

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia
Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva

VERA MARIA PÔRTO DE PAULA ALVARES

**Qualidade de vida e saúde bucal de um grupo de crianças beneficiadas pelo
Programa Bolsa Família, Belo Horizonte – MG**

**Quality of life and oral health of a group of children benefited by “Programa Bolsa
Família”, Belo Horizonte – MG**

**Belo Horizonte
2009**

VERA MARIA PÔRTO DE PAULA ALVARES

**Qualidade de vida e saúde bucal de um grupo de crianças beneficiadas pelo
Programa Bolsa Família, Belo Horizonte – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadoras: Estela Aparecida Oliveira Vieira
Viviane Elisângela Gomes

Belo Horizonte
2009

Não sei ...
Se a vida é curta ...

Não sei...
Não sei...

Se a vida é curta ou
Longa demais para nós,

Mas sei que nada
Do que vivemos
Tem sentido,
Se não tocarmos
O coração das pessoas”.

Cora Coralina

DEDICATÓRIA

Eu, Vera,

dedico este trabalho a meus pais José Joaquim e Maria Gilka, que me deram a vida e me ensinaram a lutar e a vencer a cada dia , aos meus sete irmãos, cunhados e cunhadas, sobrinhos e sobrinhas, ao meu sogro Altir e minha sogra Cleusa, ao meu marido Bráulio e a alegria da minha vida, Larissa. Vocês fazem parte da minha vida e desejo compartilhar com vocês mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu o dom da vida e a oportunidade de estar aqui presente, tornando o meu sonho realidade.

Ao nosso coordenador de Saúde Bucal, Carlos Tenório, que possibilitou e contribuiu para o meu crescimento profissional, o meu muito obrigado.

A minha orientadora, Estela, que mesmo distante geograficamente se mostrou disponível em todos os momentos e possibilitou ter a oportunidade e o privilégio de termos uma outra orientadora.

A minha orientadora, Viviane, pela responsabilidade, presença, amizade, disponibilidade, pelo carinho e pela dedicação que conseguiu me transmitir durante este trabalho, possibilitando mais esta conquista na minha vida, minha eterna gratidão.

A todos os professores da UFMG e especialmente a Professora Efigênia Ferreira e Ferreira pela amizade, pelos conhecimentos transmitidos e pela dedicação.

A todos os colegas do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, que de alguma forma colaboraram e me incentivaram na realização deste trabalho.

Aos meus colegas do Curso de Especialização, que este seja o primeiro de muitos outros cursos que virão para troca de conhecimentos e de experiência, que seja uma força para uma amizade concreta e sincera de toda a nossa categoria profissional.

A minha professora de informática, Carla, pela ajuda e grande incentivo neste trabalho.

RESUMO

A saúde bucal tem sido relacionada diretamente a qualidade de vida. A utilização de instrumentos desenvolvidos especificamente para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças é recente. O presente trabalho visa conhecer a percepção sobre o impacto de saúde bucal na qualidade de vida, propondo estratégias de cuidado. Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na faixa etária de 8-10 anos beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Foi usado o instrumento CPQ 8-10 validado na versão brasileira e as necessidades de tratamento odontológico foram avaliadas por meio do Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO). As crianças responderam o questionário CPQ 8-10 após os pais terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação dos questionários e a codificação pelo INTO foram realizadas por uma cirurgiã-dentista no consultório do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, Regional Centro-Sul, Belo Horizonte, Minas Gerais. A amostra foi composta de 23 crianças na faixa etária de 8-10 anos que demonstraram compreensão da ferramenta durante seu preenchimento. De acordo com o INTO, 73,9% apresentaram necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico e segundo as respostas do questionário CPQ8-10, 47,8% das crianças perceberam sua saúde bucal como sendo mais ou menos e quanto à percepção global de bem estar geral 39,1% não se sentem incomodadas com a boca e os dentes e 30,4% se sentem um pouco incomodadas. Tendo em vista os resultados, fica evidente a necessidade da organização de ações de educação em saúde com mudança de comportamento, por meio de intervenção baseada na educação interativa das crianças e sua família. As propostas de intervenção que deverão ser realizadas no Centro de Saúde Conjunto Santa Maria são: a formação de grupos operativos priorizando as crianças com os piores indicadores de saúde bucal; a co-responsabilização das crianças e de sua família com estabelecimento das linhas de cuidado pelas Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal para trabalhar a intersetorialidade e proporcionar uma melhor condição de saúde bucal e qualidade de vida. Será feita uma reavaliação após seis meses da intervenção.

Palavras - chave: saúde bucal, qualidade de vida, programas sociais, crianças

ABSTRACT

The buccal health has been directly connected with quality of life. The utilization of instruments developed specifically to evaluate the quality of life related with children`s buccal health is recent. The present work aim is to know the perception about the impact in oral health, quality of life proposing care strategies. To evaluate the quality of life related with oral health in children with the age of 8-10 years old, treated by the "Family Scholarship Program". It was used an instrument "CPQ 8-10" approved in the Brazilian version and the needs of odontological treatment have been measured by means of the " Index of Necessity of Odontological Treatment" (INTO).The children answered the questionnaire CPQ 8-10 after their parents had signed "The Free Agreement and Enlightened Term".The appliance of the questionnaires and the codification through "INTO" were held by a dental surgeon in the office of "Centro de Saúde Conjunto Santa Maria", Regional Centro-Sul, Belo Horizonte, Minas Gerais.The sample was composed with twenty-three (23) children with the age of 8-10 years old, who manifested comprehension of the questionnaire during the fill out of the form. According to "INTO", 73,9 % presented the necessity of repairing/surgical treatment and the answers from the questionnaire CPQ 8-10, 47,8% of these children noticed their buccal health as being more or less and what concerns about the global perception of general welfare, 39,1% didn`t feel discomfort with their mouth and teeth but 30,4% felt uncomfortable. In view of the results, it becomes evident the necessity of an organization in actions of education and health with a change in behavior by means of an intervention based on the interactive education of the children and their families. The interference proposals that should be fulfilled at the "Centro de Saúde Conjunto Santa Maria" are: the creation of operative groups giving priority to the children with the worst signs in oral health; the co-responsabilization of the children and its families with establishment of policy about care by "Equipe de Saúde da Família" and "Equipe de Saúde Bucal" to work in different sectors and give a better condition on the buccal health and quality of live. It will be done a reevaluation after six months intervenction.

Key words: oral health, quality of life, social programs, children

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	10
3	REVISÃO DA LITERATURA	11
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6	CONCLUSÃO	34
7	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	35
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXO	40
	APÊNDICE	45

1 INTRODUÇÃO

O Centro de Saúde Conjunto Santa Maria está localizado à Rua Pastor Benjamim Maia nº57. em um prédio cedido pelo Mosteiro Nossa Senhora das Graças, no bairro Conjunto Santa Maria, Distrito Centro Sul, Belo Horizonte – Minas Gerais.

Quanto ao Índice de Vulnerabilidade à Saúde IVS a área de abrangência do Centro de Saúde possui a seguinte classificação: risco muito elevado, elevado, médio e baixo.

“O termo vulnerabilidade foi eleito em substituição do termo situação de risco, que remete para a mensagem preconceituosa de pessoas perigosas para a sociedade.” (Silva e Panhoca, 2007).

A área de abrangência do Centro de Saúde é composta por 13.538 (100%) de pessoas que inclui Conjunto Santa Maria, Vila Bandeirantes, parte dos bairros Luxemburgo, São Bento e Santa Lúcia e todo o bairro Belvedere. Deste total 1673 pessoas (12,4%) são de risco elevado, 534 (3,9%) são de risco médio e 11.331 (83,7%) risco baixo. Também pertence à sua área de abrangência três setores censitários adjacentes da Regional Oeste que inclui o território da ESF-2, com uma população de 2.321 (100%). Deste total 444(19,1% são risco muito elevados) e 1.877 (80,9% são risco elevado).

Justifica-se este estudo pela necessidade de conhecer qual a percepção da criança de baixa renda beneficiada pelo Programa Bolsa Família sobre o impacto de saúde bucal na qualidade de vida e propor estratégias de cuidado e, além disso, por ser o uso do questionário CPQ 8-10 recente no Brasil, existindo poucos trabalhos publicados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família na faixa etária de 8-10 anos do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2 Objetivo específico

- Aplicar o instrumento CPQ 8-10 validado na versão brasileira em crianças na faixa etária de 8 a 10 anos de idade;
- Investigar as necessidades de tratamento odontológico;
- Avaliar a correlação entre vulnerabilidade à saúde e necessidade de tratamento odontológico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Conferência Internacional de Saúde, realizada em Alma Ata, 1978, recomendou que os níveis do sistema de saúde devem convergir para os cuidados primários, apoiando-os e possibilitando a prestação de serviços essenciais em bases contínuas.

A I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Otawa, em novembro de 1986, definiu promoção de saúde como um processo de capacitação das comunidades para atuar nos meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle.

O conceito ampliado de saúde, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e expressa em nosso texto constitucional, aponta para os determinantes múltiplos de saúde, quais sejam, educação, habitação, alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, meio ambiente, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais e remete à necessidade de ações intersetoriais (Brasil, 1990; Buss, 2000).

O meio ambiente pode ser considerado como tudo que envolve o indivíduo, sua morada, seu trabalho e/ou estudo, lazer, áreas rurais e de preservação.

A dimensão sócio política sobre a saúde aponta a responsabilidade pública acerca das condições de vida.

Embora a relação entre condições de vida e saúde tenha sido constatada há mais de dois séculos, o saneamento e a saúde pública são questões atuais e cada vez mais indissociáveis em países em desenvolvimento.

A solução para o cenário da saúde depende de ações que devem envolver diversos setores da sociedade e diferentes atores sociais. O planejamento a partir de informações baseadas na realidade que subsidiam as decisões dos gestores, indicando prioridades de ação, torna-se elemento primordial na elaboração de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Conceito ampliado de saúde deve ser operacionalizado através da articulação do contexto, do coletivo, da subjetividade e da singularidade através das tecnologias, meios e equipes. A saúde não é algo estatístico, um estado, mas ao contrário, é um processo, algo dinâmico em constante mutação (Motta, 2000).

Um amplo comportamento social veio para substituir o paradigma médico que valoriza doença e não saúde e, contemplou um novo modelo, o socioambiental que valoriza a saúde e nos compromete a desenvolver novas maneiras para medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas de cada indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença (Locker, 2007).

A solução para a alta prevalência de impacto dos problemas associados à saúde bucal relacionada com a qualidade de vida está certamente ligada ao acesso a tratamento odontológico abrangente, incluindo tratamento especializado, para pessoas com alta prevalência de necessidades clínicas e percebidas, especialmente para grupos com contexto socioeconômico desfavorável, para os quais o custo do tratamento configura-se como a principal barreira (Locker, 2001).

Miotto e Barcellos (2001) realizaram um estudo com metodologia de revisão sistemática sobre indicadores subjetivos de saúde bucal. Dos 48 trabalhos selecionados, seis foram considerados relevantes no que concerne ao impacto das condições bucais na qualidade de vida e, com isso, puderam concluir que as variáveis sócio demográficas apresentaram evidência de impacto, quando associadas a variáveis biológicas, o que pode demonstrar a importância de se documentar e compreender o impacto social da saúde bucal na qualidade de vida e advogar recursos destinados à saúde bucal e priorizar a locação de serviços que possam vir ao encontro da resolução dos problemas que causam maior impacto na qualidade de vida das pessoas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado através das Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, estabeleceu princípios e direcionou a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e o controle social, incorporando em sua organização o princípio da territorialidade que facilita o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Os gestores desse sistema federal, estadual e municipal vem dando ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, dando prioridade ao primeiro nível de atenção à saúde, a atenção básica que se sustenta no princípio de integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção de saúde e prevenção, tratamento de doenças e seus agravos (Brasil, 2000).

Em 1994, a fim de dar conta desse processo, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF)/ Estratégia Saúde Família (ESF), onde a unidade

básica é o local privilegiado da atenção básica. Os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção de bem estar tem como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, estendido este em suas concepções estrutural e dinâmica, segundo o enfoque de saúde da família (Brasil, 2000).

A ESF recebe como herança as políticas de saúde da criança e adolescente iniciadas na década de 1980 e os desafios colocados pelo perfil sócio demográfico, político e epidemiológico atual do país e tem a missão de dar continuidade às ações básicas, com forte enfoque na qualidade de vida dessas crianças e adolescentes (Alves e Viana, 2003).

Dentre os objetivos específicos de Estratégia Saúde da Família, podemos destacar a produção social da saúde, por meio de troca de informações e experiências entre as equipes de saúde através da educação em saúde (Moura e Souza, 2002).

Para Levy (2004) educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e a prática da saúde.

Segundo Araújo (2004) as ações de educação em saúde, encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e a saúde da população, principalmente quando passam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de informação, permitindo identificar as necessidades de saúde dos usuários e as escolhas mais adequadas e diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e a população.

O conceito de saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde que trata do processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, como um estado positivo e dinâmica de busca de bem estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social (Araújo 2004).

A educação em saúde deve ser desenvolvida a partir de troca de conhecimento, o que favorece espaço para reflexão, com a apreensão de novos conhecimentos que impliquem na mudança de atitude (Araújo 2004).

Saúde é o produto de um amplo aspecto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habilitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estudo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (Buss, 2000).

Promoção da saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício de própria qualidade de vida, segundo a carta de Ottawa. Esta definição chama atenção para o almejado protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (Brasil, 2009).

A Promoção de Saúde é uma “combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades” (O’ Neill, 2004).

O setor saúde não dá conta da saúde em seu conceito ampliado da qualidade de vida, relacionada aos determinantes sociais e deve necessariamente articular-se aos demais setores, como: educação, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2006).

A promoção de saúde tem como estratégias intersectorialidade, mobilização social e de parcerias na implementação das ações, sustentabilidade, defesa pública da saúde (advocacia). Sua meta é qualidade de vida e seus princípios norteadores são equidade, a paz e a justiça social (Brasil, 2006).

A promoção de saúde, segundo a Carta da Ottawa, contempla cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. A especificidade da Promoção da Saúde repousa, pois, neste somatório de diversas atividades práticas para a realização dos objetivos de melhor saúde e qualidade de vida para todos (Pereira Lima et al., 2000).

Nutbeam (1999), baseando-se no conceito de promoção de saúde, segundo a Carta de Ottawa, caracteriza a promoção de saúde eficaz como aquela que conduz as

mudanças nos determinantes da saúde. Estes determinantes incluem aqueles que estão sob o controle das pessoas (condutas individuais, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde) como também aqueles que estão fora de seu controle (condições sociais, econômicas e ambientais, assim como a prestação de serviços).

Programas de caráter multidisciplinar vêm surgindo com a proposta de se integrar a evolução do conceito de saúde, incorporando várias áreas do conhecimento, com as crianças de um novo paradigma, utilizando metodologias da integração do perfil técnico-científico das áreas da saúde, meio ambiente e biotecnologia. Pobreza, fome, educação e sustentabilidade ambiental afetam diretamente a saúde.

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 09 de janeiro de 2004 pelo Governo Federal e consiste em um programa social, o qual atribui uma transferência monetária às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza, segundo corte de renda determinado. Em todo o Brasil, mais de 11 milhões de famílias são atendidas pelo PBF. Os programas Bolsa Escola, Cartão Alimentação, Auxílio Gás e Bolsa Alimentação foram incorporados ao PBF (Caixa Econômica, 2008).

Além de promover a transferência de renda, o programa objetiva interagir as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com a rede de serviços públicos como a saúde, educação e assistência social, promovendo uma política de combate à fome e segurança alimentar, nutricional, além de impulsionar o desenvolvimento social e econômico destas famílias (Brasil, 2008).

São três as dimensões essenciais nas quais o programa se pauta para a superação da fome e da pobreza; promovendo o alívio imediato da pobreza por meio da transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais básicos na área de saúde e educação, por meio dos cumprimentos das condicionalidades; e coordenação de programas complementares, como geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos (Brasil, 2008).

O Programa Bolsa Família em Belo Horizonte, foi implantado em 2004 e faz parte do quadro de responsabilidades da Secretaria Municipal de Políticas Sociais, sob a responsabilidade direta da Gerência de Coordenação Municipal dos Programas de Transferência de Renda. Em cada estrutura regional, está instalada a Gerência Regional de Programas de Transferência de Renda e Geração de Trabalho, responsável pelo desenvolvimento de ações complementares e pela atualização cadastral. As ações são facilitadas pelas visitas domiciliares, que acontecem com o

apoio dos agentes comunitários da saúde do PACS/PSF local. Além disso, cada regional de Belo Horizonte possui um Posto de Cadastramento o que permite uma atenção mais próxima às famílias beneficiárias (Belo Horizonte, 2008).

O programa integra ainda diversos fóruns de discussão e tomada de decisões no município, como a Câmara Internacional de Políticas Sociais, lugar estruturante na organização e distribuição de recursos nas políticas sociais. Outro espaço significativo de participação é o Grupo Técnico do Programa BH Cidadania, que coordena as intervenções sociais nos territórios com índices de maior risco, permitindo a identificação das famílias beneficiárias moradoras nas áreas mais carentes, que se tornam mais alcançáveis pelos programas complementares das diversas políticas sociais. O Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente também atua no PBF (Belo Horizonte, 2008).

A experiência de Belo Horizonte foi selecionada como uma das finalistas do Prêmio Prática Inovadoras do Programa Bolsa Família como um dos 10 municípios brasileiros que desenvolvem experiência bem sucedidas de Gestão (Belo Horizonte, 2008).

Vários fatores contribuíram para o PBF em Belo Horizonte: uma ampla reforma administrativa na prefeitura, a adoção do cadastro único – CadÚnico é de 121.758 famílias, a matricialidade sócio-familiar nas ações da Política de Assistência Social, e a experiência Bolsa Escola; são experiências que modularam um cenário político e técnico favorável para a implementação do técnico favorável para a implementação do PBF e o contingente de famílias atendidas no município. O PBF deve ser tratado como política pública estruturante, que cria condições para o estabelecimento de uma pedagogia de intersetorialidade, que garanta as famílias mais pobres o acesso efetivo as políticas públicas sociais, de trabalho e urbanos. A intersetorialidade demanda conceito, fluxos, planejamentos e processos de monitoramento e avaliação compartilhados. Assim, a transferência de renda, associada a paradigmas inovadores de gestão pública, é uma estratégia sensível para diluir as desigualdades sociais (Belo Horizonte, 2008).

Como fatores de inovação podem ser apontados, entre outros, a criação de GERPTR bem como gerências direcionadas às ações de renda nas nove regionais administrativas do município; a instalação de atendimento telefônico (0800) para o público em geral; a implantação dos núcleos Regionais Intersetoriais-NIR; a articulação com o Programa BH cidadania; a regionalização do cadastro, com a gestão

do benefício de forma individualizada; a articulação com a CEF; a implantação do SIU-Sistema de Informação Unificada; o desenvolvimento de interfaces com o PETI; a participação na Câmara Intersectorial de Políticas Sociais (Belo Horizonte, 2008).

A elaboração de conceitos e fluxos de trabalho potencializou a articulação de programas governamentais e não-governamentais através de convênios com as secretarias implicadas, como a da Assistência Social. Este dado facilitou a implementação dos programas complementares. O monitoramento dos NIR é mensal, o que permite ajustes periódicos, conforme as diretrizes do programa. A articulação com o Programa BH Cidadania aproxima o programa dos serviços de base local da Assistência Social (CRAS, Casa do Brincar, Agente Jovem, Socialização Infanto-Juvenil) com perfil mais preventivo e facilitador da inserção das famílias beneficiárias nos programas complementares. As variáveis não tangíveis, como auto-estima, comportamento e dinâmicas vinculantes das famílias beneficiárias estão sendo incorporadas nas análises realizadas pelas equipes, de forma articulada com outros serviços, como os CRAS, que trabalham com o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. (Belo Horizonte, 2008).

Em relação com as condicionalidades as famílias beneficiárias devem cumprir três exigências: acompanhar a saúde e o estado nutricional de todos os integrantes da família; manter todas as crianças em idade escolar e os adolescentes, sob sua responsabilidade, matriculados e frequentando o ensino formal, e participar dos programas de educação alimentar oferecido pelo governo estadual, federal e municipal.

Duas situações podem ser indicadas quando não há o cumprimento das condicionalidades: a falta de ofertas dos serviços públicos ou então que a família beneficiária em questão encontra-se em situação de vulnerabilidade ainda maior. Isso serve de alerta pois possibilita identificar as famílias em situação de maior exclusão social e reunir esforços para a priorização em seu atendimento. (Brasil, 2008).

As famílias que deixaram de cumprir as condicionalidades de saúde ou de educação são consideradas as mais vulneráveis socialmente, necessitando de uma estratégia específica de acompanhamento familiar (Brasil, 2008).

O perfil epidemiológico brasileiro, composto por doenças infecto contagiosas, relacionada à pobreza e às más condições de vida, e por doenças crônicas relacionadas ao desenvolvimento, reflete a complexidade dos problemas que afetam a saúde da população. Além disso, a existência de grandes diferenças intra e inter-

regionais mostra que as ações de planejamento devem se dar no âmbito local. Este aspecto está previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza a descentralização do planejamento e de gerência. (Brasil, 1996; 2001; 2002).

A solução para o cenário da saúde depende de ações que devem envolver diversos setores da sociedade e diferentes atores sociais. O planejamento, a partir de informações baseadas na realidade que subsidiem as decisões dos gestores, indicando prioridades de ação, torna-se elemento primordial na elaboração de políticas públicas voltadas para a melhoria de qualidade de vida da população.

Dentro da Bioética do conceito de autonomia, entende-se que "qualidade de vida" seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. A subjetividade é priorizada, uma vez que, de acordo com o conceito de Bion (1967), a realidade é a de cada um. Saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade. (Segre, 2004)

Pesquisas recentes demonstraram que os relatos de crianças sobre qualidade de vida relacionada à saúde são válidas e confiáveis (Jokovic et al., 2002; Uvarni et al., 2007). Além disso, os relatos dos pais e crianças podem não compartilhar das mesmas opiniões sobre doença e saúde (Theunisse et al., 1998; Jokovic et al., 2002). A capacidade de auto-avaliação de criança e percepção de critérios de saúde é dependente da idade, como resultado do desenvolvimento contínuo cognitivo, emocional, social e da linguagem. A atenção para o impacto social das doenças bucais surgiu com os relatos de perdas consideráveis, no nível populacional de dias de trabalho e de escola devido a alterações bucais (Slade e Spencer, 1994).

Os benefícios de se associar as avaliações clínicas, critérios mais subjetivos como a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e o impacto de sua enfermidade sobre sua qualidade de vida, têm sido estudado por muitos autores. (Locker et al., 2002; Oliveira e Sheiham, 2004; Feitosa et al., 2005; Marques et al., 2006; Broder et al., 2007).

A saúde bucal de uma criança influencia na alimentação, sorriso, fala e socialização. Interferências na aparência facial e suas relações com a imagem do corpo, auto-estima e bem-estar emocional exercem um papel importante na interação social e poderão acarretar influência na qualidade de vida destas crianças (Yusef et al., 2006).

Qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui a percepção

subjetiva das funções físicas, psicológicas e sociais, assim como um senso subjetivo de bem-estar (Corless et al., 2001; Oliveira e Sheiham, 2004). Diversos autores tem comprovado o impacto negativo das alterações bucais e orofaciais na qualidade de vida de crianças de diferentes faixas etárias e de seus familiares (Locker et al., 2002; Oliveira e Sheiham, 2004; Feitosa et al., 2005; Marques et al., 2006).

Em Belo Horizonte, crianças na faixa etária de 8 e 9 anos tem alta prevalência de dor de dente (45,9%). Esta dor pode gerar impacto na qualidade de vida, em função do prejuízo das atividades cotidianas e dos riscos à saúde geral (Barrêto et al., 2004).

Muitos estudos têm comprovado o impacto negativo das alterações bucais e orofaciais na qualidade de vida de crianças de diferentes faixas etárias e de seus familiares (Locker et al., 2002; Oliveira e Sheiham, 2004; Feitosa et al., 2005; Marques et al., 2006).

Programas de saúde bucal nas unidades locais, como aqueles empreendidos por secretarias de saúde municipais que assumem grande importância na medida em que procuram utilizar metodologias de educação como parte do processo de capacitação para melhorar sua saúde bucal. Mirachi & Saez (1989) enfatiza que é necessário considerar os estilos de vida e as formas de viver das populações a quem são dirigidas as ações de saúde, pois no campo da cultura popular, os conhecimentos, os valores, as crenças e as práticas se vinculam com fatores biológicos, econômicos e sociais.

As crianças entre os seis e oito anos já entende saúde como um conjunto de sintomas somáticos e emocionais. Aos oito anos já são capazes de relatar todos os aspectos de suas experiências de saúde e conseguem usar um formato de instrumento com cinco opções de respostas. Tem a capacidade de entenderem o tempo decorrido de eventos passadas, em termos de dias, semanas e meses (Rebok et al., 2001). Na idade de oito anos, o critério de atrativo da criança é o mesmo dos adultos (Tung e Kiyala, 1998).

Segundo Hebling e Pereira (2007) a correta interpretação das medidas de qualidade de vida requer um entendimento não somente de suas propriedades psicométrica, mas também dos fatores conceituais que podem influenciar nas avaliações dos pacientes de sua saúde e bem-estar.

Planejar, administrar e monitorar programas de saúde pública requerem

informações disponíveis e atualizadas para os gestores e técnicos que atuam em todos os níveis de saúde, com distintos graus de responsabilidade e possibilidades de intervir. A informação necessita estar disponível, refletindo com precisão a realidade em nível local, regional, nacional e mundial. Isto deve ser feito com os melhores dados disponíveis e levando em consideração a dinâmica na transmissão de doenças, demografia, disponibilidade e acessibilidade aos serviços sociais e de saúde existentes, tão bem como os dados geográficos e ambientais (WHO, 2005).

A saúde bucal é parte da saúde geral e é essencial para a qualidade de vida. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento. As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas nos domínios físicos, sociais e psicológicos, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser considerados os aspectos positivos e negativo mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente. (McGrath C, Bedi R, 2004).

Apesar das grandes conquistas associadas a saúde bucal nas últimas décadas, muitas pessoas em todo o mundo, especialmente as mais pobres, ainda são afetadas por problemas bucais como a cárie e a doença periodontal. (Petersen, 2003).

Apesar de, em 1985, Nikias (1985), ter sugerido que a avaliação do efeito das doenças bucais sobre a qualidade de vida pode ser muito útil para auxiliar planejadores de serviços de saúde a estabelecer programas e prioridades institucionais, pesquisadores a estudar os determinantes do processo saúde/doença e a identificar medidas terapêuticas e profiláticas realmente efetivas, e clínicos a tomar decisões de tratamento e monitorar a evolução clínica de seus pacientes. O primeiro trabalho descrevendo o processo de construção e validação de um questionário para mensurar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal de criança foi publicado em 2002 (Jokovic et al., 2002).

Além da utilização de instrumentos desenvolvidos especificamente para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças terem sido iniciadas recentemente, praticamente não existe informação científica publicada no nosso idioma sobre o assunto, o que limita a ampliação do emprego clínico e em pesquisa, no Brasil, desse tipo de instrumento.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal quantitativo que tem como população alvo crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria em Belo Horizonte, Minas Gerais.

A área adscrita abrange 1.811 pessoas da Equipe Saúde da Família (ESF) 1, sendo 536 famílias cadastradas e, 2.013 pessoas pertencem à Equipe Saúde da Família 2, sendo 614 cadastradas. Do total de crianças de ambas ESFs, 103 crianças, são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

Participaram do estudo apenas as crianças de 8 a 10 anos de idade que apresentaram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo responsável. A amostra foi de 23 crianças.

Os dados foram coletados no próprio Centro de Saúde, entre os meses de maio e agosto de 2009.

Foram coletados dados da saúde bucal por uma cirurgiã dentista que realizou exame clínico pela codificação do INTO (Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico). Houve escovação prévia orientada pela Técnica e Auxiliar de Saúde Bucal com a distribuição de escovas dentais.

Foi aplicado o questionário *Child Perceptron Questionnaire* (CPQ 8-10) versão brasileira que mensura o impacto gerado por problemas bucais na qualidade de vida das crianças.

Índice de necessidade de tratamento odontológico = INTO

O INTO é um instrumento de vigilância epidemiológica e deve ser utilizado com a finalidade de planejamento das ações em Odontologia (Sá, 2005). Este índice foi desenvolvido pelos coordenadores do serviço de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte como forma de orientar o acesso. Serve como instrumento de diagnóstico coletivo possibilitando a organização individual e a adequação das atividades coletivas.

O INTO adota os seguintes códigos:

- Código 0 – Não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração e/ou extração.
- Código 1 – Apresenta de 1 até 3 dentes permanentes ou temporário com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração.
- Código 2 - Apresenta de 4 até 8 dentes permanentes ou temporário com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração.
- Código 3 - Apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporário com cavidades

evidentes, necessitando de restauração e/ou extração.

- Código 4 - Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada.

- Código 5 – Apresenta cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como o maior problema.

Versão brasileira do *Child Perceptions Questionnaire 8.10* (CPQ 8 – 10)

O CPQ é um instrumento específico que avalia a percepção da criança sobre o impacto das desordens orais no bem estar físico e psicossocial, aplicável as crianças de 8 a 10 anos (CPQ 8-10), incluindo aspectos genéricos e específicos relativos às doenças bucais (Gavião et al., 2008).

CPQ 8-10 é um questionário auto preenchível com 29 questões de múltipla escolha sobre os impactos das doenças bucais na qualidade de vida das crianças de 8 a 10 anos de idade. As questões se referem à frequência dos impactos durante o período de quatro semanas anteriores à avaliação. O questionário abrange quatro domínios: sintomas orais (questões 5 a 9), limitações funcionais (questões 10 a 14), bem estar emocional (questões 15 a 19) e bem estar social (questões 20 a 29). As questões 1 e 2 se referem ao gênero e idade da criança, respectivamente. As questões 3 e 4 dizem respeito à percepção global de saúde bucal e bem estar geral, e apresentam opções de resposta que variam de zero (0) a três (3). As demais questões (5 a 29) são medidores com valores de zero a quatro pontos (0 = nunca; 1=uma ou duas vezes; 2=algumas vezes; 3=várias vezes; 4=todos os dias ou quase todos os dias). A pontuação total é obtida pela soma dos valores de todas as questões. Quanto maior a pontuação, maior o impacto na qualidade de vida.

As opções de resposta seguem a escala Likert de cinco pontos, variando do escore 0 ao escore 4 para cada item. A criança pode apresentar valores para o instrumento que variam de 0 (nenhum impacto de sua condição bucal sobre sua qualidade de vida) ao escore 100 (máximo impacto de sua condição bucal sobre sua qualidade de vida). O questionário também possui dois itens de identificação da criança (gênero e idade) e dois itens gerais sobre saúde bucal, sobre o quanto a alteração bucal ou orofacial afeta seu bem estar geral.

A análise estatística utilizou a análise univariada e bivariada por meio do software SPSS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos gráficos 1, 2, 3, 4 e 5 serão apresentados os resultados sobre a distribuição das crianças de acordo com a idade, gênero, necessidade de tratamento restaurador, percepção global de saúde bucal e percepção global de bem estar geral.

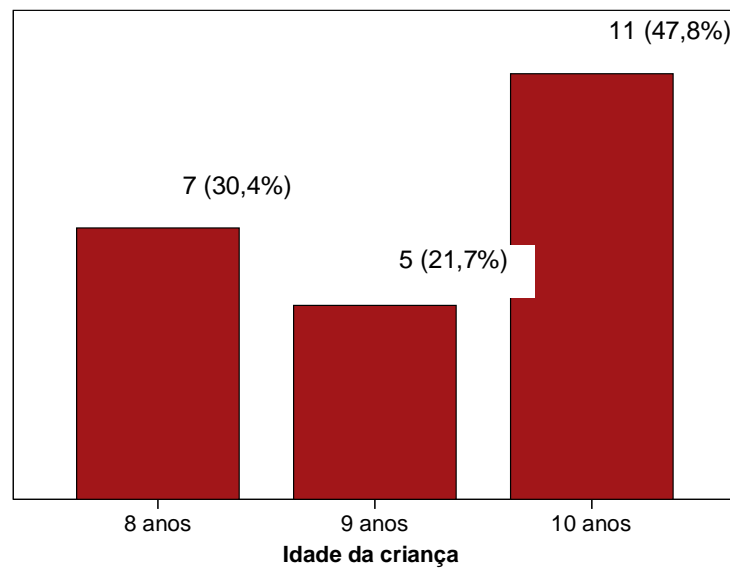


Gráfico 1- Distribuição das crianças de acordo com a idade. Belo Horizonte, 2009. (n=23)

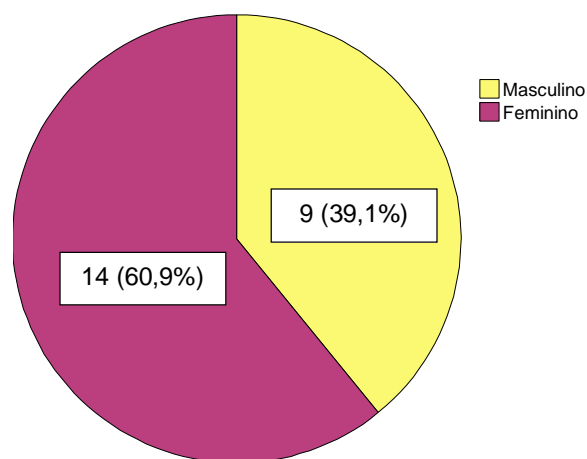


Gráfico 2- Distribuição das crianças de acordo com o gênero. Belo Horizonte, 2009. (n=23)

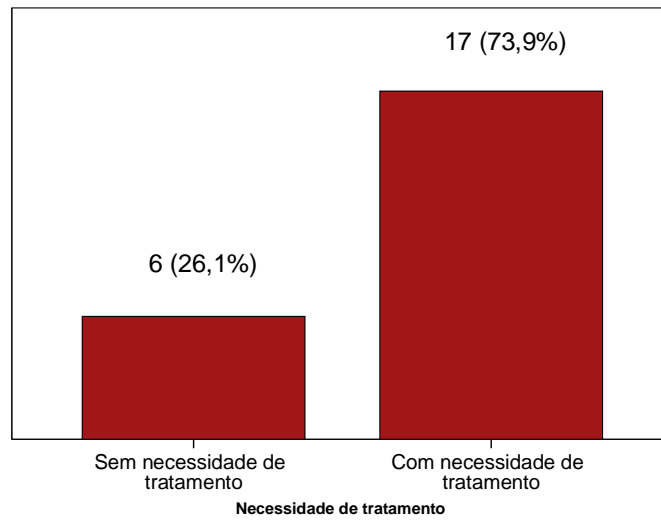


Gráfico 3- Distribuição das crianças de acordo com a necessidade de tratamento restaurador / cirúrgico. Belo Horizonte, 2009. (n=23)

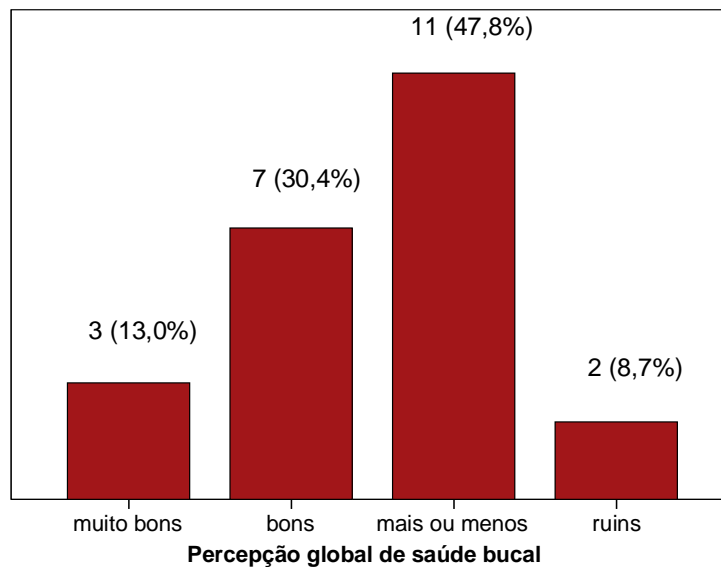


Gráfico 4- Distribuição das crianças de acordo com a percepção global de saúde bucal. Belo Horizonte, 2009. (n=23)

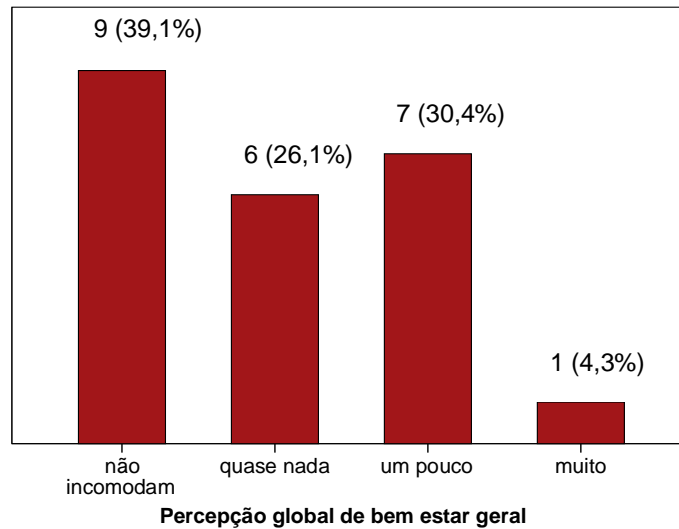


Gráfico 5- Distribuição das crianças de acordo com a percepção global de bem-estar geral. Belo Horizonte, 2009. (n=23)

De acordo com os gráficos 1,2,3,4 e 5.

A amostra foi constituída de 23 crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, dentre essas, 52,1% são crianças de 8 e 9 anos de idade e 60,9% são do sexo feminino.

De acordo com o INTO (Codificação) 73,9% apresentaram necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico.

Segundo as respostas do questionário CPQ 8-10 47,8% das crianças perceberam sua saúde bucal como sendo mais ou menos. Quanto à percepção global de bem estar geral 39,1% não sentem incomodadas com a boca e os dentes e 30,4% se sentem um pouco incomodados com a boca e os dentes.

Nas tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 serão apresentadas informações das crianças relativas ao CPQ 8-10.

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa das crianças de acordo com os domínios do CPQ₈₋₁₀. Belo Horizonte. 2009. (n=23)

Domínio	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sintomas Orais		
Menor impacto na qualidade de vida (Escore de 1 a 8)	13,0	56,5
Maior impacto na qualidade de vida (Escore de 9 a 14)	10,0	43,5
Limitações funcionais		
Menor impacto na qualidade de vida (Escore de 0 a 3)	13,0	56,5
Maior impacto na qualidade de vida (Escore de 4 a 10)	10,0	43,5
Bem-estar emocional		
Menor impacto na qualidade de vida (Escore de 0 a 7)	12,0	52,2
Maior impacto na qualidade de vida (Escore de 8 a 17)	11,0	47,8
Bem-estar social		
Menor impacto na qualidade de vida (Escore de 0 a 4)	12,0	52,2
Maior impacto na qualidade de vida (Escore de 5 a 33)	11,0	47,8
Total dos domínios		
Menor impacto na qualidade de vida (Escore de 2 a 25)	12,0	52,2
Maior impacto na qualidade de vida (Escore de 26 a 73)	11,0	47,8

As categorias de menor impacto na qualidade de vida e maior impacto na qualidade de vida foram mensuradas através dos valores de mediana encontrados, isto quer dizer que 50% das crianças tiveram um escore para domínio sintomas orais entre 1 e 8 e as outras 50% tiveram um escore de 9 a 14, o que significa maior impacto na qualidade de vida.

Tabela 2- Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais das crianças de acordo com o domínio Sintomas Orais (CPQ8-10). Belo Horizonte, 2009. (n=23)

Variáveis		Sintomas Orais			Valor
		Menor impacto na qualidade de vida n (%)	Maior impacto na qualidade de vida n (%)	Total n (%)	
Idade	8 anos	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100)	0,72
	9 anos	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100)	
	10 anos	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100)	
Gênero	Masculino	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)	0,19**
	Feminino	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100)	
Necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico	Sem necessidade	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)	0,66**
	Com necessidade	9 (52,9)	8 (47,1)	17 (100)	
Percepção global da saúde bucal	Dentes muito bons ou bons	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100)	0,40**
	Dentes regulares ou ruins	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100)	
Percepção global de bem-estar geral	Dentes não incomodam ou incomodam quase nada	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)	0,22**
	Dentes incomodam um pouco ou muito	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (100)	

* Teste χ^2 (nível de significância de 10%)

** Teste Exato de Fisher (uma célula com valor < 5)

Na análise bivariada ao relacionar as variáveis individuais com o domínio sintomas orais do instrumento CPQ8-10 verificou-se que não houve nenhuma relação estatisticamente significativa.

Tabela 3- Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais das crianças de acordo com o domínio Limitações Funcionais (CPQ₈₋₁₀). Belo Horizonte, 2009. (n=23)

Variáveis		Limitações Funcionais			Valor
		Menor impacto na qualidade de vida n (%)	Maior impacto na qualidade de vida n (%)	Total n (%)	
Idade	8 anos	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100)	0,19
	9 anos	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100)	
	10 anos	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (100)	
Gênero	Masculino	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)	0,19**
	Feminino	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100)	
Necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico	Sem necessidade	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)	0,17**
	Com necessidade	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (100)	
Percepção global da saúde bucal	Dentes muito bons ou bons	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (100)	1,00**
	Dentes regulares ou ruins	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (100)	
Percepção global de bem-estar geral	Dentes não incomodam ou incomodam quase nada	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)	0,22**
	Dentes incomodam um pouco ou muito	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (100)	

* Teste χ^2 (nível de significância de 10%)

** Teste Exato de Fisher (uma célula com valor < 5)

Na análise bivariada ao relacionar as variáveis individuais com o domínio limitações funcionais do instrumento CPQ 8-10 constatou-se que não houve nenhuma relação estatisticamente significativa.

Tabela 4- Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais das crianças de acordo com o domínio Bem-estar Emocional (CPQ₈₋₁₀). Belo Horizonte, 2009. (n=23)

Variáveis		Bem-estar Emocional			Valor
		Menor impacto na qualidade de vida n (%)	Maior impacto na qualidade de vida n (%)	Total n (%)	
Idade	8 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100)	0,60
	9 anos	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)	
	10 anos	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100)	
Gênero	Masculino	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100)	0,40**
	Feminino	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100)	
Necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico	Sem necessidade	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)	0,64**
	Com necessidade	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (100)	
Percepção global da saúde bucal	Dentes muito bons ou bons	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (100)	0,68**
	Dentes regulares ou ruins	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100)	
Percepção global de bem-estar geral	Dentes não incomodam ou incomodam quase nada	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)	0,08**
	Dentes incomodam um pouco ou muito	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (100)	

* Teste χ^2 (nível de significância de 10%)

** Teste Exato de Fisher (uma célula com valor < 5)

A tabela 4 relaciona bem estar emocional, analisada a partir das categorias de menor impacto na qualidade de vida e maior impacto na qualidade de vida, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o bem estar emocional das crianças com a percepção global de bem estar geral ($p=0,08$). No grupo de crianças classificadas com menor impacto de na qualidade de vida, que afirmam que os dentes incomodam ou incomodam quase nada , esta relação foi de 66,7%. Ao considerar as crianças que afirmaram que os dentes incomodam um pouco ou muito, 75% delas foram classificadas no grupo com maior impacto na qualidade de vida.

Tabela 5- Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais das crianças de acordo com o domínio Bem-estar Social (CPQ8-10). Belo Horizonte, 2009. (n=23)

Variáveis		Bem-estar Social			Valor
		Menor impacto na qualidade de vida n (%)	Maior impacto na qualidade de vida n (%)	Total n (%)	
Idade	8 anos	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100)	0,96
	9 anos	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100)	
	10 anos	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100)	
Gênero	Masculino	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)	0,08**
	Feminino	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100)	
Necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico	Sem necessidade	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)	0,15**
	Com necessidade	7 (41,2)	10 (58,8)	17 (100)	
Percepção global da saúde bucal	Dentes muito bons ou bons	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100)	0,21**
	Dentes regulares ou ruins	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (100)	
Percepção global de bem-estar geral	Dentes não incomodam ou incomodam quase nada	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)	0,08**
	Dentes incomodam um pouco ou muito	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (100)	

* Teste χ^2 (nível de significância de 10%)

** Teste Exato de Fisher (uma célula com valor < 5)

A tabela 5 demonstra o domínio bem estar social no instrumento CPQ 8-10 relacionada as variáveis individuais analisadas. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa apenas para as variáveis gênero (p=0,08) e percepção global de bem estar geral (p=0,08). Um maior percentual das crianças do sexo masculino foram classificados no grupo com menor impacto na qualidade de vida (77,8%), enquanto um maior número de crianças do sexo feminino fizeram parte do grupo com maior impacto na qualidade de vida (64,3%). Na variável percepção global de bem estar geral, a maioria das crianças que afirmaram que os dentes não incomodam ou incomodam quase nada estão no grupo de menor impacto na qualidade de vida(66,7%). Dentre as crianças que relataram que os dentes incomodam um pouco ou muito, 75% delas foram identificadas no grupo de maior impacto na qualidade de vida (75,0%).

Tabela 6- Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais das crianças de acordo com o Total dos domínios do instrumento CPQ8-10. Belo Horizonte, 2009. (n=23)

Variáveis		Total dos domínios			Valor
		Menor impacto na qualidade de vida n (%)	Maior impacto na qualidade de vida n (%)	Total n (%)	
Idade	8 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100)	0,60
	9 anos	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)	
	10 anos	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100)	
Gênero	Masculino	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100)	0,40**
	Feminino	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100)	
Necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico	Sem necessidade	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)	0,64**
	Com necessidade	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (100)	
Percepção global da saúde bucal	Dentes muito bons ou bons	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (100)	0,68**
	Dentes regulares ou ruins	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100)	
Percepção global de bem-estar geral	Dentes não incomodam ou incomodam quase nada	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100)	0,08**
	Dentes incomodam um pouco ou muito	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (100)	

* Teste χ^2 (nível de significância de 10%)

** Teste Exato de Fisher (uma célula com valor < 5)

A tabela 6 destaca o total dos domínios do instrumento CPQ8-10. Ao relacionar o total dos domínios do instrumento com as variáveis individuais foi encontrado uma relação estatisticamente significativa apenas para a percepção global do bem estar geral ($p=0,08$). Dentre as crianças que afirmaram que os dentes não incomodam ou incomodam quase nada, 66,7 % delas foram classificadas no grupo com menor impacto na qualidade de vida, enquanto a maioria daquelas crianças que responderam que os dentes incomodam um pouco ou muito estão no grupo com maior impacto de vida (75%).

Tabela 7- Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais das crianças de acordo com a percepção global da saúde bucal (CPQ₈₋₁₀). Belo Horizonte, 2009. (n=23)

Variáveis		Percepção global da saúde bucal			Valor
		Dentes muito bons ou bons n (%)	Dentes regulares ou ruins n (%)	Total n (%)	
Idade	8 anos	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100)	0,72
	9 anos	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)	
	10 anos	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100)	
Gênero	Masculino	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100)	0,09**
	Feminino	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100)	
Necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico	Sem necessidade	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (100)	0,71**
	Com necessidade	7 (41,2)	10 (58,8)	17 (100)	

* Teste X² (nível de significância de 10%)

** Teste Exato de Fisher (uma célula com valor < 5)

Tabela 8- Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais das crianças de acordo com a percepção global de bem-estar geral (CPQ₈₋₁₀). Belo Horizonte, 2009. (n=23)

Variáveis		Percepção global de bem-estar geral			Valor
		Dentes não incomodam ou quase nada n (%)	Dentes incomodam um pouco ou muito n (%)	Total n (%)	
Idade	8 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100)	0,49
	9 anos	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)	
	10 anos	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100)	
Gênero	Masculino	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (100)	0,08**
	Feminino	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (100)	
Necessidade de tratamento restaurador/cirúrgico	Sem necessidade	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)	0,36**
	Com necessidade	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (100)	

* Teste X² (nível de significância de 10%)

** Teste Exato de Fisher (uma célula com valor < 5)

As tabelas 7 e 8 associaram estatisticamente a percepção global de saúde bucal e bem estar geral com as variáveis individuais investigadas. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa apenas para a variável gênero (p=0,09 e p=0,08). A maior parte dos meninos afirmaram que os dentes estão muito bons ou bons (66,7%) e que os dentes não incomodam ou incomodam quase nada (88,9%). A

maioria das meninas relataram que os dentes estão regulares ou ruins (71,4%) e que os dentes incomodam um pouco ou muito (50%).

Foi utilizado o instrumento validado que permitirá seu uso em estudos epidemiológicos, contribuindo na escolha de políticas de saúde e no estabelecimento de procedimentos odontológicos prioritários.

O estudo de Jokovic et al. (2004) mostrava que o instrumento CPQ 8-10 representa uma forma eficaz e eficiente para o profissional de saúde avaliar a percepção da criança sobre os impactos das doenças bucais na qualidade de vida da mesma.

A versão brasileira do CPQ 8-10 comprovou ser válida e confiável para uso em crianças brasileiras na faixa etária de 8 a 10 anos. As propriedades psicométricas foram satisfatórias e similares ao instrumento original, a equivalência funcional já comprovada, permitindo ao uso do instrumento em estudos epidemiológico no Brasil.

6 CONCLUSÃO

A aplicação do instrumento Questionário CPQ 8-10 foi considerada fácil, rápida e as questões bem compreendida pelas crianças de oito a dez anos.

Através deste instrumento será possível seu uso em estudos epidemiológicos, podendo contribuir na escolha de políticas de saúde e no estabelecimento de procedimentos odontológicos prioritários.

Os relatos de crianças sobre qualidade de vida relacionada à saúde são válidos e confiáveis.

O instrumento validado irá auxiliar os profissionais de saúde, a conhecer melhor a influência que a saúde bucal exerce na qualidade de vida das crianças. Partindo desse conhecimento medidas efetivas de promoção de saúde poderão ser direcionadas para esta parcela da população.

O CPQ 8-10 validado poderá ser aplicado pela Equipe de Saúde Bucal de forma a conhecer melhor a percepção de seus pacientes sobre a sua saúde bucal.

Após o tratamento clínico, o cirurgião dentista da Equipe de Saúde da Família pode através do CPQ 8-10 observar o impacto das intervenções por ele realizadas.

O instrumento CPQ 8-10 possui a propriedade de diferenciar o impacto de diferentes alterações bucais e pode ser usado como auxiliar na escolha de políticas públicas de saúde.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo em vista os resultados do presente estudo alguns pontos relacionados à população estudada ficaram evidentes. Com relação às condições de saúde bucal, baseadas no INTO, a grande maioria das crianças apresentou pelo menos um elemento dental com alguma necessidade de tratamento odontológico. E, por meio do questionário CPQ 8-10, mais da metade das crianças avaliou negativamente a própria condição de saúde bucal. Nesse contexto, verificou-se existência de uma relação entre a condição de saúde bucal e a qualidade de vida dessas crianças.

Dessa forma, o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde, baseadas na educação e motivação dessas crianças e de seus familiares, visando sua conscientização e a busca do serviço odontológico com maior frequência, provavelmente, resultaria numa mudança positiva nos resultados encontrados.

Considerando a realidade do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, a Equipe Saúde da Família e a Equipe de Saúde Bucal será possível implementar estratégias que poderão envolver as crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e seus familiares, resultando no estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade. Dessa forma acredita-se que uma mudança de comportamento poderá acontecer, resultando, assim, em uma melhoria da saúde e qualidade de vida dessas crianças.

A proposta de intervenção sugerida por esse estudo é que as seguintes estratégias sejam implementadas:

- Formação de grupos operativos no Centro de Saúde para discussão de temas de interesse relacionados à saúde, de forma interativa, priorizando a participação das crianças que apresentaram os piores indicadores de saúde bucal, bem como aquelas que avaliaram negativamente sua saúde bucal;
- Aproximação entre as Equipes de Saúde e a escola a fim de que ações intersetoriais sejam estabelecidas;
- Envolvimento dos familiares nas atividades a fim estimular a autonomia, o autocuidado e a sua participação com co-responsabilização;
- Estabelecimento de linhas de cuidado, de caráter multidisciplinar, construídas conjuntamente pela Equipe Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal;
- Reavaliação das condições de saúde bucal e da autopercepção das crianças após 6 meses do estabelecimento das estratégias.

REFERÊNCIAS

Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e linguística. **UFES Rev Odontol.** 2004; 6(1):6-15.

Alves CRL, Viana MRA. **Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes.** Belo Horizonte: Coopmed:2003.

Araújo FM. Ações de educação em saúde no Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. **Int J Health Serv.** 1976; 6:681-98.

Barbosa TS, Serra MD, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças – Parte I: Versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 8-10. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.** 363/2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3017>. Acesso em 01/05/2009.

Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo para atenção básica em Saúde Bucal 2006,** 2006.

Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de vulnerabilidade à saúde 2003,** 2003.

Bion WR. **Estudos psicanalíticos revisados** (Second thoughts) 1967. Rio de Janeiro, Imago, 1988 [Links].

Bombarda - Nunes F; Miotto, MHMB; Barcellos LA. Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** 2008; 8(1):7-14.

Brasil. **LEI nº 10.836. Regulamenta o Programa Bolsa Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde.** Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao_saude.pdf: 1 de maio de 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Links]

Brasil. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome**, 2008. Disponível em:<www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/o-que-e> Acesso em 01/05/2009

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Governo aplica legislação e bloqueia benefícios de 112 famílias do Programa Bolsa Família. Bolsa Família Informa. Nº45. 2006.** Disponível em:<www.mds.gov.br/menu_superior/informe-pbf/informe-pbf-gestores/arquivos/bolsa_familia_informa45.pdf> Acesso em 01/05/2009

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2000; 5(1):163-177.

Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentário sobre o documento de referencias e os trabalhos da Comissão Nacional sobre determinantes Sociais de Saúde. **Cad Saúde Pública.** 2006; 22(9):2005-2008.

Dumont AFS, Salla JT, Vilela, MBL et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2008;13(3): 1017-1022

Feitosa S; Colares V; Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4 year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saúde Pública.** 2005; 21:1550-6.

Ferreira EF. Identificação de problemas em saúde bucal. **Guia curricular do curso de Técnico em Higiene Dental. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.** 2005; 68-71.

Gavião MBD, Barbosa TS, Serra MD. **Qualidade de vida e saúde bucal em crianças – Parte I: Versão brasileira do Child Perceptiions Questionnaire 8-10.** Disponível em http://WWW.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/atigos/artigo_int.php?id_artigo=3017 acessado em 01/05/2009.

Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. **Pediatr Dent** 2004; 26(6): 512-8.

Kruger L, Moysés S. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalho com Evidência.** São Paulo: Artes Médicas, 2008.

Levy S. **Programa educação em saúde.** Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>>. [site na Internet]. Acessado em 11 de junho de 2009.

Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and orofacial conditions. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2002; 30(6): 438-48.

Locker D. Does dental care improve the oral health of older adults? **Community Dent Health.** 2001; 3(1):32-8.

Locker D. Subjective indicators of oral health status. In: Slade GD. **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina. Dental Ecology 1997; 15:3-7.

Loureiro CA, Araújo VE. **Dimensionamento do Programa de Saúde Bucal de Ouro Preto, MG.** Belo Horizonte: Estação Saúde; 2005. [Links]

Marques LS, Ramos – Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** 2006; 129: 424-7.

Martins, MA. **Confiabilidade e validade da versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10).** Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

Mc Grath C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. **Qual Life Res.** 2004; 13:813-818.

Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal Oral Health Impact Profile OHIP. **Ufes Rev Odontol.** 2001; 3(1):32-8.

Misrachi CL, Sáez MS. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. **Cuad Méd Soc.** 1989; 30:27-33.

Motta, JIJ. **O Processo Saúde/Doença.** In Teixeira, P. (Org.) Curso de Aperfeiçoamento em Biossegurança On-line. Rio de Janeiro: Educação a Distância

EAD/ENSP, 2000. Unidade II. Módulo 7.

Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad Saúde Pública**. 2002; 18(6):1809-1811.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century – the approach of the Who Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2003; 31 Suppl 1:3-23.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Coluna Social. Órgão informativo da Câmara Intersetorial de Políticas Sociais da Prefeitura de Belo Horizonte**. nº34, 2008.

Sá, E. **O inquérito de necessidades em Saúde Bucal. Guia curricular do curso de Técnico em Higiene Dental**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2005.

Segre, M. Marco Segre discute bioética. **ConScientiae Saúde**. 2004; 3: 7-15. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/257/307>>. Acessado em: 01/05/2009.

Silva, Olga Maria Panhoca, Panhoca, Luiz. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2007; 12(5): 1209-1219.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dent Health**. 1994; 11(1):3-11.

Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1997; 25:284-90.

Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**. 2007; 23(11): 2555-2564.

World Health Organization (WHO). **Oral Health Surveys. Basic Methods**. 1997. 4ª ed. Genova: WHO.

CPQ 8-10 (VERSÃO EM PORTUGUÊS)

Data de hoje: _____/_____/_____

1. Você é um menino ou uma menina?
 - menino
 - menina
2. Quantos anos você tem?
3. Você acha que os seus dentes e a sua boca são:
 - muito bons
 - bons
 - mais ou menos
 - ruins
4. Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?
 - não incomodam
 - quase nada
 - um pouco
 - muito
5. No último mês, quantas vezes você sentiu dor de dentes ou dor na boca?
 - nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
6. No último mês, quantas vezes você teve feridas na sua boca?
 - nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
7. No último mês, quantas vezes você sentiu dor nos seus dentes quando comeu alguma coisa ou bebeu alguma coisa gelada?
 - nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
8. No último mês, quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?
 - nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias

9. No último mês, quantas vezes você ficou com cheiro ruim na sua boca ?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
10. No último mês quantas vezes você gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa de seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
11. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne, por causa de seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
12. No último mês, quantas vezes foi difícil para você comer o que você queria por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
13. No último mês, quantas vezes você teve problemas para falar por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
14. No último mês, quantas vezes você teve problemas para dormir à noite por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias

15. No último mês, quantas vezes você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
16. No último mês, quantas vezes você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
17. No último mês, quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
18. No último mês, quantas vezes você ficou preocupado com o que as pessoas pensam sobre seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
19. No último mês, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas por causa dos seus dentes ou sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
20. No último mês, quantas vezes você faltou à aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- nenhuma vez
 - uma ou duas vezes
 - às vezes
 - muitas vezes
 - todos os dias ou quase todos os dias
21. No último mês, quantas vezes você teve problemas para fazer seu dever de casa por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

22. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

23. No último mês, quantas vezes você não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

24. No último mês, quantas vezes você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

25. No último mês, quantas vezes você não quis falar com outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

26. No último mês, quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

27. No último mês, quantas vezes você ficou fora de jogos e brincadeiras por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez

- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

28. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

29. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou sua boca?

- nenhuma vez
- uma ou duas vezes
- às vezes
- muitas vezes
- todos os dias ou quase todos os dias

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais ou responsáveis, este estudo tem como título “Qualidade de vida e saúde bucal de um grupo de crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, Belo Horizonte – MG. Para a validade desta pesquisa, peço que seu filho(a) responda as questões de maneira sincera e completa. É importante que você saiba que seu filho não será identificado, sendo mantido o caráter confidencial das informações. Os resultados obtidos poderão ser divulgados, apresentados e publicados em eventos e artigos científicos.

Estar participando deste estudo não lhe trará nenhuma despesa financeira. Se tiver dúvidas, pode entrar em contato comigo através do telefone 3277-8822 ou 3277-8823.

Após receber informações sobre, autorizo que meu filho(a) participe deste estudo e concordo que seja realizado exame clínico nele(a), _____, bem como, que ele(a) responda ao questionário. Autorizo também, que os dados obtidos através do exame clínico e das respostas aos questionários sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Nome responsável pela criança

Assinatura da Criança

Vera Maria Pôrto de Paula Alvares
Cirurgiã-dentista e pesquisadora
Rua Pastor Benjamim Maia, 57, Conjunto Santa Maria