

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

LEILA APARECIDA CHEACHIRE

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO SOCIAL FAMILIAR E RISCO À
CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA PERIODONTAL EM ADULTOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba da
UNICAMP para a obtenção do título de
Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROFESSOR DR. FÁBIO LUIZ MIALHE

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA, E ORIENTADA PELO PROF. DR. FÁBIO LUIZ
MIALHE**

Assinatura do Orientador

PIRACICABA, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

C410a Cheachire, Leila Aparecida, 1955-
Associação entre risco social familiar e risco à cárie dentária e
doença periodontal em adultos na Estratégia de saúde da família
(ESF) / Leila Aparecida Cheachire. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Fábio Luiz Mialhe.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde da família. 2. Cárie dentária. 3. Doença periodontal. I.
Mialhe, Fábio Luiz. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Association between familiar social risk and risk to dental
caries and periodontal disease in adults at family health strategy (FHS).

Palavras-chave em Inglês:

Family health

Dental caries

Periodontal disease

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Fábio Luiz Mialhe [Orientador]

Renato Pereira da Silva

Dagmar de Paula Queluz

Data da defesa: 04-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 04 de Julho de 2011, considerou a candidata LEILA APARECIDA CHEACHIRE aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "F. Mialhe".

Prof. Dr. FABIO LUIZ MIALHE

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Renato Pereira da Silva".

Prof. Dr. RENATO PEREIRA DA SILVA

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "D. Queluz".

Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP, representada por seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

À Prof^a. Dr^a. Renata M. R. Garcia, Coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.

À Prof^a. Dr^a. Cinthia Pereira Machado Tabchoury, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da FOP/UNICAMP.

A todos os professores (as) do Departamento de Odontologia Social e professores(as) convidados, pelos conhecimentos transmitidos.

As Profas. Dras. Regina Marques e Maria da Luz que compuseram a banca de apresentação do pré-projeto, pelas orientações e direcionamento da pesquisa.

As Profas. Dras. Karine e Rosana que compuseram a banca da qualificação, pelas orientações na pesquisa.

À toda a equipe técnica da Secretaria de Saúde que construíram o instrumento de risco social, objeto deste trabalho.

À Lígia Maria Reina, Encarregada Técnica da USF Jardim Santo Alberto, pelo auxílio na pesquisa e disponibilidade dos dados.

As enfermeiras, aos médicos, à cirurgiã-dentista, à auxiliar de enfermagem, aos agentes comunitários de saúde da Unidade de Saúde da Família Jardim Santo Alberto, meus sinceros agradecimentos pela receptividade e colaboração na realização desta pesquisa.

Ao Secretário de Saúde, à Diretora do Departamento de Assistência à Saúde e ao Coordenador do Programa de Saúde Bucal do município de Santo André pela oportunidade de ter realizado este mestrado.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, meu Grande Mestre, pela proteção, pelas bênçãos e por iluminar meu caminho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe, pelos conhecimentos transmitidos, cobrança edificante e paciência na orientação desta pesquisa.

Aos meus pais José Cheachire e Julia Trevisan Cheachire, *in memoriam*, meus primeiros mestres, pela oportunidade da vida, pelo amor, pelo ensinamento dos princípios da honestidade, justiça, respeito, responsabilidade, ética, pelo incentivo e cuidado em todas as fases da minha vida.

As minhas filhas, Bruna e Lígia, pelo amor, incentivo constante, meu norte, a minha admiração e amor.

Aos meus irmãos José Roberto e Wilson, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas, pela amizade incondicional, carinho e apoio nos bons e maus momentos.

À Dra Sueli Maria Pereira da Silva Nunes, dentista da USF Jardim Santo Alberto, um agradecimento especial pela amizade, pelos dados, por todas as informações prontamente fornecidas quando necessário e pelo incentivo.

À Dra Daniela Marchioro, dentista do CEO, por me ajudar na coleta dos dados e pela amizade.

Aos meus amigos, pela amizade, conselhos, experiências trocadas e pelo nosso longo tempo de amizade.

Aos colegas da Pós-Graduação por participarem da construção desta trajetória, pelos momentos especiais vividos juntos.

*Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou
exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no
mínimo que fazes.”*

Fernando Pessoa

RESUMO

Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família tem sido considerado uma estratégia eficaz na reorganização da atenção básica por ter como pressupostos o foco na família, a adscrição da clientela, a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social e o vínculo entre os profissionais e a população. Entretanto, para que haja uma reorganização da demanda a partir do princípio da equidade, há a necessidade da equipe identificar qual o perfil da população assistida pelas Unidades de Saúde da Família, priorizando os indivíduos e grupos segundo seu risco biológico e social. O presente estudo teve como objetivo avaliar a existência de associação entre os escores de um instrumento elaborado para mensurar risco social familiar e condições bucais em adultos, em especial, a atividade de cárie e a doença periodontal. A amostra foi constituída por 253 famílias e 324 indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos cadastrados na unidade de saúde da família Jardim Santo Alberto, município de Santo André, SP, correspondendo respectivamente a 16,4% do total de famílias. Através da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica se fez a coleta dos dados das famílias e os mesmos foram transferidos para o instrumento Escore de pontuação de risco familiar - Santo André, o qual as classificou como de baixo, médio, alto e altíssimo risco social familiar. Mediante esta classificação, todos os membros destas famílias foram convocados para a avaliação bucal individual, pela equipe de saúde bucal da unidade de saúde da família, onde foram classificadas segundo os critérios de classificação de risco para cárie e doença periodontal, elaborados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Coordenação de Saúde Bucal. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e por meio dos testes de qui-quadrado e exato de Fischer. Verificou-se que 47,3% das famílias foram classificadas como de baixo risco social, 49,8% como risco moderado e apenas 2,8% dentro dos critérios de risco alto e altíssimo. Quanto a doença cárie, 2,8% dos usuários foram classificados em baixo risco, 41,6% em

risco moderado e 55,6% como de alto risco. Já para a doença periodontal, 44,8% dos usuários foram classificados como de baixo; 51,5% como de risco moderado e 3,7% em alto risco. Observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre os escores de risco social dos usuários/famílias com os escores de risco para cárie e doença periodontal, a partir dos critérios utilizados pelo Programa de Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Santo André. Concluiu-se que o instrumento e os critérios utilizados na classificação de risco social familiar neste programa devem ser reestruturados para que possam contribuir de forma mais efetiva para o planejamento das equipes de saúde bucal no PSF.

Palavras chave: Saúde da família. Risco social. Risco à saúde. Cárie dentária. Doença periodontal.

ABSTRACT

Created in 1994, Family Health Program (FHP) has been considered an effective strategy at the basic attention reorganization for having as surmises the focus on the family, the clientele subjection, the clinical practice according to the social epidemiology logic and the bond of union among the professionals and the population. Nevertheless, in order that there is a demand reorganization from the equity principle, it is necessary that the team identifies which is the profile of the population assisted by the Unidades de Saúde da Família (Family Health Unities), prioritizing the individuals and groups according to their biological and social risk. The present paper had as purpose assessing the existence of association among the scores of an instrument elaborated to measure the familiar social risks and buccal conditions in adults, specially, the dental caries and the periodontal disease. The sample was constituted by 253 familys and 324 adult users, whose age varied from 20 to 59 years, who were cadastrated at the family health unit of Jardim Santo Alberto, in the city of Santo André, SP – Brazil, corresponding to 16.4% of total familys enrolled on the service. Through an A Index Card of the information System at the Basic Attention Program it was done a data gathering about the families and, then, they were transferred to the instrument Punctuation Score of familiar risk population - Santo André, which has classified them as low, medium, high, very high familiar social risk group. Through this classification, all the members from these families were summoned for the individual buccal assessment, by the buccal health team from the Family Health Unit, where they were classified according to the criteria of risk classification for caries and periodontal disease, elaborated by Buccal Health Coordination from São Paulo State Health Secretariat. Data were analyzed by means of a descriptive analysis and through a chi-square and a Fischer exact test. It was verified that 47.3% of the families were classified as presenting low social risk, 49.8% as moderate risk and only 2.8% within the high and very high risk criteria. On what concerns the dental caries , 2.8% of the users were classified at the low risk category, 41.6% at

moderate risk and 55.6% as high risk category. As for the periodontal disease, 44.8% of the users were classified as low risk individuals, 51.5% as moderate risk ones and only 3.7% were classified for high periodontal risk. It was observed that there wasn't any statistically significant association between the scores of the users//families social risks with the scores of risk for caries and periodontal disease, from the criteria used by Family Health Program of Santo André Health Secretariat. It is concluded that the instrument and the criteria used at the familiar social risk classification on this program should be restructured in order to be apt to contribute in a more effective manner for the planning of the buccal health teams at the FHP.

Key words: Family health. Social risk. Risk to health. Dental caries. Periodontal disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS - Agente comunitário de saúde
- CDHU - Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICSB - Indicador Comunitário em Saúde Bucal
- IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
- INASB - Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal
- IRA - Infecção Respiratória Aguda
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PIB - Produto Interno Bruto
- PSF - Programa de Saúde da Família
- RDB - Risco às doenças bucais
- RDC - Risco à doença cárie
- RDP - Risco à doença periodontal
- RSF - Risco social familiar
- SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SP - São Paulo
- SUS - Sistema Único de Saúde
- USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Escala de Coelho contendo as informações sentinelas e os escores apontados para cada informação (Coelho & Savassi, 2004).....	22
Quadro 2:	Escore de Pontuação de Risco Familiar - Santo André - 2008	26
Quadro 3:	Estrutura de saúde do município de Santo André, 2008	30
Quadro 4:	Unidades de saúde da família com equipes de Saúde bucal de Santo André, 2008	31
Quadro 5:	Características da população adscrita e da USF Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.....	32
Quadro 6:	População cadastrada na USF J. Santo Alberto por faixa etária e sexo, 2008.....	32
Quadro 7:	Critérios de classificação de risco para cárie dentária	35
Quadro 8:	Critérios de classificação de risco para doença periodontal.....	35
Quadro 9:	Elaboração do Risco individual bucal, a partir dos critérios utilizados para classificar cárie e doença periodontal	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Total da amostra segundo número de famílias e indivíduos e porcentagem das famílias e população cadastrada na USF Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	34
Tabela 2:	Média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis idade e escore familiar. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	39
Tabela 3:	Frequências absolutas e relativas das variáveis demográficas. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	40
Tabela 4:	Frequências absolutas e relativas da variável risco à doença cárie (RDC), conforme os critérios de classificação. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	41
Tabela 5:	Frequências absolutas e relativas da variável risco social familiar (RSF) categorizados e pela somatória dos escores. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	42
Tabela 6:	Frequências absolutas e relativas das variáveis demográficas, segundo o grupo de risco social. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	43
Tabela 7:	Frequências absolutas e relativas dos riscos de cárie, doença periodontal e doença bucal, segundo o grupo de risco social. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	44
Tabela 8:	Frequências absolutas e relativas dos eventos na pontuação do risco familiar. J. S. Alberto, Santo André - 2008.....	43
Tabela 9:	Frequências absolutas e relativas dos riscos de cárie, doença periodontal e doença bucal, segundo o grupo de risco social. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 A IMPORTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA PARA A EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELAS EQUIPES	5
2.3 FATORES DE RISCO SOCIAL PARA A CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA PERIODONTAL	10
2.4 EPIDEMIOLOGIA DA CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL EM ADULTOS BRASILEIROS	18
2.5 INSTRUMENTOS PARA AVALIAR RISCO FAMILIAR E BUCAL NA ESF	21
2.6 HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DO PSF EM SANTO ANDRÉ - 2008	25
3 PROPOSIÇÃO	28
4 MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1 CONSENTIMENTO PARA PESQUISA	29
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	29
4.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA	33
4.5 CRITÉRIOS E CÓDIGOS	34
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
5 RESULTADOS	38
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ou seja, todo brasileiro tem garantido acesso as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo dever do Estado garantir este acesso através de uma rede de serviços de saúde (Brasil, 1988a). Com base nestes pressupostos, a Constituição Brasileira de 1988 criou no plano político-institucional o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde no país. Foi considerada “nova”, pois até então, a atenção à saúde no Brasil vinha sendo desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais, de enfoque curativo, a partir da procura espontânea aos serviços (Brasil, 1990). Além disso, era caracterizada por ser centrada na prática hospitalocêntrica, no individualismo, na utilização irracional dos recursos tecnológicos, resultando em baixa resolubilidade (Brasil, 2000).

Apesar dos avanços nas políticas públicas na área da saúde, verifica-se que as mesmas têm efeito limitado para promover a saúde das populações, e, para isso, devem estar vinculada a outras políticas, como emprego, educação, renda, moradia, e assim considerar o conceito ampliado de saúde (Brasil, 2006b). Dentro deste universo, a saúde coletiva tem enfrentado o grande desafio de tornar as ações de saúde um direito básico acessível a todos os cidadãos e, no país, diversos modelos e formas de organização têm sido experimentados ao longo dos últimos anos, principalmente após a implantação do SUS (Brasil, 2006b).

Em 1994 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma das estratégias para a reorganização da atenção à saúde em nível da atenção primária centrada em bases e critérios de vigilância à saúde (Brasil, 1997). Contribuindo para a consolidação deste programa, o Ministério da Saúde modificou a lógica de financiamento, anteriormente baseada na produção de serviços, passando a estabelecer o pagamento em função da cobertura populacional (Brasil, 2000).

O PSF é entendido como uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua (Brasil, 2006a), seguindo os princípios do SUS, que são integralidade, universalidade, equidade e participação social.

Mediante a adscrição da população e tendo como foco a família, as equipes do Programa/Estratégia de Saúde da Família devem estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais de suas equipes com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, centrando a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social (Brasil, 1997).

De acordo com Serrano *et al.* (2004) cada equipe multiprofissional do PSF/ESF, constituída minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde deve ser responsável por 600 a 1000 famílias em um território definido, por meio do cadastramento e acompanhamento da saúde dessa população.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28/12/2000 as ações em saúde bucal foram definitivamente inseridas na estratégia do PSF (Brasil, 2000). Buscando, assim, a melhoria do perfil odontológico da população e, por consequência, sua qualidade de vida.

O trabalho das equipes da ESF/PSF é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes das equipes, e desses com o saber popular do agente comunitário de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por sua vez, tornam-se catalisadores de recursos da comunidade ampliando o apoio social, estimulando a escuta, favorecendo uma rede de cuidados no território (Lancetti, 2000).

Os profissionais de saúde que trabalham sob a lógica da ESF devem apresentar capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades em saúde, a partir de evidências científicas, devem saber agregar capacidade de

negociação para a prática intersetorial e também organizar os saberes e instrumentos para intervir e avaliar o impacto das intervenções (Lancetti, 2000).

De acordo com a portaria 648 GM/MS (Brasil, 2006a) são atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes do PSF/ESF, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, conhecendo os problemas de saúde e situações de risco mais comuns, identificando as pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade.

O ser humano é um ser social que vive em sociedade, cuja base, em nossa cultura é a família. A família interfere diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos e na capacidade das pessoas em lidarem e de se protegerem dos riscos à saúde (Silveira Filho, 2008).

Assim, o atendimento a pacientes nos serviços primários de saúde deveria compreender, além da avaliação do seu estado de saúde como um todo, também suas interações com sua família (Falceto *et al.*, 2000).

Vários autores e estudos têm apontado associação entre saúde bucal e desenvolvimento social, e as variáveis frequentemente utilizadas nestes estudos para medir condição socioeconômica foram ocupação, renda e escolaridade (Boing, 2005).

Para Grzywacz (2000) a escolaridade foi apontada como marcador mais importante da condição socioeconômica relacionado à saúde, pois o acúmulo de conhecimento possibilita hábitos mais saudáveis favorecendo sua saúde, e maior escolaridade leva a melhores ocupações e conseqüentemente melhor renda.

Já para Boing *et al.* (2005), renda é um marcador importante, pois ela influencia o padrão alimentar, vestimenta, qualidade de moradia, acesso a conhecimentos, a serviços, influenciando na exposição a riscos e fatores de proteção para várias doenças.

A condição social tem sido enfatizada nas últimas décadas como importante determinante das condições de saúde bucal (Furlani, 1993; Martins *et*

al., 1999; Loretto *et al.*, 2000; Nadanovsky, 2000). Vários trabalhos têm abordado a associação entre classe social, cárie dentária e/ou doença periodontal (Jones & Worthington, 2000; Marcenes & Bonecker, 2000; Peres *et al.*, 2000). De modo geral, a vulnerabilidade ao agravo está associada à exposição mais intensa aos fatores de risco e à privação social (Martins *et al.*, 1999). Em alguns estudos, observou-se que a prevalência de cárie diminuiu nas populações estudadas na medida em que o nível socioeconômico das mesmas aumentaram, mesmo em áreas sem a adição de flúor à água de abastecimento público (Jones & Worthington, 2000; Marcenes & Bonecker, 2000).

Apesar de vários estudos indicarem a importância do risco social no risco à saúde (Sheiham, 1997; Ferreira, 1999; Moysés, 2000; Peres 2000, 2001; Antunes *et al.*, 2002; Baldani *et al.*, 2002; Antunes *et al.*, 2003; Radis, 2004; Roncalli, 2004; Pattussi, 2004; Assaf & Pereira, 2007; Melo, 2008), ainda existem poucos instrumentos construídos e validados no PSF/ESF para guiar o planejamento das ações em saúde.

De acordo com Watt & Sheiham (1999) a redução nas iniquidades em saúde bucal será alcançada através de implementação de políticas de promoção da saúde com foco de ação nos determinantes sociais, econômicos e ambientais das doenças bucais.

Portanto para a consolidação de uma assistência equânime e integral, há necessidade de planejar as ações com prioridade nas famílias que apresentam maior risco e vulnerabilidade social. Para isso, é importante que os profissionais tenham ao seu alcance instrumentos objetivos, fidedignos, válidos e validados para avaliar o risco familiar e em saúde e desta forma planejar as ações e ofertar à população uma assistência equânime e integral.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A IMPORTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA PARA A EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELAS EQUIPES

Segundo Whitehead (2007) “iniquidades sociais em saúde” são diferenças no estado de saúde entre diferentes grupos socioeconômicos dentro de uma sociedade, e pelo fato de serem socialmente produzidas, são evitáveis e inaceitáveis em uma sociedade civilizada.

Assim, as estratégias de atenção à saúde devem levar em consideração importantes marcadores de desigualdade nas diversas regiões, como: renda familiar (quanto maior o número de adultos na família maior a renda), número de habitantes, distinção entre área urbana e rural, qualidade de vida, condição socioeconômica, acesso a serviços de saúde, visando diminuir as iniquidades sociais em saúde (Roncalli, 2008).

No caso da saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal recomenda que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vislumbre a reorganização da demanda, garantindo a equidade, buscando atendimento integral à família. Para tanto há necessidade de identificar o perfil da população assistida pela equipe de saúde da família, subsidiando a organização da assistência individual e coletiva, priorizando os indivíduos e grupos de alto risco (Brasil, 2004a).

Conforme Teixeira (2006), o cirurgião dentista tem dificuldade de se adequar num ambiente multidisciplinar, tendo dificuldade de trabalhar em equipe, desenvolvendo ainda ações isoladas, no entanto ele e toda a equipe de saúde devem apresentar capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde, como também devem agregar embasamento científico e capacidade de negociação para a prática intersetorial.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006b), no PSF a abordagem da população alvo pela equipe deverá ser planejada segundo cada contexto local (capacidade instalada, perfil epidemiológico da população adscrita, espaços

sociais, etc.) Através do cadastro das famílias pelo preenchimento da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pelos agentes comunitários de saúde (ACS), pode-se apropriar das informações antes de iniciar o planejamento do trabalho. Na ficha A estão contidas informações fundamentais sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social. Neste momento inicial, o planejamento deve incluir nas atividades clínicas odontológicas não só ações de prevenção e promoção de saúde, como também atendimento odontológico às demandas urgentes (Brasil, 2006b).

O PSF/ESF é uma importante ferramenta para organizar a oferta dos serviços odontológicos pelo fato de obter informações obtidas no cadastramento das famílias e visitas domiciliares, auxiliando a traçar o perfil epidemiológico da população assistida. Entretanto, algumas equipes tem dificuldade de se adaptar a esta nova lógica, como demonstrou Lourenço (2005), no estado de Minas Gerais onde 39,9% das equipes de saúde bucal admitiam trabalhar sob a lógica da organização do atendimento no PSF pela livre demanda e apenas 26,9% utilizavam a triagem de risco como forma de priorização da prestação desses serviços. No Estado do Paraná, Baldani *et al.* (2005) observaram que a livre demanda era mantida em 9,5% das equipes de saúde bucal como opção de prestação de serviços odontológicos, e eminentemente sob o enfoque de tratamento curativo, conforme a procura espontânea dos usuários.

O levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira realizado em 2002 e 2003 demonstrou que os motivos por procura do dentista por 30% de adolescentes e 46% de adultos e idosos foi por dor dentária (Brasil, 2004b). Isto, segundo Terreri & Soler (2008) é consequência da prestação dos serviços por meio da livre demanda, somada aos problemas de exclusão social, econômicos e educacionais, estabelecendo um padrão cultural de procura de serviços quando a doença já se estabeleceu e requer tratamento curativo e alívio da dor. Assim, segundo os autores, para que haja uma mudança nesse padrão cultural de procura de serviços por causa da dor, ou seja depois que a doença já se estabeleceu, é necessário que haja, também, uma mudança real no modelo de organização da demanda.

Desta forma, a avaliação de risco social e bucal é uma ferramenta importante na odontologia, auxiliando no planejamento das ações em saúde coletiva e permitindo que indivíduos com maiores necessidades recebam maior atenção.

2.2 RISCO SOCIAL FAMILIAR E RISCO À SAÚDE

Segundo Carvalho (1997), para compreender como um contexto afeta a saúde de grupos populacionais, torna-se necessário medir efeitos em nível de grupo, uma vez que medidas em nível individual não podem dar conta destes processos. Sem mensurar, através de indicadores e índices, estes contextos, não se pode explicar os padrões de mortalidade ou morbidade, a propagação de epidemias, a transmissão sexual de doenças nem a transferência de comportamentos ou valores, pois as pessoas vivem em grupos, e a análise a nível individual não capta os efeitos dessa dimensão.

A família é um grupo social, e segundo Kaloustian & Ferrari (1994) ela é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros. Sartri (1996) afirma que a família compreende a casa. Portanto para a família pobre, e que segundo Yasbek (2003), pobres são aqueles que de modo temporário ou permanente não tem acesso a um mínimo de bens e recursos, sendo excluídos da riqueza social, a casa passa a representar um espaço de privação, de instabilidade, e deixando de ser um espaço de proteção, a família deixa de ser a propulsora do desenvolvimento saudável de seus membros. A família é a potencializadora das ações de políticas públicas eficazes (Gomes, 2003). Um dos princípios do SUS é a integralidade, o ser humano é um ser social que vive em sociedade, cuja base, em nossa cultura é a família. A família é geralmente sua fonte primária de cuidados, mas também de conflitos, interferindo diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos, bem como o trabalho ou a falta dele, a inserção e as características da comunidade em

que se vive e dos riscos desse ambiente e a capacidade das pessoas em lidarem e de se protegerem destes riscos (Silveira Filho, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde o enfoque de risco nos serviços de saúde tem como objetivo, a alocação de recursos em saúde, aumentando a eficiência da aplicação destes recursos públicos. Os dados socioeconômicos da população assistida são preditores importantes das condições de saúde, seja como causa direta, por exemplo, o saneamento básico, ou indireta, onde renda e escolaridade relacionam-se ao modo de vida (Brasil, 1983).

Segundo Douglass (1998), a avaliação de risco de uma doença consiste em determinar quais indivíduos são mais ou menos prováveis de prevenir ou controlar a doença no futuro, conhecendo quais variáveis clínicas, socioeconômicas, demográficas, ambientais, comportamentais, dentre outras, estão associadas com a doença.

Um fator é reconhecido como indicador de risco quando apresenta associação estatisticamente significativa com a experiência da doença em um determinado momento. Já quando a variável apresenta associação estatisticamente significativa com o incremento da doença em um período de tempo é reconhecido como fator ou preditor de risco, que pode ser de origem ambiental, comportamental ou biológica. Esta, se presente aumenta diretamente a probabilidade de ocorrência da doença e, se removida ou ausente, reduz a probabilidade. O fator de risco deve sempre preceder a ocorrência da doença (Tagliaferro, 2008). O preditor de risco ou marcador de risco está relacionado a um risco elevado da doença, mas não está correlacionado com suas causas (Beck, 1998).

Barata *et al.* (1997) citam que a situação de saúde das populações dos países americanos encontra-se condicionada por múltiplos e complexos processos inter-relacionados: a evolução das desigualdades sociais, as mudanças na estrutura de idade da população, os processos de urbanização, as mudanças na estrutura do mercado de trabalho e das populações trabalhadoras, as alterações na organização dos serviços entre outros. O quadro epidemiológico brasileiro expressa a persistência de importantes desigualdades sócio-culturais, econômicas e políticas. As diferenças

estão presentes não apenas entre as grandes regiões do país, mas, também, dentro das diversas regiões de um Estado e até mesmo nos diferentes bairros de um município (Pinto, 2002).

Segundo Rouquayrol & Almeida Filho (1999), os grupos sociais com melhores condições econômicas e sociais estão menos sujeitos à ação dos fatores ambientais envolvidos com a ocorrência de certos tipos de doenças, cuja incidência é elevada nos grupos economicamente desprivilegiados.

Grzywacz (2000) numa revisão de literatura apontou a escolaridade como marcador mais importante da condição socioeconômica relacionado à saúde, pois o acúmulo de conhecimento possibilita hábitos mais saudáveis favorecendo sua saúde, e maior escolaridade leva a melhores ocupações e conseqüentemente melhor renda.

Numa revisão de estudos epidemiológicos produzidos na década de 90, realizada por Boing *et al.* (2005), vários estudos avaliaram a associação entre saúde bucal e desenvolvimento social. Nesta revisão foram descritas diferentes estratégias utilizadas para estratificar a população e medir condição socioeconômica. Foram selecionados 86 artigos de 1990 a 2001 e nestes as variáveis mais frequentemente utilizadas foram ocupação, renda e escolaridade.

De acordo com Boing *et al.* (2006) desigualdades sociais que podem repercutir sobre a incidência de risco para os agravos à saúde, podem incluir aspectos de ordem cultural, psicológica ou espiritual, mas neste estudo os autores abordaram renda, escolaridade e ocupação para mensurar condições socioeconômicas.

Conforme os autores acima, renda é um marcador importante, pois ela influencia o padrão alimentar, vestimenta, qualidade de moradia, acesso a conhecimentos, a serviços, influenciando na exposição a riscos e fatores de proteção para várias doenças. Sendo que os indicadores de ocupação e classe social também mostram os diferenciais de carga das doenças e de acesso a serviços de saúde. Ainda são utilizados como marcadores: condições de moradia, aglomeração domiciliar, grupo étnico, gênero.

Como um exemplo de condição de moradia, Antunes *et al.* (2004) em estudo para avaliar diferentes procedimentos para a medida de desigualdades na distribuição da cárie dentária utilizou a porcentagem de domicílios ligados a rede de abastecimento de água.

Em Peres *et al.* (2004) além dos indicadores de renda, escolaridade e ocupação, dados sobre ligações a rede elétrica, abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo, também foram coletados.

Assim, o atendimento a pacientes nos serviços primários de saúde deveria compreender, além da avaliação do seu estado de saúde como um todo, também suas interações com sua família (Falceto *et al.*, 2000).

2.3 FATORES DE RISCO SOCIAL PARA A CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA PERIODONTAL

O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal do Ministério da Saúde em 1986 indicou que as pessoas situadas nos estratos de renda mais elevadas possuem menos cáries do que as situadas na base da pirâmide socioeconômica (Pinto, 1992 e 1997; Oliveira, 2001). Esta condição ainda persiste, pois o relatório do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Projeto SB Brasil 2003 (Brasil, 2004b) aponta a severidade da condição de saúde bucal da população brasileira e revela as desigualdades entre as regiões geográficas e as condições socioeconômicas. Os dados do levantamento de 2010 (Brasil, 2011) mostraram que houve uma melhoria considerável no CPOD, mas ainda persiste as diferenças regionais, enquanto que na região sudeste o CPOD aos 12 anos é de 1,7, na região norte é de 3,2, sendo que nesta região de 2003 para 2010 houve um ligeiro aumento (de 3,1 em 2003 para 3,2 em 2010). Com um CPOD médio aos 12 anos de 2,8 em 2003, baixando para 2,1 em 2010 o Brasil entra no grupo de países com baixa prevalência de cárie.

O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Projeto SB Brasil 2003 (Brasil, 2004b) mostrou ainda, que o Brasil atingiu as metas em saúde bucal

da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 somente para a idade índice de 12 anos e, para todas as outras idades, os níveis estavam aquém das metas propostas para o ano 2000 pela OMS. Os dados do relatório demonstraram que, na medida em que a idade avançava, a condição de Saúde Bucal da população brasileira agravava-se de forma crescente (Brasil, 2004b). Já o levantamento de 2010 (Brasil, 2011) mostra uma melhoria das condições de saúde bucal em todas as faixas etárias, com exceção nos idosos.

De acordo com Pinto (2002), em estudo de revisão, as condições de saúde bucal da população mundial melhoraram nas últimas décadas, mas ainda, a cárie dentária permanece como um grande problema de saúde pública, tanto no Brasil (Brasil, 1988b, 2001; Andrade, 2000, Oliveira, 2001) como na maior parte do mundo (Weyne, 1997; Martins *et al.*, 1999; Loretto *et al.*, 2000). Este declínio observado nos índices de cárie, segundo o autor, se deve a adição de flúor à água de abastecimento público, ao emprego em larga escala de dentifrícios fluoretados e a reforma dos serviços de saúde, que acompanharam a implantação do Sistema Único de Saúde. Outras causas seriam, em alguns países, o consumo diferenciado de açúcares e a melhoria nas condições de vida da população. No entanto, esses mesmos estudos apontam que a melhoria do nível global dos indicadores de cárie dentária foi acompanhada pela polarização do agravo nos grupos de população mais submetidos à privação social (Pinto, 2002).

A condição social tem sido enfatizada nas últimas décadas como importante determinante das condições de saúde bucal (Furlani, 1993; Martins *et al.*, 1999; Loretto *et al.*, 2000; Nadanovsky, 2000). Vários trabalhos têm abordado a associação entre classe social, cárie dentária e/ou doença periodontal (Jones & Worthington, 2000; Marcenes & Bonecker, 2000; Peres *et al.*, 2000). De modo geral, a vulnerabilidade ao agravo está associada à exposição mais intensa aos fatores de risco e à privação social (Martins *et al.*, 1999). Em alguns estudos, observou-se que a prevalência de cárie diminuiu nas populações estudadas na medida em que o nível socioeconômico das mesmas aumentaram, mesmo em áreas sem a adição de flúor à água de abastecimento público (Jones & Worthington, 2000; Marcenes & Bonecker, 2000).

Nadanovsky (2000) ponderou que pessoas com baixa renda familiar tendem a ingerir mais açúcar, predispondo-as a um maior risco à cárie dentária. O mesmo concluiu Furlani (1993), em Jaraguá do Sul, Estado de Santa Catarina, ao demonstrar que as famílias de mais baixa renda apresentavam o hábito de ingerir melado em grande quantidade e frequência. Segundo o autor, as mães de classes sociais de menor renda tendem a amamentar seus filhos por menos tempo, além de acrescentarem açúcar e farinhas às mamadeiras.

O grau de escolaridade também tem influência direta na prevalência da cárie dentária (Furlani, 1993; Nadanovsky, 2000; Peres *et al.*, 2000). Indivíduos com grau de escolaridade maior tendem a escovar seus dentes mais vezes e suas crianças começam a ter seus dentes higienizados mais precocemente, com impacto significativo na saúde bucal. Além disso, a disponibilidade de instalações sanitárias adequadas nas residências, favorece as práticas de higiene pessoal.

Da mesma forma, Furlani, em 1993, concluiu que a inserção social, ou seja, inserção nas políticas sociais básicas como trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação e a renda familiar têm influência direta na prevalência da cárie.

Quanto maior o grau de instrução dos pais, tanto menor é o nível da doença nos filhos (decorrente de uma consciência sobre a doença cárie, dos hábitos de higiene, da alimentação e um melhor acesso à atenção odontológica). A renda familiar, a inserção de classe do indivíduo, e o grau de escolaridade exercem influência direta no processo saúde/ doença (Furlani, 1993).

Para os autores Tomita *et al.* (1996) a identificação dos fatores coletivos de risco à cárie dentária (condicionantes sociais, econômicos e culturais) deve ser vista como um forte instrumento que possibilita ao setor odontológico o entendimento do processo saúde-doença em grupos sociais, bem como a identificação de grupos de maior risco os quais devem receber atenção preferencial em programas de saúde.

Moura *et al.* (1996) avaliaram a prevalência de cárie em 120 crianças de escola pública e 120 de escola particular em Araraquara, SP, na faixa etária de seis a 11 anos, observaram que os índices CPO-D e CPO-S médios nas crianças de

escola pública foram estatisticamente maiores que os da escola particular em todas as idades. Os autores concluíram que as crianças com nível socioeconômico mais elevado apresentaram menos lesões de cárie e o número de crianças livres da doença também foi maior para esse grupo.

Com o objetivo de analisar associações entre fatores socioeconômicos e a prevalência de cárie dentária em 44 países em desenvolvimento, Miura *et al.* (1997) realizaram um estudo, sendo que os dados epidemiológicos sobre cárie aos 12 anos foram obtidos a partir de bancos de dados da OMS. O índice CPO-D aos 12 anos foi utilizado como variável dependente e 16 fatores socioeconômicos foram as variáveis independentes. O Índice CPO-D mostrou correlação positiva ($p < 0,01$) com diversas variáveis socioeconômicas como: expectativa de vida, grau de escolaridade, população empregada, população com idade entre 15-64 anos, e população urbana. Seus resultados confirmam que a prevalência de cárie está relacionada com fatores socioeconômicos específicos. Segundo os autores os achados sugerem que a prevalência de cárie deve ser considerada a partir de uma perspectiva sociológica.

Segundo Pinto (1997), além das diferenças e dificuldades de acesso ao atendimento odontológico, as pessoas com pior situação financeira também estão em desvantagem quanto à ocorrência de doenças bucais. Segundo o autor a afirmativa tradicionalmente feita até meados da década de 80, de que a cárie dentária seria uma doença democrática por manifestar-se igualmente em pobres e ricos, foi desmentida no levantamento do Ministério da Saúde de 1986. Neste estudo constatou-se que os situados nos estratos de mais alta renda possuem menos cárie do que os situados na base da pirâmide social e econômica.

Em um estudo utilizando dados internacionais de prevalência de cárie e indicadores socioeconômicos, Lalloo *et al.* (1999) testaram a hipótese de que existe uma relação entre cárie dentária e desenvolvimento socioeconômico. A prevalência de cárie foi obtida a partir da OMS (Banco de Dados Global de Epidemiologia Oral) para o período de 1981 a 1996. Os dados socioeconômicos foram obtidos do PNUD, sendo utilizados: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Produto

Interno Bruto (PIB). Quanto ao IDH e ao PIB, os países foram divididos em três categorias: baixo, médio e alto. As médias de CPO-D foram então 20 comparadas através do teste t. Os autores observaram maior prevalência de cárie nas categorias indicativas de pior condição socioeconômica. O estudo confirmou a existência de uma relação entre cárie e desenvolvimento.

Peres *et al.* (2000), baseados nos resultados de um levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em Florianópolis em 1995, compararam algumas condições sociais e comportamentais entre dois grupos com severidades de cárie distintas: um com altos/muito altos, e outro com muito baixos níveis da doença. Concluíram que os principais fatores de risco para a cárie dentária foram a frequência de consumo de doces e a renda familiar. A renda familiar foi o fator socioeconômico de maior importância. Além da baixa renda familiar associada com alta severidade de cárie, o alto grau de escolaridade do pai mostrou-se associado com baixa severidade da doença.

A privação material e social, desigualdade de renda e coesão social, e suas correlações com a prevalência de cárie dentária em 7.286 crianças de seis a 12 anos de idade, de escolas públicas e privadas do Distrito Federal foi estudada por Patussi *et al.* (2001). Os indicadores utilizados para estudar a privação social foram os níveis de escolaridade e renda; para estudar a privação material foram observadas comodidades do lar; para estudar a desigualdade de renda foram utilizados o índice de Robin Hood e o coeficiente de Gini e finalmente, para estudar a coesão social, os indicadores utilizados foram a participação comunitária e a violência. Os resultados mostraram que a experiência de cárie medida pelo índice CPO-D não estava correlacionada significativamente com medidas de privação. Porém, havia associações consistentes entre medidas de privação e os componentes do índice CPO-D. Crianças que moravam em áreas mais precárias possuíam maiores níveis de cárie não tratada e mais dentes extraídos do que as que moravam em áreas mais privilegiadas.

Antunes *et al.* (2002) realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar a associação entre cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico em

escolares de cinco e 12 anos da cidade de São Paulo, com indicadores espaciais de desenvolvimento social. Análise espacial foi utilizada para descrever dados epidemiológicos distribuídos por pequenas áreas, e para explorar a associação ecológica entre cárie e indicadores de desenvolvimento social. Os resultados apontaram que existem diferenciais intra-urbanos de distribuição da doença e necessidade de tratamento, estando as crianças das regiões centrais em melhores condições do que as dos bairros. No nível espacial ocorreram correlações significantes entre as variáveis socioeconômicas utilizadas (renda familiar média, taxa de desemprego, aglomeração domiciliar e o índice de Gini) e o índice de cárie. Concluíram que a distribuição heterogênea dos índices de cárie por áreas na cidade apontou níveis mais elevados de cárie dentária em áreas de maior privação social.

Concluíram em seu estudo, Poulton *et al.* (2002) que proteger as crianças dos efeitos das adversidades socioeconômicas poderia reduzir o ônus das doenças quando adultos. Eles em um estudo de coorte avaliaram 1000 crianças ao nascer e nas idades de três, cinco, sete, nove, 13, 15 e aos 26 anos quanto à massa corporal, razão cintura/quadril, pressão arterial, cárie dentária, doença periodontal, aptidão cardiorrespiratória, depressão e dependência ao álcool e tabaco. Estudaram a associação entre estas variáveis e status socioeconômico na infância e adultos. Chegando aos resultados, crianças que cresceram em famílias de baixa condição socioeconômica apresentaram pior saúde cardiovascular, diferenças significativas também foram encontradas em todas as medidas de saúde bucal, com um triplo aumento da doença periodontal de adultos e nível de cárie comparados aos grupos de alta condição socioeconômica, abuso de substâncias, resultando em dependência também foi relacionado de forma semelhante ao nível socioeconômico na infância.

Roncalli *et al.* (2004) em seu estudo também mostra que a determinação da cárie dentária e outras moléstias que acometem a espécie humana, é social, ou seja, quanto melhores as condições de vida das pessoas, melhor será sua situação de saúde bucal.

O declínio da cárie observado em vários países e também no Brasil foi acompanhado pelo fenômeno da polarização, onde há maior concentração da doença e necessidade de tratamento em uma pequena parcela da população, isto devido a medidas de prevenção, embasadas na estratégia populacional. A distribuição da doença continua grave nas classes menos favorecidas e a capacidade de identificar estes grupos possibilitará a adoção de medidas e estratégias adequadas (Baldani *et al.*, 2002).

Antunes *et al.* (2006), também concluíram que o fenômeno da polarização da doença cárie se dá em segmento da população que não teve acesso as medidas coletivas de prevenção, como água e dentifrícios fluoretados e pela exclusão social.

Vários estudos apontam a importância do acesso à água fluorada para a prevenção da cárie dentária (Furlani, 1993; Jones & Worthington, 2000). A implementação dessa medida tende a reduzir significativamente o impacto negativo das desigualdades socioeconômicas sobre a prevalência de cárie dentária.

Melo (2008) num estudo sobre fatores associados à prevalência e gravidade da cárie dentária em pré-escolares na cidade de Recife, concluiu que fatores de risco que demandam intervenções intersetoriais e comuns a outras doenças e agravos infantis estão interrelacionados com o padrão de cárie dentária das crianças estudadas.

Segundo Assaf & Pereira (2007), são fatores de risco para a doença periodontal: condições sistêmicas, como diabetes melito I e II, fumo, microbiota, e indicadores de risco: estresse, osteoporose, AIDS e outros. Para a cárie dental temos como fator de risco: microbiota, dieta, dente, saliva, higiene bucal, socioeconômicos e demográficos; como preditores de risco: perdas dentárias, história passada de cárie dentária ou número de cáries no momento da avaliação.

De acordo com Gonçalves & Peres (2002), o quadro epidemiológico, cárie e doença periodontal da população de jovens do sexo masculino na cidade de Florianópolis é favorável, porém os grupos de menor renda e menor escolaridade concentram a maior parte da doença não tratada.

Cunha-Cruz & Nadanovski (2003) em seu estudo se doença periodontal causa doença cardiovascular, citam que muitos fatores de risco são comum à ambas, e que são prevenidas, em certa extensão, por fatores sociais e comportamentais. Portanto é possível que as associações citadas nos estudos reflitam o fato que pessoas que vivem em melhores circunstâncias e têm estilos de vida mais saudáveis possuem menor risco a doenças cardiovasculares e melhor saúde bucal.

Em estudo do SESI (2008) sobre fatores de risco para doenças bucais, em que foram examinados 32.301 trabalhadores durante o período de junho de 2004 a dezembro de 2007, quanto a doença periodontal, os analfabetos apresentaram um incremento de 18% em relação aos outros níveis de escolaridade. Observou-se ainda um incremento de 11% entre fumantes e de 9% entre os que referiram diabetes.

De acordo com Watt & Sheiham (1999) a redução nas iniquidades em saúde bucal será alcançada através de implementação de políticas de promoção da saúde com foco de ação nos determinantes sociais, econômicos e ambientais das doenças bucais.

2.4 EPIDEMIOLOGIA DA CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL EM ADULTOS BRASILEIROS

Conforme Batista *et al.* (2010), a literatura relata um declínio na prevalência da cárie dentária em crianças de vários países; entretanto, com relação aos adultos, a literatura apresenta resultados bastante divergentes (Cypriano *et al.*, 2003; Marthaler, 2004). Enquanto alguns trabalhos observam, em vários países industrializados, adultos mantendo sua dentição funcional e significantes reduções nas taxas de edentulismo (Doughan, 2000; Namal *et al.*, 2008), outros apontam para populações adultas e idosas apresentando condições de saúde bucal insatisfatórias, com presença de lesões de cárie não tratadas, perdas de elementos dentários e elevadas taxas de edentulismo (Meneghim, 2002; Varenne, 2004).

Desde o primeiro levantamento epidemiológico realizado no Brasil, em 1986 (Brasil, 1988b), até o de 2003 (Brasil, 2004b), foram observadas algumas mudanças na condição bucal da população adulta. Em 1986, no Estado de São Paulo, na faixa etária de 35 a 44 anos, o CPOD foi de 22,88 e o componente perdido representou 15,25, totalizando um percentual de 71,43%. O componente obturado correspondeu a 19,8% do CPOD e o cariado, a 8,86%. Naquele mesmo ano (1986), 41,6% da população adulta examinada apresentou necessidade ou uso de prótese total, denotando, assim, um quadro de saúde bucal bastante insatisfatório (Batista *et al.*, 2010).

Em 2003, em outro levantamento epidemiológico nacional, o SB Brasil, 2003, o CPOD entre os adultos foi 20,11 sendo maior prevalência de dentes perdidos na avaliação de experiência de cárie (Batista *et al.*, 2010).

A cárie e a doença periodontal constituem os principais motivos de perda dentária e este fato ocorre devido ao tratamento dessas doenças ser realizado tardiamente, em estágios avançados. Este quadro é observado em países onde a população tem acesso restrito a ações de promoção de saúde e a serviços odontológicos (Lacerda *et al.*, 2004). O acesso aos serviços odontológicos para a população adulta brasileira sempre teve foco no tratamento

da urgência odontológica. A dor é, na maioria das vezes, o motivo que leva o adulto a procurar o dentista e o desfecho acaba sendo a perda dentária. Assim, a exclusão sistemática dos serviços especializados e a restrita oferta da atenção básica (acesso ao serviço odontológico) têm, como consequente resolução, a extração dentária (Lacerda *et al.*, 2004).

Martins *et al.* (2005) analisando os levantamentos epidemiológicos de base nacional realizados no Brasil - 1986, 1993, 1996 e 2003 observaram que houve uma diminuição da cárie na população brasileira, mas que o CPOD, aumenta com o avançar da idade, mostrando que ela é cumulativa. Nos dois levantamentos, 1986 e 2003, quanto mais elevada a faixa etária da população maior foi o CPOD e menor foi a utilização de serviços de saúde bucal no último ano (Brasil, 1988b, 2004b). A dor foi o principal motivo da consulta em adultos e idosos. Em adolescentes, predominam as consultas de rotina/manutenção (Brasil, 2004b). Analisando os aspectos periodontais, observa-se uma predominância de sextantes nulos, em idosos e adultos, em 1986. Os resultados mostram a evolução da doença periodontal com o avanço da idade. Já em 2003, nota-se a maioria dos sextantes sadios em adultos e excluídos nos idosos (Brasil, 2004b). Percebe-se tendência de redução da doença periodontal ao longo dos anos, devido à redução no percentual de sextantes afetados em cada situação e consequente aumento dos sextantes hígidos, para as idades avaliadas em comum nos dois levantamentos. Nota-se que, em 2003, 80,84% dos sextantes dos idosos foram excluídos, destacando a drástica condição de saúde bucal dessa faixa etária no Brasil (Brasil, 1988b).

Roncalli (2008) em seu estudo mostrou o declínio da cárie na população infantil e a persistência de altos níveis de edentulismo em população adulta e idosa, demonstrando a necessidade de ações para essa faixa etária. Há também a concentração do declínio em área urbana e em população com melhores condições de vida.

Carvalho *et al.* (2010) em uma revisão dos estudos epidemiológicos das doenças bucais: cárie, doença periodontal, câncer bucal na faixa etária entre 35 e

44 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2003, 28 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. Dados do SB Brasil 2003, documento oficial do Ministério da Saúde demonstraram que em média 14% dos adolescentes brasileiros (2,5 milhões), 7,3% dos adultos e 6% dos idosos, nunca foram ao dentista. Quanto à perda dentária, o SB Brasil 2003, apontou que mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (inferior ou superior). Desses indivíduos, 15% ainda não têm prótese total, três de quatro idosos não possuem nenhum dente funcional e ainda entre eles 36% não têm prótese total.

Ainda segundo Carvalho *et al.* (2010), conforme dados do SB Brasil 2003, quanto ao cenário epidemiológico apresentou confirmação na tendência de declínio de cárie dentária aos 12 anos, persistência de grandes desigualdades regionais, quadro de edentulismo ainda alarmante. A meta da Organização Mundial da Saúde em 2000 para a faixa etária de 35 a 44 anos foi de 75% com 20 ou mais dentes presentes na boca. Em 2003 com o levantamento epidemiológico verificou-se que apenas 53,96% da meta foi atingida. Pode-se considerar que a doença cárie aumenta com a idade e que a perda dentária prevalece no CPO-D nos adultos. Nesse aspecto cabe uma análise do porque ao entrar na idade adulta, a população aumenta o CPO-D. Com relação às doenças periodontais, verificou-se, que nos adultos, prevalece o cálculo e as bolsas rasas. Portanto, os cuidados e a promoção de saúde bucal em relação a gengivite será eficaz contra periodontites severas no futuro.

Dados do levantamento epidemiológico de 2010 - SB Brasil 2010 (Brasil, 2011), mostraram que as condições de saúde bucal da população brasileira está melhorando, aos 12 anos o CPOD caiu 26%, nos adolescentes de 15 a 19 anos houve uma redução de 30%. Nos adultos a redução no CPOD foi de 19%, passando de 20,1 em 2003 para 16,3 em 2010. Houve uma diminuição considerável do componente perdido, de 13,2 em 2003 para 7,3 em 2010 e também diminuição do componente cariado e aumento do componente obturado, mostrando que o acesso da população adulta ao tratamento de cárie aumentou. O

levantamento também mostrou que em 2003, 11,2 de todos os tratamentos eram extrações dentárias e em 2010 houve redução para 5,2%.

Porém em idosos de 65 a 74 anos, de acordo com dados do SB 2010 (Brasil, 2011), a necessidade de prótese total em uma arcada diminuiu muito pouco, de 24% em 2003 para 23% em 2010 e necessidade de prótese total dupla de 16% para 15%. As melhorias das condições de saúde bucal ainda não refletiu nos idosos.

2.5 INSTRUMENTOS PARA AVALIAR RISCO FAMILIAR E BUCAL NA ESF

De acordo com Nascimento *et al.* (2007) um grande problema do PSF se refere à demanda desordenada que continua suprimindo a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família (USF). Assim, torna-se evidente a necessidade de um instrumento que possibilite identificar as necessidades e priorizar as ações. Alguns instrumentos foram desenvolvidos para esta finalidade. Dentre eles, a “Escala de Coelho” (EC) desponta como uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da estratégia saúde da família, estabelecendo prioridades no atendimento domiciliar e na atenção à saúde da população adscrita (Nascimento *et al.*, 2007). A escala utiliza informações da ficha A do SIAB, sendo algumas delas eleitas como “sentinelas” para avaliação das situações a que as famílias estão expostas e a partir daí realiza-se a pontuação de risco familiar, procurando-se classificar dentre elas, quais seriam as que demandam maior atenção, priorizando-as para receberem a visita domiciliar. A ficha A é preenchida pelo agente comunitário de saúde na primeira visita domiciliar (Coelho & Savassi, 2004).

Segundo os autores, no primeiro momento da utilização da escala de risco é realizada uma reunião com a equipe que atua na comunidade adscrita, estabelece-se quais eventos da escala serão pontuados, o que deve ser

individualizado de acordo com a comunidade a ser abordada. A partir do cálculo da soma das pontuações e, de acordo com o escore total obtido, estabelece-se a classificação de risco familiar que varia de R1 (risco menor) a R3 (risco máximo), e que serve para priorizar as famílias de maior risco para as visitas domiciliares. Segundo os autores, pode-se utilizar esta escala na priorização de outras ações de acordo com as necessidades das famílias. (Coelho & Savassi, 2004). No Quadro 1 é apresentado os dados da ficha A do SIAB e os escores atribuídos a cada dado, segundo os autores.

DADOS DA FICHA A		ESCORE
Acamados		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes <i>Mellitus</i>		1
Relação	> 1	3
Morador/	= 1	2
Cômodo	< 1	0

Quadro 1 - Escala de Coelho contendo as informações sentinelas e os escores apontados para cada informação (Coelho & Savassi, 2004)

A classificação de risco varia de R1 (risco menor) a R3 (risco máximo), sendo que quando o escore fica entre 5 ou 6 é considerado R1, entre 7 e 8 é considerado R2 e, quando maior que 9, R3.

Nascimento *et al.* (2007) em seu estudo avaliaram a aplicabilidade da escala de Coelho e determinaram a sua adequação à realidade observada nas famílias acompanhadas por uma unidade de saúde da família do município de Vitória/ES. Na primeira etapa as famílias foram classificadas utilizando a Escala de Coelho, categorizando-as em R1, R2, R3. Na segunda etapa, os resultados obtidos

foram apresentados a um grupo de discussão constituído pelos profissionais que atuam nesta unidade. O grupo propôs mudanças na EC, construindo uma nova ferramenta denominada de “critério UFES” - Universidade Federal do Espírito Santo. Esta nova ferramenta foi aplicada em 30 famílias selecionadas aleatoriamente. Os dados obtidos foram comparados com os resultados utilizando a EC. Após análise dos resultados constatou-se que a EC não contemplava a realidade das famílias assistidas pelo serviço. Concluiu-se que a meta neste cenário não era a identificação de famílias de risco que precisariam de maior atenção do serviço e sim a promoção e prevenção da saúde. Os autores consideraram que mais importante do que identificar uma família como sendo de risco 1 ou 3, é saber determinar os fatores inter-relacionados ao contexto de vida de cada família, propondo assim mudanças e adaptações dos instrumentos de avaliação de risco de acordo com a realidade de cada serviço e da comunidade referida.

No caso da Odontologia, de acordo com Terreri & Soler (2008) a priorização do atendimento odontológico deve analisar de forma conjunta o risco familiar e o risco individual.

Apesar das ações de odontologia vir se consolidando no SUS (Araújo & Dimenstein, 2006), a equidade no acesso as suas ações ainda é um problema a ser enfrentado. Segundo Góes (2008) deve-se usar a informação para a ação, garantindo que as ações desenvolvidas sejam equânimes.

O Indicador Comunitário em Saúde Bucal (ICSB) foi criado para amenizar as desigualdades em saúde bucal (Saintrain, 2007). Segundo o autor, a cárie, doença periodontal e agravos dos tecidos moles são condições facilmente identificáveis. Categorizou-se os principais agravos de saúde bucal de forma que os ACSs possam identifica-los, através do instrumento aplicativo ICSB. Primeiramente foram realizadas oficinas da metodologia do trabalho com os cirurgiões-dentistas e posteriormente destes com o ACS e, que após treinamento levantaram dados da cavidade bucal da população através de exame visual da cavidade bucal com auxílio de uma espátula de madeira anotando no formulário ICSB. Mediante o exame das fichas é feita a seleção para o encaminhamento prioritário ao serviço,

observando a ordem de severidade de um a sete. De posse dos dados os cirurgiões-dentistas, elaboram, em equipe, o planejamento das ações curativas, preventivas e educativas.

Alguns autores como Gushi *et al.* (2008) sugeriram índices de necessidade de tratamento odontológico para auxiliar as equipes de saúde bucal na programação de suas demandas, orientando o processo de atenção. Porém estes índices vêm a doença apenas pela ótica biomédica em detrimento do conceito ampliado de saúde, utilizando para isto apenas o diagnóstico clínico normativo.

Outro índice criado visando proporcionar maior equidade nas ações em saúde bucal é o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB) (Carnut *et al.*, 2009) que classifica as famílias das áreas adscritas ao programa de saúde da família baseado nas informações da ficha A do SIAB utilizando as informações tipo de moradia e escolaridade materna. Estas variáveis foram escolhidas pelos autores pela facilidade de serem obtidas e já ter sido constatado por vários autores, que estão associadas as condições de saúde bucal da maioria da população. Para a construção do INASB foi hipotetizado um algoritmo que classifica uma família como de alto risco sempre que a condição de maior vulnerabilidade social estiver presente. Por exemplo: mãe analfabeta ou mora em casa construída com material reciclado, leva esta família a ser classificada como de alto risco mesmo que esteja presente outra condição menos vulnerável. O estudo de Carnut *et al.* (2009), desenvolvido na cidade de Recife - PE, com o objetivo de validar este instrumento, demonstrou uma associação entre a classificação de risco social através do INASB com a cárie dentária, representando segundo o autor, uma boa ferramenta de programação local das ações de saúde bucal.

Desta forma, no contexto do PSF, é importante instrumentalizar os profissionais de saúde para trabalharem com os indivíduos em seu contexto social com instrumentos e critérios objetivos, validados e fidedignos, e que o risco biológico e social não seja classificado apenas por critérios subjetivos por parte dos profissionais (Falceto *et al.*, 2000).

2.6 HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DO PSF EM SANTO ANDRÉ - 2008

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b), um dos pressupostos para a reorientação de atenção em saúde bucal se refere a:

Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento - deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.

Desde a implantação do PSF em Santo André, em 1998, o município vinha adotando a estratégia de priorizar as famílias conforme grupos de risco já definidos: gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, recomendação subjetiva dos agentes comunitários, ou simplesmente pela sequência numérica das famílias cadastradas.

Em 2008, com a implantação de mais seis equipes de saúde bucal na ESF, além das duas já existentes, foi estabelecido um grupo técnico da Secretaria de Saúde de Santo André composto por profissionais das coordenações da saúde da família, saúde bucal, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde em atuação em unidades de saúde da família, a fim de se determinar uma maneira de classificar as famílias no intuito de estabelecer prioridades no atendimento e na atenção à população adscrita, e instrumentalizar os profissionais para que estas prioridades não fossem determinadas de forma subjetiva. Depois de vários encontros e bastante discussão, o grupo técnico elaborou o instrumento Escore de pontuação de risco familiar, que teve a “Escala de Coelho” (Coelho & Savassi, 2004), como base estruturante para a elaboração do mesmo. Além dos itens constantes na escala de Coelho, foram acrescentadas outras variáveis extraídas da ficha A do SIAB e dos indicadores do Pacto da Saúde, com a finalidade de identificar as famílias de maior risco social na população assistida por cada uma das unidades de saúde da família de Santo André, e de priorizá-las para as diversas ações de saúde.

Os pesos para cada evento constante no instrumento foi dado conforme discussão e consenso do que o grupo técnico considerou mais ou menos risco à saúde.

O Quadro 2 apresenta o instrumento “Escore de Pontuação de Risco Familiar” desenvolvido pelos profissionais de Santo André, com suas variáveis e escores.

Área: _____ Micro: _____ Família: _____

Risco Familiar	Escore	Assinale aqui
Criança menor de um ano	1	
Criança menor de um ano, com baixo peso ao nascer	1	
Criança menor de quatro meses, sem aleitamento materno exclusivo	1	
Gestante	1	
Gestação na adolescência (de 10 à 19 anos)	1	
Óbito de mulher de 10 à 49 anos	2	
Hipertenso	1	
Diabético	1	
Tabagismo	1	
Etilismo	1	
Tuberculose	2	
Hanseníase	1	
Acamados	3	
Deficiências mental	3	
Deficiências física e sensorial	3	
Psiquiátrico	3	
Idoso acima de 60 anos	1	
Idoso acima de 60 anos e mora sozinho	3	
Casa que não é de alvenaria	1	
Número de morador maior que o numero de cômodos	3	
Domicílio sem saneamento básico (água, esgoto e lixo)	3	
Algum componente da família desempregado	2	
Analfabetismo (qualquer idade)	1	
Criança até 14 anos, fora da escola	2	
Escova de Dente Comum na casa	1	
Criança menor de dois anos, com vacinação em atraso	2	
Criança com menos de cinco anos, internada por IRA e/ou diarreia, no último ano	1	
Internação por complicações de diabetes, no último ano	1	
Recebe Bolsa Família	1	
TOTAL		

Quadro 2 - Escore de Pontuação de Risco Familiar - Santo André - 2008

Utilização do instrumento

A utilização do instrumento depende das informações presentes na ficha A do SIAB, que é preenchida pelo ACS quando da sua primeira visita nas residências sob sua adscrição. A partir destes dados iniciais, os ACS preenchem o instrumento de escore de risco familiar e obtêm a pontuação de risco social da família, que pode ser classificada, como:

- Baixo Risco - escore de 0 /1
- Médio risco - escore de 2 a 6
- Alto risco - escore de 7 a 9
- Altíssimo Risco - escore de 10 e mais

As equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família no município de Santo André vêm utilizando este instrumento para organizar sua demanda, convocando as famílias classificadas com os maiores escores (7 e mais) primeiramente e, na sequência, as demais para avaliação do risco individual bucal, através da ficha de triagem (Anexo 1), elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenação de Saúde Bucal (São Paulo, 2001).

Apesar de o instrumento vir sendo utilizado para discriminar famílias com risco social, a fim de priorizá-las para as várias ações, inclusive as de saúde bucal, até o momento não foi realizado estudo algum em Santo André para verificar se os resultados obtidos com este instrumento refletem as reais condições e necessidades dos usuários assistidos pelo PSF de Santo André.

3 PROPOSIÇÃO

Verificar a existência de associações entre os escores de risco social familiar, estabelecidos a partir do instrumento “Escore de Pontuação de Risco Familiar” de Santo André, e atividade de cárie e doença periodontal em adultos, estabelecidos a partir dos escores e critérios estabelecidos pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CONSENTIMENTO PARA PESQUISA

Previamente ao início do estudo o mesmo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde Municipal de Santo André, SP e foi aprovado sob o Parecer nº 081/2009-CEPSSA (Anexo 2).

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com utilização de dados secundários. Estes foram coletados pela pesquisadora principal a partir dos prontuários das famílias cadastradas na USF Jardim Santo Alberto, Santo André.

Os dados das famílias e os dados individuais de cada membro da família foram lançados numa planilha do Programa Excel para posterior análise (Anexo 3).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O município de Santo André, situado na região do grande ABC, tem uma área total de 175,00 km², sendo 68,50 km² de área urbana, 96,50 km² de área de mananciais e 10,00 km² na área Rio Mogi. A população residente em 2008, de acordo com IBGE era de 667.891 habitantes (Santo André, 2008), sendo que 98% da população tem acesso à água de abastecimento público fluoretada. Na década de 70 compunha com as cidades de São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, o trecho mais industrializado, onde se destacavam as indústrias metalúrgicas, de autopeças, de material elétrico e químicas, atraindo migrantes de toda parte do país, principalmente do nordeste, motivados por oportunidades de trabalho e

melhoria das condições de vida. Dessa forma, o município apresenta as mesmas características dos locais que tiveram crescimento urbano acelerado, com ocupação de invasores nas áreas vazias e desocupadas, proliferando bolsões populacionais, caracterizados por moradias com condições sub-habitacionais.

Na década de 90 houve esgotamento dos terrenos vazios com ampliação do adensamento, mudança da base econômica de industrial para comércio e serviços, ênfase na preservação e proteção do ambiente natural e cultural.

O município apresentava em 2008, 140 núcleos habitacionais, segundo levantamento da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU), sendo o maior complexo de favelas no Jardim Santo André, com uma área de 1,5 milhão de m² (Santo André, 2008).

A estrutura de saúde do município era composta pelas unidades apresentadas no Quadro 3.

ESTRUTURA	QUANTIDADE
Hospital Estadual	1
Hospital Municipal	1
Pronto Atendimentos	4
Centros de especialidades Médicas	3
Centro de Especialidades Odontológicas	1
Núcleos de Saúde Mental	5
Programa de internação Domiciliar	1
Unidades Básicas de Saúde	16
Unidades de Saúde da Família	18
Programa de Agentes Comunitários com 74 agentes comunitários de saúde	8
Equipes de saúde da Família	30
Equipes de saúde bucal no PSF	8

Fonte: Departamento de Assistência à Saúde/Secretaria de Saúde, Santo André

Quadro 3 - Estrutura de saúde do município de Santo André, 2008

A escolha dos locais para implantação do Programa de Saúde da Família no Município de Santo André levou em consideração a adoção de critérios combinados, isto é, epidemiológicos, socioeconômicos e capacidade instalada de serviços de saúde, privilegiando as áreas e grupos de risco. O município adotou

como referência, para conhecimento das áreas de maior risco, o mapa de exclusão social da Coordenadoria de Indicadores Sócio Econômicos, além de dados do Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, Ministério da Saúde e outros (Santo André, 2008).

As equipes de saúde bucal foram implantadas primeiramente em áreas cujos indicadores demonstravam situação de maior risco, como segue no Quadro 4.

Nome unidade	População Estimada	Nº ESF	Nº ESB
USF Jardim Carla	23.712	5	3
USF Jardim Santo André	17.373	4	2
USF Jardim Santo Alberto	6.297	2	1
USF Jardim Irene II	7.007	2	1
USF J. Ana Maria/Itapuã	8.987	2	1

Fonte:Secretaria de saúde de Santo André. Coordenação PSF/ SIAB

Quadro 4 - Unidades de saúde da família com equipes de Saúde bucal de Santo André, 2008

Logo no início da implantação, as famílias da população adscrita às USFs foram classificadas segundo o Escore de Pontuação de Risco Familiar – Santo André como família de baixo, médio, alto e altíssimo risco social. Posteriormente foram chamados, todos os integrantes das famílias, inicialmente as classificadas como altíssimo risco e posteriormente as de alto, médio e baixo risco para passarem por exame bucal e classificadas individualmente em baixo, médio e alto risco, de acordo com os critérios de risco para a cárie dentária e doença periodontal estabelecidos pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria do Estado de Saúde (São Paulo,2001).

Para o presente estudo foi selecionada a unidade de saúde da família Jardim Santo Alberto no município de Santo André, pois os ACS desta unidade, quando do início deste estudo, em 2009, já haviam classificado todas as famílias conforme critérios de risco social familiar da Secretaria de Saúde de Santo André e estas famílias também já haviam sido convocadas e avaliadas pela equipe de saúde bucal, segundo os critérios da Secretaria do Estado de

Saúde de São Paulo. Outro fator que levou a pesquisadora a escolher esta unidade foi por considerar que os dados desta unidade eram fidedignos, pois todo o processo de classificação de risco social familiar realizado pelos ACS foi orientado e acompanhado pelas equipes de enfermagem e bucal.

O Quadro 5 apresenta as características da população adscrita à USF Jardim Santo Alberto e da própria unidade:

CARACTERÍSTICAS	NÚMERO
Número de equipes de saúde da família	2
Número de equipes de saúde bucal	1
Número de áreas	2
Número de microáreas	10
Número de famílias cadastradas	1542
Porcentagem de população SUS dependentes	50%
População total de 20 a 59 anos	4.228
Classificação do risco social (total de famílias):	
Baixo	730
Médio	769
Alto	37
Altíssimo	6

Fonte: Coordenação do PSF Santo André/SIAB

Quadro 5 - Características da população adscrita e da USF Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008

SEXO	FAIXA ETÁRIA CADASTRADOS			
	< 1 a 19	20 a 59	> 60	Total
Masculino	875	1 959	407	3 241
Feminino	893	2 269	589	3 751
Total	1 768	4 228	996	6 992

Fonte: Coordenação PSF/SIAB

Quadro 6 - População cadastrada na USF J. Santo Alberto por faixa etária e sexo, 2008

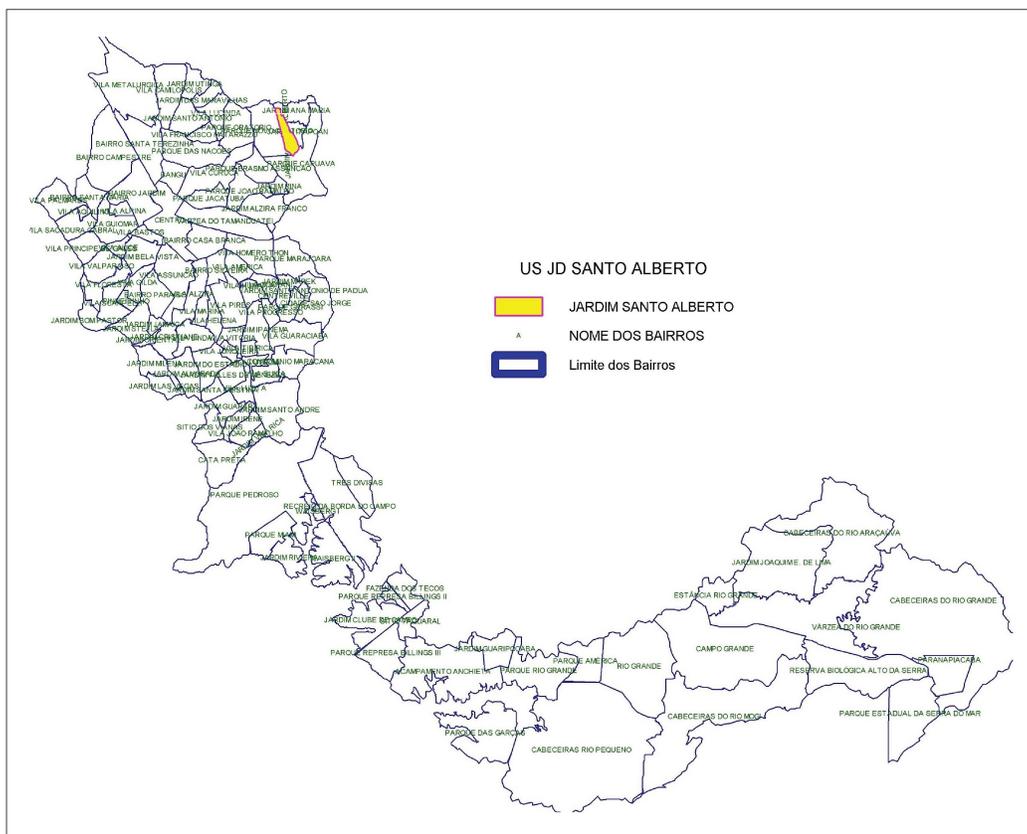


Figura 1 - Mapa do Município de Santo André com localização do local do estudo - Jardim Santo Alberto
 Fonte: Coordenadoria de Planejamento/SS

4.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

No presente estudo a meta foi trabalhar com toda a população de 20 a 59 anos cadastrada na unidade de saúde Jardim Santo Alberto, tendo, portanto, como critérios de inclusão:

- a) Adultos de 20 a 59 anos;
- b) Ser cadastrado na unidade;
- c) Família ter sido classificada segundo o risco social familiar;
- d) O integrante da família ter sido avaliado pela equipe de saúde bucal;

- e) Ter seus dados (da família na classificação social e da pessoa individualmente na planilha de triagem bucal) preenchidos corretamente.

Como nem todos os integrantes das famílias tiveram interesse, ou não puderam comparecer na avaliação bucal, e algumas fichas foram desprezadas por falta de dados, a amostra, que inicialmente era composta de 1542 famílias cadastradas e 4.228 indivíduos nesta faixa etária (quadro 6) ficou consideravelmente reduzida, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Total da amostra segundo número de famílias e indivíduos e porcentagem das famílias e população cadastrada na USF Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008

Famílias/indivíduos	TOTAL AMOSTRA	PORCENTAGEM
Famílias	253	16,4
Indivíduos	324	7,8

Fonte: Autora

4.5 CRITÉRIOS E CÓDIGOS

Em fevereiro de 2008, quando da implantação da equipe de saúde bucal na unidade do Jardim Santo Alberto e do instrumento de avaliação do risco social, os ACSs pontuaram as famílias com dados coletados da Ficha A do SIAB, classificando-as de acordo com o risco social familiar em:

- Baixo Risco - escore de 0/1
- Médio risco - escore de 2 a 6
- Alto risco - escore de 7 a 9
- Altíssimo Risco - escore de 10 e mais

Considerou-se alto risco os escores de 7 e mais, ou seja, somou-se as categorias alto e altíssimo, a fim de equiparar-se com o número de categorias utilizados para avaliar o risco bucal (baixo, médio e alto risco).

A partir destes dados, as famílias de alto e altíssimo risco, primeiramente foram chamadas (todos os integrantes da família) para avaliação do risco biológico individual bucal conforme planilha de triagem (São Paulo, 2001) e após as de médio e baixo risco. Os critérios de avaliação bucal individual adotados para cárie e doença periodontal foram os construídos pela Coordenação de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, conforme Quadros 7, 8 e 9.

CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha ativa
	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
Alto risco	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Fonte: SESSP/ CPS/ ATSB.A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, 2001

Quadro 7 - Critérios de classificação de risco para cárie dentária

CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CRITÉRIOS
Baixo risco	0	Elemento com periodonto sadio
Risco moderado	1	Elemento com gengivite Elemento com cálculo supragengival Sequela de doença periodontal anterior
Alto risco	2	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

Fonte: SESSP/ CPS/ ATSB. A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, 2001

Quadro 8 - Critérios de classificação de risco para doença periodontal

Para a elaboração do critério “risco individual bucal”, cruzaram-se os critérios de cárie e doença periodontal, conforme a pior condição e categorizados em alto, médio e baixo risco, conforme Quadro 9.

Risco	Risco de cárie						Risco periodontal		
	B	M		A			B	M	A
	A	B	C	D	E	F	0/X	1	2
A				x	x	x			x
M		x	x					x	
B	x						x		

B: Baixo risco; M: risco moderado; A: alto risco

Fonte: SESSP/CPS/ATSB. A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, 2001

Quadro 9 - Elaboração do Risco individual bucal, a partir dos critérios utilizados para classificar cárie e doença periodontal

- Alto risco biológico individual: adultos classificados para cárie em D, E ou F e/ou 2 para doença periodontal;
- Médio risco biológico individual: B ou C para cárie e/ou 1 para doença periodontal;
- Baixo risco biológico individual: A para cárie e/ou 0 para doença periodontal.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram coletados através dos prontuários das famílias e digitados em uma planilha Excel (Anexo 3) com as variáveis: área, microárea, nº da família, componente da família, idade, sexo, escore familiar, risco à doença cárie, risco à doença periodontal, risco social familiar, risco à doença bucal.

As variáveis foram analisadas descritivamente por meio do cálculo dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e mediana; frequências absolutas e relativas das variáveis demográficas, risco as doenças cárie e periodontal e risco social familiar.

A análise bivariada foi realizada associando as variáveis risco social familiar e risco às doenças bucais cárie e periodontal.

Para se testar a homogeneidade entre as proporções foi utilizado o teste de qui-quadrado ou exato de Fisher quando ocorreram frequências esperadas menores que 5. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

5 RESULTADOS

Foram avaliadas 253 famílias totalizando 16,4 % do total das famílias cadastradas e 324 usuários com idade entre 20 e 59 anos.

A Tabela 2 apresenta as frequências absolutas e relativas dos eventos na pontuação do risco social das famílias cadastradas na USF Jardim Santo Alberto. Observa-se que a variável que mais contribuiu para pesar na classificação final na classificação do risco social destas famílias estudadas foi “algum membro da família desempregado”.

Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas dos eventos na pontuação do risco familiar. J. S. Alberto, Santo André - 2008

Evento	Risco Familiar	Escore	Frequência do Evento	
			Nº	%
1	Criança menor de um ano	1	3	0,79
2	Criança menor de um ano, com baixo peso ao nascer	1	0	0
3	Criança menor de quatro meses, sem aleitamento materno exclusivo	1	1	0,28
4	Gestante	1	5	1,33
5	Gestação na adolescência (de 10 à 19 anos)	1	1	0,28
6	Óbito de mulher de 10 à 49 anos	2	0	0
7	Hipertenso	1	72	19,15
8	Diabético	1	26	6,91
9	Tabagismo	1	12	3,19
10	Etilismo	1	6	1,59
11	Tuberculose	2	0	0
12	Hanseníase	1	0	0
13	Acamados	3	0	0
14	Deficiências mental	3	3	0,79
15	Deficiências física e sensorial	3	8	2,12
16	Psiquiátrico	3	3	0,79
17	Idoso acima de 60 anos	1	44	11,7
18	Idoso acima de 60 anos e mora sozinho	3	1	0,28
19	Casa que não é de alvenaria	1	0	0
20	Número de morador maior que o numero de cômodos	3	31	8,24
21	Domicílio sem saneamento básico (água, esgoto e lixo)	3	0	0
22	Algum componente da família desempregado	2	122	32,44
23	Analfabetismo (qualquer idade)	1	6	1,6
24	Criança até 14 anos, fora da escola	2	25	6,64
25	Escova de Dente Comum na casa	1	0	0
26	Criança menor de dois anos , com vacinação em atraso	2	1	0,28
27	Criança com menos de cinco anos, internada por IRA e/ou diarreia, no último ano	1	0	0
28	Internação por complicações de diabetes, no último ano	1	0	0
29	Recebe Bolsa Família	1	6	1,6

IRA – Infecção respiratória aguda

As Tabelas 3 e 4 apresentam a análise descritiva dos dados coletados das famílias do Jardim Santo Alberto, Santo André.

Tabela 3 - Média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis idade e escore familiar. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008

Variável	N	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	324	39,73	10,76	41	20	59
Escore Familiar	324	2,66	2,41	2	0	16

Verificou-se que a idade média da amostra estudada foi de 39 anos e o escore familiar de 2,66 variando de 0 a 16.

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas das variáveis demográficas. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008

	Categoria	n	%
Idade	20-29	67	20,7
	30-39	85	26,2
	40-49	108	33,3
	≥ 50	63	20,3
Gênero	F	227	70,1
	M	97	29,9
Área	29	98	30,2
	35	226	69,8
Micro Área	1	117	36,2
	2	74	22,8
	3	73	22,5
	4	60	18,5

Observou-se que a amostra foi constituída por mais usuários do sexo feminino e mais usuários da área 35, quanto à faixa etária, a distribuição foi relativamente igual com uma pequena diferença para mais na faixa de 40 a 49 anos.

A Tabela 5 apresenta as frequências absolutas e relativas da variável risco da doença cárie conforme cada critério. Observou-se que 55,2% dos usuários foram classificadas em E, ou seja, com lesão de cárie aguda e, portanto alto risco para cárie. Para o critério B, ou seja, usuários que já tiveram experiência de cárie, mas tiveram seus dentes tratados e no momento do exame não apresentavam lesão de cárie, 40,4% da amostra foi classificada segundo este critério. Constatou-se também que os livres de cárie, ou seja, que nunca tiveram a experiência da doença somaram 2,8% da amostra.

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas da variável risco à doença cárie (RDC) e doença periodontal, conforme os critérios de classificação. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008

Índice	Categoria	n	%
RDC	A	9	2,8
	B	131	40,4
	C	4	1,2
	D	1	0,3
	E	179	55,2
	F	0	0
RDP	0	145	44,8
	1	167	51,5
	2	12	3,7

RDC = risco à doença cárie - RDP = risco à doença periodontal

A tabela 6 apresenta as frequências absolutas e relativas das variáveis risco à doença cárie (RDC), risco à doença periodontal (RDP) e risco às doenças bucais (RDB).

Tabela 6 - Frequências absolutas e relativas das variáveis risco da RDC, RDP e RDB, categorizados. Jardim Santo Alberto, Santo André – 2008

Índice	Categoria	n	%
RDC	Baixo	9	2,8
	Moderado	135	41,6
	Alto	180	55,6
RDP	Baixo	145	44,8
	Moderado	167	51,5
	Alto	12	3,7
RDB	Baixo	5	1,5
	Moderado	137	42,3
	Alto	182	56,2

RDC = risco à doença cárie - RDP = risco à doença periodontal - RDB = risco às doenças bucais

Como já observado pela Tabela 5 e 6, a porcentagem maior (55,6%) dos usuários tiveram sua condição de saúde bucal com relação a cárie classificada como de alto risco pela equipe de saúde bucal.

Com relação a doença periodontal, a maior porcentagem (51,5%) ficou em moderado e em seguida baixo, sendo o quantitativo de usuários classificados em alto risco para doença periodontal bastante baixa (3,7%).

Em relação ao cálculo do índice “risco às doenças bucais” observou-se que a maioria da amostra estudada foi classificada como de alto (56,2%) e moderado (42,3%) risco bucal.

Sobre o risco social familiar, observou-se que a maioria das famílias foi classificada como de risco moderado (62%) e de baixo risco (31,2%).

Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas da variável risco social familiar (RSF) categorizados e pela somatória dos escores. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008

Índice	Categoria	n	%
Escore	Baixo (0/1)	101	31,2
	Moderado (2 a 6)	201	62,0
	Alto (7 e +)	22	6,8

Para se avaliar a associação entre idade, sexo, área e micro área e risco social (baixo médio e alto) foi utilizado o teste qui-quadrado apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas das variáveis demográficas, segundo o grupo de risco social. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008

Variável /Categoria	Risco Social						p*
	Baixo		Médio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
20-29	18	17,8	43	21,4	6	27,3	0,138
30-39	25	24,8	56	27,8	4	18,2	
40-49	41	40,6	57	28,4	10	45,4	
≥9 50	17	16,8	45	22,4	2	9,1	
Sexo							
F	64	63,4	145	72,1	18	81,8	0,134
M	37	36,6	56	27,9	4	18,2	
Área							
29	36	35,6	59	29,4	3	13,6	0,114
35	65	64,4	142	70,6	19	86,4	
Micro Área							
1	22	21,8	79	39,3	16	72,7	< 0,001
2	17	16,8	55	27,4	2	9,1	
3	39	38,6	34	16,9	0	0,0	
4	23	22,8	33	16,4	4	18,2	

A Tabela 8 apresenta a comparação em relação as variáveis demográficas e ao risco social familiar. Pode-se observar que os grupos de risco social estudados não apresentaram diferenças estatisticamente significantes em relação à idade, sexo e área, mas apenas em relação a micro área. Na micro área 1 concentrou-se a maior porcentagem de famílias em risco moderado e alto, já na micro área 3 observou-se maior porcentagem de famílias classificadas em baixo risco.

Observou-se, pelos dados apresentados na Tabela 9, que não houve associação estatisticamente significativa entre os critérios utilizados para classificar os usuários/famílias como risco social e os critérios utilizados para avaliá-los segundo risco para cárie, doença periodontal e doença bucal.

Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas dos riscos de cárie, doença periodontal e doença bucal, segundo o grupo de risco social. Jardim Santo Alberto, Santo André - 2008

Variável /Categoria	Risco Social						p*
	Baixo		Médio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
RDC							
Baixo	2	2,0	6	3,0	1	4,6	0,833
Moderado	40	39,6	86	42,8	9	40,9	
Alto	59	58,4	109	54,2	12	54,5	
RDP							
Baixo	40	39,6	95	47,2	10	45,5	0,375
Moderado	57	56,4	100	49,8	10	45,5	
Alto	4	4,0	6	3,0	2	9,0	
RDB							
Baixo	1	1,0	3	1,5	1	4,6	0,685
Moderado	41	40,6	87	43,3	9	40,9	
Alto	59	58,4	111	55,2	12	54,5	

RDC = risco à doença cárie RDP=risco à doença periodontal RDB = risco às doenças bucais

6 DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde da Família volta-se a organização da atenção básica no SUS e que tem como base fundamental de sua ação a territorialização, com um enfoque na determinação de necessidades sociais e epidemiológicas da população adscrita.

Vários estudos demonstraram que as condições econômicas e sociais contribuem para a ocorrência de certos tipos de doenças, ou seja, demonstraram a importância do risco social no risco à saúde (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999; Ferreira, 1999; Peres 2000 e 2001; Antunes *et al.*, 2002; Baldani *et al.*, 2002; Antunes *et al.*, 2003; Radis, 2004; Roncalli, 2004, Pattussi, 2004; Boing *et al.*, 2006).

O local selecionado pela autora para este estudo foi a unidade de saúde da família Jardim Santo Alberto, implantada em 2007 e as ações de saúde bucal foram implantadas em fevereiro de 2008. Os dados coletados da ficha A do SIAB e apresentados no Quadro 3, demonstraram uma população assistida em que apenas 50% são SUS dependentes, sendo que a outra parcela possui convênios. Ainda observou-se que de acordo com a classificação de risco social familiar, 47,3% das famílias foram classificadas em baixo risco, 49,8% em risco moderado e apenas 2,8% em risco alto e altíssimo somados.

De acordo com os dados coletados pelo instrumento utilizado para a classificação do risco social das famílias, a maior parte da população pertencente à área de adscrição da unidade Jardim Santo Alberto, foi classificada como de médio e baixo risco social familiar. E conforme as frequências dos eventos, como observado na Tabela 8, o que mais contribuiu para estas classificações foi o componente “ocupação” do instrumento, pois, no caso destas famílias, algum componente da família estava desempregado.

Segundo Boing *et al.* (2006) a renda é um importante marcador social, pois influencia o padrão alimentar, a vestimenta, a moradia, o acesso a conhecimento, a serviços, influenciando na exposição a riscos e fatores de proteção para várias doenças.

A população estudada no presente estudo foi a adulta, de 20 a 59 anos. Não foi coletado o dado de CPOD dos usuários, apenas o risco à doença cárie e este apontou que 55,6% dos usuários foram classificados em alto risco e 41,6% em risco moderado, podendo ser observado que 97,2% dos usuários já tiveram experiência com a doença e apenas 2,8% eram livres de cárie.

Ao analisar o risco individual às doenças bucais, observou-se que para a doença cárie, 55,2% dos usuários foi classificado, na categoria E (uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda) e 40,4% na categoria B (história de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa), demonstrando que esta população ainda tem necessidades acumuladas, sem tratamento.

De acordo com Lacerda *et al.* (2004), no Brasil a atenção e a assistência odontológica prestadas pelo setor público priorizaram durante muito tempo quase que exclusivamente escolares de seis a 12 anos. A cárie e a doença periodontal constituem os principais motivos de perda dentária e este fato ocorre devido ao tratamento dessas doenças ser realizado tardiamente, em estágios avançados. Este quadro é observado em países onde a população tem acesso restrito a ações de promoção de saúde e a serviços odontológicos (Lacerda *et al.*, 2004).

Também analisando levantamentos epidemiológicos nacionais de 1986 a 2003, Martins *et al.* (2005) observaram diminuição da cárie na população brasileira, confirmando a tendência de declínio aos 12 anos, mas que o CPOD aumenta com o avançar da idade e que a dor foi o principal motivo da consulta entre adultos e idosos, mostrando que os adultos procuravam o serviço na urgência. Os dados do levantamento epidemiológico de 2010 (Brasil, 2011) houve uma melhora considerável no CPOD dos adultos brasileiros, principalmente redução dos dentes perdidos e de dentes cariados comparados com os dados de 2003, mostrando que o acesso aos tratamentos está melhorando não sendo apenas na urgência.

O aumento do acesso da população adulta ao tratamento da cárie se deve muito a implantação das ESFs com equipes de saúde bucal, pois de acordo ainda com dados do levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 (Brasil, 2011), de 2003 para 2010 houve um aumento de quase cinco vezes no número de equipes de saúde bucal na ESF, passando de 4 261 para 20 300 equipes.

Já para a doença periodontal, 51,5% da população estudada apresentou, segundo os critérios, risco moderado, indo de encontro com os dados da população brasileira em geral, segundo dados do SB Brasil 2003 que aponta melhora quanto as doenças periodontais. Segundo Carvalho *et al.* (2010), quanto as doenças periodontais nos adultos do nosso país, prevalece o cálculo e as bolsas periodontais rasas.

Entretanto, quando se somou os riscos periodontal e cárie, configurando o critério de classificação “risco às doenças bucais”, verificou-se que 55,6% da população estudada foi classificada como de alto risco, pois a classificação é pela pior condição e a cárie foi a pior condição, enquanto que o risco à doença periodontal foi moderado.

Pelo presente estudo observou-se que a condição de saúde bucal com relação às doenças cárie e periodontal da população estudada, adultos de 20 a 59 anos cadastrados na Unidade de Saúde Jardim Santo Alberto, Santo André, segue a mesma tendência da população brasileira, com o risco à cárie alto e à doença periodontal moderado.

Observou-se que não houve associação estaticamente significativa entre os critérios utilizados para classificar as famílias/usuários segundo risco social e riscos à cárie, doença periodontal e doenças bucais. Portanto o instrumento e critérios utilizados para classificar o risco social familiar não se mostraram satisfatórios para guiar o planejamento em saúde bucal para a população estudada no presente estudo.

Esta não associação nesta população estudada talvez se deva a vários fatores, como: amostra bastante reduzida, devido ao não comparecimento dos usuários para a avaliação bucal.

Outro fator importante, é que esta unidade de saúde da família, objeto do presente estudo foi implantada em 2007, sendo que a equipe de saúde bucal em início de 2008. Até então esta população tinha acesso restrito ao serviço odontológico, pois dependia de se deslocar para outro bairro e de acordo com estudos já relatados como o de Lacerda *et al.* (2004) o acesso restrito à promoção de saúde e serviços odontológicos levam ao tratamento tardio das doenças cárie e periodontal com consequente perda do dente, na maioria das vezes.

7 CONCLUSÕES

Não houve associação estatisticamente significativa entre os critérios e escores utilizados para classificar risco social familiar e os utilizados para classificar risco às doenças bucais, cárie e doença periodontal, quando se utilizou os instrumentos e critérios estabelecidos pela Estratégia de Saúde da Família de Santo André para a amostra estudada.

É importante ressaltar, entretanto, que este fato pode ter ocorrido devido às características da população estudada, ou seja, composta majoritariamente por pessoas de famílias classificadas como de baixo e moderado risco social.

Desta forma, sugere-se que o instrumento seja reavaliado com outras populações de Santo André, provenientes de bairros e condições sociais distintas do presente estudo, visando proporcionar uma maior validade externa dos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS*

Andrade M. Como está o sorriso do Brasil? Rev ABO Nac. 2000;8(3): 134-6.

Antunes JL, Junqueira SR, Frazão P, Bispo CM, Pegoretti T, Narvai PC. City-level gender differentials in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment. Health Place. 2003;9(3): 231-9.

Antunes JLF, Frazão P, Bispo CM, Pegoretti T, Narvai PC. Spatial analyses to identify differentials in dental needs by área-based measures. Comm Dent Oral Epidemiol. 2002;30(2): 133-42.

Antunes JLF, Macedo MM, Araujo MM. Análise comparativa da proporção de óbitos segundo causas, de dentistas na cidade de São Paulo. Cad de Saúde Pública. 2004;20: 241-8.

Antunes JLF, Peres MA, Frazão P. Cárie dentária. In: Antunes JLF, Peres MA (Orgs.). Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 49-67.

Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Cien Saude Colet. 2006;11: 219-7.

Assaf AV, Pereira AC. Avaliação de risco em odontologia. In: Pereira, AC (Org.). Odontologia em saúde coletiva. São Paulo: Artmed, 2007. p. 310-25.

Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no programa saúde da família no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21: 1026-35.

Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, 1996. Cad Saúde Pública. 2002;18(3): 755-63.

Barata RB; Barreto ML, Almeida Filho N; Veras RP. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Batista MJ, Silva DD, Sousa MLR. Saúde bucal em uma população de adultos no município de Paulínia, São Paulo. Rev Odontol UNESP. 2010;39(4): 185-91.

Beck JD. Risk revisited. Comm Dent Oral Epidemiol. 1998;26: 220-5.

Boing AF, Kovaleski DF, Antunes JLF. Medidas de condições socioeconômicas em estudos epidemiológicos de saúde bucal. In: Antunes JLF, Peres MA (Orgs.). Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 235-48.

Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zangs SE, Antunes JL. Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. Cad Saúde Pública. 2005;21(3): 673-8.

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Apresentação SB Brasil 2010. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacaonova_28120.pdf. Acesso em: 12 jul. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cad At Básica, Saúde Bucal. 2006b; 17:92.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes técnicos institucionais. Rev Saúde Pública. 2000;34(3).

Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: zona urbana. 1986. Série C: Estudos e Projetos, 4; 1988b. 137p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 648 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 (PACS). Brasília; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde/OPAS. Manual sobre o enfoque de risco na saúde materno-infantil. v. 1, 2,3. Brasília; 1983.

Brasil. Senado. Constituição da República Federativa do Brasil. DF, Brasília; 1988a.

Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N Góes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Rev Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2009:168.

Carvalho ES, Bastos RS, Rodrigues ADM, Mello WM, Lauris JRP, Bastos JRM, Sales Peres SHC. Epidemiologia das doenças bucais em indivíduos na faixa etária entre 35 e 44 anos: o cenário epidemiológico do trabalhador. RGO, Porto Alegre. 2010;58(1): 109-14.

Carvalho MS. Aplicação de método de análise espacial na caracterização de áreas de risco à saúde [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE; 1997.

Coelho FLG; Savassi, LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Família Comum. 2004;2: 19-26.

Cunha-Cruz J, Nadanovsky P. Doenças periodontais causam doenças cardiovasculares? Análise das evidências epidemiológicas. Cad Saúde Pública. 2003;19(2): 357-68.

Cypriano FLG, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares em Piracicaba, Brasil, 1999. Rev Saúde Pública. 2003;37: 247-53.

Doughan B, Kassak K. Oral health status and treatment needs of 35-44-year old adults in Lebanon. Int Dent J. 2000;50: 395-9.

Douglass CW. Risk assessment in dentistry. J Dent Educ. 1998;62: 756-61.

Falceto OG, Busnello ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2000;7(4): 255-63.

Ferreira RC. Uma aproximação da relação entre saúde bucal e determinantes sociais [dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.

Furlani PA. Influências dos aspectos sociais e culturais na prevalência da cárie dentária em escolares de Jaraguá do Sul [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 1993.

Góes PSA. Vigilância à saúde bucal para o nível local-uma abordagem integrada às equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 258-87.

Gomes MA. Filhos de ninguém? Um estudo das representações sociais sobre família de adolescentes em situação de rua [dissertação]. Universidade Estadual do Ceará: Fortaleza; 2003.

Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições socioeconômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Publica. 2002;18(3): 699-706.

Grzywacz JG. Socioeconomic status and health behaviors among Californians. In: Kronenfeld JJ (Ed.) Health, Illness and use of care: the impact of social factors. New York: Elsevier Science; 2000. p. 121-49.

Gushi LL, Rihs LB, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. Rev Saude Publica. 2008;42: 480-6.

Jones CM; Worthington H. Water fluoridation, poverty and tooth decay in 12-year-old children. J Dent. 2000;28(6): 389-93.

Kaloustian SM, Ferrari M. In: Kaloustian SM (Org.). Família brasileira, a base de tudo. São Paulo:Cortez-Unicef; 1994. p.11-5.

Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. Rev Saúde Pública. 2004;38: 453-8.

Lalloo R, Myburgh NG; Hobdell MH. Dental caries, socio-economic development and national oral health policies. *Int Dental J.* 1999;49: 196-202.

Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A (Org.). *Saúde loucura.* São Paulo: Hucitec; 2000. p. 11-52.

Loretto NRM, Seixas ZA, Jardim MC, Brito RL. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. *Rev ABO Nac.* 2000;8(1): 45-9.

Lourenço EC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa saúde da família no Estado de Minas Gerais [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Marcenes W, Bonecker MJS. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: Buischi YP (Org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.* São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 75-98.

Marthaler TM. Charges in dental caries 1953-2003. *Caries Res.* 2004;38: 173-81.

Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Sorte JAB, Coimbra LGA, Batista RC. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. *Unimontes Científica.* 2005;7(1): 55-66.

Martins MD, Araújo RGD, Veloso NF. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. *J Brase Odontoped Odontol Bebê.* 1999;2(6): 132-6.

Melo MMDC. Fatores associados à prevalência e gravidade da cárie dentária em pré escolares residentes em áreas cobertas pelo programa saúde da família no Recife [dissertação]. Recife: FOC/CPAM; 2008.

Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população institucionalizada de Piracicaba - SP. *Pesqui Odontol Brás.* 2002;16: 50-6.

Miura H, Araki Y, Haraguchi K, Arai Y, Umenai T. Socioeconomic factors and dental caries in developing countries: a cross-national study. *Soc Sci Med.* 1997;44(2): 269-72.

Moura MS, Pinto LAMS, Giro EMA, Cordeiro RCL. Cárie dentária relacionada ao nível socioeconômico em escolares de Araraquara. Rev Odontol UNESP. 1996;85(1): 97-107.

Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva. 2000;1(1): 7-15.

Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG (Org.) Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 341-51.

Namal N, Can G, Vehid S, Koksai S, Kaypmaz A. Dental health status and risk factors for dental caries in adults in Istanbul, Turkey. East Mediterr Health J. 2008;14: 110-8.

Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias na unidade de saúde da família em Vitória, ES. Brasil. Rev Ciência e Saúde Coletiva; 2007.

Oliveira AGRC. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil: 1986-1996. Disponível em: <http://www.geocities.com/Athens/Styx/4648>. Acesso em 31 ago 2001.

Pattussi MP. Neighbourhood social capital and oral health in adolescents. [thesis]. London: University College London; 2004.

Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. Soc Sci Med. 2001;53: 915-25.

Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Rev Saúde Pública. 2000;34: 402-8.

Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in southern Brazil- the inverse equity hypothesis revisited. Soc Sci Med. 2004;58(6): 1181-9.

Peres MAA, Gesse HC, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. Rev Saúde Pública. 2001;35(3): 289-93.

Pinto MHB. Relação entre prevalência de cárie, desenvolvimento social e provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2002.

Pinto VG. A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1992.

Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L (Org.). Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 24-41.

Poulton R, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, Moffit TE. Associação entre a experiência das crianças com carências socioeconômicas e a saúde do adulto: um estudo de ciclo de vida. Lancet. 2002;360: 164-5.

Radis, Comunicação em saúde. O Brasil em números: pesquisa mundial de saúde 2003. Radis. 2004;23: 14-33.

Roncalli AG, Lima KC, Costa PAP. A cárie dentária. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC (Orgs). Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004.

Roncalli AG. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco em famílias. In: Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L. Saúde bucal das famílias. São Paulo, Artes Médicas; 2008.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.

Saintrain MVL. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. Rev Bras Prom Saúde. 2007;20(3): 199-20.

Santo André. Prefeitura de Santo André. Sumário de dados. Santo André; 2008.

São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde, Coordenadoria de planejamento em saúde, Área técnica em saúde bucal. A organização das ações de saúde bucal na atenção básica: versão cidade de São Paulo. São Paulo; 2001. p. 14-42.

Sartri C. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Autores Associados; 1996.

Serrano AI, Puele E, Santos PP, Leal LE, Martinho LV. Pesquisa sobre os critérios para a consecução de uma rede integral de saúde mental para o estado de Santa Catarina. Florianópolis: SES; 2004 p. 222.

SESI - Serviço Social da Indústria - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Fatores de risco para doenças bucais. Rio de Janeiro: SESI-RJ; 2008.

Sheiham A. Impacto f dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 1997;25: 104-12.

Silveira Filho AD. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da estratégia saúde da família. In: Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L. Saúde bucal das famílias. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 65-80.

Tagliaferro EPS. Avaliação de risco de cárie dentária: estado da arte e estudo longitudinal sobre preditores de risco em escolares [tese]. Piracicaba. UNICAMP/FOP; 2008.

Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP (Ed.). Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006, p.59-83.

Terreri ALM, Soler ZASG. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no programa saúde da família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(7): 1581-7.

Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças na faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública.* 1996;30(5): 413-20.

Varenne B, Petersen PE, Quattara S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J.* 2004;54: 83-9.

Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *Br Dent J.* 1999;187(1): 6-12.

Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: Kriger L (Org.). Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 1-26.

Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Comm Health*. 2007;61: 473-8.

Yasbek MC. *Classes subalternas e assistência social*. 4. ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Santo André



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

**Secretaria de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**

Santo André, 25 de agosto de 2009.

Parecer 081/2009 - CEPSSA

Prezada Senhora,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Santo André **APROVOU**, de acordo com a resolução 196/96, o protocolo de pesquisa "**Avaliação de um instrumento de categorização de risco social familiar em prever riscos em saúde bucal**" de autoria da pesquisadora Leila Aparecida Cheachire.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pela pesquisadora:

- 1) Manter o sigilo das informações coletadas.
- 2) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- 3) O relatório final da pesquisa deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dr. Nivaldo Carneiro Junior
Coordenador do CEP - SSSA



Praça IV Centenário s/n 14 andar Centro – Santo André – SP CEP: 09015-080
Telefones: 4433-0293 – 4433-0399 Fax
E-mail: cepsaude@santoandre.sp.gov.br

