

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

**EDUARDO DE SANT'ANNA VITOR**

**“Avaliação da assistência em Saúde Bucal na Atenção Básica no município de Campinas, por meio do Sistema de Informações em Saúde”.**

**DISSERTAÇÃO de MESTRADO APRESENTADA À  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA,  
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS,  
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE, NA  
ÁREA DE: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA.**

**Orientador: Prof.Dr. Marcelo de Castro Meneghim**

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO E  
ORIENTADA PELO PROF.DR. MARCELO DE CASTRO  
MENEHIM**

---

**Assinatura do Orientador**

**PIRACICABA, 2011**

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

Sa59a Sant'Anna Vitor, Eduardo de, 1968-  
Avaliação da assistência em saúde bucal na atenção básica no município de Campinas, por meio do sistema de informações em saúde / Eduardo de Sant'Anna Vitor. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Vulnerabilidade. 2. Gestão em saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

**Título em Inglês:** Evaluation of the assistance in oral health in the basic attention in the city of Campinas, by means of the system of information in health

**Palavras-chave em Inglês:**

Vulnerability

Health management

Primary health care

**Área de concentração:**

**Titulação:** Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Luiz Renato Paranhos

Arsênio Sales Peres

**Data da defesa:** 27-07-2011

**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 27 de Julho de 2011, considerou o candidato EDUARDO DE SANT'ANNA VITOR aprovado.



---

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM



---

Prof. Dr. LUIZ RENATO PARANHOS



---

Prof. Dr. ARSENIÓ SALES PERES

Dedico este trabalho...

Ao meu pai Alcebíades e a minha mãe Benedita (*in memoriam*), incansáveis na dedicação pela educação dos seus filhos, pela capacidade de superação que destes de exemplo. Pelo espelho da simplicidade e honestidade que iluminam nosso caminho.

Às minhas irmãs Dra. Dicler e Dra. Cláudia, embora a distância esteja presente, não nos faltam forças e equilíbrio para condução das responsabilidades que nos são dadas, cada etapa vencida é vencida por todos nós. Aos queridos familiares meu agradecimento.

A minha esposa Rosângela e minhas filhas Beatriz e Isadora, ter uma família e no lar o aconchego e o carinho, já são suficientes para a alegria de viver. Obrigado por vocês existirem.

## AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da UNICAMP, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

À Profa. Dra. Renata C. Matheus R. Garcia, Coordenadora dos cursos de Pós-graduação da FOP-UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, agradeço pela oportunidade de ingressar no mestrado, pela constante colaboração e disponibilidade de seus conhecimentos. Pela contribuição incansável nos desafios da Saúde Pública. Todo meu respeito e admiração ao meu orientador.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, pela dedicação exemplar em prol a ciência, pela confiança e amizade no transcurso desta etapa. Meu muito obrigado àquele que me proporcionou conhecimentos fundamentais para a pesquisa e para a vida.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social, Maria da Luz, Fábio Mialhe, Gláucia Maria Bovi Ambrosano, Dagmar Queluz e Eduardo Hebling pelos valiosos conhecimentos transmitidos nas disciplinas.

Aos Professores da banca de qualificação Antonio Carlos Pereira e Karine Laura Cortellazzi pelas valiosas considerações para a correção deste trabalho.

A todos os meus colegas de pós-graduação na área de saúde coletiva, pelos momentos de convívio, experiências, aprendizados e amizades em busca de uma Saúde Pública cada vez mais fortalecida.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em especial ao Coordenador de Saúde Bucal, Dr. Isamu Murakami, pela confiança prestada a sua equipe de apoio.

Aos colegas do Distrito de Saúde Norte, Diretores, Edison Silveira e Fábio Alves, equipe de Apoiadores Institucionais, Coordenadores e equipes de saúde bucal do município de Campinas.

Cada pessoa, em sua existência, pode ter duas atitudes:  
Construir ou plantar. Os construtores podem demorar anos em suas tarefas, mas um dia terminam aquilo que estavam fazendo. Então param, e ficam limitados por suas próprias paredes. A vida perde sentido quando a construção acaba. Os que plantam sofrem com as tempestades, as estações e raramente descansam. Mas, ao contrário de um edifício, o jardim jamais pára de crescer. E, ao mesmo tempo que exige a atenção do jardineiro, também permite que, para ele, a vida seja uma grande aventura.

De Brida, Paulo Coelho.

## RESUMO

Este estudo foi composto por um artigo científico cujo objetivo foi avaliar a assistência odontológica das Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas durante o ano de 2008, através do banco de dados secundários da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria de Saúde de Campinas, representada pela consolidação da produção odontológica, geradas em 49 Unidades Básicas de Saúde. O universo do estudo contou com 84.103 registros de entrada de usuários no sistema durante o ano de 2008 em primeira consulta odontológica, em ambos os gêneros e todas as faixas etárias assistidas pelas equipes de saúde bucal do município. Foram avaliados os aspectos relacionados ao acesso, utilização do serviço odontológico, grupo de procedimentos e carga horária profissional, relacionadas com os níveis de vulnerabilidade social vinculadas às Unidades Básicas de Saúde. O estudo foi dividido em três fases: na primeira fase foi elaborada uma tabela matriz constituída por todas as Unidades Básicas de Saúde do município das quais foram pesquisados os dados de produção do ano de 2008 com as seguintes variáveis: 1) número de atendimentos em primeira consulta; 2) número de atendimentos de urgência odontológica; 3) número de atendimentos odontológicos básicos (preventivos/ periodontia, dentística e cirurgia da Atenção Básica); 4) razão de acessibilidade; 5) razão de procura à urgência odontológica; 6) razão de carga horária semanal de cirurgião dentista e 7) razão de exodontias de permanentes por restaurações; Na segunda fase, as Unidades Básicas de Saúde foram agrupadas de acordo com o Índice de Condições de Vida (ICV) dando origem a quatro subgrupos onde foram analisadas as comparações da produção com a vulnerabilidade social, identificando a acessibilidade entre os grupos; Na terceira fase, foram agrupadas as Unidades Básicas de Saúde de acordo com o desempenho de acessibilidade e constituídos dois subgrupos (os 25% de maior acesso e os 25% de menor acesso), comparados segundo as variáveis: vulnerabilidade social e clínica. Os maiores níveis de acesso estiveram relacionados com as Unidades de maior vulnerabilidade social e melhor relação dentista/população, porém apresentaram maior procura à urgência e proporção de exodontias em relação às restaurações. A utilização dos sistemas de informações com base em dados secundários associado a vulnerabilidade e riscos a que estão expostas as populações, contribui para melhor entendimento sobre a dimensão que as condições de vida podem inferir na condução das políticas de saúde.

Palavras chave: Saúde Bucal, Vulnerabilidade, Sistemas de Informação, Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

This study he was composed for a scientific article whose objective was to evaluate the odontological assistance of the Basic Units of Health of the city of Campinas during the year of 2008, through the secondary data base of the Coordination of information and computer science of the Secretariat of Health of Campinas, represented for the consolidation of the odontological production, generated in 49 Basic Units of Health. The universe of the study counted on 84.103 registers of entrance of users in the system during the year of 2008 in first odontological consultation, in both the sorts and all the age groups attended by the teams of oral health of the city. The aspects related to the access had been evaluated, use of the odontological service, group of procedures and professional workload, related with the levels of social vulnerability tied with the Basic Units of Health. The study it was divided in three phases: in first phase was elaborated a first table consisting by all the Basic Units of Health of the city of which the data of production of the year of 2008 with the following variable had been searched: 1) number of attendance in first consultation; 2) number of attendance of odontological urgency; 3) number of basic odontologicals attendance (preventive/periodontics, dentistry and surgery of the Basic Attention); 4) accessibility reason; 5) reason of search to the odontological urgency; 6) weekly workload of surgeon dentist and 7) reason of extraction of permanent for restorations; In the second phase, the Basic Units of Health had been grouped in accordance with the Index of Conditions of Life (ICV) giving to origin the four sub-groups where the comparisons of the production with the social vulnerability had been analyzed, identifying the accessibility between the groups; In the third phase, the performance of accessibility and constituted two sub-groups (25% of bigger access and 25% of lesser access) had been grouped the Basic Units of Health in accordance with, compared according to changeable: social vulnerability and clinical. The biggest levels of access had been related with the Units of bigger social vulnerability and better relation dentist/population, however they had presented greater looks to the urgency and ratio of extraction in relation to the restorations. The use of the secondary systems of information on the basis of given associated the vulnerability and risks the one that is displayed the populations, contributes for better agreement on the dimension that the life conditions can infer in the conduction of the health politics

Key-Words: Oral Health, Vulnerability, System of Information, Health Management, Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>1</b>
<b>PROPOSIÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1: Avaliação da assistência em Saúde Bucal na Atenção Básica no município de Campinas, por meio do Sistema de Informações em Saúde.....</b>	<b>9</b>
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>36</b>

## INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A saúde bucal no Brasil na década de 50 apresentava um serviço público exclusivamente assistencial, demanda livre e associada ao restabelecimento de dano já instalado (Oliveira, 1997). A partir da década de 60, através da influência do governo norte-americano (Oliveira, 1999; Zanetti, 1996), teve-se um marco histórico na programação do serviço público odontológico, quebrando a hegemonia da livre demanda (Corrêa, 1985), com a introdução do Sistema Incremental pela Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), e a consequente prestação de assistência odontológica programada e sistemática. Porém, para a nova experiência no país optou-se por questões estratégicas pela programação voltada aos escolares de 06 a 14 anos de idade (Frankel, 1952; Ramos, 1974), visando o tratamento completado e posterior controle (Corrêa, 1985; Pinto, 2000). O foco principal eram as restaurações e, em segundo plano, as ações de prevenção, através da aplicação de fluoretos em faixas etárias programáticas (7, 10 e 13 anos de idade) (Ramos, 1974) para municípios sem fluoretação das águas. O município de Aimorés – MG foi o pioneiro na adoção do programa. A exclusão das demais faixas etárias era um ponto negativo (Narvai, 1994) e, epidemiologicamente, os tratamentos com foco restaurador não contribuíam para a redução do CPOD (Corrêa, 1985; Pinto, 1996; Werneck, 1994).

Na década de 70 foi enfatizado um novo programa baseado no Sistema Incremental onde havia a reestruturação da equipe de saúde bucal com a inclusão de pessoal auxiliar (Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal) (Zanetti, 1996), bem como utilizava-se de retornos programados para manutenções preventivas. Este modelo foi denominado de Sistema Incremental Modificado ou Odontologia Integral e também mantinha foco no atendimento da população infantil.

A partir dos anos 80 com Loureiro & Oliveira surgiu o Programa de Inversão da Atenção, o qual se configurava contra as ações curativas do Sistema Incremental e Odontologia Integral e propunha um modelo baseado na estabilização do meio bucal para eficácia dos métodos preventivos na produção de um controle epidemiológico da doença cárie e, em segundo plano, na realização da restauração definitiva (Oliveira, 1997; Zanetti, 1996). Apresentavam na sua programação as fases de estabilização, reabilitação e declínio rompendo com o modelo de tratamento cirúrgico-restaurador

(Oliveira, 1999). Porém, permaneceu como modelo restrito a faixa etária infantil (Zanetti, 1996), mantendo alto o CPOD para outras idades, não contemplando os aspectos da universalidade, equidade e integralidade e muitas vezes visto pela população, no caráter técnico da estabilização da cárie, uma odontologia de baixa qualidade (Narvai, 1992).

Algumas experiências com população alvo específica também estiveram presentes, como o Programa da Atenção Precoce com foco na educação e prevenção da cárie dental, abrangendo a população abaixo dos 6 anos de idade na dentição decídua. As experiências de Londrina-PR, por meio da bebê - clínica (1985) (Guimarães, 2003; Walter, 1991; Baldani *et al.*, 2003) da Universidade de Londrina, repercutiram-se para outros municípios, como Cambé-PR e Araçatuba-SP (Walter, 1991; Baldani *et al.*, 2003), vinculados ao serviço público municipal. A programação tinha início com a presença de gestantes e crianças abaixo de 1 ano, voltando-se a importância da amamentação e consumo racional de açúcar (Baldani *et al.*, 2003), com a aplicação de uma metodologia visando a educação dos pais em primeiro lugar, com prevenção em família e retorno das crianças a cada 2 meses, fortemente focada na motivação (Walter, 1991).

Os modelos assistenciais públicos de saúde bucal no Brasil priorizaram durante muitos anos predominantemente à assistência aos escolares, aliado ao distanciamento da integração da saúde bucal com as demais áreas da saúde em geral, produzindo distorções como a restrição ao acesso e conseqüentemente repressão à demanda necessitando tratamento (Antunes & Narvai, 2010; Brasil, 2006).

O conjunto de transformações políticas e sociais que o país atravessou na década de 80 colocou em pauta as reformulações dos modelos assistenciais em saúde, com a participação social através das Conferências Nacionais de Saúde e influência das Conferências Internacionais. A cobrança da aplicação de políticas públicas, a proposta da quebra do modelo hegemônico-conservador de saúde individualista e excludente, ganhou força, resgatando a incorporação das necessidades de equidade, através de oportunidades e redução das desigualdades sociais, em busca de qualidade de vida (Roncalli, 2006; Zanetti, 1993; Brasil, 2006).

Um grande avanço no sentido de estabelecer a equidade nos aspectos relacionados ao acesso à saúde, no seu sentido amplo de bem estar independente da doença em si, têm sido estruturado através da política nacional de saúde pública nos últimos 30 anos, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a

aplicação da estratégia de saúde da família, a qual se vincula uma equipe de profissionais com a clientela de usuários adscritos em uma área de abrangência, cujo foco das ações passa ser a família inserida no contexto de seu território (Brasil, 2006).

A Atenção Básica, definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 1999) é representada pela Unidade Básica de Saúde (UBS), próxima ao domicílio do usuário, que se institui como primeiro contato facilitando a acessibilidade à população (Starfield, 2002).

Dentre os fundamentos da Atenção Básica, cita-se a permissão do acesso universal e contínuo à serviços de saúde de qualidade e resolutivos, baseado em planejamento local que vise o princípio de equidade, buscando a efetivação da integralidade através da oferta de ações programáticas e absorção de demanda espontânea, bem como realizar a avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação (Brasil, 2006).

A inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família propicia espaço de práticas e relações que contribuem para a reorganização do processo de trabalho, em equipe multidisciplinar potencializando a atuação da saúde bucal de forma a compor a integralidade na saúde geral da população (Brasil, 2004).

No período de dezembro de 2002 até abril de 2010, foram implantadas no país, 19.488 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, atuando em 4.753 municípios – 85% dos municípios do Brasil, cobrindo 71% da população brasileira (CNSB, 2010).

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, tendo a Estratégia de Saúde da Família como forma de reorganização da Atenção Básica, aliado a incentivos financeiros federais, propicia a implantação das equipes de saúde bucal nos municípios, ampliando a cobertura da população, permitindo universalização do acesso e exigindo dos gestores planejamento e reorganização das ações (Barros *et al.*, 2003).

A ampliação do número de equipes de saúde bucal, embora possibilite aumento da cobertura da população frente aos problemas bucais e conseqüentemente aumento da produção assistencial, associa-se comumente à prática curativo-cirúrgico-restaurador, presença de demanda reprimida e sem de fato impactar mudanças na qualidade de vida da população, sendo importante à realização de planejamentos que direcione a

reorganização das ações, refletindo a realidade da população local e suas necessidades (Fernandes & Peres, 2005).

A utilização de Levantamentos Epidemiológicos Nacionais (1986, 1996, 2003 e 2010) tem reafirmado a necessidade de formatação de uma política nacional de saúde bucal com bases epidemiológicas, cuja produção de dados permite a composição de uma série histórica consistente subsidiando a elaboração e a avaliação de políticas públicas para o país. (Roncalli, 2006; Brasil, 1988; Roncalli, 2006; Sousa, 1996; Roncalli *et al.*, 2000; Pereira, 2003).

A epidemiologia em saúde bucal, ao mesmo tempo em que se consolida como área de conhecimento no plano da produção científica no Brasil, proporciona uma ferramenta que aproxima os modelos assistenciais em saúde bucal do ideário do SUS e aprofunda as discussões a respeito dos determinantes biopsicossociais das doenças bucais (Roncalli, 2006).

A desigualdade sócio-econômica e seu impacto nas condições de saúde das pessoas e grupos humanos é importante tema de pesquisa em saúde coletiva. A associação entre a posição relativa que cada grupo social ocupa na sociedade e diferenciais de risco para muitas doenças, bem como de acesso a serviços de saúde, coloca em foco o conceito de estratificação social como determinante chave das condições de saúde das populações (Krieger *et al.*, 1997; Boing *et al.*, 2005).

A redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas públicas no Brasil (Narvai *et al.*; 2006).

A inclusão de variáveis relacionadas ao nível socioeconômico torna-se fundamental, bem como a utilização de outros índices e indicadores, que não apenas o ceod e o CPOD (Hoffman *et al.*, 2004).

O sistema de informações em saúde, através do banco de dados de registros de produção é uma das ferramentas importantes para os gestores e equipes de saúde bucal sendo fundamental para direcionamento das ações na atenção à saúde, bem como instrumento para tomada de decisões (Brasil, 2006).

Um país com dimensões continentais, diversidades culturais, econômicas e sociais, necessita da criação de sistemas de informações que subsidie as discussões de planejamento, apoiando aos princípios do SUS, garantindo a gestão descentralizada e hierarquizada nos âmbitos federais, estaduais e municipais, permitindo monitoramento e avaliação de resultados com os critérios de segurança, integridade, disponibilidade e

confidencialidade, transformando dados em informações que possam ser representativos aos gestores, trabalhadores, instituições, prestadores e a população (Brasil, 2008).

No âmbito federal, o Ministério da Saúde desenvolve o papel de orientador e desenvolvedor dos grandes sistemas de informações de base nacional e desenvolvimento de padrões para a coleta de informações pela rede vinculada ao SUS, também respondendo pelos financiamentos de projetos, provedoria de infra-estrutura e apoio aos Estados e Municípios no exercício de suas funções ao SUS (Brasil, 2008).

Para os municípios cabe a importante tarefa no processo de produção das informações, com a capacitação dos trabalhadores e gestores para a obtenção da fonte de dados, coleta, controle da qualidade e transferência dos dados, possibilitando a transformação dos mesmos em informações e armazenados em banco de dados de acesso nacional (Pereira *et al.*; 2009).

O Ministério da Saúde possui diversos sistemas de informações alimentados por Estados e Municípios com finalidade de compor a base de dados nacional, os quais acompanham a linha do ciclo de vida do cidadão permitindo armazenar informações produzidas em função de um evento e de sua frequência.

Alguns sistemas disponíveis são: SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações), SIASUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), SISVAN (Sistema de Gestão da Vigilância Alimentar e Nutricional), SISCOLO (Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero) SIS Pré-Natal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), SIHSUS (Sistema de Informações Hospitalares), HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde), CNS (Cadastro Nacional de Usuários do SUS) permitindo através do número do cartão utilizar o SIH-D (Sistema de Autorização de Internação) e APAC (Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade), além de Sistemas de Gerenciamento de Informações Locais como o GIL e SIGA (Sistema Integrado de Gestão de Atendimento em Saúde Pública), avaliadores de receitas e despesas como SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) e implementações como o Repositório de Tabelas Corporativas e Tabela Unificada de Procedimentos.

A Política Nacional de Informações e Informática em Saúde (PNIIS) criada em 2003, contribui para organizar os esforços do Ministério da Saúde no desenvolvimento de iniciativas para a construção de um sistema nacional de informações de saúde (Brasil, 2008).

Mudanças no processo de construção de Sistemas de Informações visam superar os vieses que permeiam o processo de informação no país, (como os registros manuais de produção nos serviços, falta de integração entre os diferentes sistemas, falta de padrões de compartilhamento de informações e atraso tecnológico em um momento de crescente demanda por informações) através da participação dos níveis locais na análise dos dados coletados e construção de sistemas de informações que apoiem diretamente o processo de trabalho em saúde (Pereira *et al.*;2009).

A divulgação dos Sistemas de Informações em Saúde se dá através da rede Internet pelos sites governamentais permitindo compartilhamento das informações do banco de dados nacional, aberto à consulta pública.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado em 1998 é uma ferramenta valiosa para os gestores locais, pois permite identificar as realidades sociais, econômicas, além do monitoramento e avaliação das condições de saúde para cada território adscrito pelas equipes de saúde da família na Atenção Básica.

O SIAB é composto por 4 fichas identificadas pelas letras A,B,C e D. Para a ficha A os dados cadastrais para as famílias adscritas no programa, garantem as informações sociodemográficas e sanitárias, permitindo identificar as condições de moradia, saneamento, escolaridade, renda familiar, número de pessoas por domicílio e outros. A ficha B refere-se a programas de acompanhamento e vigilância em saúde para população adscrita em situação de risco ou agravos, como as gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e portadores de hanseníase. A ficha C responde pelo acompanhamento das crianças nascidas no território adscrito apoiando o SISVAN, com o objetivo de evitar a desnutrição infantil. A ficha D corresponde aos registros de produção ambulatorial através do registro de procedimentos e atendimentos realizados pelas equipes de saúde de família, permitindo a evidenciação do perfil da morbimortalidade da população, porém a ausência de informações na ficha D que permita a utilização de um banco de dados em saúde bucal, limita sua utilização nas questões de avaliação e monitoramento das equipes (Pereira *et al.*, 2009).

Para a avaliação do desempenho das equipes de saúde bucal nos municípios sob o ponto de vista de sistemas de informações, há necessidade de utilizar os sistemas de

produção ambulatorial através do SIAB, fazendo uso de tabuladores (Tabnet e Tabwin) gerando tabelas a partir dos bancos de dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) (Carnut *et al.*; 2010).

Experiências na utilização de bancos de dados de produção em saúde bucal têm permitido avaliação de desempenho das equipes e ferramenta para planejamentos estratégicos (Junqueira *et al.*; 2006; Baldani *et al.*; 2002; Porto *et al.*; 2010; Barros *et al.*; 2003; Volpato *et al.*; 2006; Kitamura & Leite, 2009). A associação do uso do banco de dados da esfera de produção ambulatorial e da esfera das condições socioeconômicas e demográficas tem permitido avançar sobre a dinâmica do processo saúde-doença na dimensão da complexidade das desigualdades e iniquidades da sociedade.

Partindo do pressuposto, este estudo objetiva avaliar a assistência odontológica, nas equipes de saúde bucal da Atenção Básica no Município de Campinas, no período de produção consolidada do ano de 2008, através da utilização de dados secundários de informações, comparando a composição de produção das equipes, empregando análise estatística nas variáveis: Acesso, utilização do serviço odontológico segundo grupo de procedimentos e carga horária profissional, formatando agrupamentos de Unidades por Índice de Condições de Vida, abrindo espaço para reflexões sobre o acesso e o modelo de assistência em saúde bucal em relação aos determinantes de vulnerabilidade social.

## PROPOSIÇÃO

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP nº001/98 e foi composto por um capítulo, cujo objetivo é:

### **Capítulo 1: Avaliação da assistência em Saúde Bucal na Atenção Básica no município de Campinas, por meio do Sistema de Informações em Saúde.**

Objetivo: Avaliar por meio de dados secundários do sistema de informações em saúde os aspectos relacionados ao acesso ao serviço odontológico, assistência odontológica por grupo de procedimentos e carga horária de cirurgião dentista, buscando relacionar com a vulnerabilidade social, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas no ano de 2008.

## CAPÍTULO 1

### **Avaliação da assistência em Saúde Bucal na Atenção Básica no município de Campinas por meio do Sistema de Informações em Saúde.**

**“Evaluation of the assistance in Oral Health in the Basic Attention in the city of Campinas, by means of the System of Information in Health”.**

<sup>1</sup>Eduardo de Sant’Anna Vítor, <sup>2</sup>Antonio Carlos Pereira, <sup>2</sup>Gláucia Maria Bovi Ambrosano, <sup>2</sup>Fábio Luiz Mialhe e <sup>2</sup>Marcelo de Castro Meneghim.

<sup>1</sup> Mestrando em Odontologia em Saúde Coletiva / Mestrado Profissional - Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

<sup>2</sup> Professores do Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

*Artigo submetido ao Periódico: Revista de Saúde Pública*

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar por meio do sistema de informações o acesso e a utilização do serviço odontológico nas Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas – SP, buscando associação com o nível de vulnerabilidade social para as populações adscritas.

**Métodos:** As informações foram obtidas através do banco de dados secundários da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas, representando a consolidação das planilhas de produção odontológicas individuais, geradas em 49 Unidades Básicas de Saúde do município. O estudo contou com 84.103 registros de entrada de usuários no sistema durante o ano de 2008 em primeira consulta odontológica, ambos os gêneros e todas as faixas etárias assistidas pelas equipes de saúde bucal do município. Os dados foram tratados estatisticamente permitindo a avaliação de desempenho das Unidades segundo variáveis clínicas de procedimentos e vulnerabilidades sociais.

**Resultados:** Houve associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre as Unidades de maior e menor vulnerabilidade social. As Unidades do grupo de maior vulnerabilidade apresentaram maiores níveis de acesso (Razão de acessibilidade (RA)=0,1182) em comparação com o grupo de Unidades de menor vulnerabilidade (RA=0,0664), o mesmo ocorrendo com a relação dentista/população (RA=0,063) e (RA=0,0492) respectivamente, porém as Unidades de maior vulnerabilidade apresentaram maior procura à urgência (Razão de urgência (RU)=0,1013) comparada com as Unidades de menor vulnerabilidade (RU=0,0492) e maior proporção de exodontias em relação às restaurações (Razão de exodontias (RE) =0,035) e (RE=0,028), respectivamente.

**Conclusão:** O estudo evidenciou a importância da conjugação da avaliação de dados secundários de produção do sistema de informação em saúde bucal com indicadores relacionados a vulnerabilidade social da população adscrita, sobretudo nas condições do acesso e utilização do serviço como estratégia para redução das iniquidades.

**Palavras chave:** Saúde Bucal, Vulnerabilidade, Sistemas de Informação, Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate by means of the system of information the access and the use of the odontological service in the Basic Units of Health of the city of Campinas - SP, being searched association with the level of social vulnerability for the entailed populations.

**Methods:** The information had been gotten through the secondary data base of the Coordination of information and computer science of the Secretariat of Health of the Municipal City hall of Campinas, representing the consolidation of the individual odontologicals spread sheets of production, generated in 49 Basic Units of Health of the city. The study it counted on 84.103 registers of entrance of users in the system during the year of 2008 in first odontological consultation, both the sorts and all the age groups attended by the teams of oral health of the city. The data had been treated statistical, allowing to the evaluation performance of the Units as changeable clinics of procedures and social vulnerabilities.

**Results:** It had significant association ( $p < 0,05$ ) enters the Units of greater and minor social vulnerability. The Units of the group of bigger vulnerability had presented greater levels of access (Reason of accessibility (RA)=0,1182) in comparison with the group of Units of lesser vulnerability (RA=0,0664), the same occurring with the relation dentist/population (RA=0,063) and (RA=0,0492) respectively, however the Units of bigger vulnerability had presented greater respectively look to the urgency (Reason of urgency (RU)=0,1013) compared with the Units of lesser vulnerability and greater ratio of exodontias in relation to the restorations (RE) =0,035) and (RE=0,028) respectively.

**Conclusion:** The study the social vulnerability of the entailed population evidenced the importance of the association of the evaluation of secondary data of production of the system of information in oral health with pointers related, over all in the conditions of the access and use of the service as strategy for reduction of the iniquities.

**Key-Words:** Oral Health, Vulnerability, System of Information, Health Management, Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

O modelo hierarquizado de atenção à Saúde Pública no Brasil preconiza que a porta de entrada para a assistência odontológica se dê por meio da Atenção Básica dos municípios (1, 2).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional de reorganização da Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo ao modelo tradicional de assistência primária baseada em equipes compostas por profissionais médicos especialistas. Atualmente, reconhece-se que o mesmo não é mais um programa, e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva (3).

A partir de sua estruturação e desenvolvimento, a Estratégia de Saúde da Família trouxe como benefícios a ampliação da oferta de atendimentos odontológicos para a população, permitindo a acessibilidade da atenção odontológica para além do tradicional grupo materno-infantil. Porém, esta situação representa um desafio, uma vez que os recursos destinados ainda são insuficientes para ampliação da oferta de atendimentos odontológicos para toda população (4).

Dentro deste contexto, é crescente o interesse sobre o impacto que os estados de saúde geral e bucal exercem sobre a qualidade de vida das coletividades (18,19,20,21,22). Sheiham et al. (22) consideram a qualidade de vida dos indivíduos fortemente influenciada por sua condição de saúde bucal. Estudos (12,13,14,15,16,17,24) comprovam o impacto de determinantes sociais na saúde bucal e o papel do território na reprodução das iniquidades em saúde.

O declínio da cárie dental tem sido acompanhado por uma tendência à polarização da doença nos grupos menos privilegiados (25) e, estudos revelaram que, características sociodemográficas como a renda e a inserção social (26,24,27,28,29) são os maiores determinantes da experiência de cárie. Assim, as características do território constituem-se importantes fatores para a reprodução das iniquidades em saúde e, para se ampliar a compreensão deste, torna-se necessária a espacialização da população e, conseqüentemente de suas condições de vida e saúde (33). Esse entendimento permite ao gestor o planejamento com foco de ação nos determinantes sociais, econômicos e ambientais das doenças bucais, visando à redução nas iniquidades (34).

A utilização exclusiva de índices e indicadores clínicos nas análises de saúde bucal de grupos populacionais, sem que haja considerações avaliativas das dimensões sociais, aponta para uma limitação no valor das estratégias de mudança de hábitos e de comportamentos que orientam as práticas de promoção de saúde na melhoria das condições de saúde bucal (19,31,32).

Visando superar esta deficiência, indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento sociodemográfico são, atualmente, bastante utilizados para mapeamento das condições sociais das populações, permitindo confrontar as realidades vividas com as projeções de necessidades de investimentos do poder público no sentido de redução das desigualdades (35). Deste modo, a integração das dimensões de pobreza, condições e qualidade de vida e socioeconômica, consideram que cada uma das dimensões aborda uma concepção distinta de desenvolvimento (38).

A utilização dos índices sintéticos amplia a concepção de pobreza unicamente como insuficiência de renda, mostrando-se como um caminho para influenciar a formulação de políticas públicas e construindo condições para buscar caminhos para o equacionamento de diferenças apontadas (39,40,41). Dentre os indicadores dessa natureza, o que ganhou maior destaque foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado em 1990, para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (42).

No Brasil, o Índice de Condições de Vida (ICV) foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Fundação João Pinheiro e do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e utiliza exclusivamente variáveis obtidas, direta ou indiretamente dos Censos Demográficos do IBGE. É uma extensão do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) que incorpora, além das dimensões longevidade, educação e renda, outros indicadores destinados a avaliar as dimensões infância e habitação (42).

O ICV aplicado à saúde constitui um indicador mais abrangente incorporando dimensões da realidade como habitação, meio ambiente e saúde, sendo mais adequado para subsidiar o planejamento em saúde, tendo como vantagem a utilização de dados dos sistemas de informações existentes, além dos censitários, o que permite uma atualização mais freqüente nos períodos intercensitários, possibilitando acompanhamento e monitoramento das mudanças essenciais para o planejamento, gestão e registro das desigualdades em saúde (38).

Estudos recentes demonstram que a apropriação de informações obtidas de banco de dados secundários de produção amplia a capacidade de análise da gestão sobre os planejamentos no território (47,49), permite a identificação de modelos de Atenção (46), alocação de recursos (48), ordenação de programas de saúde (50), visualização do acesso e utilização do serviço (51), confrontando com as realidades e vulnerabilidades sociais (13).

A partir do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a existência de associações entre o acesso e a utilização dos serviços odontológicos em Unidades Básicas de Saúde de um município de grande porte, com as características relacionadas ao nível de vulnerabilidade social das populações adscritas.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, sob protocolo número 009/2011.

### **Caracterização do Cenário do estudo**

O município de Campinas se localiza no interior do Estado de São Paulo, distante 100 Km da capital, com uma população de 1.080.999 habitantes (IBGE -2010), representa o terceiro município em população no Estado, sendo o 11º do Brasil em Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE/2007) e investimentos na área da saúde sendo 71,95% de recursos próprios, 27,50% de recursos federais e 0,55% de recursos estaduais (Secretaria Municipal de Saúde/2008).

A Secretaria Municipal de Saúde conta com cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste). Possui 62 Unidades Básicas de Saúde, 5 pronto-atendimentos, 2 Hospitais Municipais, 3 policlínicas para o atendimento secundário, 1 Laboratório Municipal, 1 Serviço de Atendimento Municipal de Urgência (SAMU), 5 Centros de Referência, 9 Centro de Atenção Psico-Social, 3 Serviços de Atendimento e Internação Domiciliar, 1 Ambulatório na Central de Abastecimento (CEASA), 1 Banco de Leite Humano e 5 Hospitais conveniados (Secretaria Municipal de Saúde/2010).

A saúde bucal integra 42 equipes de saúde da família na modalidade I (Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) e 9 equipes de saúde da família na modalidade II (Cirurgião Dentista, Técnica em Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal). Possui 2 Centros de Especialidades Odontológicas, 3 referências distritais de especialidade em endodontia e prótese acrílica e 1 referência municipal em patologia bucal, 1 Ambulatório de Traumatologia Buco-maxilo-facial e Prótese buco-maxilo no Hospital Municipal, 3 referências de Radiologia e 1 referência em saúde bucal no Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis (Secretaria Municipal de Saúde/2010).

### **Fonte de coleta dos dados**

Os dados do estudo foram provenientes da população adscrita de 49 Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas obtidos através do programa Tabnet<sup>1</sup> (SMS, 2011) da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde. Os dados secundários representam a consolidação das planilhas de produção odontológicas individuais, geradas nas Unidades Básicas de Saúde do Município em 2008, transmitidas ao Ministério da Saúde (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS). O universo do estudo contou com 84.103 registros de entrada de usuários no sistema durante o ano de 2008, em primeira consulta odontológica, em ambos os gêneros e faixas etárias assistidos pelas equipes de saúde bucal do município.

### **Análise dos dados**

Numa primeira fase foi elaborada uma tabela matriz constituída por 49 Unidades Básicas de Saúde do município das quais foram pesquisados os dados de produção do ano de 2008 para as variáveis: 1) número de atendimentos em primeira consulta; 2) número de atendimentos de urgência odontológica; 3) número de procedimentos odontológicos básicos (preventivos/periodontia, dentística no âmbito da Atenção Básica, e cirurgia odontológica (exodontia) no âmbito da Atenção Básica); 4) razão de acessibilidade; 5) razão de procura à urgência odontológica; 6) razão de carga horária semanal de cirurgião dentista e 7) razão de exodontias de dentes permanentes por restaurações.

---

<sup>1</sup> O programa TabNet foi elaborado com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos .DBF, que constituem os componentes básicos dos Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde dentro de suas Intranets ou em seus sites Internet.

As fórmulas utilizadas foram: razão de acessibilidade: Número de primeiras consultas odontológicas / Total da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde x 100; razão de procura à urgência odontológica: Número de atendimentos odontológicos de urgência / Total da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde x 100; razão de carga horária semanal de cirurgião dentista: Número de horas semanais de cirurgião dentista na Unidade / Total da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde x 100; razão de exodontias de permanentes por restaurações: Número de exodontias de dentes permanentes / Total de restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro realizadas durante o ano na Unidade Básica; razão do número de atendimentos odontológicos básicos (preventivos/periodontia, dentística e cirurgia odontológica da Atenção Básica): Número de procedimentos odontológicos de cada grupo base / Total da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde x 100.

Para a segunda fase foi utilizado o Índice de Condições de Vida (ICV), proposto pela Secretaria Municipal de Saúde – Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental no ano 2001, como método para identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde. Este índice foi composto por oito indicadores selecionados dos sistemas de informação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A metodologia de cálculo do ICV envolve a transformação das cinco dimensões por ele contempladas (longevidade, educação, renda, infância e habitação) em índices que variam entre 0 (pior) e 1 (melhor), e a combinação destes índices em um indicador síntese. Quanto mais próximo de 1 o valor deste indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do município ou região.

Os indicadores utilizados foram:

1. Proporção de população moradora em sub-habitação (SEHAB/PMC 1999)
2. Proporção de chefes de família sem ou com menos de 1 ano de instrução (IBGE, 1996)
3. Taxa de crescimento anual 1991-96 (IBGE 1991e 1996)
4. Proporção média de mães com menos de 20 anos de idade (CoViSA, 1998-2000)
5. Coeficiente médio de mortalidade infantil (CoViSA, 1998-2000)
6. Coeficiente médio de mortalidade por homicídios (CoViSA, 1998-2000)
7. Incidência média de desnutrição entre os menores de 5 anos de idade (CoViSA, 1996-2000)
8. Incidência média de tuberculose (CoViSA, 1996-2000)

Foram atribuídas notas de 1 a 3 para cada indicador relacionado às áreas de abrangências das Unidades de Saúde, obtida a média das notas e agrupadas as Unidades de acordo com o intervalo de valor obtido, atribuindo as maiores médias aos piores índices de condições de vida.

Para o estudo, as Unidades Básicas de Saúde foram agrupadas em quartis de acordo com o Índice de Condições de Vida (ICV), apoiado nas definições da Lei Municipal 12.985 de 2007, dando origem a quatro subgrupos denominados Q1, Q2, Q3 e Q4, onde Q1 representa o pior índice de condição de vida e Q4 a melhor condição. Associações entre as variáveis clínicas e os determinantes sociais foram analisadas.

Na terceira fase do estudo, as Unidades Básicas de Saúde foram classificadas de acordo com o seu “desempenho de acessibilidade”, mensurado a partir de variáveis clínicas e dos determinantes sociais oriundos da tabulação do banco de dados secundários do cadastramento<sup>2</sup>. A partir daí, foram agrupadas em dois subgrupos, ou seja, os 25% de maior acesso e os 25% de menor acesso.

### **Análise estatística**

Foi realizada análise descritiva dos dados e a seguir aplicado os testes de Kruskal – Wallis e Dunn para verificar diferenças entre os quartis do índice de condições de vida quanto a acessibilidade, urgência, procedimentos Odontológicos e a procura pela Unidade Básica de Saúde e Odontológico, Para a análise de variáveis dicotomizadas foram calculadas as frequências (absolutas e relativas) e aplicado o teste do qui-quadrado para testar as diferenças entre as proporções e Odds Ratio como medida de intensidade de associação. Os dados foram analisados utilizando-se o programa BioStat 5.0, considerando um nível de significância  $\alpha=0,05$ .

---

<sup>2</sup> Banco de dados do cadastro de usuários e domicílios do SUS – Campinas, denominado Cadcamp, permitindo tabulação de informações sociodemográficas por área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde. Coordenadoria de Informação e Informática. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Atualizado em 22/09/2008.

## RESULTADOS

Verificou-se, através do número de primeiras consultas odontológicas no ano de 2008, que a cobertura média de assistência odontológica foi de 12,86% para a população municipal.

A tabela 1 mostra que houve diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre o primeiro (Q1) e o quarto (Q4) quartil para todas as variáveis, indicando que os valores de razão de acessibilidade para as Unidades Básicas de Saúde localizadas em áreas de maior vulnerabilidade (Q1) apresentaram maior número de atendimentos em primeira consulta odontológica em comparação com as Unidades localizadas em áreas de menor vulnerabilidade (Q4). A razão de urgência foi significativamente ( $p \leq 0,05$ ) maior nas Unidades localizadas em áreas de maior vulnerabilidade (Q1) que nas de menor vulnerabilidade (Q4). A razão de proporção de carga horária semanal também apresentou maior valor para as Unidades localizadas em áreas de maior vulnerabilidade (Q1) quando comparada com as de menor vulnerabilidade (Q4) ( $p \leq 0,05$ ).

Observa-se na tabela 2 que os valores da razão de procedimentos odontológicos preventivos e de periodontia não apresentaram diferença significativa entre os quartis do índice de Condições de Vida. Para os grupos de procedimentos de dentística da Atenção Básica, as Unidades de maior vulnerabilidade (Q1 e Q2) superam as Unidades de menor vulnerabilidade (Q3 e Q4) ( $p < 0,05$ ). Para o grupo de procedimentos de cirurgia odontológica da Atenção Básica observou-se que os quartis Q1 e Q2 foram significativamente ( $p \leq 0,05$ ) maiores que os quartis Q3 e Q4, apresentando também maior número de procedimentos de exodontias de dentes permanentes. Na tabela 3 verifica-se que não houve diferença significativa entre os quartis ( $p > 0,05$ ) para população que declarou uso do serviço odontológico na Atenção Básica, representando similaridade na utilização do serviço independente da vulnerabilidade do território adscrito.

O gráfico 1 corresponde à representação da composição interna percentual dos grupos de procedimentos segundo o agrupamento das Unidades Básicas de Saúde pelo Índice de Condições de Vida (ICV). Observou-se maior percentual de procedimentos de prevenção e periodontia para as Unidades localizadas em áreas de menor vulnerabilidade (Q4 = 50,04%) em comparação com as Unidades de áreas de maior vulnerabilidade (Q1 = 36,11%). Para os procedimentos de dentística observou-se maior percentual para as Unidades de áreas de maior vulnerabilidade, com valores de 47,82%

para Q1 e 48,25% para Q2. Para os procedimentos de cirurgia (exodontias de dentes permanentes) as Unidades de áreas de maior vulnerabilidade (Q1) representaram 16,07%, ou seja, quase o dobro quando comparados as Unidades de áreas de menor vulnerabilidade (Q4), com percentual de 8,76%.

Na tabela 4, foi estabelecido um perfil comparativo entre as Unidades de maior acesso e as Unidades de menor acesso, independente do Índice de Condições de Vida. No comparativo da distribuição da razão de carga horária semanal de cirurgião dentista, das 25 Unidades Básicas avaliadas, 12 estavam acima da mediana e 10 destas estavam no grupo de maior acesso, com Odds Ratio=16,66, ou seja, as unidades com razão de carga horária semanal do cirurgião dentista acima de 0,61 apresentaram 16 vezes mais chance de apresentar maior acesso. A razão de exodontias de dentes permanentes sobre restaurações não apresentou diferença significativa ( $p=0,8350$ ) entre as Unidades de maior e menor acesso.

Verificou-se, a partir dos dados da tabela 5 que, do universo de 25 Unidades do estudo, 13 pertenciam ao grupo de Unidades com população menor ou igual a mediana, e, destas, 11 estavam no grupo que apresentavam maior acesso. As Unidades que apresentavam valores abaixo da mediana apresentaram alto acesso, com valor de 84,62%. Além disso, a maioria das Unidades com população acima da mediana estava no grupo de menor acesso com 83,33%, ou seja, houve 27 vezes mais chance de encontrar uma Unidade de alto acesso nas áreas de população abaixo ou igual a mediana.

Houve diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis tamanho da população adscrita à unidade ( $p<0,05$ ) saneamento por domicílio ( $p<0,0001$ ), tipo de moradia ( $p<0,0001$ ), ensino fundamental incompleto ( $p<0,0001$ ), renda do morador ( $p<0,0001$ ) e o acesso ao serviço de assistência em saúde bucal.

## **DISCUSSÃO**

Nas comparações entre os quartis Q1 e Q4, por meio do agrupamento das Unidades, segundo o ICV, a maior carga horária de cirurgião dentista esteve associada às unidades das áreas de abrangência de maior vulnerabilidade, identificando um contexto favorável ao princípio de equidade. Esta distribuição profissional, associada à maior razão de acessibilidade constatada é um fator positivo de ampliação da cobertura da assistência (49). Por outro lado, observou-se que, populações de pior ICV

concentravam a maior razão de urgência, levando a considerar que as necessidades acumuladas por esta população podem não estar sendo suficientemente controladas, em virtude da grande demanda.

A saúde bucal é influenciada também por determinantes socioeconômicos e psicossociais, necessitando-se, portanto, de ações intersetoriais para a promoção de políticas públicas e ambientes favoráveis à saúde, reduzindo a vulnerabilidade social e individual.

Analisando os grupos de procedimentos executados pela assistência em saúde bucal no município (tabela 2), observou-se associações entre populações com pior ICV e maior concentração de procedimentos de dentística, envolvendo redução do dano já instalado na recuperação da saúde bucal e, por outro lado, maior número de exodontias, representando o componente mutilador na condução da assistência em saúde bucal (49), reafirmando a necessidade de ampliação não apenas de acesso (47), mas também de ações de promoção e educação em saúde para as populações de maior vulnerabilidade, conduzindo também às estratégias de envolvimento multidisciplinar profissional na Unidade Básica (53).

Estudos indicam que a ampliação das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família relaciona-se com aumento do nível de cobertura e também de procedimentos de prevenção terciária, como no caso do presente estudo, em que observou-se associação de aumento de procedimentos de exodontias para as populações com piores indicadores socioeconômicos (49).

Ao comparar as respostas declaradas dos usuários sobre o uso das Unidades Básicas e a utilização do serviço odontológico, observou-se que foram quatro vezes maiores as respostas para o uso do serviço médico / enfermagem em relação ao uso do serviço odontológico, independente do ICV, destacando-se a importância de ampliação da visibilidade das equipes de saúde bucal na transversalidade das ações de assistência e promoção à saúde integral da população (tabela 3).

Avaliando a composição interna percentual dos grupos de procedimentos da UBS segundo os agrupamentos de Unidades de acordo com o ICV (gráfico 1), os procedimentos de odontologia preventiva/periodontia, que são relacionados à medidas de prevenção e controle, apresentaram maior representatividade em relação às Unidades de menor vulnerabilidade, que pode refletir uma intencionalidade diferente da demanda da população residente nestas áreas em relação às necessidades de saúde bucal,

demonstrando o quanto estas demandas diferem quando são consideradas as questões de vulnerabilidade social, corroborando com estudo de Baldani (58).

Percebeu-se que as Unidades do grupo de maior acesso (tabela 5) possuíam menor concentração de habitantes em sua área de abrangência, comparada com as Unidades de menor acesso. Uma hipótese, para este fato, é de que uma menor demanda propicia condições para que o profissional trabalhe com carga horária profissional e número de habitantes mais próximos dos parâmetros estabelecidos pelo do Ministério da Saúde, tornando mais adequados os planejamentos e a organização da demanda (59).

Observou-se que os residentes de áreas com melhores condições de vida estiveram associados aos procedimentos mais voltados à práticas preventivas e restauradoras. Por outro lado, para as populações em piores condições de qualidade de vida, a demanda pelos serviços esteve mais associada a procedimentos restauradores e de exodontias, implicando uma dinâmica diferente na organização dos processos de trabalho na assistência odontológica, mostrando que as condições socioeconômicas são importantes determinantes do acesso e a utilização do serviço, e que devem ser levados em consideração quando da organização do serviço (58).

A utilização de sistemas de informações em saúde permitiu subsidiar discussões e reflexões que auxiliam diretamente os gestores públicos nas questões de planejamentos. O correto preenchimento das planilhas de produção das equipes de saúde reverte em dados que permitem ser transformados em informações que serão úteis para o direcionamento das ações das equipes. O uso de informações sociodemográficas e econômicas no estudo das vulnerabilidades e riscos a que estão expostas às populações, contribui para melhor entendimento sobre a dimensão que as condições de vida podem inferir na condução das políticas de saúde.

## **CONCLUSÃO**

O estudo evidenciou a importância da conjugação da avaliação de dados secundários de produção do sistema de informação, em saúde bucal, com indicadores relacionados a vulnerabilidade social da população adscrita, ampliando a concepção avaliativa das dimensões sociais e clínicas, estendendo para o campo da gestão, como potente ferramenta para produção de conhecimento e reflexão sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais em relação à saúde bucal, sobretudo nas condições do acesso e utilização do serviço como estratégia para redução das iniquidades.

## REFERÊNCIAS

1. Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção?. São Paulo: Rede CEDROS; 1992.
2. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B, organizador. Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.
3. Gontijo, LPT. Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde. Ribeirão Preto. São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.228p.:Il;30cm.
4. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Ver. Saúde Pública. São Paulo Apr. 2010 Epub Feb 26, 2010.; vol. 44 n°. 2.
5. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro Feb 2008. vol 24 n°. 2.
6. Ely HC, Carvalho DQ, Santos, M. Políticas de Saúde Bucal. Texto preliminar, de circulação interna, escrito para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, volume nº 17, saúde bucal. Mimeo. Brasília/Porto Alegre: Abril de 2006. Atualizado em 2009.
7. Roncalli AG, Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado; Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro Jan./Mar.2006 vol.11 n.1.
8. Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1993.
9. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31 Suppl 1:3-23.
10. Moysés SJ, Moysés, ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):627-641.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica.Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasília, 2004.
12. Antunes, JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. 2008, jun; v. 42, n. 3, p. 562-567.
13. Baldani MH,Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004, jan/fev; v. 20, n. 1, p. 143-152.

14. Lucas, SD *et al.* Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. jan./ fev. 2005; v. 21, n.1, p.55-63.
15. Moreira, R.S. *et al.* A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciência & Saúde Coletiva*. jan./mar. 2007; v. 12, n. 1, p. 275-284.
16. Moysés, S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*. 2000; v. 1, n. 1, p. 7-17.
17. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. Washington. June 2006; vol.19 nº6.
18. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:580-8.
19. Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Méd* 1996; 43:1213-22.
20. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:161-9.
21. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2 Suppl 1:247-53.
22. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:195- 203.
23. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23:331-9.
24. Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. 4ª Ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 341-51.
25. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: Kriger L, organizador. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 1-26.
26. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cadernos de Saúde Pública* 2002 ;18(3):755-763.
27. 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.

28. 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.
29. Marcenes W, Bonecker MJS. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: Buischi YP, organizador. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 75-98.
30. 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.
31. Bjertness E. The important of oral hygiene on variation in dental caries in adults. *Acta Odontol Scand* 1991; 49:97-102.
32. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:241-7.
33. Moreira RS, Nico LS, Tomita ET. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. jan./mar. 2007. v. 12, n. 1, p. 275-284.
34. Roncalli A G. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco em famílias. In: Moysés S T, Kriger L, Moysés S J. *Saúde bucal das famílias: Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap. 7, p. 170-193.
35. Marinho E, Soares F, Benegas M. Desigualdade de renda e eficiência técnica na geração de bem-estar entre os estados brasileiros. *Revista Brasileira de Economia*, Rio de Janeiro. out./dez. 2004; v. 58, n. 4, p.583-608.
36. Guimarães JRS, Jannuzzi PM. Indicadores sintéticos no processo de formulação e avaliação de políticas públicas: limites e legitimidades. In: *Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2004 set 20-24; Caxambu, BR. Caxambu: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2004. [citado 2007 ago] Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_296.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_296.pdf)
37. Organização das Nações Unidas. *International Definition and Measurements of Standards and Levels of Living*. New York: United Nations Publications; 1954.
38. Luiz OL, Heimann LS, Boaretto RC, Pacheco AG, Pessoto UC, Ibanhes LC, *et al*. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Rev Saúde Pública*. São Paulo Feb 2009; vol.43 nº1.
39. Akerman M. Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos: o chão contra o cifrão. *Cienc Saude Coletiva*. 2000; 5(1):115-23. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100010
40. Costa OV. Pesquisa de condições de vida. *São Paulo Perspec*. 2003;17(3-4):142-50. DOI: 10.1590/S0102-88392003000300015

41. Pochmann M, Amorim R. Atlas da Exclusão Social no Brasil. 2.ed. São Paulo: Editora Cortez; 2003.
42. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília; 1998.
43. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Supl 2): S190-S198.
44. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. Salud Publica Mex 1985; 27:438-53.
45. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
46. Barros, SG; Chaves, SCL. A Utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiol. Serv.saúde. jan-mar. 2003; 12(1):41-52.
47. Kitamura ES, Leite ICG. Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros: implicações para a inclusão da odontologia na estratégia de saúde da família. Rev. APS. abr./jun. 2009; v. 12, n. 2, p. 140-149.
48. Porto A, Morraye MA, Mestriner SF. Distribuição de Recursos Humanos e Indicadores Básicos em Saúde Bucal no Município de Franca – SP Investigaçao. 2010;10 (Suppl 2):S6-S13. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br>
49. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev. Saúde Pública, São Paulo. Dec. 2005; vol.39 no.6.p. 930-935.
50. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Saúde soc., São Paulo. July/Sept. 2010; vol.19 no.3. p. 547-555.
51. Silva SF, Martelli P JL, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, *et al.* Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro Jan. 2011; vol.16 no.1.
52. Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Saúde Bucal na atenção primária brasileira: em busca de um sistema de informações em saúde. J Manag Prim Health Care. 2010; 1(1):8-13.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal, cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília. 2006; série A. Normas e Manuais Técnicos.

54. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32. DOI:10.1590/S0102-311X2001000400016.
55. Prefeitura Municipal de Campinas. Condições de Saúde Bucal no Município de Campinas 2006 – Área de Assistência à Saúde Bucal, novembro de 2007.[acesso 2011 jun 27] Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>
56. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22(3):429–45.
57. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
58. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Publica* 2005; 21:1026-1035.
59. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006; 67 p.: il. color.

## TABELAS

Tabela 1. Comparação entre o Índice de Condições de Vida (ICV) e a acessibilidade, a urgência e a proporção de carga horária semanal.

	ICV			
	Q1 Mediana (min-max)	Q2 Mediana (min-max)	Q3 Mediana (min-max)	Q4 Mediana (min-max)
Razão de Acessibilidade*	0,1182 (0,03-0,3)a	0,0725 (0,06-0,14)a	0,0895 (0,02-0,16)a	0,0664 (0,03-0,18)b
Razão de Urgência**	0,1013 (0,02-0,21)a	0,0614 (0,02-0,13)a	0,0528 (0,02-0,12)a	0,0492 (0,01-0,12)b
Razão de proporção de Carga horária semanal***	0,063 (0,03-0,13)a	0,053 (0,04-0,06)a	0,052 (0,02-0,13)a	0,040 (0,02-0,17)b

Nota<sup>1</sup>: \*1<sup>a</sup> consulta / pop do quartil de referência; \*\* número de cons. urgência / pop do quartil de referência; \*\*\* Carga horária semanal dentista / pop do quartil de referência.

Nota<sup>2</sup>: Q = Quartil; Q1: maior vulnerabilidade / Q4: menor vulnerabilidade.

Médias seguidas de letras minúsculas, na horizontal, diferem entre si para  $p < 0,05$

Tabela 2. Comparação entre o Índice de Condições de Vida (ICV) e os procedimentos odontológicos\*.

	ICV			
	Q1 Mediana (min-max)	Q2 Mediana (min-max)	Q3 Mediana (min-max)	Q4 Mediana (min-max)
Razão de Odontologia Preventiva e Periodontia	0,1227 (0,0320-0,4590)a	0,1032 (0,0840-0,1900)a	0,1403 (0,0660-0,2630)a	0,1184 (0,0400-0,7420)a
Razão de dentística	0,1613 (0,0800-0,3780)a	0,1461 (0,0820-0,2540)a	0,1444 (0,0730-0,2220)b	0,0975 (0,0430-0,4410)b
Razão de cirurgia Odontológica	0,0559 (0,0260-0,1390)a	0,0463 (0,0230-0,0600)a	0,0257 (0,0110-0,0570)b	0,0217 (0,0110-0,0610)b
Razão de exodontias permanentes/ restaurações	0,35 (0,1840-0,7100)a	0,30 (0,1770-0,3170)a	0,22 (0,1200-0,3500)b	0,28 (0,1330-0,3270)b

Nota: Q = Quartil; Q1: maior vulnerabilidade / Q4: menor vulnerabilidade

\*procedimentos da Atenção Básica.

Médias seguidas de letras minúsculas, na horizontal, diferem entre si para  $p < 0,05$

Tabela 3. Associação entre o índice de condições de vida (ICV) e procura pela Unidade Básica de Saúde e serviço de saúde odontológico, no município de Campinas.

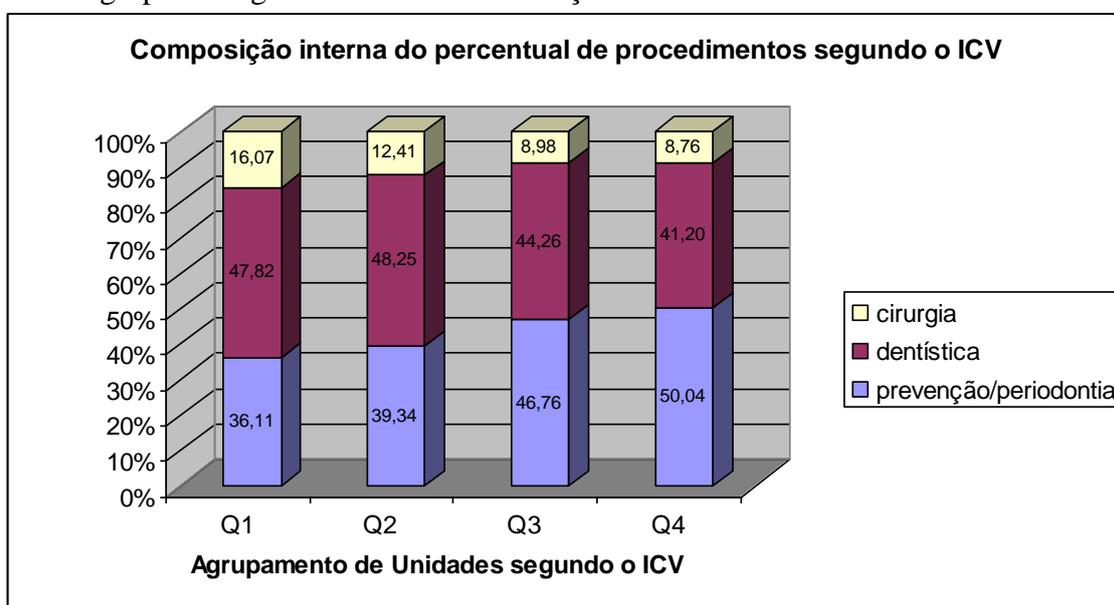
	ICV			
	Q1 Mediana (min-max)	Q2 Mediana (min-max)	Q3 Mediana (min-max)	Q4 Mediana (min-max)
(%) utiliza Unidade Básica de Saúde*	0,5521 (1192-12399)a	0,4639 (4769-6828)a	0,5394 (2790-9485)a	0,4798 (1048-9074)a
(%) utiliza dentista da Unidade Básica de Saúde*	0,1464 (161-3324)a	0,1594 (1111-2295)a	0,1499 (851-2720)a	0,1280 (476-1044,5)a

Nota<sup>1</sup>: \*população do quartil de referência, segundo banco de dados do cadastro de usuários e domicílios do SUS.

Nota<sup>2</sup>: Q = Quartil; Q1: maior vulnerabilidade / Q4: menor vulnerabilidade

Médias seguidas de letras minúsculas, na horizontal, diferem entre si para  $p < 0,05$

Gráfico 1. Composição interna do percentual de procedimentos para as Unidades de Saúde agrupadas segundo o Índice de Condições de Vida.



Nota: Q = Quartil; Q1: maior vulnerabilidade / Q4: menor vulnerabilidade

Tabela 4. Associação entre o maior e o menor quartil de acesso ao serviço de assistência em saúde bucal e mediana das variáveis de razão de carga horária e exodontia / dentística, independente do ICV.

Variável	n	%	Acesso				Odds ratio	p
			Acesso 25% (maior)		Acesso 25% (menor)			
			n	%	n	%		
Razão de carga horária								
> mediana (M=0,61)	12	48	10	83,33	2	16,67	16,66	<0,0090
≤ mediana (M=0,61)	13	52	3	23,08	10	76,92	ref	
Exo/restaurações								
≤ mediana (M=0,32)	13	52	7	53,85	6	46,15	1,16	<0,8350
> mediana (M=0,32)	12	48	6	50,00	6	50,00	ref	

Tabela 5. Associação entre o maior e o menor quartil de acesso ao serviço de assistência em saúde bucal e as variáveis socioeconômicas, independente do ICV.

Variável	n	%	Acesso				Odds ratio	p
			Acesso 25% (maior)		Acesso 25% (menor)			
			n	%	n	%		
População adscrita								
≤ mediana (M=13588)	13	52	11	84,62	2	15,38	27,50	<0,0027
> mediana (M=13588)	12	48	2	16,67	10	83,33	ref	
Saneamento (por domicílio)								
• rede não pública	8052	10,54	5791	71,92	2261	28,08	3,35	<0,0001
• rede pública	68370	89,46	29627	43,33	38743	56,67	ref	
Moradia (por domicílio)								
• Não Alvenaria	935	1,22	620	66,31	315	33,69	2,30	<0,0001
• Alvenaria	75572	98,78	34820	46,08	40752	53,92	ref	
Escolaridade (por pessoa)								
• 1º grau incompleto	92913	52,25	51017	54,91	41896	45,09	1,51	<0,0001
• 1º grau completo	22550	12,68	10223	45,53	12327	54,67	1,03	
• 2º grau completo e incompleto	62345	35,06	27805	44,60	34540	55,40	ref	0,0568
Renda (por pessoa)								
• < 1SM	13270	6,19	9171	69,11	4099	30,89	2,79	<0,0001
• Entre 1 e 2 SM	63254	29,51	37510	59,30	25744	40,70	1,82	
• > 2SM	137797	64,29	61280	44,47	76517	55,53	ref	<0,0001

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

A estruturação de uma Atenção Básica, pautada em um planejamento estratégico em sintonia com a realidade da epidemiologia local, com participação dos trabalhadores envolvidos em ações multiprofissionais em equipe, tendo como foco a construção do coletivo com participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde permite o aumento da capacidade resolutiva ampliando as propostas de integralidade na saúde e contribuindo ainda para a racionalização de recursos e otimizando o uso de tecnologias médicas de maior custo e densidade (Faulkner *et al.*, 2003; Solla *et al.* 2007).

O município de Campinas em 2001 formulou através de seus gestores o Programa Paidéia de Saúde da Família, fruto do acúmulo e da tradição em saúde coletiva no município, pautado no Programa de Saúde da Família, com correções e complementações, especificamente para atender a demandas e responder aos desafios de um PSF em uma grande metrópole. O Programa se distingue do PSF tradicional pela formação de equipes multiprofissionais, com espaço para troca de saberes e pelo atendimento diferenciado ao usuário pela sua vulnerabilidade e risco.

O Programa Paidéia está estruturado nos componentes da adscrição de clientela, equipe de referência, acolhimento, núcleo de saúde coletiva e colegiado gestor. A implantação do Programa em todo município e não gradualmente, foi estratégia eleita pelos gestores e geraram questionamento principalmente pelo enfoque da medicina generalista proposta pelo modelo e a falta de profissionais ofertados pela academia, as capacitações profissionais foram realizadas durante o andamento do modelo, levando a diversidade da dimensão temporal operativa e compreensão.

As equipes de saúde bucal da Atenção Básica se constituíram em equipes de saúde da família, na modalidade I e II, onde houve ganho na oferta de espaços de troca e atitude das equipes contribuindo positivamente no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes. Os resultados relativos às práticas de promoção de saúde, territorialização, abordagem interdisciplinar e qualificação das equipes, indicaram a necessidade de avanços técnicos e operacionais (Nascimento, *et al.* , 2009).

Durante a reestruturação da Atenção Básica em saúde bucal no município de Campinas, a transferência das equipes de saúde bucal instaladas nas escolas públicas para complementação das equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde refletiu a reorganização e distribuição dos recursos humanos com base em evidências

epidemiológicas. A reorganização das estratégias dos procedimentos coletivos municipais permitiu monitoramento de escolares pela equipe de saúde bucal, com foco preventivo e avaliação de risco para condução dos tratamentos necessários nas Unidades de Saúde.

O acesso à Atenção Básica na assistência em saúde bucal é constituído pela presença espontânea do usuário, pelo encaminhamento interno das equipes de saúde das Unidades Básicas de modo multiprofissional e pela captação dos pacientes avaliados epidemiologicamente por grau de risco e vulnerabilidade em saúde bucal em ações de campo ordenadas.

A procura pelo atendimento de urgência na assistência odontológica, permite a identificação do perfil da demanda espontânea da entrada dos usuários ao serviço vinculadas às necessidades associadas à desconfortos para busca de soluções mais imediatas, identifica-se a urgência como uma das formas de acesso à assistência em saúde bucal, permitindo a partir dela a captação para tratamentos, porém apenas permitir o acesso pela demanda espontânea representará um retrocesso na garantia das questões da equidade e reforço de uma saúde bucal focada no curativo-cirúrgico-restaurador.

O conceito de acessibilidade fundamenta-se na noção de complementaridade entre características da oferta de serviços e da população. A acessibilidade é resultante da relação funcional entre os obstáculos à busca e obtenção de assistência (resistência) e a capacidade da população de superá-los (poder de utilização) (Frenk, 1985; Travassos & Martins, 2004).

Acessibilidade também é entendida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (Donabedian, 1973; Travassos & Martins, 2004).

A ampliação da oferta de acesso à assistência em saúde bucal e a maior proporção dentista/população para áreas de maior vulnerabilidade social associado ao

perfil dos procedimentos odontológicos executados, permite refletir a respeito das iniquidades que o próprio sistema possa oferecer ao usuário, necessitando a ampliação da integralidade do cuidado de forma impactar as questões culturais, para promover qualidade de vida com qualidade de saúde bucal.

## **CONCLUSÃO**

O estudo evidenciou a importância da conjugação da avaliação de dados secundários de produção do sistema de informação em saúde bucal com indicadores relacionados a vulnerabilidade social da população adscrita, ampliando a concepção avaliativa das dimensões sociais e clínicas, estendendo para o campo da gestão, como potente ferramenta para produção de conhecimento e reflexão sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais em relação à saúde bucal, sobretudo nas condições do acesso e utilização do serviço como estratégia para redução das iniquidades.

Os resultados obtidos no estudo indicam que as Unidades Básicas de Saúde vinculadas às áreas de abrangência de populações com maior risco e vulnerabilidade apresentam uma melhor relação de proporção de carga horária de dentistas e maior razão de acessibilidade, porém, maior razão de urgência, maior carga de procedimento cirúrgico-restaurador e menor proporção de procedimentos voltados à prevenção e periodontia da Atenção Básica, apontando para equidade no acesso e necessidade de estratégias para mudanças de comportamento e hábitos da população visando melhorias nas condições de saúde bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de Saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Ver. Saúde Pública. São Paulo Apr. 2010 Epub Feb 26, 2010. vol. 44 n°. 2.

Baldani MHP, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6:210-6.

Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. Cadernos de Saúde Pública 2002;18(3):755-763.

Barros SG; Chaves SCL. A Utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiol. Serv.saúde; 12(1):41-52, jan-mar. 2003.

Barros SG, Chaves SCL. A Utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiol. Serv.saúde; jan-mar. 2003 12(1):41-52.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasília, 2004.

Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB). [acesso 2011 jun 29] Disponível em: [http://200.214.130.35/dab/cnsb/saude\\_familia.php](http://200.214.130.35/dab/cnsb/saude_familia.php)

Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana 1986. Brasília: MS; 1988. (Série C: Estudos e Projetos, 4).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal, cadernos de Atenção Básica, n. 17, 2006; série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Maria Elizabeth Marinho da Silva. Treinamento Padrão para Informática em Saúde. Rio de Janeiro, nov, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006; 67 p.: il. color.

Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zange SE, Antunes JLF. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro May/June 2005. vol 21 n°. 3.p. 673-678.

Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Saúde Bucal na atenção primária brasileira: em busca de um sistema de informações em saúde. *J Manag Prim Health Care* 2010; 1(1):8-13.

Corrêa AP. Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1985.

Donabedian A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

Donabedian A. Formulating Criteria and Standards. In: Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003. p 59-76.

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, *et al.* A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract*. 2003;53(496):872-84.

Frankel MJ, Chaves MM. Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar. *Rev Bras Odontol* 1952; 10:236-48.

Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mex* 1985; 27:438-53.

Goldbaum M. Epidemiologia em serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 (Supl 2):95-8.

Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6:83-6.

Hoffmann RHS, Cypriano S, Sousa MLR, Wada RS. Experiência de cárie dentária em crianças de escolas públicas de um município com água fluoretada. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro Mar/Apr 2004. vol 20 n°. 2

Junqueira SN, Araújo ME, Antunes JLF, Narvai PC. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em Municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(4) : 41 – 53.

Kitamura ES, Leite ICG, Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros: implicações para a inclusão da odontologia na estratégia de saúde da família. *Rev. APS*. abr./jun. 2009 v. 12, n. 2, p. 140-149.

Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in U.S. public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Annu Rev Publ Health* 1997; 18:341.

Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo May/June 2009 Epub Mar 20, 2009. vol.43 no.3. p.455-462.

Narvai, P. C. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994. 108p.

Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo: Rede CEDROS; 1992.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. Washington June 2006 vol.19 no.6.

Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.

Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, organizadora. *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFERN; 1997. p. 114-24.

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2:9-13.

Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Pereira, AC. *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. Nova Odessa: Napoleão, 2009 (cap 19, pág 373).

Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000.

Pinto VG. Projeto de levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal não tem consistência. *APCD Jornal* 1996; nov-dez:15.

Porto A, Morraye MA, Mestriner SF. Distribuição de Recursos Humanos e Indicadores Básicos em Saúde Bucal no Município de Franca – SP. *Investigação*. 2010;10 (Suppl 2):S6-S13

Ramos PAV, Pitoni LC. Análise do Sistema Incremental – atendimento odontológico nas escolas municipais. In: *Relatório do 3º Encontro de Saúde Pública em Odontologia*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 1974. p. 137-51.

Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado; *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro Jan./Mar.2006. vol.11 no.1.

Roncalli AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Peres MA, Antunes JLF. Epidemiologia em saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Roncalli AG, Frazão P, Pattussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. Rev Bras Odont em Saúde Col 2000; 1(2): 9-25.

Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev Bras Saude Matern Infant. 2007;7(4):495-502. DOI:10.1590/S1519-38292007000400018

Souza SMD. Levantamento epidemiológico em saúde bucal cárie dental 1ª etapa. Jornal ABO Nacional 1996; nov-dez: 8B.

Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B, organizador. Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Supl 2): S190-S198.

Volpato, LER, Scatena, JH Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA\_SUS). Epidemiol. Serv.saúde. 2006.15(2):47-55.

Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niterói. 1994. 186p. [Tese Doutorado em Odontologia Social]. Universidade Federal Fluminense, 1994.

Walter LRF, Garbelini ML, Gutierrez MC. Bebê-Clínica, a experiência que deu certo. Divulg Saúde Debate 1991; 6:65-8.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3):429-45.

Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulg Saúde Debate 1996; 13:18-35.

Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1993.

**ANEXO 1** – *Descrição das Unidades Básicas de Saúde em Campinas-SP, segundo Distrito de Saúde e índice de Condições de Vida.*

<b>Unidades Básicas</b>	<b>Distrito de Saúde</b>	<b>ICV</b>
CS Floresta	Noroeste	Q1
CS Florence	Noroeste	Q1
CS Itajaí	Noroeste	Q1
CS Valença	Noroeste	Q1
CS S Marcos	Norte	Q1
CS S Mônica	Norte	Q1
CS Cássio Raposo do Amaral	Norte	Q1
CS Anchieta	Norte	Q1
CS Itatinga	Sudoeste	Q1
CS S Antonio	Sudoeste	Q1
CS Aeroporto	Sudoeste	Q1
CS V Alegre	Sudoeste	Q1
CS S Cristóvão	Sudoeste	Q1
CS DIC I	Sudoeste	Q1
CS U Bairros	Sudoeste	Q1
CS DIC III	Sudoeste	Q1
CS S Domingos	Sul	Q1
CS S Jose	Sul	Q1
CS C Moura	Sul	Q1
CS S Quirino	Leste	Q2
CS Ipaussurama	Noroeste	Q2
CS S Bárbara	Norte	Q2
CS Capivari	Sudoeste	Q2
CS S Lucia	Sudoeste	Q2
CS Conceição	Leste	Q3
CS Perseu	Noroeste	Q3
CS P Aquino	Noroeste	Q3
CS B Vista	Norte	Q3
CS T Neves	Sudoeste	Q3
CS V União/CAIC	Sudoeste	Q3
CS S Vicente	Sul	Q3
CS Ipê	Sul	Q3
CS O Maia	Sul	Q3
CS V Rica	Sul	Q3
CS Esmeraldina	Sul	Q3
CS J Egídeo	Leste	Q4
CS 31 de Marco	Leste	Q4
CS C Silva	Leste	Q4
CS Taquaral	Leste	Q4
CS Sousas	Leste	Q4
CS Centro	Leste	Q4
CS Integração	Noroeste	Q4
CS Eulina	Norte	Q4
CS B Geraldo	Norte	Q4
CS Aurélia	Norte	Q4
CS F Lima	Sul	Q4
CS Figueira	Sul	Q4
CS S Odila	Sul	Q4
CS Paranapanema	Sul	Q4

**ANEXO 2** – Descrição da porcentagem de exodontias de permanentes por faixa etária, segundo o índice de Condições de Vida.

Exodontias	Idade (anos)						
	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e +
ICV							
Q1	0,03	1,13	4,00	6,11	62,19	16,22	10,33
Q2	0,00	1,12	3,15	4,84	58,04	16,09	16,76
Q3	0,00	0,55	3,06	3,93	58,74	16,56	17,16
Q4	0,11	0,68	2,76	3,25	52,93	20,87	19,40

**ANEXO 3** – Associação da razão de acessibilidade, razão de urgência e razão de proporção de carga horária semanal de cirurgião dentista para o agrupamento de Unidades Básicas de Saúde segundo o Índice de Condições de Vida.

ICV = Q1	Razão de Acessibilidade*	Razão de Urgência**	Razão de proporção de Carga Horária semanal***
CS S Domingos	30,27	19,00	0,67
CS Floresta	21,90	12,77	1,30
CS Itatinga	19,85	9,99	1,20
CS S Marcos	18,41	21,06	1,39
CS S Mônica	16,82	15,39	0,86
CS S Antônio	14,89	7,87	0,63
CS Florence	14,07	20,72	0,77
CS S José	12,90	16,13	0,38
CS Itajaí	12,05	8,49	0,52
CS Aeroporto	11,82	6,47	0,73
CS C Moura	11,48	7,36	0,52
CS C R Amaral	10,94	11,75	0,65
CS Valença	9,93	3,40	0,39
CS V Alegre	9,23	10,13	0,54
CS S Cristóvão	8,82	4,69	0,56
CS DIC I	8,32	2,76	0,41
CS U Bairros	7,06	12,07	0,36
CS Anchieta	5,33	5,98	0,70
CS DIC III	3,92	12,35	0,61

ICV = Q2	Razão de Acessibilidade*	Razão de Urgência**	Razão de proporção de Carga Horária semanal***
CS Capivari	14,87	12,95	0,59
CS S Quirino	7,58	4,61	0,69
CS S Bárbara	7,25	2,82	0,45
CS Ipaussurama	6,99	13,61	0,53
CS S Lúcia	6,34	6,14	0,41

ICV = Q3	Razão de Acessibilidade*	Razão de Urgência**	Razão de proporção de Carga Horária semanal***
CS S Vicente	16,81	10,45	0,67
CS Perseu	16,30	5,28	1,33
CS T Neves	11,29	6,70	0,50
CS P Aquino	11,16	9,61	0,43
CS Ipê	9,06	2,10	0,40
CS B Vista	8,95	4,64	0,70
CS O Maia	8,74	4,68	0,52
CS Conceição	8,37	8,43	0,40
CS V União/CAIC	6,06	2,59	0,30
CS V Rica	5,39	5,24	0,54
CS Esmeraldina	2,44	12,48	0,74

ICV = Q4	Razão de Acessibilidade*	Razão de Urgência**	Razão de proporção de Carga Horária semanal***
CS J Egídeo	18,25	11,02	1,78
CS F Lima	10,44	1,72	0,29
CS 31 de Março	9,71	4,29	0,69
CS Integração	8,78	5,56	0,49
CS C Silva	8,06	7,99	0,50
CS Figueira	7,59	8,18	0,65
CS Taquaral	6,81	4,10	0,28
CS Sousas	6,47	6,57	0,52
CS S Odila	5,80	8,39	0,49
CS Eulina	5,69	1,90	0,21
CS B Geraldo	5,49	12,02	0,23
C Paranapanema	4,96	3,80	0,31
CS Aurélia	3,77	1,19	0,28
CS Centro	3,31	1,99	0,24

\*1<sup>o</sup> consulta / pop total

\*\* número de cons. urgência / pop total

\*\*\* Carga Horária semanal / pop total



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



**CERTIFICADO**

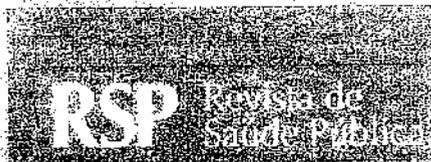
O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Análise do acesso à atenção básica em saúde bucal no município de Campinas, SP**", protocolo nº 009/2011, dos pesquisadores Eduardo de Sant'anna Vitor e Marcelo de Castro Meneghim, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 21/05/2011.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Analysis of the access to the basic attention in oral health in the city of Campinas, SP**", register number 009/2011, of Eduardo de Sant'anna Vitor and Marcelo de Castro Meneghim, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 05/21/2011.

  
**Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta**  
Secretária  
CEP/FOP/UNICAMP

  
**Prof. Dr. Jacks Jorge Junior**  
Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.  
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.



- Informações Gerais
- Definição
- Objetivo
- Área de Atuação
- Objetivos e Resultados
- Organização
- Missão
- Políticas
- Normas de Redação
- Normas de Apresentação

**Envio de Artigos**

Confirmação de envio de novos artigos.

Artigo submetido com sucesso.

Em breve você receberá a confirmação com o número do protocolo.

Agradecemos sua colaboração e sua escolha pela Revista de Saúde Pública.

**Imprimir**   **Ok**

Logout

Volta

© Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Rede de Periódicos em Saúde - ROPS

Desenvolvido por: **COMUNICACAO**