

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANIELI LAGUNA FRANCISCO

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM
ADOLESCENTES ESCOLARES NO ESTADO DE
MATO GROSSO DO SUL**

**CAMPO GRANDE
2020**

DANIELI LAGUNA FRANCISCO

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM
ADOLESCENTES ESCOLARES NO ESTADO DE
MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde da família. Orientador:

Prof.º Dr.º Rafael Aiello Bomfim.

**CAMPO GRANDE
2020**

DANIELI LAGUNA FRANCISCO

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM
ADOLESCENTES ESCOLARES NO ESTADO DE
MATO GROSSO DO SUL.**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde da Família da
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
como requisito final para obtenção do título de
Mestre em Saúde da família.
Orientador: Dr Rafael Aiello Bomfim.**

CAMPO GRANDE, _____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.º DR.º Rafael Aiello Bonfim

INSTITUIÇÃO: UFMS

JULGAMENTO: _____ ASSINATURA: _____

PROFª. DRª Adriane Pires Batiston

INSTITUIÇÃO: UFMS

JULGAMENTO: _____ ASSINATURA: _____

DR.ª Vália Rodrique da Lacerda

INSTITUIÇÃO: UFMS

JULGAMENTO: _____ ASSINATURA: _____

RESUMO

As doenças bucais são um grande problema de saúde pública global que afeta mais de 3,5 bilhões de pessoas. As desigualdades socioeconômicas no uso de serviços de atendimento odontológico são menos acentuadas em países com alguma cobertura de serviços públicos de saúde, o que aponta os benefícios potenciais dos sistemas odontológicos que dependem da cobertura pública. Este estudo teve o objetivo de analisar fatores associados ao uso de serviços odontológicos em adolescentes escolares de 12 anos no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, envolvendo pesquisa epidemiológica realizada no estado de Mato Grosso do Sul. Adolescentes na faixa etária de 12 anos participaram do estudo no período de março de 2018 a fevereiro de 2019. A variável de exposição principal foi a cobertura da Estratégia Saúde da Família, e as covariáveis foram: tipo de serviço usado (público/privado), motivo do uso (prevenção/tratamento), frequência de consumo de alimentos não saudáveis (>2 x por semana), status socioeconômico (escolaridade dos pais e renda), e características individuais (sexo e cor da pele autorreferida). O referencial teórico de Sisson conduziu todas as análises. Modelos de equações estruturais foram realizados para testar a associação do uso de serviços odontológicos nos últimos 3 anos. Dos 615 participantes, 4.0% utilizaram serviços odontológicos nos últimos 3 anos. Os fatores associados ao uso de serviços odontológicos por adolescentes escolares foram: a maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal (>50%) foi associada ao maior uso de serviços públicos do que privados, menos consultas para prevenção do que tratamentos e maior consumo alimentar inadequado; a maior escolaridade dos pais esteve associada ao maior uso de serviços odontológicos. Ainda, autodeclarados brancos usaram mais serviços privados e para prevenção. Os resultados deste estudo demonstraram que a maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família com equipes de saúde bucal está diretamente relacionada ao maior uso de serviços públicos, porém com menor procura de consultas para prevenção do que para tratamentos curativos, e ainda a um maior consumo alimentar inadequado. As equipes de saúde bucal devem qualificar o processo de trabalho para atendimentos preventivos, organizar serviços com programas para prevenção que cumpram os atributos da atenção primária a saúde, realizar trabalhos interdisciplinares, realizar abordagem do indivíduo na totalidade atento ao contexto socioeconômico e cultural no qual ele está inserido alcançando mudanças familiares produzindo assim mudanças não só nos adolescentes,

mas nas famílias. Sugere-se à gestores, profissionais de saúde, pais e educadores intervenções nas escolas que visem melhorar a importância da alimentação saudável que inclua mais alimentos frescos e menos produtos industrializados, utilizar abordagens educativas e inovadoras e não estar engessadas as ações antigas como apenas cumprir metas exigidas como flúor semanais, escovação e palestras. Desenvolver princípios norteadores das ações como: gestão participativa, acesso universal, acolhimento: considerar o usuário com integralidade bio-psico-social, e garantia de um atendimento multiprofissional nas condutas de receber, escutar, orientar, atender e acompanhar, intersetorialidade: realizando ações de promoção de saúde efetivas incluindo escola, família, trabalho, mídia, instituições, integralidade da atenção: a equipe deve ser capaz de realizar conjuntamente ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação nos níveis individuais e coletivos.

Palavras-chave: Uso de Serviços de Saúde Bucal; Epidemiologia; Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família; Adolescentes.

ABSTRACT

Oral diseases are a major global public health problem that affects more than 3.5 billion people. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services are less pronounced in countries with some coverage of public health services, which points to the potential benefits of dental systems that depend on public coverage. This study aimed to analyze factors associated with the use of dental services in 12-year-old school adolescents in the State of Mato Grosso do Sul, Brazil. This is a cross-sectional study, involving epidemiological research conducted in the state of Mato Grosso do Sul. Adolescents aged 12 years old participated in the study from March 2018 to February 2019. The main exposure variable was the coverage of Family Health Strategy, and the covariables were: type of service used (public / private), reason for use (prevention / treatment), frequency of consumption of unhealthy foods (> twice a week), socioeconomic status (parents' education) and income), and individual characteristics (sex and self-reported skin color). The theoretical framework of Sisson conducted all analyzes. Structural equation models were performed to test the association of the use of dental services in the past 3 years. Of the 615 participants, 4.0% used dental services in the past 3 years. The factors associated with the use of dental services by school adolescents were: greater coverage by the Family Health Strategy with Oral Health Teams (> 50%) was associated with greater use of public than private services, fewer consultations for prevention than treatments and higher inadequate food consumption; the parents' higher education was associated with greater use of dental services. Still, self-declared whites used more private and prevention services. The results of this study demonstrated that the greater coverage by the Family Health Strategy with oral health teams is directly related to the greater use of public services, but with less demand for consultations for prevention than for curative treatments, and even greater food consumption. inappropriate. Oral health teams should qualify the work process for preventive care, organize services with prevention programs that fulfill the attributes of primary health care, perform interdisciplinary work, approach the individual as a whole attentive to the socioeconomic and cultural context in which it is inserted in achieving family changes, thus producing changes not only in adolescents, but in families. It is suggested to managers, health professionals, parents and educators interventions in schools that aim to improve the importance of healthy eating that includes

more fresh food and less industrialized products, to use educational and innovative approaches and not to cast on old actions such as just meeting goals required as weekly fluoride, brushing and lectures. Develop guiding principles for actions such as: participative management, universal access, welcoming: considering the user with bio-psycho-social integrality, and guaranteeing a multidisciplinary service in the conducts of receiving, listening, guiding, attending and accompanying, intersectoriality: performing actions of effective health promotion including school, family, work, media, institutions, comprehensive care: the team must be able to jointly carry out promotion, protection, prevention, treatment, healing and rehabilitation actions at the individual and collective levels.

Keywords: Use of Oral Health Services; Epidemiology; Oral health; Family Health Strategy; Teens.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo teórico de Sisson adaptado para explicação das desigualdades no uso de serviços levando em consideração a cobertura da estratégia de saúde da Família como variável contextual. 32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características descritivas e proporções, estudo SBMS 2018-2019, 12 anos 43
(N=615).

Tabela 2 – Uso de serviços odontológicos, por razão e tipo de serviço Estudo SBMS 44
2018-2019 12 anos (N=615).

Tabela 3 - Modelos de equações estruturais para uso de serviços odontológicos no 45
Estado de Mato Grosso do Sul, SBMS 18 (N=615).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC	Akaike
APS	Atenção Primária à Saúde
BIC	Bayesiano
CD	Coeficiente de Determinação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Coeficientes Padronizados
CPO-D	Média de dentes Cariados, Perdidos, Obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPS	Probabilidade Proporcional ao Tamanho
PSU	Unidades Primárias de Amostragem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SES	Status Socioeconômico
SUS	Sistema Único de Saúde
UES	Unidades de Amostragem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Estratégia Saúde da Família	17
2.2 Acesso aos dos serviços de saúde	18
2.3 Políticas Públicas e Saúde Bucal Coletiva: contribuições para o acesso e uso dos serviços odontológicos	19
2.4 Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	21
2.4.1 Níveis de Atenção à Saúde.....	22
2.5 Desigualdades em saúde bucal	23
2.6 Procedimentos Preventivos.....	24
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4 JUSTIFICATIVA.....	26
5 MÉTODOS	28
5.1 Tipo, local e período do estudo	28
5.2 Participantes da Pesquisa.....	29
5.3 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....	30
5.4 Organização e Análise dos dados	32
5.5 Aspectos éticos	33
6 RESULTADOS	33
6.1 Artigo.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	61
ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR.....	61

1 INTRODUÇÃO

As doenças bucais são um grande problema de saúde pública global que afeta mais de 3,5 bilhões de pessoas. A odontologia em países desenvolvidos é intervencionista e especializada, não aborda as causas subjacentes da doença e não aborda as desigualdades em saúde bucal. Em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento o acesso ao atendimento odontológico é mais restrito, principalmente em áreas pobres ou de difícil acesso (WATT *et al.*, 2019).

O direito à saúde representa uma conquista dos cidadãos brasileiros a partir das lutas dos movimentos sociais e está garantido através da Constituição Nacional de 1988 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A saúde bucal também passou a ganhar espaço no setor público de saúde, principalmente, após a criação e inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), além da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) brasileira em 2004 (BRASIL, 2004).

Em abril de 2017, segundo dados do Departamento da Atenção Básica (DAB), 4.960 municípios brasileiros contavam com pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal implantada, somando um total de 24.298 equipes entre as modalidades I e II no mesmo período (BRASIL, 2017). Em alguns países onde os serviços públicos de saúde são cobertos, a desigualdade socioeconômica no uso de serviços odontológicos é menos pronunciada, indicando os benefícios de um sistema odontológico que depende de cobertura (PALÉNCIA *et al.*, 2014).

Além disso, a ausência de programas de saúde voltados para determinados grupos da sociedade, como os adolescentes e adultos jovens, também representam barreiras importantes no acesso aos cuidados com a saúde. A ausência ou a reduzida atenção à saúde durante a adolescência, por ser uma fase conflituosa e de mudanças de hábitos, pode acarretar prejuízos importantes nas condições de saúde tanto a curto como a longo prazo.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está na centralidade das ações de prevenção e dos investimentos governamentais para reorientação do modelo de atenção à saúde e implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) (MORAES DOS SANTOS *et al.*, 2019). Desde sua criação houve expressiva ampliação do número de ESF, passando de 2 mil atendendo a 7 milhões de pessoas em 1998 (4% da população brasileira)

(MACINKO; HARRIS, 2015) para, em 2018, 43 mil equipes com mais de 700 mil trabalhadores responsáveis pela saúde de 134 milhões de pessoas (64,7% da população)(BRASIL, 2020). Em relação às Equipes de Saúde Bucal (ESB), também houve crescimento de 615 ESB em 2003, para 25.905 em 2017, com cobertura populacional de 36,7% (CHAVES *et al.*, 2018).

Associado ao significativo aumento da cobertura populacional pela ESF, há evidências robustas dos impactos da ESF sobre importantes indicadores de saúde principalmente na diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica (BASTOS *et al.*, 2017). Entretanto, a despeito da ampliação do número de equipes, da expansão das ações e serviços ofertados pela ESF, o país enfrenta problemas para reorientação do modelo assistencial e para a qualificação da atenção à saúde. Se, por um lado, se aumenta incontestavelmente o número de atendimentos de atenção primária à saúde inclusive odontológica, é preciso melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados com base principalmente na qualificação profissional dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALMEIDA FILHO, 2013).

A infância e a adolescência são momentos particularmente relevantes para o estudo do comportamento em saúde, hábitos de consumo de alimentos saudáveis porque é o período em que as maiores mudanças na dieta, físicas, mentais e comportamentais se concentram, e que podem se perpetuar no futuro (ALBERGA *et al.*, 2012). As doenças bucais estão entre as doenças mais prevalentes em todo o mundo e acarretam sérios problemas de saúde e econômicos, reduzindo muito a qualidade de vida de crianças e adolescentes, podendo levar a sérios problemas quando estiverem em idade mais avançada (DAVOGLIO *et al.*, 2009; PERES *et al.*, 2012; FERNANDES *et al.*, 2016). A crescente importância imputada à saúde dos dentes e gengivas fez com que as questões relacionadas ao acesso e uso dos serviços de saúde bucal se tornassem objetos de análise por diversos pesquisadores em todo o mundo.

Estratégias de educação em saúde bucal tem sido mostradas efetivas através de revisões sistemáticas (MENEGAZ; SILVA; CASCAES, 2018) e impactando menor prevalência de doenças (STEIN *et al.*, 2018), mas as estratégias dos serviços de saúde bucal quanto à promoção de consumo de alimentos saudáveis não tem sido relatada, nem como sendo um potencial preditor no uso de serviços de saúde bucal por adolescentes.

Um estudo brasileiro mostrou que houve maior busca de serviços entre adolescentes por motivo preventivo entre aqueles com melhor inserção socioeconômica, e os que não costumavam consumir doces (DAVOGLIO *et al.*, 2009), mas as relações e

o papel da ESF – equipes de saúde bucal, na promoção interdisciplinar do consumo alimentar saudável não tem sido relatado.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o período máximo de primeiro contato com os serviços odontológicos não devem ultrapassar seis meses. O segmento deve acontecer com, pelo menos, uma consulta a cada dois anos de acordo com os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS utilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Entretanto, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), apontaram que 55,6% dos brasileiros não frequentaram o consultório odontológico nos últimos 12 meses, com os maiores percentuais registrados nas regiões Norte e Nordeste do país (65,6% e 62,5%).

O levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em 2010 no Brasil também investigou variáveis relacionadas ao acesso e uso dos serviços de saúde bucal e encontrou resultados similares aos da PNS. Cerca 18% das crianças com 12 anos nunca foram ao dentista, enquanto nas faixas etárias de 15 a 19 anos e de 35 a 44 anos o percentual foi de 13,6% e 7,1% respectivamente. Dentre os que procuraram o cirurgião-dentista, a última consulta odontológica foi realizada no serviço público por 58,1% da população com 12 anos e 46,3% dos adolescentes com idade entre 15 a 19 anos. A ida ao dentista nos últimos 12 meses foi de 56,6% aos 12 anos e 53,9% dos 15 aos 19 anos. Os piores resultados, dentre as regiões brasileiras, também estiveram concentrados nas regiões Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2012).

O modelo teórico de Sisson (2007) tem sido utilizado para explicar iniquidades em saúde bucal. As desigualdades sociais em saúde e saúde bucal continuam apresentando um grande desafio à saúde pública (BOMFIM et al., 2018, DALAZEN; DE CARLI; BOMFIM, 2018). O modelo de Sisson (2007) para explicar iniquidades, fornece uma visão geral sobre desigualdades em saúde bucal, principalmente nas variáveis que apoiam a explicação material (ligada à posição de um indivíduo na estrutura social, medida pelo status socioeconômico (SES) como a escolaridade e renda dos pais); explicações culturais/comportamentais (como escolhas prejudiciais à saúde e consumo de alimentos não saudáveis, uso de serviço para tratamento ante a busca por prevenção, bem como a perspectiva contextual (cobertura da Estratégia Saúde da Família) e variáveis individuais, como sexo e raça (SISSON, 2007).

Dentro desse contexto, este estudo se propõe a analisar fatores determinantes associados ao uso de serviços odontológicos em adolescentes de 12 anos escolares

no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Essa é uma faixa etária especialmente importante por ser uma idade em que geralmente a criança deixa a escola primária. Portanto, em muitos países, inclusive o Brasil, esta é a última idade na qual uma amostra confiável pode ser facilmente obtida por meio do sistema escolar. Além disso, é provável que nesta idade todos os dentes permanentes exceto os terceiros molares tenham erupcionado (WHO, 2013).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, desde 2006, a Saúde da Família é considerada pelo Ministério da Saúde como a “estratégia prioritária para reorganização da atenção básica ou primária”. A experiência exitosa do Programa de Agente de Saúde (PAS), implantada no Ceará, foi o modelo para que o Ministério da Saúde criasse o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990, sendo essa uma medida que fortaleceu a atenção primária porque trabalhava algumas condições essenciais, gerando impacto positivo na saúde da população assistida (BRASIL, 2006b).

Na mesma década, num processo que envolveu inclusive organismos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Banco Mundial, o Ministério criou o Programa Saúde da Família (PSF), reunindo-o ao PACS.

O novo plano cria um modelo baseado na equipe multiprofissional de saúde da família (incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), além de agentes comunitários de saúde, também altera o papel dos agentes do PACS. No início, o PSF demorou a ser absorvido pelos municípios, como havia o objetivo de descentralizar sua gestão, O MS publicou, em 1996, a NOB 01/96, a qual criou o Piso de Atenção Básico (PAB), composto por um componente fixo per capita e outro variável (PAB fixo e variável). Esta iniciativa criou um modelo de financiamento para a APS, com o objetivo de tornar esse nível de atenção financeiramente sustentável e estimular os municípios a ampliarem sua cobertura de saúde da família em função de sua renda fixa por pessoa ao ano (PAB fixo) e à medida que ampliam a cobertura do PSF (PAB variável).

Em 2006, foi lançada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria GM/MS nº. 648/2006 (BRASIL, 2006). O lançamento da PNAB definia o modelo de saúde da família como a forma ideal de organização da atenção primária e estabelecia a composição das equipes, atribuições dos profissionais que as compunham, foi recebida como um avanço da assistência ambulatorial no primeiro nível de atenção. Nova versão da PNAB saiu em 2011 com algumas reformulações que foram identificadas como ausentes na primeira edição e a inclusão da assistência odontológica, um importante fator na construção da prevenção e promoção da saúde. Finalmente em 2017, foi lançada uma terceira versão da PNAB que trouxe importantes mudanças na forma de compor as equipes de Saúde da Família, que enfraquecem seu funcionamento e

deixam o serviço odontológico como opcional, o que foi visto por diversos autores como uma via de desmonte do modelo de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

A resolutividade da atenção primária depende em grande parte do apoio de serviços especializados ambulatoriais que compõem a atenção secundária. Segundo Junges e Dode (2008), a atenção secundária encontra-se em posição intermediária entre os cuidados primários e o nível terciário. Compreendem serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, o que comporta equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica, assim como no nível dos profissionais devidamente treinados para atender as situações que não foram resolvidos no nível primário.

Rosana Kushnir e Adolfo Chorny (2010) chamam a atenção que, diferentemente da atenção primária, o nível secundário de atenção ainda está muito preso a atenção curativa, individual e especializada, o que dificulta sua integração com a atenção primária e a Saúde da Família em especial.

2.2 ACESSO AOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Por sua importância na formulação de planos e metas para a melhoria da assistência, a definição do acesso têm atraído a atenção do setor saúde. Porém, devido ao grau de complexidade, os conceitos de acesso na literatura sugerem métodos diferentes e muitas vezes são utilizados de formas imprecisas e pouco claras (SANCHES; CICONELLI, 2012).

O “acesso” pode ser definido conceitualmente como o grau de ajuste que existe entre usuários e o sistema de saúde, e pode ser mensurado a partir de cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade, comodidade, capacidade aquisitiva e aceitabilidade (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

No Brasil, o acesso à saúde transcende a concepção teórica e passa a ser um direito social inerente aos cidadãos, o que foi consagrado na Constituição Federal de 1988. A partir das reivindicações do chamado movimento brasileiro de reforma sanitária, o direito à saúde é reconhecido na Constituição. O estado é obrigado a prestar serviços garantindo um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo o estabelecimento de um sistema único de saúde, universal, público, participativo, descentralizado e holístico (PAIM, 2013).

O primeiro contato significa acesso e uso de serviços de saúde para cada usuário, um evento de saúde ou um novo episódio do mesmo evento. Serviço é a porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como primeiro recurso de saúde pesquisado quando há necessidade / problema de saúde. Para isso deve ser fácil acesso e disponível (STARFIELD, 2002). Também com base neste conceito, Fekete (1996) identificou quatro dimensões da acessibilidade:

- Dimensão geográfica refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos;
- Dimensão organizacional refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço: a) na entrada - demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário; b) pós-entrada - demora na espera pelo atendimento médico; continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e contrarreferência;
- Dimensão sociocultural refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação;
- Dimensão econômica refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE BUCAL COLETIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA O ACESSO E USO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Anteriormente a criação do SUS na Constituição de 1988, as ações odontológicas oferecidas pelo Ministério da Saúde se restringiam apenas a fluoretação das águas de abastecimento. Diversos modelos assistenciais foram preconizados na odontologia ao longo dos anos com o intuito de se padronizar a atenção em saúde bucal na tentativa de criar o melhor ou o modelo ideal das atividades em saúde bucal que pudessem ser

desenvolvidas em diferentes regiões (BRASIL, 1990) para compreendermos melhor a expressão modelos assistenciais notemos o que diz o Ministério da Saúde:

O modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o estado se organizam para produzi-las e distribuí-las (BRASIL, 1990).

No início do século passado, a odontologia era caracterizada por atividades baseadas no modelo hegemônico, realizados principalmente por dentistas, era baseado no paradigma flexneriano caracterizado por ser, individualista, mecanicista, biologicista, curativista e especialista. (CALADO, 2002). Na época o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) implementou o programa de saúde pública no Brasil, conhecido como Sistema Incremental, com principal alvo população em idade escolar. (PINTO,2000).

A odontologia se tornou limitada a assistência odontológica a escolares, tornando o sistema incremental ineficientes (NARVAI,2006). Novos programas surgiram, como Odontologia Integral, Programa Inversão da Atenção (PIA), atenção precoce em Odontologia (OLIVEIRA, et.al., 1999; GUIMARÃES 2003; ZANETTI, 1996).

Assim, esses programas não conseguiram atender os indivíduos de acordo com os princípios do SUS existindo lacunas a serem preenchidas no que diz respeito a políticas públicas de saúde bucal.

Portanto, em busca da integralidade e universalidade de atenção, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o PSF (SOUZA et.al, 2001).

Em 2004, no governo de Luís Inácio Lula da Silva, a saúde bucal ganhou maiores proporções, o que culminou na 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal e a criação do Brasil Sorridente, que apontou diretrizes para o desenvolvimento da saúde bucal no setor público e, assim, ampliou o acesso e o número de serviços na área como, por exemplo, a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, uma política prioritária na agenda do governo Lula (2003-2010) Por sua iniciativa, a saúde bucal foi designada uma das quatro áreas prioritárias do SUS. Essa política alterou o conceito de atenção à saúde bucal ao buscar o sistema de atenção integral previsto para o SUS em sua criação. As evidências positivas do cumprimento dessa meta podem ser atestadas observando-se: indicadores epidemiológicos de saúde bucal; investimento

financeiro e desenvolvimento profissional; e a construção de uma rede de saúde bucal ao longo da existência da política. Dentro disso houve a criação dos serviços odontológicos especializados, os Centros de Especialidades Odontológicas e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

A visão da PNSB é reorientar o atendimento ao cuidado individual e coletivo, com resolutividade e integralidade das ações, em uma rede articulada de modo a promover, prevenir, tratar e restaurar a saúde (BRASIL, 2004). Ainda no âmbito da PNSB, foi proposta a ampliação e qualificação da atenção secundária em saúde bucal, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que consistem em serviços de referência às equipes de saúde bucal na atenção básica para a resolução de casos complexos que demandam um atendimento especializado. Esses serviços têm a finalidade de suprir as necessidades de tratamento geradas na ampliação do acesso aos serviços odontológicos. O funcionamento deve ser planejado de acordo com a realidade epidemiológica local e articulado com as equipes de saúde bucal da atenção básica.

A implantação dos CEO se deu através da portaria n.º 599 de 2 de março de 2006, onde são caracterizados como Clínica Especializada/Laboratório de Especialidade, tendo que ofertar minimamente os serviços de diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2006).

Com relação à criação e expansão dos CEO, Chaves et al. (2018, p. 78) pontuam que:

Um importante resultado da PNSB reflete-se na expansão do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Atenção Básica, que passou de 607 ESB no ano de 2003 a 25.905 equipes no ano de 2017, o que representou uma cobertura populacional de 41,22% da população brasileira. Entretanto, apesar da expansão e representatividade, a PNSB ainda é considerada como frágil em sua institucionalização e sofre ameaças frente às políticas de ajuste fiscal e cortes progressivos de recursos da saúde. Soma-se a esses fatores um cenário político restritivo, expresso nas mudanças sucessivas na coordenação nacional da política, que influenciam na perda de direcionamento da PNSB no nível federal, e que ameaçam a viabilidade da Odontologia a longo prazo no SUS, diante do caráter secundário desta política que concorre com políticas de maior gravidade da saúde.

Os desafios para a efetivação de uma atenção integral e resolutiva ultrapassam a implantação do serviço. Em relação ao desempenho dos serviços existentes, pesquisas mostram que muitos CEOs têm desempenho insatisfatório ou ruim no cumprimento das

metas de produção ambulatorial estabelecidas pela Portaria Ministerial n.º 600 de 2006, tendo pior desempenho municípios com menor população e menor Índice de Desenvolvimento Humano, evidenciando o baixo desempenho em populações de maior vulnerabilidade (GOES et al., 2012; HERKRATH et al., 2009; THOMAZ et al, 2016; SANTANA et al., 2015; FREITAS et al., 2016).

2.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A RAS é definida como “arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

São entendidas como organizações multiníveis de um conjunto de serviços de saúde, sem hierarquia, todos os pontos de atenção à saúde estão igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, apresentam objetivos comuns; cooperação e interdependência, ofertam atenção integral e continua, prestada no nível primário, secundário e terciário (MENDES, 2010).

2.4.1 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Linha de Cuidado de Saúde Bucal compreende um conjunto de ações que inclui a atenção à saúde bucal da população, por meio da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A rede de atenção possui três níveis: primária, secundária e terciária, com objetivo de descentralizar e promover melhores serviços à população, pois cada um desses níveis corresponde a um conjunto específico de serviços assistenciais (OPAS,2011).

Atenção primária: neste nível de atenção à saúde são realizadas ações de saúde individual, familiar e coletiva envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (MENDES,2010).

A APS é definida como a porta prioritária e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Usuários com agravos de maior complexidade que não tiveram suas necessidades em saúde bucal, resolvidas na APS/ESF e necessitem de atendimento

especializado, poderão ser encaminhados para a atenção secundária e terciária. Para o acesso/utilização a estes serviços o cirurgião-dentista da APS/ESF deverá preencher o documento de referência e contra-referência em duas vias, indicando a especialidade referenciada (Protocolo Estadual de Atenção à Saúde Bucal, 2019).

Atenção Secundária: É composto por Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para tratamentos em Periodontia, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial (CTBMF), Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais (PNE).

Atenção Terciária: Constitui-se pela rede Hospitalar. Os usuários são encaminhados pela APS/ESF e Atenção Secundária (MENDES, 2010).

2.5 DESIGUALDADES EM SAÚDE BUCAL

Estudos populacionais têm demonstrado, desde o início das observações, que as condições de saúde seguem um gradiente social: quanto maior a posição social melhor a condição saúde, ou seja, a pobreza em seus mais diversos aspectos é um indicativo de pior condição de saúde. Este fenômeno mundialmente difundido é intitulado “gradiente social em saúde” e demonstra o modo como a saúde é sensível a fatores sociais e econômicos, permitindo a identificação dos determinantes da saúde na população, norteando a formulação de questões científicas e a reformulação de políticas públicas (MARMOT, 2011).

O status social está ligado à saúde, não apenas pelos efeitos físicos diretos da exposição a melhores ou piores condições materiais. Envolve também, a questão da posição do indivíduo na hierarquia social onde a experiência das pessoas de status superior e dominante difere daquelas de status inferior e subordinado, soma-se a isto o processo de estigmatização e exclusão dos indivíduos mais próximos da base da hierarquia social (WILKINSON, 2011). Neste sentido, a desigualdade em saúde pode ser conceituada como uma distribuição desigual do acesso a bens e serviços em um determinado nível de saúde, que está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social (BARATA, 2013).

Nas últimas décadas observou-se no Brasil uma redução na severidade da cárie dentária, doença bucal de maior relevância na área da saúde bucal coletiva. Entretanto, apesar do declínio na severidade da doença, permanecem as iniquidades na distribuição da cárie dentária com forte influência dos fatores socioeconômicos (NARVAI et al., 2006).

Estudos mostram que, no Brasil, a persistente desigualdade em saúde bucal, em um fenômeno chamado “polarização da experiência de cárie dentária” (ANTUNES et al., 2016). Ao avaliar a severidade do ataque da cárie dentária em escolares entre 1980 e 2003, observou-se a redução de 61,7% do Índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), entretanto 20% da população de escolares passou a concentrar 60% da carga de doença (NARVAI et al., 2006). Quanto a severidade de cárie em adolescentes, entre os anos de 2003 e 2010, observou-se uma redução significativa na prevalência e severidade de cárie dentária. Por outro lado, a desigualdade na prevalência e gravidade da cárie dentária relacionada à renda e escolaridade aumentou significativamente no período avaliado (RONCALLI et al., 2015).

Além das desigualdades em nível individual, observa-se associação entre cárie dentária e indicadores socioeconômicos em nível municipal, onde o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) esteve fortemente associado a severidade e prevalência de cárie dentária ao analisar os fatores associados ao declínio da cárie dentária em crianças no Brasil entre 1996 e 2010. O que indica que a manutenção de bons níveis de desenvolvimento humano, incluindo melhor educação, renda e longevidade, está relacionada a melhoria dos níveis de saúde bucal em crianças aos 12 anos no Brasil (RONCALLI et al., 2016).

Outras doenças relacionadas à saúde bucal também estão relacionadas ao nível socioeconômico. Com relação ao edentulismo, observou-se que a reabilitação com próteses dentárias esteve fortemente associada com a posição socioeconômica de idosos onde aqueles com menor condição socioeconômica possuem maiores necessidades de uso de prótese dentária e menor prevalência de uso de próteses. No nível municipal, o agravamento da doença também está relacionado à redução do IDH (PESSOA et al., 2017). Em relação à doença periodontal, resultados de pesquisas indicam que a prevalência de doenças graves entre os adultos está relacionada à maior desigualdade de renda nos municípios (VETTORE et al., 2013).

No nível individual, também existem desigualdades no acesso à saúde bucal. Estudos mostram a presença de iniquidades na assistência odontológica segundo a posição socioeconômica, onde indivíduos com melhor condição apresentam maior possibilidade de receber assistência odontológica imediata ao longo da vida (TEIXEIRA et al., 2018).

2.6 PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

São os procedimentos realizados, em ESF, em grupos, em espaços como escolas, creches. Com base nas tabelas do DATASUS, os procedimentos preventivos realizados pela ESB são: aplicação de carióstático (por dente); aplicação de selante (por dente); aplicação tópica de flúor (individual por sessão); evidênciação de placa bacteriana; selamento provisório de cavidade dentária; procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular, profilaxia, orientações de higiene, ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel; ação coletiva de bochecho fluorado; ação coletiva de escovação dental supervisionada; ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; (BRASIL, 2016c).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar fatores associados ao uso de serviços odontológicos em adolescentes escolares no Estado de Mato Grosso do Sul.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a associação entre cobertura de saúde bucal pela Estratégia Saúde da Família com saúde bucal e utilização dos serviços odontológicos;
- Descrever o motivo da busca pelos serviços em saúde bucal;
- Relacionar a cobertura de saúde bucal ao padrão de consumos alimentares saudáveis.

4 JUSTIFICATIVA

As Políticas de Atenção à Saúde têm como pressupostos que a saúde bucal é um direito fundamental e inseparável da saúde geral. A política de saúde vigente, refere-se a decisões, planos e ações conjuntas, que seriam realizadas, buscando atingir as metas de saúde dentro de uma sociedade, o que inclui a saúde bucal.

Se olharmos com mais atenção, perceberíamos o papel da saúde bucal, onde a mesma, teria sido reconhecida como sendo multifacetada e incluindo nesta, a capacidade de falar, sorrir, sentir, mastigar, saborear, engolir, além de transmitir uma gama de emoções através de expressões faciais, tais quais a confiança, e sem dor, desconforto ou doenças para o indivíduo.

Além disso, uma política de saúde explícita, permite que as prioridades sejam delineadas com os papéis esperados das diferentes partes interessadas, concomitantemente constrói consenso e informa as pessoas.

A atenção primária à saúde inclui uma ampla gama de serviços, como a atenção à saúde bucal, e abrange uma variedade de prestadores de serviços de saúde nos setores públicos, privado e não governamental. A integração da saúde bucal na atenção primária foi implementada em alguns sistemas de saúde para reduzir a carga de doenças bucais e melhorar o acesso a cuidados de saúde bucal, especialmente para pessoas e comunidades desfavorecidas. Essa abordagem possibilita a promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais e favorece a equidade em saúde. Inclui vários domínios, como avaliação de risco, avaliação da saúde bucal, intervenção preventiva, comunicação e educação, bem como prática colaborativa interprofissional.

Como pioneiro na categoria de países em desenvolvimento e com base em sua reforma de saúde intitulada Sistema Único de Saúde, o Brasil implementou diferentes políticas governamentais, federais e municipais para integrar completamente os profissionais de saúde bucal às equipes multidisciplinares de atenção primária. Em 2004, o Brasil lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e vinculou esse plano estratégico específico a outras políticas públicas de saúde, incluindo a reorganização da atenção primária, a reorganização do atendimento especializado, a implementação fluoretação do abastecimento de água e a vigilância da saúde bucal. De acordo com as publicações revisadas, essas políticas foram bem-sucedidas na implementação de uma

rede integrada de saúde bucal sustentável e otimizar os serviços de saúde bucal para todos os grupos de cidadãos, apesar de alguns desafios persistentes, como custo e resistência do setor privado de saúde bucal.

O projeto justifica-se pelo fato de que coberturas acima de 50% tem uma maior integralidade das ações, menos consumo de alimentos não saudáveis e maior uso para prevenção do que para tratamento. Utilizar-se de uma classificação de risco na saúde bucal consegue-se um atendimento eficiente, eficaz oferecendo uma assistência com equidade, integralidade, universalidade de acesso de acordo com as políticas públicas existentes, proporcionando melhorias na assistência odontológica a população.

5 MÉTODOS

5.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, de natureza quantitativa, que representa as cinco maiores cidades, com mais de 80.000 habitantes, do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, como segue: Campo Grande, Corumbá, Dourados, Ponta Porã e Três Lagoas.

Em 2018, Campo Grande tinha 860.000 habitantes, é a capital do Estado. A cultura é marcada pela diversidade de costumes, reflete traços culturais singulares devido à herança deixada pelos índios e diversas raças, como a europeia, sírio-libanesa, japonesa, paraguaia, boliviana e pelos migrantes oriundos de outros Estados que aqui se radicaram. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), referência usada para medir a qualidade de vida de uma região, de Campo Grande é de 0,784. Um número considerado alto e que teve como fatores determinantes a longevidade, a renda e a educação da cidade (IBGE, 2019).

Dourados possuía 220.925 habitantes é a segunda maior cidade, a cidade está formando sua identidade cada vez mais através da cultura e dos costumes de seu povo, com espírito guerreiro e forte herdado dos indígenas e a força da agropecuária que refletem na cultura e nos costumes do povo desta região. Influências das culturas paulistas, sulista e de países como Síria, Líbano, Japão e Paraguai. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,747 considerado alto (IBGE, 2019).

Corumbá possui 119.465 habitantes, é uma cidade conhecida por sua diversidade cultural, com influências indígenas, árabes, italianas e portuguesas, cariocas, paulistas, nordestinas e sulistas sendo fronteira com a Bolívia e o Paraguai. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,700 considerado alto (IBGE, 2019).

Três Lagoas possui 119.464 habitantes a cultura três-lagoense estão as culturas baiana, mineira, paulista, gaúcha e de países como Itália, Síria, Líbano, Japão e Paraguai. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,744 considerado alto (IBGE, 2019).

Ponta Porã possui 92.526 habitantes representam mais da metade dos 2.748.023 habitantes das 79 cidades do Estado em 2018 faz divisa com a cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero com quem mantém um forte laço comercial, social e cultural com

influências de estrangeiros que fazem comércio (coreanos, japoneses, libaneses, árabes). O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,701 considerado alto (IBGE, 2019).

O número total das cinco cidades em relação a cobertura pela eESF com equipes de saúde bucal são Campo Grande com 46,41% de cobertura, Ponta Porã 57,76%, Corumbá 65,92% e Dourados a maior cobertura 75,94% (BRASIL, 2018).

O plano amostral foi elaborado por um conglomerado em dois estágios de probabilidade proporcional ao tamanho (PPS) da população. Essas cinco cidades foram as Unidades Primárias de Amostragem (PSU). As escolas públicas municipais de ensino fundamental foram as segundas unidades de amostragem (UES). Em 2018, o número total de escolas públicas de ensino fundamental nas cinco cidades era de 182 unidades. Os dados de adolescentes de 12 anos foram coletados de março de 2018 a fevereiro de 2019.

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As escolas foram selecionadas por sorteio. Selecionamos aleatoriamente 32 escolas em Campo Grande (n = 86) e Dourados (n = 45). Todas as escolas de Corumbá (n = 26), Três Lagoas (n = 17) e Ponta Porã (n = 8) foram previamente selecionadas, totalizando 115 escolas que compuseram a pesquisa.

Os fatores de inclusão foram indivíduos de 12 anos que estavam presentes em sala de aula no momento da coleta. Fatores de exclusão foram indivíduos que não estavam presentes em sala de aula.

Os alunos foram sorteados na escola através de uma lista de coordenação do conselho diretor de cada escola na faixa etária de interesse (12 anos). Nós sorteamos a sala de aula e, em seguida, o aluno.

A escolha da faixa etária de 12 anos seguiu o Manual da OMS Levantamentos em Saúde Bucal – Métodos Básicos 2017 no qual idades – índices e grupos etários são recomendados para os levantamentos populacionais. A idade de 12 anos é muito importante, pois nessa faixa etária é provável que a dentição permanente exceto os terceiros molares tenham erupcionados, considerada idade com amostra confiável por ser facilmente obtida no sistema escolar, por esses motivos é a idade de referência Mundial para levantamentos em saúde bucal (WHO, 2013).

A fórmula de cálculo da amostra proposta foi utilizada para calcular o tamanho da amostra para cárie dentária, que considera os valores da média e desvio padrão da variável em estudo.

Fórmula 1- Cálculo da amostra

$$n^* = \frac{Z^2 \times S^2}{(X \times \varepsilon)^2} \times deff / NRR$$

Fórmula 2 - Ajustando a amostra ao tamanho da população

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)}$$

Onde:

n = tamanho final da amostra; n^* = Tamanho da amostra calculado com a fórmula 1; N = Tamanho da população na faixa etária de interesse (12 anos das cinco cidades, $N = 45.438$); Z = nível de significância de 1,96, que corresponde a 95% de confiança, ou seja, $\alpha = 0,05$; S^2 = variância da média da amostra, isto é, o quadrado do desvio padrão da variável; X = Média da variável CPO-D (cariados, perdidos, obturados, por dente) , de acordo com o SBBrasil 2010 (média = 2,62); ε = margem de erro aceitável ou erro tolerado ($\varepsilon = 0,10$); $deff$ = “efeito de design” ($deff = 2,0$); NRR = Taxa de não resposta (perda estimada em 30% dos elementos da amostra).

O cálculo do tamanho da amostra mostrou 514 escolares, incluindo negações à participação (30%), mas optou-se por aumentar o tamanho inicial da amostra. Como 115 escolas foram selecionadas nas cinco cidades, isso implicou 4,47 alunos por escola. Portanto, optamos por considerar 10 alunos por escola, considerando uma participação escolar negativa de 35% (40 escolas). Assim, a amostra final foi de 615 adolescentes.

5.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Cinco equipes odontológicas, de cada município, compostas por um dentista e uma anotadora, foram calibradas com 32 horas de treinamento prático e foram baseadas em consenso, a mesma metodologia do SBBrasil 2010 (BRASIL, 2012) e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O intra e interexaminador mostrou um índice Kappa de 0,82. Para a coleta de dados foram utilizados questionário de Saúde Bucal padronizado conforme o Manual da OMS Levantamentos em Saúde Bucal – Métodos

Básicos 2017. A abordagem aos participantes foi realizada através de sorteio e a média de duração da aplicação do questionário foi de 10 minutos.

O Modelo Teórico de Sisson (2007), elaborado para explicar as desigualdades sociais em saúde bucal, foi adotado. Utilizamos variáveis que apoiam a explicação material, ligada à posição de um indivíduo na estrutura social, medida pelo status socioeconômico (SES); explicações culturais/comportamentais, como escolhas prejudiciais à saúde, como o consumo de alimentos não saudáveis e uso de serviços para tratamento em detrimento da prevenção, bem como a perspectiva contextual, a cobertura da Estratégia Saúde da Família e tipo de serviço utilizado, do modelo de Sisson (2007).

A variável desfecho foi representada pelo uso de serviços de saúde bucal nos últimos 3 anos, caracterizado pela resposta sim ou não.

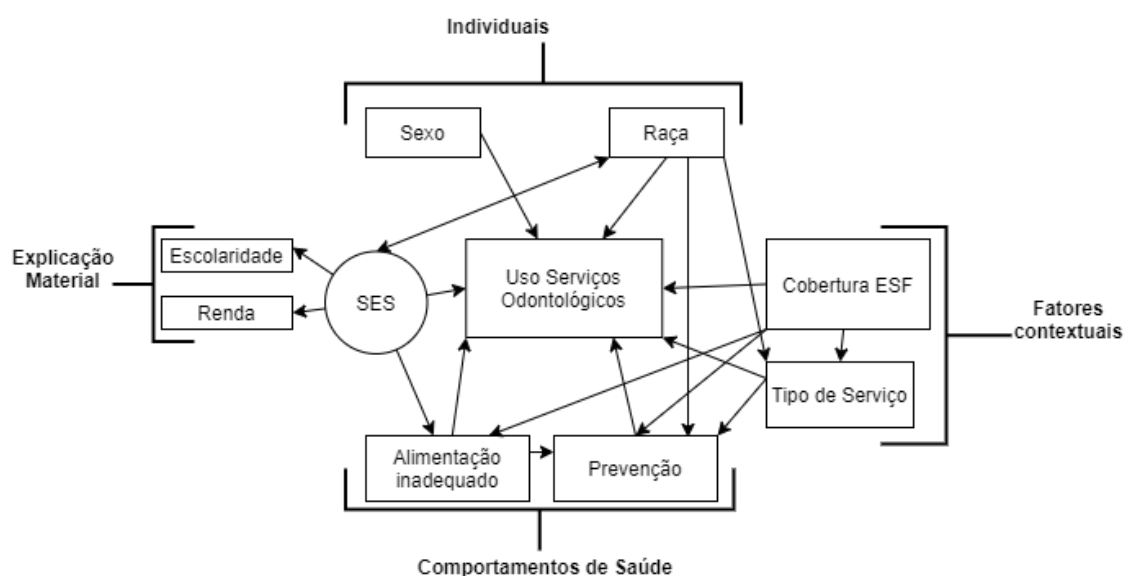
A estimativa da população coberta por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe. A cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária foi considerada a cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família e por equipes de Saúde Bucal equivalentes e parametrizadas na Atenção Básica tradicional em relação à estimativa populacional (BRASIL, 2018).

A frequência semanal de consumo de alimentos não saudáveis foi investigada utilizando um instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde (SILVANI *et al.*, 2018), contendo 10 itens alimentares, respondidos pelos adolescentes. O instrumento foi utilizado para avaliar o número de vezes que cada alimento não saudável foi consumido, bem como sua periodicidade semanal, em escala contínua. Os alimentos não saudáveis investigados foram responsáveis por 10 itens: biscoitos salgados; biscoito/bolacha recheada de doce; lanches (batatas fritas); hambúrguer e salsichas; barras de chocolate/bombons; balas/caramelos, goma/pirulito e refrigerantes regulares. Estratificamos baixo consumo não saudável - até 1 vez/semana (0), consumo não saudável moderado - 2 a 4 vezes/semana (1) e alto não saudável - 5 ou mais vezes por semana.

O sexo foi dicotomizado em masculino (0) e feminino (1). A renda per capita equivalente foi dicotomizada até o nível de pobreza (0) e acima do nível de pobreza (1), no contexto brasileiro (R\$ 466,00 em 2018), com base no ponto médio da renda da categoria em aberto (CELESTE; BASTOS, 2013). O grupo racial autodeclarado foi estratificado em 0 (branco) e 1 (não-brancos). O nível educacional dos pais foi estratificado em anos de estudo, sendo: 1-4 anos (0) e acima (1). Com a renda e a

escolaridade dos pais foi criada uma variável do tipo latente, considerando a renda e a escolaridade dos pais dos adolescentes (Figura 1) que foi aplicada ao modelo de equação estrutural.

Figura 1 - Modelo teórico de Sisson adaptado para explicação das desigualdades no uso de serviços levando em consideração a cobertura da Estratégia Saúde da Família como variável contextual.



Fonte: Sisson (2007).

5.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As análises foram realizadas com um intervalo de confiança de 95% e um SEM foi utilizado para analisar os dados. Consistia em dois submodelos: o modelo de medição, que estabelece como as construções latentes são medidas, e o modelo estrutural, que analisa a relação estrutural e as associações entre as variáveis. O SEM foi utilizado para estimar a direção da associação entre as variáveis e o resultado do uso dos serviços (sim ou não). Os coeficientes padronizados (CP) foram interpretados, onde um CP de 0,10 indica um efeito pequeno, 0,30 a 0,50 indica um efeito médio e acima de 0,50 indica um efeito forte.

A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada AIC e BIC bem como o coeficiente de determinação (CD), que significa o quanto que as variáveis presentes no modelo explicam a variância do desfecho, ou seja, o uso de serviços odontológicos. Todas as

análises foram realizadas no software STATA v.14 (College Station, TX, EUA). Também seguimos as Diretrizes do Strobe para relatar resultados.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada com base nas diretrizes éticas previstas na resolução CNS 466/12, CAAE 85647518.4.0000.0021(ANEXO 1).

6 RESULTADOS

A pesquisa foi desenvolvida através de um estudo que analisou os fatores associados ao uso de serviços odontológicos em adolescentes escolares de 12 anos, considerando a cobertura da Estratégia Saúde da Família com equipes de saúde bucal.

O estudo deu origem a um artigo intitulado: **Fatores associados aos usos de serviços odontológicos em escolares de 12 anos de idade no estado de Mato Grosso do Sul** que foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.

6.1 ARTIGO

FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ESCOLARES DE 12 ANOS DE IDADE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Factors associated to use of private and public dental services for 12 years-old in a central west state in Brazil

Danieli Laguna¹, Rafael Aiello Bomfim²

¹ Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Programa de Pós Graduação Stricto sensu Mestrado em Saúde da Família.

² Professor Dr. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Departamento de Saúde Coletiva.

Resumo

Objetivos: Este estudo teve o objetivo de analisar fatores associados ao uso de

serviços odontológicos em adolescentes escolares, considerando a cobertura da estratégia de Saúde da Família por equipes de saúde bucal. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, envolvendo pesquisa epidemiológica realizada, no estado de Mato Grosso do Sul. Adolescentes na faixa etária de 12 anos participaram do estudo no período de março de 2018 a fevereiro de 2019. A variável de exposição principal foi a cobertura da estratégia de saúde da família e as covariáveis foram: tipo de serviço usado (público/privado), motivo do uso (prevenção/tratamento), frequência de consumo de alimentos não saudáveis (>2 x por semana), status socioeconômico (escolaridade dos pais e renda), e características individuais (sexo e cor da pele autorreferida). O referencial teórico de Sisson conduziu todas as análises. Modelos de equações estruturais foram realizados para testar a associação do uso de serviços odontológicos nos últimos 3 anos. **Resultados:** Dos 615 participantes, 74.0% (IC95% 70.4 -77.3%) utilizaram serviços odontológicos nos últimos 3 anos. As cidades em que tinham maior cobertura da Estratégia Saúde da Família - equipes de saúde bucal ($> 50\%$) foram associadas ao menor uso para prevenção [Coeficiente padronizado (CP) = -0.11 (IC 95% -0.20; -0.03)]; maior uso público do que privado CP = 0.10 IC 95% (0.01; 0.18); e maior consumo inadequado de alimentos CP = 0.19 IC 95% (0.11; 0.26). A maior escolaridade dos pais esteve associada ao maior uso de serviços odontológicos CP = 0.49 IC95% (0.35; 0.62). Ainda, autodeclarados Brancos usaram mais serviços privados e para prevenção. **Conclusão:** Maior cobertura pela Estratégia Saúde da família-Equipes de Saúde Bucal foram associadas ao maior uso de serviços públicos, menos consultas para prevenção do que tratamentos e maior consumo alimentar inadequado. Equipes de Saúde Bucal devem qualificar o processo de trabalho para atendimentos preventivos e abordar ações transdisciplinares para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis por adolescentes em idade escolar.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Bucal; Epidemiologia; Saúde Pública; Saúde Bucal.

Abstract

Objectives: This study aimed to analyze factors associated with the use of dental services in school adolescents, considering the coverage of the Family Health strategy by oral health teams. **Methods:** This is a cross-sectional study, involving epidemiological research carried out in the state of Mato Grosso do Sul State in Brazil. Adolescents aged 12 year-olds participated in the study. The main exposure variable was the coverage of the family health strategy and the covariates were: type of service used (public / private), reason for use (prevention / treatment), frequency of consumption of unhealthy foods (> 2 x per week), socioeconomic status (parents' education and income), and individual characteristics (gender and self-reported skin color). The theoretical framework of Sisson conducted all analyzes. Structural equation models were performed to test the association between the use of dental services. **Results:** Of the 615 participants, 74.0% (95% CI 70.4 -77.3%) used dental services in the last 3 years. The cities in which the Family Health Strategy had greater coverage - oral health teams (> 50%) were associated with less use for prevention [Standardized coefficient (SC) = -0.11 (95% CI -0.20; -0.03)]; greater public than private use SC = 0.10 95% CI (0.01; 0.18); and higher inadequate food consumption SC = 0.19 CI 95% (0.11; 0.26). Higher socioeconomic status was associated with greater use of dental services SC = 0.49 CI 95% (0.35; 0.62). Moreover, Whites used more for prevention and private services. **Conclusion:** Greater coverage by the Family Health Strategy - oral health teams were associated with greater use of public services, fewer consultations for prevention than treatments and greater inadequate food consumption. Oral health teams must qualify the work process for preventive care and address transdisciplinary actions to reduce the consumption of unhealthy foods by school-age adolescents.

Keywords: Dental Health Services; Epidemiology; Public Health; Oral Health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está na centralidade das ações e dos investimentos governamentais para reorientação do modelo de atenção à saúde e implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil¹. Desde sua criação houve expressiva ampliação do número de equipes: em 1998 haviam 2 mil equipes atendendo a 7 milhões de pessoas (4% da população brasileira)², passando, em 2018, para 43 mil equipes com mais de 700 mil trabalhadores responsáveis pela saúde de 134 milhões de pessoas (64,7% da população).³ Em relação às equipes de saúde bucal, também houve crescimento de 615 equipes e, 2003 para 25.905 em 2017, com cobertura populacional de 36,7%.⁴

Associado ao significativo aumento da cobertura populacional pela ESF, há evidências robustas dos impactos da ESF sobre importantes indicadores de saúde,⁵ principalmente na diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica.⁶ Entretanto, a despeito da ampliação do número de equipes, da expansão das ações e serviços ofertados pela ESF, o país enfrenta problemas para reorientação do modelo assistencial e para a qualificação da atenção à saúde. Se, por um lado houve um aumento inegável ao acesso da população aos serviços de APS, incluindo serviços odontológicos, por outro, é necessário melhorar a qualidade e efetividade dos serviços oferecidos, principalmente quanto à qualificação profissional dos trabalhadores do sistema único de saúde (SUS).⁷

A infância e a adolescência são momentos particularmente relevantes para o estudo do comportamento em saúde, hábitos de consumo de alimentos saudáveis porque é o período em que as maiores mudanças na dieta, físicas, mentais e comportamentais se concentram, e que podem se perpetuar no futuro.⁸ Ainda, estratégias de educação em

saúde bucal tem sido mostradas efetivas através de revisões sistemáticas⁹ e impactando menor prevalência de doenças,¹⁰ mas as estratégias dos serviços de saúde bucal quanto à promoção de consumo de alimentos saudáveis não tem sido relatada, nem como sendo um potencial preditor no uso de serviços de saúde bucal por adolescentes. Um estudo Brasileiro mostrou que houve maior busca de serviços entre adolescentes por motivo preventivo entre aqueles com melhor inserção socioeconômica, e os que não costumavam consumir doces,¹¹ mas as relações e o papel da ESF – equipes de saúde bucal, na promoção interdisciplinar do consumo alimentar saudável não tem sido relatado.

O modelo teórico de Sisson¹² tem sido utilizado para explicar inequidades em saúde bucal. As desigualdades sociais em saúde e saúde bucal continuam apresentando um grande desafio à saúde pública.^{13,14,15} O modelo de Sisson para explicar inequidades fornece uma visão geral sobre desigualdades em saúde bucal, principalmente nas variáveis que apoiam a explicação material (ligada à posição de um indivíduo na estrutura social, medida pelo status socioeconômico (SES) como a escolaridade e renda dos pais); explicações culturais/ comportamentais (como escolhas prejudiciais à saúde e consumo de alimentos não saudáveis, uso de serviço para tratamento ante à busca por prevenção), bem como a perspectiva contextual (cobertura da Estratégia Saúde da Família) e variáveis individuais (sexo e raça).

Considerando a importância dos serviços de saúde bucal em seu direcionamento aos adolescentes, o presente artigo objetivou analisar a associação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família com o uso de serviços odontológicos entre adolescentes, de 12 anos, em um estado do centro-oeste do Brasil. A hipótese a ser testada é que maiores coberturas de saúde bucal estariam associadas a maior uso de serviços públicos de saúde bucal e, o uso é mais preventivo do que para tratamento, mesmo ajustado por variáveis sócio demográfica, de

explicação material (SES), culturais e individuais. Ainda, será testada a hipótese de que maiores coberturas de saúde bucal estariam associadas a melhores padrões de consumos alimentares saudáveis, potencial efeito dos serviços de saúde da ESF no seu atributo da integralidade das ações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional que representa as cinco maiores cidades (mais de 80.000 habitantes) do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, como segue: Campo Grande, Corumbá, Dourados, Ponta Porã e Três Lagoas.

Em 2018, Campo Grande tinha 860.000 habitantes e é a capital do Estado. Dourados possuía 220.925 habitantes e é a segunda maior cidade. Corumbá com 119.465 habitantes, Três Lagoas com 119.464 e Ponta Porã com 92.526 habitantes representam mais da metade dos 2.748.023 habitantes das 79 cidades do Estado em 2018 (IBGE).

O plano amostral foi elaborado por um conglomerado em dois estágios de probabilidade proporcional ao tamanho (PPS) da população. Essas cinco cidades foram as Unidades Primárias de Amostragem (PSU). As escolas públicas municipais de ensino fundamental foram as segundas unidades de amostragem (UES). Em 2018, o número total de escolas públicas de ensino fundamental nas cinco cidades era de 182.

Seleção das escolas

As escolas foram selecionadas por sorteio. Selecionamos aleatoriamente 32 escolas em Campo Grande ($n = 86$) e Dourados ($n = 45$). Todas as escolas de Corumbá ($n = 26$), Três Lagoas ($n = 17$) e Ponta Porã ($n = 8$) foram previamente selecionadas, totalizando 115 escolas que compuseram a pesquisa.

Seleção de alunos

Os alunos foram sorteados na escola através de uma lista de coordenação do conselho diretor de cada escola na faixa etária de interesse (12 anos). Nós desenhamos a sala de aula e, em seguida, o aluno se houver mais de uma sala de aula na faixa etária.

Tamanho da amostra

A fórmula de cálculo da amostra proposta¹³ foi utilizada para calcular o tamanho da amostra para cárie dentária, que considera os valores da média e desvio padrão da variável em estudo.

Fórmula 1- Cálculo da amostra

$$n^* = \frac{Z^2 \times S^2}{(X \times \varepsilon)^2} \times deff / NRR$$

Fórmula 2 - Ajustando a amostra ao tamanho da população

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)}$$

Onde:

n = tamanho final da amostra; n^* = Tamanho da amostra calculado com a fórmula 1; N = Tamanho da população na faixa etária de interesse (12 anos das cinco cidades, $N = 45.438$); Z = nível de significância de 1,96, que corresponde a 95% de confiança, ou seja, $\alpha = 0,05$; S^2 = variância da média da amostra, isto é, o quadrado do desvio padrão da variável; X = Média da variável CPOD, de acordo com o SBBrasil 2010 (média = 2,62); ε = margem de erro aceitável ou erro tolerado ($\varepsilon = 0,10$); $deff$ = “efeito de design” ($deff = 2,0$); NRR = Taxa de não resposta (perda estimada em 30% dos elementos da amostra).

O cálculo do tamanho da amostra mostrou 514 escolares, incluindo negações à participação (30%), mas optamos por aumentar o tamanho inicial da amostra. Como 115 escolas foram selecionadas nas cinco cidades, isso implicou 4,47 alunos por escola. Portanto, optamos por considerar 10 alunos por escola, considerando uma participação escolar negativa de 35% (40 escolas). Assim, a amostra final foi 615 adolescentes.

Processo de calibração

Cinco equipes odontológicas, de cada cidade, compostas por um dentista e uma anotadora, foram calibradas com 32 horas de treinamento prático e foram baseadas em consenso, a mesma metodologia do SBBrasil 2010 e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O intra e interexaminador mostrou um índice Kappa de 0,82.

Coleção de dados

Os dados dos adolescentes de 12 anos foram coletados de março de 2018 a fevereiro de 2019.

Modelo Teórico e Quadro Conceitual

O Modelo Teórico de Sisson, elaborado para explicar as desigualdades sociais em saúde bucal, foi adotado. Utilizamos variáveis que apoiam a explicação material (ligada à posição de um indivíduo na estrutura social, medida pelo status socioeconômico (SES); explicações culturais / comportamentais (como escolhas prejudiciais à saúde como consumo de alimentos não saudáveis e uso de serviços para tratamento em detrimento da prevenção, bem como a perspectiva contextual (cobertura da estratégia saúde da família e tipo de serviço utilizado) do modelo de Sisson.

Desfecho principal

A variável desfecho foi representada pelo uso de serviços de saúde bucal nos últimos 3 anos, caracterizado pela resposta sim ou não.

Medida da cobertura da Estratégia Saúde da Família (exposição principal)

A estimativa da população coberta por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família. Considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe. A cobertura de Saúde Bucal na atenção primária foi considerada a cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica, dada pelo percentual da

população coberta por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família e por Equipes de Saúde Bucal equivalentes e parametrizadas na Atenção Básica tradicional em relação à estimativa populacional.¹⁶

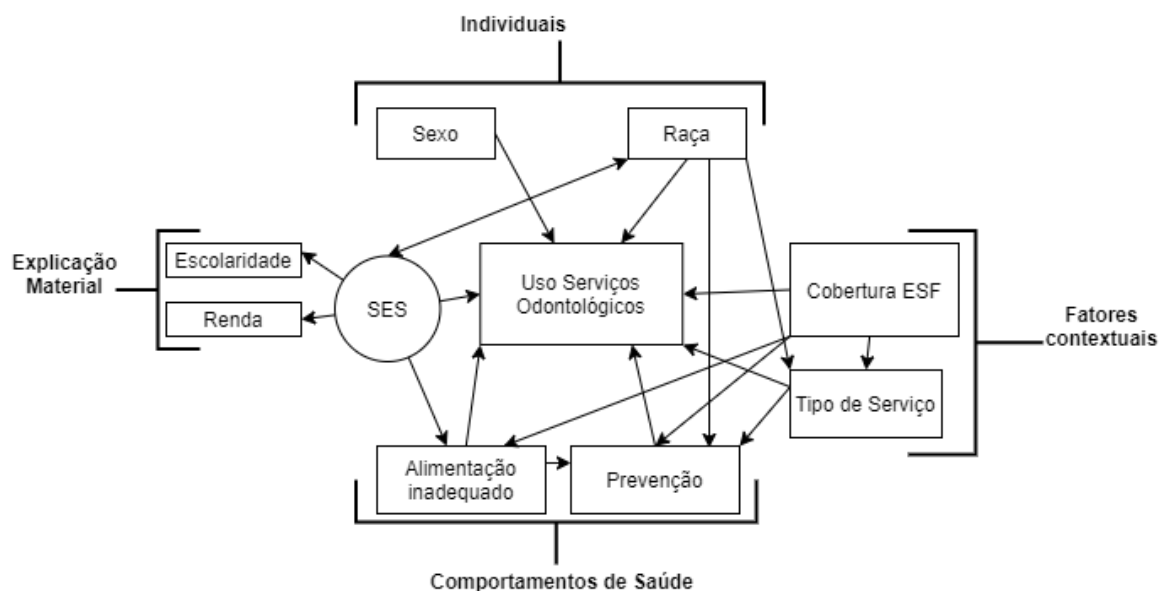
Consumo de alimentos não saudáveis

A frequência semanal de consumo de alimentos não saudáveis foi investigada utilizando um instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde,¹⁷ contendo 10 itens alimentares, respondidos pelos adolescentes. O instrumento foi utilizado para avaliar o número de vezes que cada alimento não saudável foi consumido, bem como sua periodicidade semanal, em escala contínua. Os alimentos não saudáveis investigados foram responsáveis por 10 itens: biscoitos salgados; biscoito / bolacha recheada de doce; lanches (batatas fritas); hambúrguer e salsichas; barras de chocolate / bombons; balas / caramelos, goma / pirulito e refrigerantes regulares. Estratificamos baixo consumo não-saudável - até 1 vez / semana (0), consumo não-saudável moderado - 2 a 4 vezes / semana (1) e alto não saudável - 5 ou mais vezes por semana.

Covariáveis e potenciais fatores de confusão

O sexo foi dicotomizado em masculino (0) e feminino (1). A renda per capita equivalente foi dicotomizada até o nível de pobreza (0) e acima do nível de pobreza (1) no contexto brasileiro (R\$ 466 em 2018), com base no ponto médio da renda da categoria em aberto(18). O grupo racial autodeclarado foi estratificado em 0 (branco) e 1 (não-brancos). O nível educacional dos pais foi estratificado em anos de estudo, sendo: 1-4 anos (0) e acima (1). Com a renda e a escolaridade dos pais foi criada uma variável do tipo latente, considerando a renda e a escolaridade dos pais dos adolescentes (Figura 1) que foi aplicada ao modelo de equação estrutural.

Figura 1 - Modelo teórico de Sisson adaptado para explicação das desigualdades no uso de serviços levando em consideração a cobertura da estratégia de saúde da Família como variável contextual.



Fonte: Sisson¹².

Análise Estatística

Abordagem usando o Modelo de Equações Estruturais (SEM)

As análises foram realizadas com um intervalo de confiança de 95% e um SEM foi utilizado para analisar os dados. Consistia em dois submodelos: o modelo de medição, que estabelece como as construções latentes são medidas, e o modelo estrutural, que analisa a relação estrutural e as associações entre as variáveis. O SEM foi utilizado para estimar a direção da associação entre as variáveis e o resultado do uso dos serviços (sim ou não). Os coeficientes padronizados (CP) foram interpretados, onde um CP de 0,10 indica um efeito pequeno, 0,30 a 0,50 indica um efeito médio e acima de 0,50 indica um efeito forte.

A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada AIC e BIC bem como o coeficiente de determinação (CD), que significa o quanto que as variáveis presentes no modelo explicam a variância do desfecho (uso de serviços odontológicos). Todas as análises foram realizadas no software STATA v.14 (College Station, TX, EUA). Também seguimos as Diretrizes do Strobe para relatar resultados.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada com base nas diretrizes éticas previstas na resolução CNS 466/12, CAAE 85647518.4.0000.0021. Todos os participantes forneceram o termo de consentimento por escrito e os pais forneceram o consentimento informado por escrito.

RESULTADOS

Na Tabela 1, as proporções considerando os pesos amostrais, observou-se que 43,9% se autodeclararam brancos, 51,2% eram mulheres, 61,1% possuíam renda equivalente per capita abaixo do nível da pobreza e 62% reportaram que os pais tinham até 4 anos de estudo. Em relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família, 55,3% se encontravam num contexto de cobertura inferior a 50%, sendo que destes 63,8% utilizaram os serviços de saúde bucal nos últimos 3 anos. Dos 44,7% que se encontravam em cobertura pela ESF acima de 50%, 86,5% relataram usar os serviços odontológicos nos últimos 3 anos.

Com relação ao consumo de alimentos não saudáveis, 35,3% dos participantes relataram alto consumo de alimentos não saudáveis (5-7 vezes por semana), entre os quais 86,2% utilizaram o serviço odontológico.

Tabela 1 – Características descritivas e proporções, estudo SBMS 2018-2019, 12 anos (n=615).

Variáveis individuais	N615	% (95%CI)	Uso de Serviços Odontológicos
-----------------------	------	-----------	-------------------------------

			% (95%CI)
Raça/cor			
Branços	270	43.9(40.0-47.9)	74.8 (69.3-79.7)
Pardos	266	43.3(39.4-47.2)	72.6 (66.9-77.6)
Amarelos	24	3.9 (2.6-5.8)	95.8 (74.8-99.4)
Pretos	32	5.3 (3.7-7.3)	65.6 (47.6-80.0)
Indígenas	6	0.9 (0.4-2.1)	83.3 (32.1- 98.1)
Não informado	17	2.8(1.7-4.4)	64.7 (39.6-83.7)
Sexo			
Feminino	315	51.2 (47.3-55.2)	75.5 (67.6-77.7)
Masculino	300	48.8(44.8-52.7)	72.9 (70.4-79.9)
Renda per capita(equalizada)			
Abaixo do nível da pobreza	216	35.1 (31.4-39.0)	81.9 (76.2-86.5)
Acima do nível da pobreza	376	61.1 (57.2-64.9)	73.9 (69.2-78.1)
Não informado	23	3.7 (2.5-5.3)	85.0 (70.8-91.3)
Escolaridade dos pais			
1 a 4 anos	381	62.0 (58.0-65.7)	41.1 (33.8-48.7)
Acima de 4 anos	234	38.0 (34.3-42.0)	92.3 (88.1-95.1)
Cobertura			
Estratégia Saúde da Família			
Abaixo 50%	340	55.3 (51.3-59.2)	63.8 (58.6-68.8)
Acima 50%	275	44.7 (40.8-48.7)	86.5 (82.0-90.1)
Consumo de alimento não saudável			
Baixo (até 1 vez/semana)	168	27.3(23.9-31.0)	43.5 (36.1-51.2)
Moderado (2-4 vezes/semana)	197	32.0(28.5-35.8)	90.8 (85.9-94.2)
Alto (5-7 vezes/semana)	217	35.3(31.6-39.2)	86.2 (80.9-90.2)
Não informado	33	5.4(3.8-7.5)	15.8 (10.5-23.5)

Fonte: Própria autora.

Na Tabela 2 observou-se que 74,0% utilizaram os serviços odontológicos nos últimos 3 anos. Quanto a variável tipo de serviço utilizado, 56,7% relataram utilizar o serviço público e 43,3% o serviço privado. Com relação ao motivo do uso, 46,2% procuraram o serviço para prevenção 53,8% para tratamento.

Tabela 2 – Uso de Serviços odontológicos, por razão e tipo de serviço, Estudo SBMS 2018-2019 12 anos (N615).

Uso de Serviços Odontológicos	n	% (95%CI)
Sim	455	74.0 (70.4-77.3)
Não	160	26.0 (22.7-29.6)
Tipo de serviço		
Público	258	56.7 (52.1-61.2)
Privado	197	43.3 (38.8-47.9)
Razão		
Check-ups/ prevenção	210	46.2 (41.6-50.8)
Tratamento	245	53.8 (49.2-58.4)

Fonte: Própria autora.

A Tabela 3 mostra o modelo de equação estrutural, segundo interpretação do modelo teórico de Sisson, com as variáveis individuais (sexo e raça); as variáveis de comportamentos (alimentação inadequada, uso para prevenção), variáveis de explicação material (renda e escolaridade) e contextuais (cobertura ESF >50%). Observou-se que o uso dos serviços esteve associado ao status socioeconômico mais alto, brancos e os que tiveram maior consumo inadequado de alimentos. Observou-se também que os Brancos utilizaram mais para check-ups e menos os serviços públicos do que os não-brancos. A cobertura da ESF esteve positivamente relacionada com maior consumo de alimentação inadequada e com o uso público dos serviços e negativamente relacionado com o uso preventivo.

Tabela 3 - Modelos de equações estruturais para uso de serviços odontológicos no Estado de Mato Grosso do Sul, SBMS 18 (n = 615).

Efeitos diretos	Uso de Serviços Odontológicos		
	SC(robust)	95% CI	p
Sóciodemográfico			
Sex → Uso	0.04	(-0.02; 0.10)	0.56
SES→ Uso	0.49	(0.35; 0.62)	<0.001
SES→ Alimentação inadequada	-0.02	(-0.09; 0.05)	0.53
Brancos → Uso	0.14	(0.07; 0.20)	<0.001
Brancos → checkups	0.24	(0.14; 0.32)	0.02
Brancos → Público	-0.22	(-0.32; -0.12)	<0.001
Variável latente SES			
Renda → SES	0.79	(0.69; 0.89)	<0.001
Escolaridade→ SES	0.69	(0.59; 0.89)	<0.001
Comportamentos de Saúde			
Alimentação inadequada→ Uso	0.30	(0.20; 0.40)	<0.001
Alimentação inadequada→ checkups	-0.18	(-0.38; -0.07)	0.001
Contextual			
ESF → Uso	-0.01	(-0.09; 0.08)	0.90
ESF → alimentação inadequada	0.19	(0.11; 0.26)	<0.001
ESF → Público	0.10	(0.01; 0.18)	0.04
ESF → checkups	-0.07	(-0.17; 0.01)	0.06
Público → checkups	-0.06	(-0.15; 0.03)	0.18
Efeitos Indiretos			
Via consumo inadequado			
ESF→ Uso serviços	0.05	(0.02; 0.07)	<0.001

ESF→ checkups	-0.04	(-0.07; -0.02)	0.005
Efeito Total			
ESF→ Uso serviços	0.04	(-0.04; 0.12)	0.29
ESF→ checkups	-0.11	(-0.21; -0.03)	0.007
Covariáveis			
SES ↔ Brancos	0.11	(0.04; 0.20)	0.005
Ajuste de qualidade			
AIC		7110	
BIC		7300	
Log probabilidade		-3512	
Coeficiente de Determinação		0.80	

Fonte: Própria autora.

Foi identificado um efeito indireto via consumo de alimentos não saudáveis, que mediou o efeito da cobertura da ESF com maior uso dos serviços odontológicos. Uma covariância significativa foi encontrada, os Brancos estiveram associados com maior SES.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou três achados importantes. O primeiro é a associação entre a maior cobertura da estratégia de saúde da família e menor uso para prevenção do que para tratamento. Segundo, a maior frequência de alimentação inadequada esteve associada a um maior uso de serviços para tratamentos do que preventivo. Terceiro, autodeclarados brancos usaram os serviços mais para prevenção e menos os serviços públicos de saúde.

Este trabalho possui algumas forças e limitações. Por se tratar de um estudo transversal, algumas limitações devem ser apontadas. Não é possível estabelecer uma relação causal entre as associações encontradas no respectivo estudo, nem foi possível o acesso a mudanças nas cidades pelos adolescentes, variáveis que não são possíveis de serem controladas em estudos transversais. Por outro lado, por utilizarmos instrumentos validados para uso no Brasil, o questionário Sistema de

Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde do Brasil para acessar a frequência de consumo não saudável de alimentos. Essas associações podem implicar em políticas públicas para reduzir o comportamento inadequado de alimentos, principalmente os ultras processados e podem gerar estratégias de implementação de mudança nos serviços. Como um ponto forte, este estudo foi uma pesquisa representativa para o Estado de Mato Grosso do Sul, representando mais da metade da população do Estado, que é um importante estado brasileiro na região Centro-Oeste e responsável por um forte agronegócio que abastece os demais setores geográficos. No Brasil, o agronegócio responde cerca de 25% do PIB (Produto Interno Bruto).

Com a reorientação do modelo assistencial para o de promoção de saúde no SUS,² os resultados da presente pesquisa revelaram que a maior cobertura da Estratégia Saúde da Família por meio das equipes de saúde bucal esteve associada com maior uso para tratamento do que preventivo, o que de certa forma vai contra os princípios da reorganização da Atenção Primária à Saúde. As cidades com maior cobertura (>50%) também tiveram maior frequência de consumo de alimentos considerados não saudáveis. Outro estudo realizado no sul do país, mostrou que o consumo de açúcar foi o maior preditor para uso de serviços curativos,¹¹ o que corrobora com nossos achados. Outro estudo entre adolescentes de São Paulo mostrou que o uso dos serviços é um fenômeno complexo e que também depende dos complexos sistemas de saúde, como de outros fatores como comportamentos de saúde e satisfação com a saúde bucal.¹⁹

Utilizando o referencial teórico de Sisson,¹² foi possível explicar nossos achados com explicação material detalhada (relacionada à posição socioeconômica) e desigualdades no uso de serviços e a posição socioeconômica é um fator

explicativo forte. No Brasil, entre 2003 e 2010, houve melhorias desiguais na saúde bucal, principalmente na cárie dentária.^{20,21} Diferenças na posição socioeconômica podem influenciar o acesso a recursos alimentares, argumentando que a posição socioeconômica são os principais determinantes das desigualdades em saúde.¹² Encontramos uma relação inversa entre renda e consumo de alimentos não saudáveis, ou seja, os de baixa renda consomem alimentos menos saudáveis, mas não foi significativo, porém, os indivíduos a alimentação inadequada foi significativa para a procura por tratamentos curativos do que prevenção, corroborando com outro achado.¹¹ Isso corrobora com Sisson,¹² argumentando que pessoas com baixos níveis de SES têm maior probabilidade de se envolver em comportamentos prejudiciais à saúde como a alimentação inadequada gerando comportamentos de procura por serviços para tratamento ao invés de prevenção. Um estudo chileno mostrou que os padrões alimentares estavam associados a um risco aumentado de cárie.²²

Os achados da presente pesquisa também mostraram diferenças raciais quanto a procura por serviços preventivos ou tratamentos. Os autodeclarados brancos procuraram os serviços mais para prevenção e usaram mais os serviços privados quando comparados aos não-brancos. As desigualdades na disponibilidade de atendimento odontológico são mais pronunciadas nas comunidades das minorias raciais.²³ Isso significa que nem todos os recursos flexíveis associados à raça se sobrepõem ao status socioeconômico e explicações de desigualdades raciais no uso de serviços tem sido interpretadas como causas estruturais de saúde bucal.²⁴ Alguns desses recursos, como renda e escolaridade, são parte inerente do SES, mas outros, como condições de vizinhança (com implicações em comportamentos preventivos de saúde, acesso a políticas de saúde bucal, utilização de serviços odontológicos e

possíveis outros estressores raciais)²⁵ não estão conectados com status socioeconômico. A importância social e política de uma causa fundamental das iniquidades em saúde e aqui explicado pelo uso dos serviços odontológicos, reside no fato de que as iniquidades baseadas na raça não podem ser eliminadas abordando apenas os mecanismos que ligam o status socioeconômico à saúde.²⁵ Este é um dos maiores desafios da estratégia de saúde da família e dos serviços públicos de saúde bucal. Focar em vizinhanças com grupos raciais de maior risco poderia ser uma das soluções para minimizar as desigualdades raciais.^{24,25}

Os resultados demonstram que um dos desafios para a ESF é a reorganização dos serviços, pois a existência de fluxos burocratizados e limitações para o atendimento aos usuários encaminhados, também demonstram obstáculos à coordenação e à integralidade do cuidado.²⁶ Por outro lado, implementação de mudança com foco para reorganizar o fluxo e processo de trabalho necessita de estratégias para implementar mudanças e inovações.²⁷ Políticas públicas como a taxação de bebidas açucaradas têm sido apontadas na literatura internacional,²⁸ mas ainda são incipientes os movimentos políticos para a implementação. Pesquisas futuras quanto ao uso de serviços devem analisar as questões raciais com maior profundidade, dada a importância do SUS para grupos raciais no uso de serviços odontológicos.²⁹

CONCLUSÕES

Maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família e pelas equipes de saúde bucal foram associadas ao maior uso de serviços públicos, menos consultas para prevenção do que tratamentos e maior consumo alimentar inadequado. Equipes de saúde bucal devem qualificar o processo de trabalho para atendimentos preventivos

e abordar ações transdisciplinares para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis por adolescentes em idade escolar.

REFERÊNCIAS

1. Moraes Dos Santos ML, Zafalon EJ, Bomfim RA, Kodjaoglanian VL, Mendonça de Moraes SH, do Nascimento DDG, et al. Impact of distance education on primary health care indicators in central Brazil: An ecological study with time trend analysis. *PLoS One*. 2019; 14 (3): e0214485.
2. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372 (23): 2177-2181.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS. Sala da situação. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acessado em 03 mar. 2020.
4. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Oral Health Policy in Brazil: transformations in the period 2015-2017. *Saude em Debate*. 2018; 42(spe2): 76-91.
5. Nascimento DDG do, Moraes SHM, Santos CAST, Souza AS de, Bomfim RA, De Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos, MLM dos, Zafalno EJ. Impact of continuing education on maternal and child health indicators. *PLoS One*. 2020; 15(6):e0235258.
6. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One*. 2017; 12(8): e0182336.
7. Almeida Filho NM. [Contexts, impasses and challenges for training Public Health workers in Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(6): 1677-1682.
8. Alberga AS, Sigal RJ, Goldfield G, Homme DP, Kenny GP. Overweight and obese teenagers: why is adolescence a critical period? *Pediatr Obes*. 2012; 7(4): 261-273.
9. Menegaz AM, Silva AER, Cascaes AM. Educational interventions in health services and oral health: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2018; 52:52.
10. Stein C, Santos NML, Hilgert JB, Hugo FN. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018; 46(1): 30-37.
11. Davoglio RS, Aerts DR, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. [Factors associated with oral health habits and use of dental services by adolescents]. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(3): 655-667.
12. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007; 35(2): 81-88.

13. Bomfim RA, Frias AC, Pannuti CM, Zilbovicius C, Pereira AC. Socio-economic factors associated with periodontal conditions among Brazilian elderly people - Multilevel analysis of the SBSP-15 study. *PLoS One*. 2018; 13(11): e0206730.
14. Dalazen CE, De Carli AD, Bomfim RA. Factors associated with the need for oral treatment of elderly Brazilians: a multilevel analysis. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(4): 1119-1130.
15. Dalazen CE, Bomfim RA, De Carli AD. Factors behind self-perceived need for dental treatment and prosthesis in Brazilian elderly people. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(3): 945-52.
16. Brasil. Ministério da Saúde. SAS – Secretaria de Atenção à Saúde. DAB – Departamento de Atenção Básica. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_SB.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.
17. Silvani J, Buss C, Pena GD, Recchi AF, Wendland EM. Food consumption of users of the Brazilian Unified Health System by type of assistance and participation in the "Bolsa Familia". *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(8): 2599-2608.
18. Celeste RK, Bastos JL. Mid-point for open-ended income category and the effect of equivalence scales on the income-health relationship. *Rev Saude Publica*. 2013; 47 (Suppl 3): 168-171.
19. Fonseca EPD, Frias AC, Mialhe FL, Pereira AC, Meneghim MC. Factors associated with last dental visit or not to visit the dentist by Brazilian adolescents: A population-based study. *PLoS One*. 2017; 12(8): e0183310.
20. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43(4): 317-324.
21. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Araújo-Souza GC, Watt RG. Social Factors Associated with the Decline in Caries in Brazilian Children between 1996 and 2010. *Caries Res*. 2016; 50(6): 551-559.
22. Giacaman RA, Reyes PM, Leon VB. Caries risk assessment in Chilean adolescents and adults and its association with caries experience. *Braz Oral Res*. 2013; 27(1): 7-13.
23. Yoon H, Jang Y, Choi K, Kim H. Preventive Dental Care Utilization in Asian Americans in Austin, Texas: Does Neighborhood Matter? *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(10).
24. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial Inequalities in Oral Health. *J Dent Res*. 2018; 97(8): 878-886.
25. Phelan JC, Link BG. Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? *Annu Rev Sociol*. 2015; 41: 311-330.

- 26.Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. The work in oral health in the Family Health Strategy: is it a tough integration? *Saude em Debate*. 2018; 42(spe2): 233-246.
- 27.Bomfim RA BE, FRAZAO P. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the ORIC – Organizational Readiness for Implementing Change. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;[Accepted for publication].
- 28.Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyantet RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019; 394(10194): 261-272.
29. Constante HM. Racial inequalities in public dental service utilisation: Exploring individual and contextual determinants among middle-aged Brazilian adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020.
30. Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos – 5a ed. Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOU SP) 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que a maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família com equipes de saúde bucal está diretamente relacionada ao maior uso de serviços públicos, porém com menor procura de consultas para prevenção do que para tratamentos curativos, e ainda a um maior consumo alimentar inadequado.

As equipes de saúde bucal devem qualificar o processo de trabalho para atendimentos preventivos, usando estratégias locais de promoção de saúde bucal e abordar ações transdisciplinares para reduzir o consumo de alimentos não saudáveis por adolescentes em idade escolar, atendendo assim o preconizado pelas Políticas Nacionais de Atenção Básica e Promoção da Saúde.

O conhecimento do padrão de utilização dos serviços de saúde bucal torna-se fundamental, para que as respostas às demandas reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos custos, evitando que desfechos desfavoráveis ocorram em relação à saúde bucal.

Este estudo pode contribuir na efetivação de Políticas Públicas que visem a redução do comportamento inadequado de alimentos, principalmente os ultras processados, que podem gerar estratégias de implementação de mudança nos serviços.

Considerando os resultados deste estudo, sugerimos à gestores, profissionais de saúde, pais e educadores intervenções nas escolas que visem melhorar a importância da alimentação saudável que inclua mais alimentos frescos e menos produtos industrializados, utilizar abordagens educativas e inovadoras e não estar engessadas as ações antigas como apenas cumprir metas exigidas como flúor semanais, escovação e palestras. Organizar serviços com programas para prevenção que cumpram os atributos da atenção primária a saúde, realizar trabalhos interdisciplinares, realizar abordagem do indivíduo na totalidade, atento ao contexto socioeconômico e cultural no qual ele está inserido alcançando mudanças familiares produzindo assim mudanças não só nos adolescentes, mas nas famílias.

Desenvolver princípios norteadores das ações como:

- Gestão participativa,

- Acesso universal,
- Acolhimento: considerar o usuário com integralidade bio-psico-social, e garantia de um atendimento multiprofissional nas condutas de receber, escutar, orientar, atender e acompanhar,
- intersetorialidade: realizando ações de promoção de saúde efetivas incluindo escola, família, trabalho, mídia, instituições.
- integralidade da atenção: a equipe deve ser capaz de realizar conjuntamente ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação nos níveis individuais e coletivos.

REFERÊNCIAS

- ALBERGA, A. S.; SIGAL, R. J.; GOLDFIELD, G.; HOMME, D. P.; KENNY, G. P. Overweight and obese teenagers: why is adolescence a critical period? *Pediatric Obesity*, v. 7, n. 4, p. 261-273, ago. 2012.
- ALMEIDA FILHO, N. M. Contexts, impasses and challenges for training Public Health workers in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013.
- ANTUNES, J. L. F. et al. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 57-57, 2016.
- BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BASTOS, M. L.; MENZIES, D.; HONE, T.; DEHGHANI, K., TRAJMAN, A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *PLoS One*, v. 12, n. 8, ago. 2017.
- BOMFIM, R. A.; FRIAS, A. C.; PANNUTI, C. M.; ZILBOVICIUS, C., PEREIRA, A. C. Socio-economic factors associated with periodontal conditions among Brazilian elderly people - Multilevel analysis of the SBSP-15 study. *PLoS One*, v. 13, n. 11, p. 0206730, nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, que dispõe sobre Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpras>. Acesso em: Dez 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica coordenação nacional de saúde bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica operacionalização. capítulo I das disposições gerais da atenção básica à saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250693.html>. Acesso em: Dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.html>. Acesso em: Dez 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de mar. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS. Sala da situação. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acessado em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. 2016c.

CALADO; S.G. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 2002, 122p.

CELESTE, R.K. BASTOS, J.L. Mid-point for open-ended income category and the effect of equivalence scales on the income-health relationship. *Rev Saude Publica*. 2013; 47 (Suppl 3): 168-171.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 2, p. 76-91, 2018.

DALAZEN, C. E.; DE CARLI, A. D.; BOMFIM, R. A. Factors associated with the need for oral treatment of elderly Brazilians: a multilevel analysis. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1119-1130, abr. 2018.

DAVOGLIO, R. S.; AERTS, D. R.; ABEGG, C.; FREDDO, S. L.; MONTEIRO, L. Factors associated with oral health habits and use of dental services by adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 655-667, mar. 2009.

DODE, M; JUNGES, J.R. A estratégia de humanização nos processos de trabalho na atenção secundária no Brasil. *Saúde Coletiva*. Jan 2008.

- FEKETE, M.C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPS; 1997. p.5-7.
- FERNANDES, J. D. K. B. et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 2, p. 1-18, 2016.
- FREITAS, C.H.S.M. et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. Saúde debate. v.40, n. 8, p. 131-143, 2016.
- GUIMARÃES, A.O. COSTA, I.C.C. OLIVEIRA, A.L.S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6:83-6.
- GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, n. 28 (Supl): S81-S89, 2012.
- HERKRATH et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil. Saúde debate, v.37, n.96, p. 148-158, 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2015.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística. Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciências & Saúde Coletiva. v. 15,n.5, 2010.
- MACINKO, J.; HARRIS M. J. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. The New England Journal of Medicine, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, jun. 2015.
- MARMOT, M. Introduction. In: MARMOT, M; WILKINSON, R. G. Social Determinants of Health. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2011. p. 1-5.
- MENDES, E.V. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I – Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 50-56. 70.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENEGAZ, A. M.; SILVA, A. E. R.; CASCAES, A. M. Educational interventions in health services and oral health: systematic review. Revista Saúde Pública, v. 52, n. 52, maio 2018.
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Revista de Saúde Pública, v. 40 (n. esp.), p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 19, n 6, p. 385-393, 2006.

OLIVEIRA; A.G.R.C. ARCIERI, R.M. UNFER, B. COSTA, I.C.C. MORAES, E. SALIBA, N.A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2:9-13.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n.10, p. 1927-1936, 2013.

PALÉNCIA, L.; ESPELT, A.; CORNEJO-OVALLE, M.; BORRELL, C. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 42, n. 2, p. 97–105, abr. 2014.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, v. 19, n. 2, p. 127-40, 1981.

PERES, M. A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28 (Supl), p. s90-s100, 2012.

PESSOA, D. M. V.; RONCALLI, A. G.; DE LIMA, K. C. Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC oral health*, v. 17, n.1, 2017.

PINTO, V. G. A Saúde Bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos, 2000.

PROTOCOLO ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL. MATO GROSSO DO SUL. Campo Grande - MS. 2019. Disponível em: https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10050_13_12_2019
Acesso em: Dez 2020.

RONCALLI, A. G.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G.; ARAÚJO-SOUZA, G. C.; WATT, R. G. Social Factors Associated with the Decline in Caries in Brazilian Children between 1996 and 2010. *Caries Research*, v. 50, n. 6, p. 551-559, out. 2016.

RONCALLI, A. G.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G.; WATT, R. G. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 43, n. 4, p. 317-324, fev. 2015.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*. v.31, n.3, p. 260–8. 2012.

SANTANA, D.A. et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cadernos Saúde Coletiva*. v. 23, n. 3, 2015.

SILVANI, J. BUSS, C. PENA, G.D. RECCHI, A.F. WENDLAND, E.M. Food consumption of users of the Brazilian Unified Health System by type of assistance and participation in the "Bolsa Família". *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(8): 2599-2608

SISSON, K. L. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 35, n. 2, p. 81-88, abr. 2007.

SOUZA, D.J. CURY, J.A. CAMINHA, J.A.N, FERREIRA, M.A. Tomita, N.E. NARVAI, P.C, et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2001; 2:7-28.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, C.; SANTOS, N. M. L.; HILGERT, J. B.; HUGO, F. N. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, v. 46, n.1, p. 30-37, fev. 2018.

TEIXEIRA, A. K. M.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 249-258, 2018.

THOMAZ, E. B. A. F. et al. Evaluating productivity targets achievement in Dental Specialty Centers from Maranhão State, Brazil, 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, n. 25, v.4, p. 807-818, 2016.

VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. D. A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 29-39, suppl. 3, 2013.

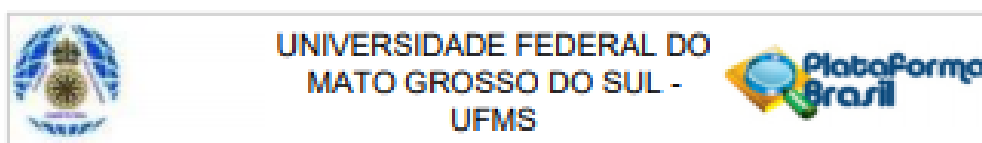
ZANETTI, C.H.G. LIMA, M.A.U. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg Saúde Debate* 1996; 13:18-35.

WATT, R. G., DALY, B.; ALLISON, P.; MACPHERSON, L. M. D.; VENTURELLI, R.; LISTL, S.; WEYANTET, R. J.; MATHUR, M. R.; GUARNIZO-HERREÑO, C.C.; Doenças bucais: um desafio global para a saúde pública. *Lanceta*, p. 249-260, jul 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods – 5th ed. 2013.

WILKINSON, R. G. Ourselves and others- for better or worse: social vulnerability and inequality. In: MARMOT, M; WILKINSON, R. G. *Social Determinants of Health*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2011. p. 341-357.

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SB-MS 2018-19: Levantamento das Condições de Saúde Bucal no Estado de Mato Grosso do Sul

Pesquisador: Rafael Aiello Bomfim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85647518.4.0000.0021

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.596.211

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de base estadual, com representatividade para a capital e para a região do interior do Estado de Mato Grosso do Sul. Com essa finalidade, serão realizados exames no município Campo Grande e sorteados 32 municípios que representarão o interior do estado (Unidade Primária de Amostragem – UPA) referentes a Domínios (capital e mais os 3 estratos referente a Macro Regiões do interior do estado). Na primeira e segunda etapa serão sorteados 32 escolas de ensino infantil e 32 escolas de ensino fundamental para cada uma das cidades; posteriormente, serão sorteadas 5 escolas de ensino infantil e 5 escolas de ensino fundamental em cada uma das cidades referentes ao estrato da três Macro Regiões do Estado.

Na terceira e quarta etapa, serão sorteadas 32 Unidades Básicas de Saúde de Atenção Primária ou da Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF) em cada domínio da capital. Para as três Macro Regiões do interior (Campo Grande, Três Lagoas e Dourados), serão sorteadas 5 Unidades Básicas de Saúde de Atenção Primária por município, totalizando 160 UBS/ESF. O plano amostral será por conglomerado em dois estágios de sorteio com

probabilidades proporcional ao tamanho (PPT) da população.

O estudo terá como parceiro para planejamento, operacionalização, etapas de campo e apuração dos dados pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus Campo Grande, e Faculdade de Odontologia da Universidade de São

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Projeto: 2.586.311

Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, busca-se conhecer as condições de saúde bucal da população do estado de Mato Grosso do Sul nos grupos etários em tela.

Como objetivos secundários, indicam-se: a) estimar, para a população de 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e, 65 anos e mais, a prevalência e a gravidade da cárie dentária em coroa; b) estimar, para a amostra pesquisada de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 anos e mais, a condição periodontal; c) estimar, para a amostra pesquisada de 12, 15 a 19 anos, a prevalência de oclusopatias; d) estimar a necessidade e uso de prótese nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 anos e mais; e) estimar, para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 anos e mais, a morbidade e severidade da dor de origem dentária; e f) obter dados que contribuam para caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção, os impactos da saúde bucal nas atividades diárias dos indivíduos, além de informações referentes ao capital social, Comportamento Sedentário, Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, Disfunção Temporomandibular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estimados pelo pesquisador são mínimos, como o constrangimento, mas o participante conta com a liberdade de desistir a qualquer momento. Já os benefícios dizem respeito a um melhor conhecimento da situação epidemiológica das condições de saúde bucal do estado de Mato Grosso do Sul, permitindo melhor organização dos serviços prestados à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

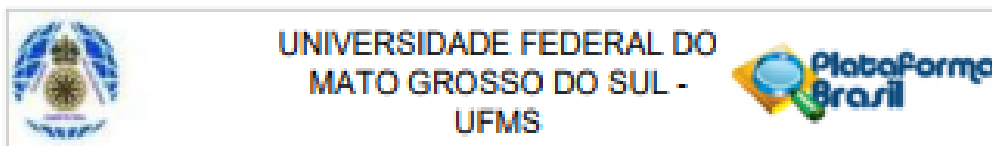
Proposta relevante, que visa a coletar informações das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamento de uma população, as quais podem propiciar condições para controlar as mudanças nos níveis ou padrões da doença identificadas. Atende a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no que esta prevê a utilização da Epidemiologia e as informações sobre o território, subsidiando o planejamento e atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais/responsáveis dos menores de idade e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE para as crianças menores;

Apresenta autorização da Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande, MS.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** biotica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.586.211

Justifica a não apresentação de autorização da Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso do Sul, em virtude de estudantes do Ensino Médio não serem atendidos nas escolas, mas nas Unidades Básicas de Saúde

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE para os participantes de "15-19 anos" e "35-44 anos e idosos" precisará ser desdobrado em um TALE (participantes de 15 a 17 anos) e dois TCLEs (participantes de 18-19 anos; e de 35 ou mais anos), com as devidas adequações de linguagem para cada um dos grupos, atendendo ao disposto na Resolução 466/2012-CNS. (ATENDIDO)

Além disso, torna-se necessário rever o texto ao final do 4º parágrafo desse Termo, pois não se pode condicionar o ressarcimento à solicitação do participante; também a parte final do 7º parágrafo carece de ser reformulada, pois pressupõe que a autorização seja para outro participante, e não o signatário do termo. (ATENDIDO)

Considerando-se a importância das autorizações dos locais de pesquisa, seria fundamental que até a submissão da versão para solucionar as pendências apontadas, o pesquisador já tivesse definido o sorteio dos outros municípios participantes e enviasse as autorizações das respectivas secretarias. (JUSTIFICADO)

Após análise dos itens da lista de adequações, manifesta-se pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1091003.pdf	04/04/2018 11:37:54		Aceito
Parecer Anterior	Respostapendencias.docx	04/04/2018 11:37:30	Rafael Aiello Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantesSBMS18corrigido.docx	04/04/2018 11:33:50	Rafael Aiello Bonfim	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEparapaisSBMS2018corrigido.	04/04/2018	Rafael Aiello	Aceito

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.596.211

Assentimento / Justificativa de Ausência	docx	11:33:34	Bomfim	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALESBMS2018corrigido.docx	04/04/2018 11:33:19	Rafael Aiello Bomfim	Acelto
Declaração de Pesquisadores	lista.xlsx	09/03/2018 17:22:36	Rafael Aiello Bomfim	Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	AutorizacaoSEMED.jpeg	09/03/2018 17:08:59	Rafael Aiello Bomfim	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSBMS18certoCEP.docx	09/03/2018 16:59:32	Rafael Aiello Bomfim	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	resolucao.pdf	09/03/2018 16:58:37	Rafael Aiello Bomfim	Acelto
Parecer Anterior	atacib.pdf	09/03/2018 16:54:12	Rafael Aiello Bomfim	Acelto
Folha de Rosto	folhaCEP.pdf	09/03/2018 16:52:41	Rafael Aiello Bomfim	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Endereço: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br

ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - INDIVÍDUOS COM 5 ANOS DE IDADE OU MAIS -

Nos últimos 7 dias, <u>em quantos dias</u> você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								

Fonte: Ministério da Saúde