagens distintas entre si, e ao mesmo tempo tão intrinsecamente relacionadas e compartilhadoras dos mesmos objetivos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Das entidades reguladoras, programas e estratégias

O texto da portaria N° 648 (2006) do Ministério da Saúde afirma que a Estratégia de Saúde da Família tem caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional, nos territórios onde atuam, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, buscando o cuidado do indivíduo e das famílias cadastradas. Tais atividades têm como foco a família e a comunidade, buscando integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias em um espaço de construção de cidadania. A estratégia perfaz um modelo de reorientação que tem como foco a família como unidade componente de seu contexto social que busca, através da intersectorialidade, um espaço para construção da cidadania. Atualmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) é definido com estratégia (ESF) ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. No texto da referida portaria, o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê tempo para finalizar tal processo.

Em relação às patologias da boca, o Ministério da Saúde do (BRASIL, 2006) concorda com a Organização Mundial de Saúde quando esta afirma que a cárie dentária ainda se apresenta como o principal problema de saúde bucal na maioria dos países industrializados, afetando entre 60 e 90% dos escolares de diferentes faixas etárias. No entanto, tem-se observado relativa queda dos valores relacionados à prevalência da doença no Brasil, o que se referencia como tendência mundial. Recente avaliação executada durante os levantamentos epidemiológicos oficiais constatou uma redução de 26% para o número de cavidades consideradas como lesões de cárie, conseqüentemente reduzindo também os valores médios do Índice CPO-D¹ em indivíduos com até 12 anos de idade.

¹ O Índice de ataque de cárie, originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, permanece sendo um dos mais utilizados em todo mundo, mantendo-se como o ponto básico de referencia para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal.

A organização Pan – Americana da Saúde (OPAS, 2002), junto com a Rede Interagências de Informações para a Saúde (RIPSA/MS), lançou “Indicadores básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações” uma das publicações mais completas sobre indicadores de saúde, facilitando a quantificação das informações disponíveis e tornando mais prática sua avaliação. O instrumento possibilitou a compreensão do significado de uma centena de indicadores categorizados como demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade, de fatores de risco, de recursos e cobertura. A referida publicação conceitua em termos gerais, os indicadores como medidas–síntese portadoras de informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, e quando vistos em conjunto, devem refletir a condição de saúde de uma determinada população bem como servir para vigilância destas.

Ainda na condição de PSF, Manfredini (2003) relatou que na busca por melhores valores aferidos pelos indicadores, o Ministério adotou um conjunto de ações individuais e coletivas que visa à reorganização da atenção básica e o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde. Com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo PSF e respeitando os seus princípios organizativos e operacionais, foi publicada a Portaria nº267/2001 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Dentre as estratégias previstas, estipulou-se que cada equipe de saúde bucal deveria atender, em média, 6.900 habitantes. Em municípios mais populosos, foi proposta uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família implantada ou em implantação. O ministério previu adscrição da clientela, sendo que os profissionais adotaram responsabilidade sanitária em relação a uma população delimitada, desenvolvendo sistemas de atendimento que interrompessem a livre progressão da doença nos grupos populacionais, que detectassem lesões e sinais iniciais reversíveis mediante diagnóstico precoce e que promovessem a reabilitação por meio de procedimentos cirúrgico-restauradores.

Dados disponibilizados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), (BRASIL, 2011) evidenciam o sucesso da ESF quando comparamos os achados pertinentes aos dois levantamentos em Saúde Bucal realizados pelo Ministério, SB Brasil 2003 e 2010, onde o inquérito mais recente referencia redução de 26% no

número de cavidades provocadas por lesão de cárie em crianças com 12 anos de idade. Outro dado relevante relacionado à mesma faixa etária é o aumento significativo dos indivíduos que não apresentaram lesão de cárie (31% para 44%), o que nos remete a aproximadamente 1,4 milhão de crianças livres da doença, um valor 30% maior do observado em 2003.

O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) aumentou significativamente o incentivo à saúde bucal no ano de 2004 dentro do Programa de Saúde da Família, por intermédio da criação da Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente. Ampliou significativamente a capacidade e qualidade de atendimento, por meio de incentivos globais às Equipes de Saúde Bucal, aumentando a abrangência, qualificando a atenção básica e disponibilizando insumos odontológicos dentre os fármacos do programa.

Evidenciando o ponto de vista do usuário, Elias et al. (2006) ressaltaram a preferência, por parte da população, da modalidade de intervenção proposta pela ESF do que a disponível nas Unidades Básicas de Saúde, provavelmente devido ao contato mais íntimo adotado como proposta da primeira para com sua população adstrita. Embasando tal argumento, os autores, mediante comparação entre vários extratos de exclusão, detectaram parecer do usuário favorável à modalidade mais recente, enquanto que, para profissionais e gestores atuantes nos serviços de saúde, não foram constatadas diferenças relevantes entre tais modalidades.

Soares (2012), entretanto, chamou a atenção para o âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal em sua recente reforma, onde dentro da intenção de se construir um mecanismo eficiente e abrangente, não se pode deixar de lado as mudanças necessárias à sociedade e suas respectivas esferas administrativas. De acordo com a autora, na maioria das vezes, os benefícios do Sistema Único de Saúde ainda não são capazes de chamar a atenção do cidadão comum, que dirá a reorganização das Políticas Públicas de Saúde.

Freire et al. (2009) afirmaram que as ações de planejamento para assistência em saúde bucal, erroneamente, se baseiam na premissa de que a simples disponibilidade e a execução do tratamento levariam, sumariamente, à redução dos índices de cárie. Esse é um dos reflexos da abordagem biomédica e do caráter de enfrentamento o qual se dispõem os serviços de saúde. Contudo, existem poucos estudos que avaliam esse pressuposto. Nesse sentido, torna-se necessário precisar a eficácia da contribuição dos serviços odontológicos para a melhoria dos níveis de

saúde bucal da população brasileira. Tem se considerado, à custa das lacunas anteriormente citadas, a grande contribuição que a Odontologia Baseada em Evidências poderia oferecer ao campo da saúde bucal coletiva no que se refere à quantificação e qualificação dos valores obtidos pela epidemiologia.

Além disso, Estratégia de Saúde da Família constitui a base da organização da atenção básica no país e tem se mostrado eficaz na transformação do modelo de atenção, resgatando princípios e diretrizes constitucionais do SUS, como a universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e controle social. A cobertura das equipes de saúde bucal tem ampliado consideravelmente, e a mudança no perfil epidemiológico das doenças bucais é visível. Apesar disso, ainda são necessários esforços para que se efetivem a redução das desigualdades no acesso, o aperfeiçoamento no processo do cuidado e a utilização dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal para planejamento da Atenção Primária à Saúde (APS). Neste contexto, a avaliação da APS e da saúde bucal surge como ferramenta de gestão imprescindível na identificação de possibilidades de ampliação de acesso da população aos serviços e como instrumento de aprendizado das equipes de saúde bucal de saúde da família (CALVO et al., 2012).

Seguindo o mesmo raciocínio, Pinto (2005) relatou que o acompanhamento e a avaliação constituem fases essenciais do planejamento, não só porque permitem saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado, mas também por possibilitarem a introdução de ajustes e correções de rumo em planos que sofreram acidentes de percurso. Um sistema de avaliação deve estar alicerçado em um sistema de informações em saúde bucal que apure e consolide dados de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de acompanhamento de serviço.

Porém, Oliveira e Saliba (2005) afirmaram que apesar dos esforços do Ministério da Saúde em estabelecer mecanismos de implantação e supervisão eficientes, e mesmo estes norteados por legislação específica, existem divergências quanto à efetividade desta estratégia no que se refere às necessidades da população adstrita, visto que algumas das equipes participantes no programa não conseguem suprir a demanda por atenção odontológica, pois sua ação não está totalmente de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde. Os autores concluíram que a participação das equipes odontológicas na ESF é limitada e, na maioria das vezes, focalizada no atendimento ambulatorial básico, onde os

profissionais vinculados apresentam pouco ou nenhum conhecimento de saúde bucal coletiva. Essas questões suscitam necessidades ainda pendentes em relação à avaliação da Estratégia, especialmente pelas características socioeconômicas das populações adstritas, fato que remete ao princípio da equidade do Sistema Único de Saúde.

Em um estudo ecológico desenvolvido por Fischer et al. (2010), com intuito de testar as associações entre os indicadores de atenção básica e as variáveis socioeconômicas de provisão de serviços odontológicos, fluoretação das águas e cobertura de saúde bucal na ESF, foram detectadas relações positivas entre o aumento da oferta e maior números de primeiras consultas odontológicas, o que sugere a existência de uma maior oferta de profissionais odontólogos em vigência da implementação da estratégia. Dentre os dados obtidos, os autores ainda sugeriram que em relação ao indicador de procedimentos coletivos, regiões com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentaram maior proporção deste item na atenção básica, indicando que regiões de melhor condição financeira e educacional podem apresentar maior preocupação com medidas preventivas.

No intuito de avaliar as discrepâncias entre os pormenores do atendimento odontológico e os cuidados individuais da saúde bucal em diferentes grupos socioeconômicos, Sanders et al. (2006) observaram que tanto o comportamento individual em relação a condição de saúde quanto a desigualdade na oferta dos serviços de saúde interferem na capacidade de absorção das informações pertinentes à educação em saúde. Os autores constataram que indivíduos adultos classificados como portadores de condição social desfavorável não respondem de imediato às atividades de caráter preventivo, o que sugeriu a necessidade de reestruturação das ações sociais para que estas possam gerar impacto positivo na condição de saúde bucal.

Essa situação fica bem exemplificada pela epidemiologia. Conforme os dados publicados pelo Ministério da Saúde, nos Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal (BRASIL, 2008), cerca de 70% das crianças de 12 anos apresentam, ao menos, um dente com experiência de cárie. O quadro torna-se mais grave para indivíduos adultos e idosos, visto que 28% e 75%, respectivamente, não possuem dentes funcionais em pelo menos em uma das arcadas. Essas conjunturas originaram, no âmbito da abordagem coletiva, o que o próprio Ministério denominou de Ações de Vigilância sobre o Risco de Necessidades em Saúde Bucal onde, ao

considerar a cárie como doença cuja prevalência é afetada pelas condições socioeconômicas, afirmou que as ações para controle da doença devem ser direcionadas à população socialmente comprometida.

Cericato et al. (2007), em revisão crítica sobre as ações e métodos de avaliação das equipes da saúde bucal, constataram a carência de instrumentos de investigação apropriados, visto que as avaliações foram baseadas em sistemas como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA – SUS), onde tais instrumentos se limitam a explorar questões relacionadas a melhoria do acesso da população no tratamento odontológico ou mesmo ao grau de aceitabilidade da população em relação à ESF.

Ao acompanhar a produção científica sobre a ESF, Silva et al. (2013) chamam a atenção para a mudança desencadeada pela referida estratégia no processo de trabalho com a saúde. Entretanto, tais alterações, infelizmente, têm sido detectadas somente no âmbito da atenção básica, o que por sua vez caracteriza a influência ainda exercida pelos modelos hegemônicos nas práticas da Saúde da Família, principalmente na organização das redes de atenção. Em contrapartida, foram verificadas situações limítrofes para a implementação coerente da estratégia em si, destacando-se dentre outras, a política de pessoal, capacidade da gestão e as políticas intersetoriais de nível local, características estas de foro estritamente administrativo.

2.2 Da necessidade de elaborar um questionário

Visando a construção de um modelo para a avaliação do acesso ao risco de cárie em crianças, Gao et al. (2010) propuseram o uso de questionários desenvolvidos com o intuito de se obter informações de alta especificidade, porém, sem perder o caráter simples e a sensibilidade. Entretanto, os autores alertaram para a grande dificuldade de criar um instrumento capaz de ser, ao mesmo tempo extremamente simples e potencialmente acurado. Para tanto, sugeriram uma melhor interpretação das necessidades e condições clínicas da população a ser avaliada. Constataram que crianças classificadas como saudáveis tinham tendência a apresentar maior número de lesões cáries, evidenciando, portanto, o conceito errôneo de que uma melhor condição social paterna estabeleceria um quadro de saúde bucal mais favorável para as crianças.

Fadel et al. (2008) chamaram a atenção para o fato de que, ao analisar o risco individual de cárie em uma criança, é necessária a avaliação dos dados relacionados ao seu convívio social e sua inserção ambiental. Nesse sentido, reforça-se o papel da dinâmica familiar, a partir do qual é possível identificar crianças com comportamento de risco para a doença.

Na tentativa de desenvolver um questionário capaz de validar, como instrumento, os dados obtidos através da construção do perfil de saúde bucal infantil, Broder et al. (2007) propuseram a seleção de indicadores cuja relação seja coerente com a realidade desses indivíduos. Com esse intuito, foram selecionados cinco fatores considerados de relevância para pesquisas que visam mensurar as condições de saúde bucal em crianças: 1-saúde bucal propriamente dita; 2-bem estar funcional; 3-bem estar sócio emocional; 4-ambiente escolar; e 5-auto imagem, fatores estes considerados importantes, justamente por interagir entre os meios clínico e social. Nesse sentido, os autores ainda ressaltaram a necessidade de uma abordagem local que leve em consideração os aspectos peculiares de cada comunidade a ser avaliada.

No intuito de avaliar a relação entre programas de capacitação regional e presença de cáries na população adolescente local, Pattussi et al. (2010) compararam grupos de jovens de duas cidades pertencentes ao Distrito Federal, observando que nas regiões com maior número de programas sociais de capacitação atuantes, detectou-se menor experiência de cárie nos jovens avaliados. Os autores afirmaram não conhecer o mecanismo desencadeador desse processo, entretanto, argumentaram que a mudança de comportamento se dá mediante a mudança do ambiente, sendo que tais programas, ao fomentar melhorias nas condições de vida, favorecem, por associação, a melhoria nas condições de saúde dos indivíduos.

2.3 Epidemiologia e saúde bucal

Fejerskov e Kidd (2005), ao discorrerem sobre a importância da informação epidemiológica da doença cárie, afirmaram que um requisito chave do levantamento epidemiológico é ser claro tanto sobre o propósito da coleta da informação, quanto ao seu público-alvo. Para tanto, deve ser observado que o uso retrospectivo de dados epidemiológicos pode ser útil, uma vez que novas questões políticas surgem

ou novas hipóteses necessitam ser testadas. Por questões de validade, todos os usuários de tais dados necessitam destes, acurados, imparciais, representativos e reprodutivos, claramente relacionados a grupos populacionais a quem pertencem. Tal informação é necessária para todos os grupos etários, entretanto, grupos mais jovens são de extrema importância tanto para o prognóstico do planejamento, quanto para as avaliações de serviços, além de atuar favoravelmente para o discernimento de tendências.

Ainda por questões de validade e concordando com Malta et al. (2010), recorreremos a normatização preconizada pela iniciativa STROBE para estudos observacionais, onde enumeram-se itens essenciais a serem descritos e conferidos no decorrer dessa modalidade de averiguação, com o intuito de que os mesmos possam ser devidamente reproduzidos e sejam capazes de gerar dados de relevância. O que por sua vez melhoraria a elegibilidade dessas publicações por parte de revisores e editores, tornando-as mais confiáveis aos leitores.

Oportunamente lembrado por Nadanovsky e Costa (2008), sendo empregado desde 1970 no Município de São Paulo, o índice CPO-D possibilitou comprovar um declínio de 68% na severidade da cárie dentária para a faixa etária dos 12 anos, entre 1986 e 1996. Quando se emprega tal índice para avaliar a situação de cárie, é conveniente analisar a participação dos diferentes componentes no valor total, de modo a tirar conclusões sobre até que ponto os indivíduos selecionados como amostra estão tendo acesso aos serviços de saúde bucal.

Apresentando uma visão mais crítica sobre o índice, Antunes e Peres (2006) lembraram que, embora seja largamente utilizado, o CPO-D apresenta algumas limitações. Seus valores não têm relação com o número de dente sob risco; por exemplo, uma criança de 7 anos, com apenas nove dentes permanentes irrompidos, dos quais três foram afetados por cáries em pouco tempo, terá CPO – D menos elevado que um adulto com quatro dentes cariados, apesar de apresentar maior proporção de dentes atacados em período de tempo mais curto. Além disso, valores de CPO relativos a segmentos de população com fácil acesso a assistência odontológica, em que cirurgiões-dentistas indicam amplamente restaurações preventivas, podem superestimar a experiência de cárie.

Apesar da inegável contribuição e importância de medidas epidemiológicas para organização do programa e planejamento do serviço de saúde, Cypriano et al. (2005) afirmaram existir a real dificuldade de execução de levantamentos

epidemiológicos em saúde bucal, por parte dos municípios e órgãos públicos, seja em virtude da disponibilidade, treinamento e calibração de recursos humanos ou pelo desafio de operacionalizar esse tipo de estudo. Para tanto, os autores sugeriram que índices epidemiológicos consagrados como o CPO-D podem ser utilizados em larga escala sob suas versões simplificadas, a saber: CPO em 6 dentes e CPO em 2 hemiarcos. Os resultados apresentados por este estudo, avaliados sob o prisma da prevalência de lesões de cárie apontaram para uma distribuição peculiar da doença, onde a mesma afetaria de forma semelhante dentes homólogos, o que viria a confirmar a teoria da bilateralidade da cárie dentária para a idade de 12 anos.

2.4 Índice periodontal comunitário (IPC)

Em relação aos exames periodontais realizados em crianças e adolescentes, Antunes e Peres (2006) relataram que, em diferentes estudos executados sob diferentes metodologias, uma porcentagem significativa de crianças, com idades aproximadas, apresentou quadro de sangramento gengival mediante sondagem. Ressaltaram ainda que, apesar da alta prevalência do quadro inflamatório, foi observado o baixo percentual de conversão dessa inflamação em perda efetiva da inserção periodontal, sendo pouco provável a associação de tal quadro inflamatório a periodontite propriamente dita, o que de acordo com os autores, sugere uma análise mais aprofundada.

Quanto à avaliação do desempenho do Índice Periodontal Comunitário na determinação da condição do periodonto propriamente dito, amplamente utilizado e preconizado pela OMS, a representatividade desse índice ainda não está completamente comprovada. Apesar de muitos estudos apresentarem evidências de que o referido exame, principalmente em sua forma parcial, subestimaria a doença, há grande divergência nos resultados obtidos, e mesmo assim, boa representatividade. Assim, novas pesquisas empregando métodos e análises padronizadas são indicadas para avaliar com maior exatidão sua confiabilidade, tanto sobre a condição do indivíduo, quanto sobre a condição das populações (CHALUB; PÉRET, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil (BRASIL, 2012), mostrou que o índice mais utilizado em inquéritos populacionais para a aferição da condição periodontal tem sido o IPC, proposto pela OMS, complementado pelo exame da Perda de Inserção Periodontal (PIP) para a população adulta e idosa. O IPC verifica a ocorrência de sangramento, cálculo e presença de bolsa periodontal (rasa e profunda), tendo como referência o exame por sextante, ou seja, grupos de seis dentes entre os 32 da arcada dentária. No referido levantamento, especificamente com relação ao IPC, o modo de aferição foi modificado no sentido de se obter a prevalência individualizada dos agravos (sangramento, cálculo e bolsa). Tratou-se de uma estratégia importante, pois ao referir apenas o pior escore do sextante o índice tenderia a mascarar a real prevalência desses agravos.

Ao avaliar a eventual associação entre as condições de saúde gengival e a utilização do serviço odontológico, Antunes et al. (2008) examinaram 1.799 adolescentes em trinta e cinco municípios do estado de São Paulo. Verificaram que cerca de um terço dos indivíduos da amostra apresentavam sangramento gengival ou cálculo dentário em, ao menos, um sextante da boca. Entretanto, os autores obtiveram associação positiva no que se refere ao uso dos serviços de saúde bucal por parte dos examinados, visto que nas localidades onde a população correspondia à demanda dos serviços de saúde, foi constatado menor prevalência das periodontopatias. Isso suscitou a hipótese de que a maior capacitação dos municípios para atender a demanda regular de procedimentos odontológicos tenha sido acompanhada, de alguma forma, por esforços na promoção de saúde bucal.

Levantamentos internacionais executados em diferentes países que se utilizaram de populações semelhantes e mesmo índice para avaliação, no caso, escolares de 12 anos e o IPC, obtiveram resultados alarmantes no que se refere à condição de saúde periodontal. Quase um quarto dos escolares avaliados na Itália e aproximadamente 40% dos escolares da Grécia, examinados com o mesmo intuito, apresentaram condição periodontal saudável, evidenciando a necessidade de atuação, por parte dos órgãos responsáveis, também a favor da saúde periodontal. Isso suscitaria a necessidade de uma abordagem voltada para programas de educação em saúde levando em consideração os aspectos sociais das comunidades envolvidas (CAMPOS et al., 2007; VADLAKAS et al., 2012).

2.5 Componente social

Elucidando os fatores sociais, Rouquaryol (2008) afirmou que uma população socialmente organizada não é apenas a justaposição dos indivíduos que a formam, ao contrário, tem características próprias e propriedades de conjunto. Assim, a ocorrência espacialmente localizada de doença coletiva pode estar associada a fatores populacionais, independentemente de seu vínculo ambiental. Fatores populacionais são aqueles ligados ao conjunto socialmente organizado e não as características individuais dos elementos que o compõem, isto é, variáveis populacionais são as variáveis geográficas ligadas ao componente população, como conjunto humano socialmente estruturado e, na maioria dos casos, ocupante de um espaço geográfico definido.

Polk et al. (2006), com intuito de aferir a interferência dos fatores socioeconômicos sobre a manifestação da doença cárie, e também identificar se diferentes níveis de conhecimento sobre higiene bucal podem exercer influência sobre tal disparidade, coletaram dados durante o *Pennsylvania Oral Health Need Assessment* (PaOHNA), que constituiu em um levantamento estadual realizado entre escolares. Os resultados obtidos sugeriram que a experiência de cárie está intimamente relacionada com a condição social dos indivíduos, e indo mais além, os autores afirmaram que tal influência não se interrompe tão facilmente por meio das intervenções preventivas ou hábitos de higiene propriamente ditos, pois muitos dos indivíduos examinados durante o estudo possuíam histórico de intervenções restauradoras e ainda sim, um quadro de saúde bucal desfavorável.

Moura et al. (2008), ao estudarem o enfoque socioeconômico da prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos, observaram que escolares submetidos a consultas odontológicas, com período intermitente entre estas inferior a um ano, possuem uma frequência diária de escovação superior a uma vez ao dia, sendo que tal frequência diminui a medida que o intervalo entre consultas aumenta. Outro achado relevante foi a detecção de relação positiva entre valores do índice CPO-D e o grau de escolaridade materna dos indivíduos avaliados pela pesquisa, onde, quanto maior o nível da formação educacional parental, menores os índices individuais da criança examinada.

Considerando clara a associação entre desigualdade social e a condição de saúde bucal de uma determinada população, Navarro et al. (2012) verificaram uma

evolução positiva nos programas, serviços e cobertura do sistema de saúde, apesar de ainda persistente a desigualdade social, atribuindo tal melhoria a implementação de políticas públicas eficientes, especialmente no que diz respeito aos programas de atenção primária e ações para melhoria da qualidade de vida da população. Fato que, na opinião dos autores, pode ser carreador para as melhorias mais recentemente observadas no quadro de saúde bucal, tanto de maneira direta quanto indireta.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a interferência da Estratégia de Saúde da Família na saúde bucal da população adstrita, através da obtenção de indicadores epidemiológicos verificando relação entre tais indicadores e o perfil socioeconômico dos beneficiados pela estratégia e pela rede de atenção básica.

3.2 Objetivos específicos

- a) Determinar a prevalência de cárie dentária e doença periodontal da população adstrita da Estratégia de Saúde da Família no município de Campo Grande (MS);
- b) Comparar os índices epidemiológicos dessa população com outra não referida como demanda pela Estratégia de Saúde da Família.

4 MATERIAIS E MÉTODO

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) do município de Campo Grande (MS) (2012), no que diz respeito à Estratégia de Saúde da Família e suas equipes de saúde bucal, estas foram implementadas ainda sob a égide de um programa, há aproximadamente dez anos, pelo Ministério da Saúde. Durante tal período, o município viabilizou o montante de 30 unidades, contando com 64 equipes atuantes. A população beneficiada é estimada em aproximadamente 245.000 habitantes onde, apesar desse número expressivo, a adstrição da população como demanda perfaz um percentual de 35% de cobertura total, valor este aquém do esperado de uma cidade com porte de capital do estado. Dados da própria SESAU remetem a um processo de expansão iminente e contínuo, sobretudo no tangente às necessidades de saúde bucal, sempre constantes e dinâmicas, evoluindo junto com o perfil socioeconômico da população, que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), chegando a 832.352 mil habitantes para o ano de 2013.

4.1 Aspectos éticos

Este estudo foi realizado mediante aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Anexo 1). Todos os indivíduos ou representantes legais concordaram em participar deste estudo espontaneamente, expressando tal intenção mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.2 Sujeitos da pesquisa

A amostra foi composta por escolares na faixa etária de 12 anos de idade, assistidos ou não como demanda pela ESF. Aproximadamente doze mil estudantes correspondentes como indivíduos alvo deste levantamento encontravam-se devidamente matriculados nas escolas públicas e privadas do município. Baseando-

se nesses valores, foi estabelecida uma amostra de 374 indivíduos, valor calculado através do programa Raosoft™, adotando o intervalo de confiança de 95%.

Até o ano de 2012, o município possuía cadastrados, junto ao Ministério da Saúde, como demanda adstrita aproximadamente 231.000 habitantes, divididos em quatro distritos sanitários, onde cada um é possuidor de escolas e unidades de ensino, cujos estudantes, no papel de moradores locais, compõem parte da população atendida pelas unidades de saúde da família. A relação nominal total dessas escolas foi disponibilizada pela Secretaria Municipal de Educação. Estabelecimentos de ensino não cadastrados no Programa de Saúde do Escolar foram excluídos, configurando desta forma, demanda adstrita real da ESF.

Cientes de que pouco mais de um terço da população de Campo Grande (35%) é efetivamente beneficiada pela estratégia, e que tal proporção influenciaria na construção estatística deste estudo, também adotamos tal fracionamento entre amostra e grupo controle (35% e 65%, respectivamente). Os exames e a coleta de dados orientados foram obtidos sob esta condição; os indivíduos componentes da amostra foram selecionados aleatoriamente entre as escolas pertencentes ao Programa de Saúde do Escolar. Os demais foram selecionados entre os estabelecimentos de ensino não pertencentes a nenhum programa ou estratégia específica, sendo tão somente assistidas pela rede de atenção básica, instituindo-se desta forma, o grupo controle.

Ainda, no caso das escolas fornecedoras do grupo controle, restringimos mais a amostra, excluindo as situadas mais próximas às unidades de saúde, na tentativa de evitar comprometimento, contaminação ou qualquer viés decorrente de detalhes geográficos, para que pudéssemos nos referir a essa fração da amostra como constituinte de demanda livre, não programada (Figura 1). Considerou-se como um dos critérios de exclusão, a resposta dada à pergunta número um (Apêndice 2), que se refere ao tempo de habitação na região assistida pela ESF. Foram excluídos os indivíduos examinados com tempo de moradia inferior a cinco anos. Também foram considerados como critérios de exclusão para o grupo controle, o preenchimento com resposta positiva no campo assinalado das perguntas 11 e 12 do questionário, referentes às visitas e acesso das equipes de saúde da família, o que sugeriria que indivíduos do grupo controle teriam contato com a ESF.

Para efeito de viabilização da aplicação do instrumento de coleta de dados, bem como a consequente calibração intra examinador em face dos exames clínicos,

foi realizada uma pré-amostragem de vinte pares de pais e alunos, posteriormente excluídos da amostra final. Verificou-se a existência de possíveis vieses de execução, como o grau de compreensão do instrumento por parte do respondente; a qualidade dos dados obtidos; se existiam estimativas confiáveis para o espaço amostral; e dificuldade de avaliação da escolaridade dos pais, em que se adotou como válida o responsável com maior grau de formação. Adaptações e alterações no formato das perguntas, desenho e tamanho do instrumento de pesquisa foram realizadas em virtude deste prelúdio (FADEL et al., 2008; PATUSSI et al., 2010).

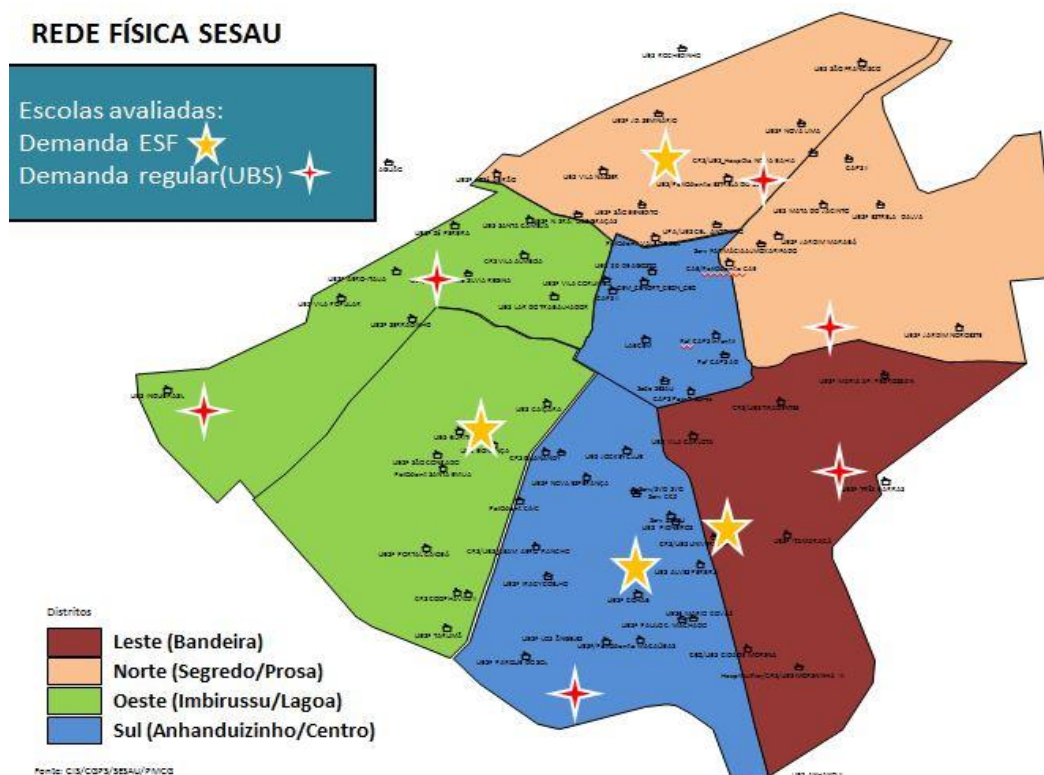


Figura 1- Mapa da divisão distrital do município de Campo Grande evidenciando a localização das escolas selecionadas como bases para coletas de dados.

4.3 Índices epidemiológicos

Os exames epidemiológicos foram realizados por dois indivíduos sendo um examinador e um anotador, após calibração e cálculo da medida de confiabilidade Kappa ($K = 0,82$), constituindo etapa clínica única, na qual todos os procedimentos foram realizados no ambiente escolar, sob luz natural. Para o cálculo da prevalência de cárie dentária, utilizou-se o índice CPO-D, de acordo com os critérios

estabelecidos pelo Projeto SB Brasil no ano de 2010 (Quadro 1). Foram utilizados espelho bucal e sonda exploradora milimetrada de extremidade esférica de 0,5 mm, modelo IPC (Figura 2). Através dos dados obtidos com o auxílio deste índice, pode-se estimar a experiência de cárie da amostra. Obtidos os dados individuais, calculou-se a média do índice CPO-D de acordo com a fórmula abaixo, onde n equivale ao total de indivíduos avaliados.

$$\text{Média do CPO-D} = \frac{\sum (n_1+n_2+n_3+n_4+\dots)}{n}$$

1 ou B	Coroa cariada
2 ou C	Coroa restaurada com cárie
3 ou D	Coroa restaurada sem cárie
4 ou E	Dente ausente devido cárie
5 (-)	Dente permanente ausente por outra razão
6 ou F	Selante de fissura
7 ou G	Dente suporte de Prótese, coroa protética ou faceta
8 (-)	Coroa não erupcionada
T-T	Traumatismo (fratura)
9	Não registrado

Quadro1 - Notação classificatória para o cálculo do Índice CPO-D (Manual SB Brasil, 2012).

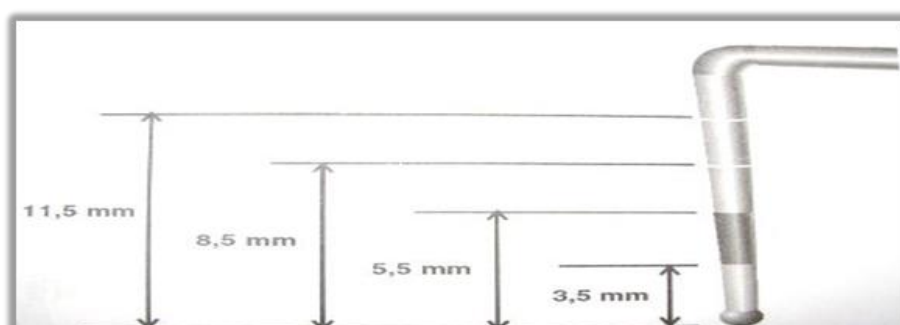


Figura 2- Ponta de sonda preconizada pela OMS para realização do IPC. (ANTUNES e PERES, 2006)

Seguindo a orientação de Antunes e Peres (2006), a prevalência da doença periodontal foi verificada, através do Índice Periodontal Comunitário. Os exames também foram realizados por um único examinador, com auxílio de espelho bucal e sonda exploradora milimetrada de extremidade esférica de 0,5 mm modelo IPC. O exame foi realizado mediante a inserção da sonda no sulco gengival, verificando-se a presença de sangramento e profundidade de sondagem, considerando-se como detecção de bolsa periodontal, profundidades maiores ou iguais a 3,5 mm (Figura 3). Foram usados como referência para execução do exame os dentes índices 16, 11, 26, 36, 31 e 46. No caso da ausência destes, examinaram-se todos os remanescentes, com exceção da região distal dos terceiros molares.

Coerentemente, Pereira (2003) lembrou que para crianças com idade inferior a 15 anos, e, portanto, os indivíduos componentes da amostra avaliada, não são feitos registros de bolsa periodontal, códigos 3 e 4 da Figura 3, pois as alterações de tecidos moles neste caso podem estar associadas a processos eruptivos dos elementos dentários permanentes e não necessariamente às periodontopatias. No Quadro 2 encontram-se os valores descritos como código para registro do IPC.

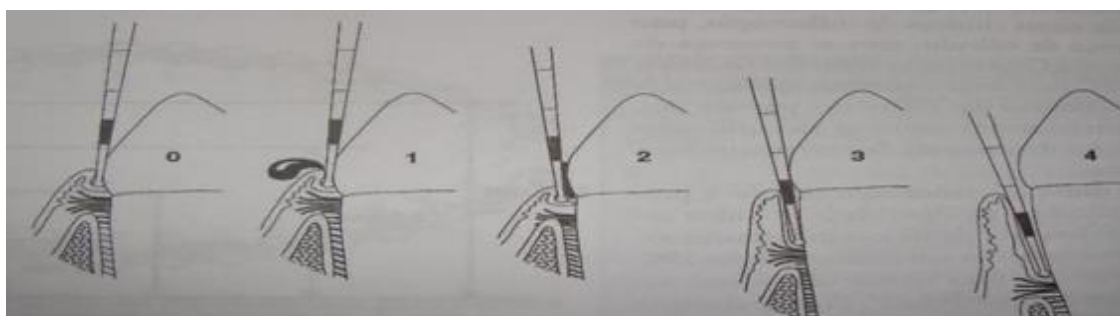


Figura 3 - Posicionamento de sonda e codificação de acordo com o IPC. (ANTUNES; PERES, 2006).

Código padrão para registro do IPC (CPI)	
0	Hígido
1	Com sangramento pós-sondagem
2	Presença de cálculo em toda área escura da sonda
3	Bolsa periodontal de 4 a 5 mm
4	Bolsa periodontal de 6 mm ou mais
5	Sextante excluído (menos de dois dentes presentes)
6	Sextante não examinado

Quadro 2 - Notação numérica para realização do Índice Periodontal Comunitário. (PEREIRA, 2003)

4.4 Determinantes sociais

Concordando com Broder et al. (2007), considerou-se necessário estimar o impacto dos itens considerados como variáveis de análise pois, quando se caracteriza tanto componentes geográficos, socioeconômicos e os de saúde com intuito de verificar as respectivas prevalência e importância dos itens constituintes das indagações, acaba-se por estabelecer um perfil de uma população ou grupo, tanto voluntária quanto involuntariamente. Sob tais perspectivas, a construção do questionário como um instrumento de coleta de dados deve, sobretudo, ser relevante e voltada para a realidade da população a quem examina.

Seguindo o exemplo de Fischer et al (2010), as variáveis exploratórias de caráter socioeconômicas utilizadas foram obtidas a partir do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, onde os demais critérios componentes do questionário foram, a saber: 1 - Considerar indagações referentes à qualidade de vida dos indivíduos avaliados; 2 - Procurar obter informações quanto a oferta do serviço de saúde bucal; 3 - Verificar a abrangência e intervenção positiva das equipes de ESF. O instrumento da pesquisa fora concebido e revisado com o intuito de apresentar-se autoexplicativo, direto e compreensível, quando submetido à interpretação dos pais ou responsáveis, (Apêndice 2) onde, em virtude da pré amostragem, a composição textual das questões foi alterada visando maior compreensão por parte dos entrevistados.

4.5 Análise estatística

Todos os dados foram submetidos à estatística inferencial e descritiva. Os valores numéricos geradores de média foram comparados entre si, no intuito de evidenciar possíveis discrepâncias. A avaliação da associação entre as variáveis alterações no tecido mole e CPO-D, com as variáveis escolaridade e renda familiar, foi realizada por meio do teste do Qui-quadrado e pós-teste de Tukey. Os demais resultados foram apresentados na forma de estatística descritiva. Foi considerado nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

Do total de escolares que compuseram a amostra (n=374), 133 foram identificados como demanda adstrita da ESF, sendo 45,1% (n=60) e 54,9% (n=73), respectivamente, do gênero masculino e feminino. A demanda espontânea de Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi composta de 241 escolares, com 48,2% (n=116) do gênero masculino e 51,8% (n= 125) do gênero feminino.

Os índices CPO-D dos escolares atendidos na Estratégia de Saúde da Família (população adstrita) e dos atendidos sob demanda regular são mostrados na Tabela 1, evidenciando media e parciais mais favoráveis para o segundo grupo. A Tabela 2 mostra esses resultados em função de parâmetros socioeconômicos.

Tabela 1 – Média do Índice CPO-D de escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e de demanda regular. Campo Grande (MS), 2013. (n=374)

Índice	Hígidos		Cariado		Obturado		Extraído*		CPO-D
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Demanda adstrita	79	59,4	15	11,4	34	25,5	5	3,7	1,04
Demanda regular	168	69,7	27	10,8	40	17	6	2,5	0,67
Total	247	66	40	11	72	19,6	11	3,4	0,80

*Considerados neste parâmetro também os elementos dentários com extração indicada.

Os resultados referentes à condição periodontal estão dispostos na Tabela 3. Estes foram obtidos através da avaliação do IPC, onde a constatação de um único sextante com a presença de sangramento à sondagem ou cálculo dentário já remete a presença de comprometimento da saúde periodontal, sendo suficiente para a classificação do examinado como portador de alterações gengivais.

Tabela 2 – Média do Índice CPO-D de escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e de demanda regular, segundo renda familiar e escolaridade dos pais. Campo Grande (MS), 2013. (n=374)

CPO-D Médio			
	Demanda adstrita	Demanda regular	Média
Escolaridade			
1º grau completo	1,31±0,22 ^{Aa}	0,93±0,17 ^{Aa}	1,10±0,13 ^{Aa}
2º grau completo	1,00±0,28 ^{Aa}	0,51±0,11 ^{Ba}	0,63±0,11 ^{Bb}
3º grau completo	0,50±0,14 ^{Aa}	0,56±0,15 ^{Aa}	0,54±0,10 ^{Ab}
Renda familiar			(p=0,001)
Até 1 sm*	1,45±0,24 ^{Aa}	0,92±0,24 ^{Aa}	1,26±0,18 ^{Aa}
De 2 a 3 sm	0,65±0,16 ^{Ab}	0,67±0,11 ^{Aa}	0,66±0,09 ^{Ab}
Mais de 3 sm	0,60±0,24 ^{Ab}	0,57±0,13 ^{Aa}	0,58±0,12 ^{Ab}
			(p=0,002)

Teste *t-student*, pós-teste de Tukey. Letras maiúsculas indicam diferença significativa entre percentuais nas linhas, letras minúsculas indicam diferença significativa entre percentuais na coluna. (p<0,05). *salário mínimo

Tabela 3 – Índice Periodontal Comunitário segundo classificação, em escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e de demanda regular. Campo Grande (MS), 2013. (n=374)

	Índice Periodontal Comunitário									
	Zero		Um		Dois		Três		Quatro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Demanda adstrita	47	35,6	73	55,0	12	9,4	0	0,0	0	0,0
Demanda regular	134	55,8	104	43,4	2	0,8	0	0,0	0	0,0
Total	181	48,7	177	47,3	14	4,0	0	0,0	0	0,0

Na Tabela 4 encontram-se os resultados referentes à presença de alterações da saúde periodontal nos sujeitos da pesquisa, conforme gênero e parâmetros socioeconômicos.

Tabela 4 – Frequência relativa e absoluta da presença de alterações periodontais em escolares de 12 anos de idade atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e de demanda regular, em função do gênero, escolaridade dos pais e renda familiar. Campo Grande (MS), 2013. (n=374)

Gênero	Demanda adstrita				Demanda regular			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Masculino	45	75,0 ^{Aa}	15	25,0	44	37,9 ^{Ab}	72	62,1
Feminino	41	56,2 ^{Ba}	32	43,8	63	50,4 ^{Aa}	62	49,6
Escolaridade								
1º grau completo	44	65,7 ^{Aa}	23	34,3	53	59,6 ^{Aa}	36	40,4
2º grau completo	20	62,5 ^{Aa}	12	37,5	32	33,0 ^{Bb}	65	67,0
3º grau completo	22	64,7 ^{Aa}	12	35,3	22	40,0 ^{Bb}	33	60,0
Renda familiar								
Até 1 SM	40	62,5 ^{Aa}	24	37,5	17	45,9 ^{Aa}	20	54,1
De 2 a 3 SM	35	64,8 ^{Aa}	19	35,2	63	48,8 ^{Aa}	66	51,2
Mais de 3 SM	11	73,3 ^{Aa}	4	26,7	27	36,0 ^{Ab}	48	64,0

Letras maiúsculas indicam diferença significativa entre percentuais nas linhas. Letras minúsculas indicam diferença significativa entre percentuais na coluna.

Os dados dispostos na Tabela 5 representam a distribuição dos pacientes de acordo com o atendimento dos mesmos pela Equipe de Saúde da Família, odontólogo e auxiliar de saúde bucal. A maioria dos entrevistados recebia visitas constantes dos agentes comunitários de saúde, 58,6%, (n=78); já 32,3% (n=43) da mesma amostra relataram visitas mais esporádicas. Na amostra correspondente à demanda livre não foram detectadas visitas frequentes, entretanto, o maior percentual dessa amostra 72,6% (175) relatou tão somente visitas esporádicas.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com o atendimento dos mesmos pela Equipe de Saúde da Família ou visitados por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal.

Variáveis	Demanda UBS % (n)	Demanda ESF % (n)
Atendimento satisfatório pelo serviço de saúde		
Sempre	4,5 (11)	11,2 (15)
Nem sempre	60,6 (146)	64,0 (85)
Nunca	34,9 (84)	24,8 (33)
Visitas dos agentes comunitários de saúde		
Sempre	00 (00)	58,6 (78)
Algumas vezes ao ano	72,6 (175)	32,3 (43)
Menos de duas vezes ao ano	27,4 (66)	9,1 (12)
Visitas das Equipes de Saúde da Família		
Sempre	00 (00)	15,8 (21)
Algumas vezes ao ano	00 (00)	27,8 (37)
Menos de duas vezes ao ano	100(241)	56,4 (75)
Visita da Equipe de Saúde Bucal da ESF		
Sim	00(00)	21,8 (29)
Não	100(241)	78,2 (104)
Orientações de Saúde Bucal durante visitas ESF		
Sim	00 (00)	34,6 (46)
Não	100(241)	65,4 (87)

Observamos mediante a distribuição dos dados da Tabela 5 que mais da metade dos indivíduos entrevistados receberam menos de duas visitas ao ano, constatando déficit maior no que se refere às equipes de saúde bucal, onde menos de um quarto dos entrevistados afirmaram receber visitas domiciliares constantes. E no tocante ao processo contínuo de educação em saúde apenas um terço dos entrevistados afirmaram ter tido orientações quanto sua saúde bucal.

6 DISCUSSÃO

O município de Campo Grande, atualmente, agrega cerca de 800.000 habitantes, distribuídos em quatro distritos sanitários, determinados de acordo com parâmetros estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, onde os diferentes modelos de unidades de atenção seriam distribuídos de acordo com as necessidades locais e expectativas dos moradores. Entretanto, dentro dos parâmetros reais, tal distribuição apresenta-se deficitária, visto que algumas das regiões pertencentes aos referidos distritos encontram-se bem aquém do esperado em relação à abrangência dos programas e serviços de saúde.

Dados do próprio município apontam para uma cobertura populacional de no máximo 35% correspondente a demanda adstrita da ESF, onde mesmo transcorrida mais de uma década, a abrangência e o caráter substitutivo desta modalidade caminha a passos lentos, evidenciando algumas limitações de inclusão e funcionamento já constatadas em estudos anteriores feitos em diferentes localidades (CERICATO et al., 2007; OLIVEIRA; SALIBA, 2010).

Em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (1999), optou-se por definir como amostra a faixa etária de 12 anos, sendo tal idade especialmente importante, pois é provável que nessa fase da vida do indivíduo, todos os dentes permanentes estejam irrompidos, exceto os terceiros molares, sendo assim possível verificar tanto a influencia da condição da dentição decídua, como prever, até certo ponto, a evolução do quadro de saúde bucal.

Nosso interesse em verificar a resolutividade da ESF como modelo de atenção, bem como a necessidade de obtenção de dados epidemiológicos coerentes e de fácil comparação, convergiram para a escolha de instrumentos já consagrados pela literatura, como o amplamente empregado Índice CPO-D, ferramenta epidemiológica de boa confiabilidade, capaz de gerar dados de relevância e relativamente de fácil interpretação (CYPRIANO et al., 2005; MOURA et al., 2008; FREIRE et al., 2009).

Mediante a contabilização dos achados fomos surpreendidos pelos valores detectados para a presença de lesões de cárie, na totalidade de nossa amostra (n=374), o CPO-D médio encontrado foi de 0,80 sendo as parciais de 0,67 detectadas para a demanda espontânea e 1,04 para a demanda adstrita da saúde

da família, o que sugere o declínio da doença carie na população brasileira, mais especificamente para essa região, concordando com os dados levantados pelos inquéritos SB Brasil realizados em 2003 e 2010, o montante de aproximadamente 66,3% da amostra apresentou-se livre de lesões cariosas, valor superior aos 44% verificados para o município desde o último inquérito SB. Valores favoráveis como esses tenderiam a gerar uma associação positiva, erroneamente considerada como sucesso direto da Estratégia por alguns autores (BRASIL, 2012; NAVARRO, 2012).

O que, por sua vez, pôde ser atestado, pelos os valores de CPO-D médio significativamente menores encontrados para a população referenciada como demanda das UBS em relação aos atendidos pela ESF. Quando tomamos, por exemplo, o percentual isolado de indivíduos sem cáries, o valor encontrado para esta variável foi cerca de 10% maior para os indivíduos atendidos nas Unidades Básicas, uma diferença relativamente pequena mas que suscitaria uma releitura das atividades preventivas e de educação em saúde, praticas inerentes e alegadamente executadas pela ESF que não estariam sendo executadas conforme orientação do Ministério da Saúde, em relatos anteriores a este, muitas vezes constatou-se a participação das equipes odontológicas de maneira limitada, restringindo-se ao atendimento ambulatorial básico(OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Para o total da amostra foram detectados potenciais positivos de interferência para renda familiar e escolaridade dos pais, onde os valores médios do índice CPO-D mostraram-se inversamente proporcionais à variáveis em questão, ou seja quanto maior a renda e escolaridade dos responsáveis pelos indivíduos da amostra, menor é a experiência de cárie. Sendo os menores valores do CPO-D encontrados para os escolares de famílias com renda superior a 3 salários mínimos e instrução superior, não foi possível atestar o mesmo para os valores individuais de ambas as amostras devido ao fato dos percentuais relativos a maior renda familiar constituírem valor numérico pouco significativo. O que não impediu a relação positiva dos valores totais confirmando-se presente para os valores de p (0,002 para escolaridade e 0,001 para renda média) obtidos durante a etapa estatística (Tabela 2), e portanto, concordando com a maioria dos autores que já haviam detectado essa relação positiva anteriormente (PATUSSI et al., 2006; FADEL et al., 2008; POLK et al., 2010; NAVARRO, 2012).

Em contrapartida, os resultados apresentados mediante a tomada do Índice Periodontal Comunitário (IPC), de nossa escolha por suscitar os mesmos benefícios

do CPO-D, revelaram o preocupante percentual de 60% da amostra apresentar ao menos um sextante, onde constatou-se a presença de sangramento gengival, o que infelizmente também pode ser considerado uma tendência, visto que o crescimento dos valores associados às alterações nos tecidos moles da boca foram constatados em diferentes populações avaliadas sob a mesma faixa etária, o que por si só não retrataria o real situação do arcabouço ósseo, caracteristicamente comprometido no caso das periodontopatias (CAMPOS, 2007; VADLAKAS, 2012).

Quando afirmamos a necessidade de se estabelecer o papel dos procedimentos e atividades preventivas, devemos nos ater ao perfil da população que se beneficiaria destes esforços, onde usuários dos serviços de saúde com melhores condições socioeconômicas, tenderiam a demonstrar maior interesse para com a prevenção específica (FISCHER et al, 2010). O que não justificaria por sua vez, achados tão alarmantes no tocante a saúde periodontal dos escolares avaliados, onde menos da metade apresentaram gengivas sadias mediante sondagem, nos levando a crer que nem sempre uma melhor condição social suscitaria um perfil de saúde bucal mais favorável (GAO et al., 2010).

A relação entre fatores socioeconômicos e a condição de saúde bucal de indivíduos é bem descrita e documentada, estudos de diferentes metodologias realizados em diferentes espaços amostrais colaboraram para tirar do campo das hipóteses esta verdade, tarefa nem sempre agradável aos olhos da epidemiologia não pelas dificuldades de coleta de tais informações, mais pela exposição, advinda de tais dados, de nossa incapacidade em promover a saúde de nosso semelhante.

Entretanto, a associação entre saúde bucal e os fatores socioeconômicos ainda não é um mecanismo acurado, tendo em vista alguns casos em que apesar das intervenções preventivas e melhorias no perfil de higiene bucal, melhorias de acesso aos sistemas de serviço não eximem um quadro de saúde desfavorável (POLK et al, 2006).

Diferindo do índice CPO-D as relações estabelecidas pelos valores do IPC e fatores socioeconômicos só puderam ser vinculadas ao componente escolaridade dos pais e não para a renda familiar, já que os valores de p (0,111) calculados para esta última mostraram-se incapazes de estabelecer correlação positiva com o inquérito periodontal.

A iniciativa de elaborar um instrumento para coleta de dados na forma de um questionário baseou-se na inexistência de instrumentos que mensurassem de forma

conjunta os indicadores socioeconômicos e a percepção da proposta da ESF por parte do usuário. Tendo em mente a complexidade de se gerar dados confiáveis ao associarmos o social aos serviços de saúde, optamos verificar algumas das relações já estabelecidas pela literatura como escolaridade dos pais e renda familiar.

A grande maioria dos avaliados, 84,2% (n=112) da demanda adstrita e 98,3% (n=237) da demanda espontânea alegou fácil acesso aos serviços educacionais, sociais e de saúde disponibilizados pelo município, o que revela um bom planejamento e infra-estrutura das ações de cidadania, não havendo, portanto, queixas por parte da população examinada sobre dificuldade de acesso aos serviços de Saúde Bucal e suas respectivas unidades de atendimento. Entretanto, no que se refere à satisfação do usuário quanto a qualidade dos serviços prestados, observou-se, em relação a demanda adstrita, percentuais um tanto quanto oscilantes (Tabela 5), apenas 11,2% (n=15) consideraram ser atendidos a contento quando da necessidade de uso dos serviços de saúde, 64% (n=85) alegaram satisfação eventual, e 24,8% (n=33) relataram nunca serem atendidos satisfatoriamente.

Ainda com relação à modalidade de atenção característica da ESF, o questionário suscitou a interessante constatação de que, de acordo com os usuários, poucas são as residências visitadas regularmente pelas equipes de saúde da família; apenas 15,8% (n=21). Mesmo as situadas em regiões definidas como pertencentes à estratégia onde aproximadamente 56,4% dos indivíduos responderam que eram visitados menos de duas vezes ao ano, e um terço destes afirmaram não receber qualquer tipo de orientação sobre cuidados e manutenção da saúde bucal, informações que a nosso ver remetem a uma avaliação mais crítica sobre os processos regulatórios existentes para mensurar tais atividades, atentando também para a eventual desvirtuação da proposta das ESF nos âmbitos educativo e preventivo. Onde se sugere maior rigor durante a execução dos procedimentos educativos e preventivos, no intuito de melhorar a abrangência e eficácia dos mesmos frente a população adstrita.

7 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, pode-se concluir:

- a) As ações da Estratégia de Saúde da Família interferem positivamente no estado de saúde da população adstrita em relação a indicadores de saúde bucal, porém quando comparados aos mesmos indicadores avaliados na população pertencente a demanda regular, constatou-se diferenças pouco significativas entre ambos.
- b) Foi detectada influencia de fatores socioeconômicos em relação aos principais indicadores de saúde bucal, entretanto estes não foram caracterizados como determinantes de variações entre os modelos de atenção avaliados neste estudo.

REFERÊNCIAS¹

Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan: 2006.

Antunes JLF, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MGH. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 2008; 42(2):191-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora MS; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde/SAS/SVS/ Departamento de Atenção Básica Coord. Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Brasília: Editora MS; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>

Broder HL, Mcgrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. Community Dental Oral Epidemiol 2007; 35(1):8-19.

Calvo MCM, Colussi CF, Rocha RAPC, Goes PSA. Avaliação da atenção Primária em saúde bucal. Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

Campus G, Solinas G, Cagetti MG, Senna A, Minelli L, Majori S, Montagna MT, Reali D, Castiglia P, Strohmer L. National Pathfinder Survey of 12-year-Old Children's Oral Health in Italy. Caries Res. 2007;41:512-17.

¹ De acordo como o Manual de Normas para Elaboração de Teses e Dissertações da Faculdade Odontologia FAODO/UFMS, Baseado no estilo Vancouver 2007 e abreviatura dos títulos e periódicos conformidade com o Index Medicus.

Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. RFO 2007; 12(3): 18-23.

Chalub LLF, Péret ACA. Desempenho do Índice Periodontal Comunitário (CPI) na determinação da condição periodontal: Enfoque no exame parcial. Arq. Bras odontol. 2010; 2(6): 155-62.

Coser MC, Coser RM, Chiavini P, Boeck ME. Frequência de cárie e perda precoce dos Primeiros Molares Permanentes. RGO 2005; 53(1): 63-6.

Cypriano S, Souza MLR, Wada RS. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. Rev. Saúde Pública 2005; 39(2): 285-92.

Departamento de Informação e informática do SUS, DATA-SUS. Secretaria executiva do Ministério da Saúde 2011. Informações em saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr. A et al. Atenção Básica Em Saúde: Comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(3): 633-41.

Fadel CB, Wagner DM, Furlan EM. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. Rev. odonto ciênc 2008; 23(1): 31-4.

Ferjescov O, Kidd E. Cárie Dentária- A doença e seu tratamento clínico 2005. Tradução Fabio Luiz Mialhe. São Paulo: Editora Santos; 2005.147-8.

Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres M A. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: Associação com condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2010; 13(1): 125-38.

Freire MCM, Soares FFS, Higino MASP. Experiência de cárie em crianças de instituições de educação infantil com e sem assistência odontológica. Rev. Odonto ciência 2009; 24(1):64-70.

Gao XL, Hsu CYS, Xu Y, Hwang HB. Building caries risk assessment models for children. *J Dent Res* 2010; 89(6):637-43.

Gunther H. Como elaborar um questionário. Brasília: Editora UnB, 2003.(Planejamento de Pesquisa em Ciências Sociais. nº 1)

Klein H, Palmer CE. Dental caries in American Indian children. *Public Health Bull* 239. Washington: GPO, 1938.

Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Ver. Saúde Pública* 2010; 44(3): 559-565

Manfredini MA. Planejamento em Saúde Bucal In: Pereira AC. *Odontologia em Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Artmed; 2003.p54.

Moura C, Cavalcanti AL, Bezerra PKM. Prevalência de cárie dentária para escolares de 12 anos de idade, Campina Grande, Paraíba, Brasil: enfoque socioeconômico. *Rev. odonto cienc* 2008; 23(3): 256-62

Nadanovsky P, Costa AJL. Indicadores de Saúde Bucal In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky. *Epidemiologia & Bioestatística em Odontologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2008: p145.

Navarro MFL, Modena KCS, Bresciani E. Social disparity and oral health. *Braz Oral Res* 2012; 26(1): 17-24.

Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(0): 57-64.

Organização Mundial de Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal 4 ed. São Paulo: Editora Santos; 1999.

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília 2002.

Patussi MP, Hardy R, Sheiham A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. *Community Dental Oral Epidemiol* 2010; 35:1-9.

Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. Planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed; 2003.

Pinto VG. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. 5 ed. São Paulo: Editora Santos; 2005.

Polk DE, Waywant RJ, Manz C. Socioeconomic factors in adolescents' oral health: are they mediated by oral hygiene behaviors or preventive interventions? Community Dental Oral Epidemiol 2006; 34:344-50.

Rouquayrol Z. Contribuição da Epidemiologia In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Editora Fiocruz; 2008: 325-26.

Sanders AE, Spencer J, Slade GD. Evaluating the role of dental behavior in oral health inequalities. Community Dental Oral Epidemiol. 2006;34:71-9.

Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia de Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 221-32.

Soares CLM. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. Braz Oral Res. 2012; 26(1):94-102.

Vadlakas G, Oulis CJ, Tsinidou k, Mamai-Homata E. Oral hygiene and periodontal status of 12 and 15-year-old Greek adolescents. A National pathfinder survey. Eur Arch of Pediatr Dent. 2012; 13(1): 11-20.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa, e deve decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar sua decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo está sendo conduzido pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e sua Faculdade de Odontologia, e tem a intenção de avaliar a saúde bucal de escolares com 12 anos de idade, matriculados no ensino público no município de Campo Grande MS. Outro propósito é conhecer as condições socioeconômicas e culturais de seus pais e responsáveis.

Participarão deste estudo indivíduos em idade escolar de 12 anos moradores em Campo Grande, atendidos ou não pela Estratégia de Saúde da Família, além de seus pais ou responsáveis desde que residentes nos distritos sanitários onde será feita a pesquisa.

Não participarão deste estudo pessoas que não sejam moradoras das regiões avaliadas, ou morem nestes locais por período inferior a cinco anos (60 meses). Também não participarão as pessoas portadoras de dificuldades para se comunicar ou dificuldade de expressão, bem como portadores de problemas mentais. Menores de idade sem a autorização de pais ou responsáveis não participarão.

Seu filho será examinado para a avaliação da condição de saúde de seus dentes e gengivas. Você responderá um questionário contendo perguntas sobre sua condição sócio econômica, sua condição de moradia e informações sobre sua vizinhança.

Você participará deste estudo durante o período de um ano, onde pediremos para que nos dê informações pessoais uma única vez, em seus filhos, serão feitos exames de saúde bucal uma ou mais vezes de acordo com a necessidade da pesquisa. Outros alunos desta escola além de outras sete escolas distribuídas pela cidade também estão sendo avaliados no mesmo período.

Nada nessa pesquisa pode lhe fazer mal ou a seu filho, porém você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas, não existem problemas ou doenças que possam ser causados pelo exame de saúde bucal. Mesmo assim caso você se machuque ou fique doente por efeito direto do procedimento realizado, terá as suas despesas médicas pagas por conta dos realizadores do experimento.

Quando o exame terminar, seu filho receberá informações sobre sua condição geral de saúde bucal e orientações sobre como cuidar de seu sorriso. Se

durante o exame for encontrado algum problema sério, seu filho poderá ser encaminhado para uma das unidades de tratamento ao escolar da Prefeitura Municipal ou a Policlínica da UFMS.

Desde já lembramos que suas informações são particulares e só serão usadas pelo pesquisador onde serão transformadas em números, que serão calculados pelo estatístico. Toda resposta que for marcada no questionário é sigilosa. Se você concordar em participar do estudo, seus dados pessoais serão mantidos em segredo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador (seu médico ou outro profissional) a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações fornecidas.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para o pesquisador responsável: Dr. Mário Eduardo Baldo no telefone (67)30420594. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Lembre-se, participe da pesquisa apenas se quiser, mas gostaríamos de contar com seu apoio, se decidir participar ainda pode desistir a qualquer momento, você não perderá qualquer benefício ao qual tem direito. Você não será proibido de participar em novos estudos. Porém você ou seu filho poderão ser solicitados a sair do estudo se não cumprirem os procedimentos previstos ou atenderem as exigências da pesquisa. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário: _____.

Em ___/___/_____.

Telefone para contato: (67)_____.

Assinatura do pesquisador: _____.

Em ___/___/_____.

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO:

Nome do responsável: _____

Nome do filho (a): _____

1-Há quanto tempo sua família mora nessa região?	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano () • De 1 a 5 anos () • Mais de 5 anos () 	7-Somando o valor do salário de todas as pessoas que trabalham em sua casa, sua renda geral é de:	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Salário mínimo () • 1 a 3 salários mínimos () • Mais de 3 salários ()
2-Do lugar aonde mora, sua família tem fácil acesso a:	<ul style="list-style-type: none"> • Creche ou Ceinf () • Escolas municipais () • Postos de saúde () • Todos estes () 	8-Quantas pessoas em sua casa dependem dessa renda?	<ul style="list-style-type: none"> • Duas () • Três () • Quatro () • Cinco ou mais ()
3-Sua casa possui:	<ul style="list-style-type: none"> • Rede elétrica () • Água tratada () • Saneamento básico e esgoto () • Todos estes() 	9-Quando você ou sua família precisa usar o serviço de saúde do município, consegue ser atendido como gostaria?	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre () • Nem Sempre () • Nunca ()
4-Sua família tem acesso a quais meios de comunicação?	<ul style="list-style-type: none"> • Televisão () • Internet () • Jornais e revistas () • Todos estes() 	10-Sua casa recebe visitas dos agentes comunitários de saúde?	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre () • Algumas vezes ao ano () • Menos de duas vezes ao ano ()
5-Considera a região onde mora bem servida pelo transporte público?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim () • Não () 	11-Sua casa recebe visitas das equipes de Saúde da Família?	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre () • Algumas vezes ao ano () • Menos de duas vezes ao ano ()
6-Até onde estudou?	<ul style="list-style-type: none"> • 1ºgrau: completo () ; incompleto() • 2ºgrau: completo () ; incompleto() • 3ºgrau: completo () ; incompleto() 	12-Já foi visitado por um dentista ou auxiliar da Equipe de Saúde da Família? Durante a visita, foi passado algum tipo de orientação sobre saúde bucal?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim () • Não ()

ANEXO A



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

O protocolo CAAE 11340612.0.0000.0021 do Pesquisador Mário Eduardo Baldo intitulado **“Influência de determinantes Socioeconômicos sobre a Saúde Bucal dos Indivíduos adscritos como demanda pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Campo Grande (MS)”**, foi revisado por este comitê e aprovado em reunião ordinária no dia 14 de dezembro de 2013, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Edilson dos Reis


Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 19 de agosto de 2013

ANEXO B

UFMS



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DE DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS SOBRE A SAÚDE BUCAL DOS INDIVÍDUOS ADSCRITOS COMO DEMANDA PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE (MS)

Pesquisador: mario eduardo baldo

Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 1

CAAE: 11340612.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 172.897

Data da Relatoria: 13/12/2012

Apresentação do Projeto:

O Ministério da Saúde adotou, em março de 2001, um conjunto de ações individuais e coletivas, denominando-as de Programa de Saúde da Família, programa este que também incluiu as ações de saúde bucal dentre suas atividades. Transcorridos mais de dez anos de implantação no Estado de Mato Grosso do Sul e ainda sem nenhum estudo comparativo entre a estratégia e o sistema tradicional, objetivamos avaliar a interferência da Estratégia de Saúde da Família na saúde bucal da população adstrita no município de Campo Grande (MS), bem como determinar a prevalência de cárie dentária, doença periodontal e necessidade de tratamento na população de escolares de 12 anos reconhecidos como demanda da ESF de maneira que se possa estabelecer a influência dos fatores socioeconômicos nas comunidades onde foram implementadas unidades de preditores das doenças bucais. Saúde da Família é mediante a elucidação destes, sermos capazes de compreender a extensão da interferência dos agravantes sociais como preditores das doenças bucais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a interferência da Estratégia da Saúde da Família na população adstrita, através da obtenção de parâmetros para os indicadores epidemiológicos em saúde bucal, procurando estabelecer valores que atestem positivamente a eficácia do planejamento em saúde para o estado de Mato Grosso do Sul.

Objetivo Secundário:

1-Determinar a prevalência de cárie dentária, doença periodontal e necessidade de tratamento de

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67) 33345-7-187

Fax: (67) 33345-7-187

E-mail: bioetica@prop.ufms.br

Edson dos Reis
Vice-coordenador
CEPI/UFMS

UFMS



população adstrita da ESF, no município de Campo Grande (MS);2-Comparar os índices epidemiológicos dessa população com outra não referida como demanda pela ESF.3-Verificar a relação entre os determinantes sociais e o perfil de saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Possível constrangimento ao responder o questionário.

Benefícios: 1-Mapeamento epidemiológico das principais doenças bucais.2-Levantamento específico das condições de saúde bucal do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

CAMPO GRANDE, 14 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Edilson dos Reis
Vice-coordenador
CEPI/UFMS

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110

UF: MS Município: CAMPO GRANDE

Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

ANEXO C



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

OFÍCIO N. 3.040/SUGENORC/SEMED

Campo Grande, 6 de novembro de 2012.

Senhor Coordenador:

Em atenção ao Ofício n. 21/2012 - PPGO de 16 de outubro do corrente, informamos a V.Sª. que nada obsta ao que se pleiteia e que o quantitativo de alunos na faixa etária de 12 anos nas escolas da REME é de 7.662.

Salientamos, entretanto, que o pós-graduando Mário Eduardo Baldo, responsável em coletar as informações solicitadas, deverá comparecer à Superintendência de Gestão Normas e Relações Comunitárias desta Secretaria, para receber a Guia de Autorização de Pesquisa.

Atenciosamente,


Volmar Vicente Filippin
Secretário Municipal de Educação

Ao Sr. Pedro Gregol da Silva
Coordenador do Programa de Pós-Graduação "Stricto Sensu" em Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

ANEXO D



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

Ofício nº 3.455/GAB/SED/2012

Campo Grande, 19 de novembro de 2012.

Ao Senhor
Pedro Gregol da Silva
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Cidade Universitária s/n – Caixa Postal 549
CEP 79070-900 – Campo Grande - MS

Assunto: **Resposta ao Ofício n. 20/2012–PPGO**

Senhor Coordenador,

Em atenção ao Ofício n. 20/2012–PPGO, de 16 de outubro do corrente ano, protocolizado sob n. 29/271145/12, cujo teor solicita autorização para realizar a pesquisa “Influência de Determinantes Socioeconômicos sobre a Saúde Bucal dos Indivíduos Adscrito como Demanda pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Campo Grande – MS”, esta Secretaria coloca a Escola Estadual Padre José Scampini, situada na Rua do Porto n.220 – Bairro Conj. Coophavila II, à disposição do orientador Paulo Zárate Pereira e do Mestrando Mário Eduardo Baldo, para realizar a presente pesquisa nas turmas A e B do 5º ano e 6º ano A, do ensino fundamental, ambos no turno vespertino.

Ressaltamos que o responsável pela pesquisa deverá entrar em contato com a direção da unidade escolar para os acertos cabíveis.

Atenciosamente,


MARIA NILENE BADEÇA DA COSTA
Secretária de Estado de Educação

Gabinete da Secretaria de Estado de Educação
Protocolo SPI: 29/277.678/2012
Data: 19/11/2012