

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Angela Regina Rinco Fontoura

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL ENTRE CRIANÇAS DE FAMÍLIAS
ELEGÍVEIS AO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Belo Horizonte

2016

Angela Regina Rinco Fontoura

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL ENTRE CRIANÇAS DE FAMÍLIAS
ELEGÍVEIS AO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Odontologia de Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Flávio de Freitas Mattos

Co-orientadora: Prof. Dra. Viviane Elisângela Gomes

Belo Horizonte

2016

Ficha Catalográfica

FG84u
2016
T Fontoura, Ângela Regina Rinco .
Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças de
famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família / Ângela Regina
Rinco Fontoura. -- 2016.

79 f. : il.

Orientador: Flávio de Freitas Mattos.
Coorientadora: Viviane Elisângela Gomes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Criança. 3.
Vulnerabilidade social. 4. Serviços de saúde bucal. I.
Mattos, Flávio de Freitas. II. Gomes, Viviane Elisângela.
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLÁCK - D847



FOLHA DE APROVAÇÃO

Uso dos serviços de saúde bucal entre elegíveis ao Programa Bolsa Família em um município brasileiro de grande porte

ANGELA REGINA RINCO FONTOURA

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 20 de dezembro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Flavio de Freitas Mattos - Orientador
FO/UFMG

Prof(a). Viviane Elisângela Gomes
FO/UFMG

Prof(a). Mara Vasconcelos
FO/UFMG

Prof(a). Eliana Aparecida Villa
Escola de Enfermagem/UFMG

Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA ANGELA REGINA RINCO FONTOURA

Aos 20 dias de dezembro de 2016, às 14:00 horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Flavio de Freitas Mattos (Orientador) – FO/UFMG, Viviane Elisangela Gomes (Coorientadora) – FO/UFMG, Mara Vasconcelos – FO/UFMG e Eliana Aparecida Villa – Escola de Enfermagem/UFMG, para julgamento da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, intitulada: **Uso dos serviços de saúde bucal entre elegíveis ao Programa Bolsa Família em um município brasileiro de grande porte.** O Presidente, Prof. Flavio de Freitas Mattos abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da Comissão Examinadora, a candidata foi considerada:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2016.

Prof(a). Flavio de Freitas Mattos

Prof(a). Viviane Elisangela Gomes

Prof(a). Mara Vasconcelos

Prof(a). Eliana Aparecida Villa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha mãe Lucy, meu anjo da guarda, a ela minhas saudades.

Ao meu pai Domingos pelo exemplo de vida, força, coragem e honestidade.

Agradeço ao meu marido, namorado, amigo e companheiro de todas as horas, Luiz Fernando.

Aos meus filhos Guilherme e Renato pelo carinho de sempre e pela ajuda quando precisei.

Aos meus irmãos Luiz e Roberto, minhas irmãs Maria Emília e Isabel e a todos da família pela paciência nos meus momentos de ausência.

Aos colegas de trabalho, Angélica, Renata, Paulo e Luciana, por me ouvirem sempre e em especial à Fernanda pelo incentivo durante toda esta jornada.

Aos meus colegas de turma Beatriz, Bruno, Marília A, Marília B, Nora, Rodrigo, Rita, Silvia e Wellen, nossa maravilhosa turma da “coesão social”. Sou grata pela cumplicidade e apoio, pelas risadas, pelas angústias compartilhadas. Foi um presente especial o reencontro com Rita, amiga de adolescência.

Aos funcionários da FO-UFMG que sempre nas sombras cuidaram do nosso bem-estar.

Aos professores por compartilharem seu saber de forma tão carinhosa.

Um agradecimento especial aos meus orientadores, Flávio e Viviane, pela paciência, pelo carinho e disponibilidade. Agradeço de todo coração!

À Raquel por ter encontrado tempo na sua atribulada agenda para colaborar na análise dos dados.

À Prefeitura Municipal de Contagem, em especial à Secretaria de Saúde e à Secretaria de Desenvolvimento Social por tornarem possível a realização do mestrado.

À FAPEMIG pelo apoio;

Finalmente, a Deus, razão maior da nossa existência.

A primeira igualdade é a justiça.

Victor Hugo

RESUMO

Grupos populacionais mais vulneráveis estão mais expostos a fatores de risco de adoecimento e utilizam menos os serviços de saúde. Há seis vezes mais crianças que nunca tiveram acesso a serviços odontológicos entre beneficiárias do Programa Bolsa Família. Este estudo teve como objetivo descrever o uso dos serviços odontológicos pelas crianças de até sete anos, de famílias elegíveis para o Programa Bolsa Família, em um município de Minas Gerais. A amostra foi aleatória, não probabilística. No período entre setembro e novembro de 2016, 84 responsáveis pelas crianças foram entrevistados por uma das pesquisadoras, utilizando questionário previamente validado, após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. A variável dependente foi o uso de serviços de saúde bucal pelas crianças e as independentes foram políticas de apoio social, fatores socioeconômicos e demográficos e percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança. A análise estatística dos dados foi feita por meio do *software* Stata®. Para analisar a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, realizou-se o teste de associação pelo qui-quadrado de Pearson. As variáveis significativamente associadas ao uso dos serviços de saúde bucal foram faixa etária da criança ($p = 0,000$) e percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança ($p = 0,040$). A maioria das famílias participantes era da faixa da extrema pobreza (76,19%). Houve predominância de relatos de não uso dos serviços odontológicos (67,86%). Entre os que relataram uso, 92,31% encontraram o tratamento buscado, com predominância de crianças mais velhas e cujos responsáveis relataram menor satisfação com a saúde bucal de seus filhos. Foram identificados dados relativos ao uso dos serviços de saúde bucal e alguns de seus determinantes sociais, por crianças provenientes de famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família, evidenciando a importância de estudos que possam auxiliar o enfrentamento das iniquidades em saúde em populações vulneráveis.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Criança. Vulnerabilidade Social. Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT

Vulnerable population groups are more exposed to sickening risks and make less use of health services. There are six times more children who have never had accessed dental services among beneficiaries of the Family Income Program. This study aimed at describing dental services use by children up to seven years old, from families eligible for the Family Income Program in a city of Minas Gerais. Sampling was random and non-probabilistic. Between September and November, 2016, 84 adults responsible for the children were interviewed by one of the researchers, using a questionnaire previously validated, after signing an informed consent form. The dependent variable was the use of oral health services by the children and the independent ones were: social support policies, socioeconomic and demographic factors and the perception of the responsible about the oral health of the child. Statistical analysis of the data was performed using Stata^R software. In order to analyze the relationship between the independent variables and the dependent one, the Pearson chi-square association test was performed. The variables significantly associated with the use of oral health services were: child's age range ($p = 0.000$) and the perception of the responsible about child's oral health ($p = 0.040$). Most of the participating families were below the extreme poverty line (76.19%). There was a predominance of reports of non-use of dental services (67.86%). Among those who reported use, 92.31% found the treatment sought, with a predominance of older children whose caregivers reported less satisfaction with the oral health of their children. Data related to the use of oral health services were identified, together with their social determinants among children from families eligible for the Family Income Program, highlighting the importance of studies that could help address health inequities in vulnerable populations.

Key words: Health Services Accessibility. Child. Social Vulnerability. Dental Health Services.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Dissertação

- Tabela 1– Acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação do PBF- Percentual de acompanhamento de crianças e jovens de 6 a 17 anos. Contagem, abril/2016. 22
- Quadro 1 – Variáveis dependente e independentes para uso de serviços de saúde bucal por crianças de 0 a 7 anos, Contagem, 2016. 32

Artigo

- Tabela 1 – Caracterização da população do estudo. Contagem, 2016. 44
- Tabela 2 – Uso de serviços de saúde bucal pela criança e percepção do responsável em relação à saúde bucal da criança, Contagem, 2016. 45
- Tabela 3 – Fatores associados ao uso de serviços de saúde bucal pelas crianças. Contagem, 2016. 47

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BRICS	Brazil, Russia, India, China, South Africa
CAD Único	Cadastro Único
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CCE	Centro de Consultas Especializadas
CD	Cirurgião Dentista
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CSDH	Comissiono of Social Determinants of Health
DAB	Departamento de Atenção Básica
eSB	equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PBF	Programa Bolsa Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	Desigualdades sociais	15
2.2	Iniquidades em saúde	17
2.3	Programas de Transferência de Renda	18
2.4	O Sistema de Saúde em Contagem	22
2.5	Acesso e uso de serviços de saúde	24
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo Geral	30
3.2	Objetivos Específicos	30
4	METODOLOGIA	31
5	RESULTADOS	35
5.1	Artigo científico	35
5.2	Produto técnico	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	72
	ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

Historicamente o conceito de desigualdade social tem apresentado diversas interpretações, desde o conceito de desníveis naturalmente determinados entre os seres humanos por direito de nascimento apresentado por Aristóteles, até o conceito mais atual de desigualdades decorrentes da estrutura da sociedade onde os indivíduos estão inseridos e as consequentes diferenças de oportunidade de acesso aos bens e serviços disponíveis, entre eles, serviços sociais, educação e saúde (SILVA, BARROS, 2002).

Nos últimos anos a situação dos países conhecidos como BRICS, sigla inglesa usada para denominar o grupo de países emergentes formado pelo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, tem chamado à atenção mundial. Apesar do progresso socioeconômico e melhorias na saúde que ocorreram nestes países, ainda persistem extremas desigualdades econômicas entre eles e entre as suas regiões. Há grande variação em relação à desigualdade de renda entre os países. O país que apresentou maior queda nesta desigualdade entre 1990 e 2010, foi o Brasil, porém, este segue, juntamente com a África do Sul, sendo o país que possui maior desigualdade de renda entre os BRICS (MÚJICA *et al.*, 2014).

As desigualdades sistemáticas em saúde entre diferentes grupos sociais consideradas desnecessárias, evitáveis e sobretudo injustas são definidas como iniquidades em saúde. Em sociedades civilizadas são amplamente consideradas inaceitáveis (WITEHEAD, DAHLGREN, 2005; CARDONA, ACOSTA, BERTONE, 2013). A redução da desigualdade e o crescimento econômico são fatores necessários para a redução do grau de pobreza na sociedade (MARINHO, LINHARES, CAMPELO, 2011).

Os programas de transferência de renda foram desenvolvidos em diversos países do mundo com o objetivo de reduzir a pobreza, tendo passado por várias propostas e modelos ao longo do tempo desde que Thomas More, em 1516, na Inglaterra, propôs uma renda para todos que garantisse a sobrevivência (SUPLICY, 2002). Nas últimas décadas verificou-se, principalmente nos países em desenvolvimento, a implementação

de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais e das iniquidades, com foco nos grupos populacionais mais vulneráveis (BICHIR, 2010; IBGE, 2009; MONNERAT *et al.*, 2007).

Estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, o Sistema Único de Saúde tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Antes da Constituição de 1988, o acesso aos serviços públicos de saúde era restrito aos que contribuíam com a Previdência Social, ou seja, os trabalhadores formais. A universalização do acesso garantiu a superação de muitas barreiras formais, no entanto, muitas barreiras informais ainda persistem. A definição de acesso aos serviços de saúde tem sido muito discutida e vem sofrendo diversas modificações, tornando-se mais complexa de acordo com as mudanças experimentadas pela sociedade, passando a incorporar os conceitos de justiça social e equidade (SANCHES, CICONELLI, 2012). Os conceitos de acesso e uso dos serviços guardam uma estreita relação entre si, o que muitas vezes leva à sobreposição de seus significados. Enquanto acesso se refere de forma mais direta ao sistema de saúde, aos processos organizacionais de trabalho e sua relação com as características dos indivíduos, o conceito de uso abrange todo contato com os serviços de saúde, sejam eles diretos como consultas e hospitalizações ou indiretos como exames preventivos e diagnósticos (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

As práticas dos serviços ainda se encontram fragmentadas, sem uma percepção integral do usuário, não levando em conta as suas complexidades, particularidades e necessidades individuais (PINTO *et al.*, 2014; BRITO-SILVA, BEZERRA, TANAKA, 2012).

A baixa prevalência de uso de serviços de saúde bucal por crianças de cinco anos de idade tem sido observada em estudos como os de Machry *et al.* (2013), Goettems *et al.* (2012) e Kramer *et al.* (2008). Nos últimos anos, pesquisas têm demonstrado que os grupos populacionais de maior vulnerabilidade social estão expostos de forma mais intensa aos fatores de risco de adoecimento (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2013). OLIVEIRA *et al.* (2013), verificaram que a frequência de crianças que nunca haviam tido acesso aos serviços de saúde bucal foi seis vezes maior entre beneficiárias do Programa Bolsa Família quando comparadas às crianças de escolas particulares.

A rede de Atenção Básica de Saúde de Contagem, Minas Gerais, é composta por 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem saúde da família, sendo que 12 delas possuem equipes de Saúde Bucal; por 94 equipes de Saúde da Família (ESF) e por 8 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I. Em relação às equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) há 19 equipes modalidade I cadastradas e implantadas. Todas as equipes da Atenção Básica atuam por área de abrangência definida, funcionando como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde de Contagem (CONTAGEM, 2015).

Desta forma, considera-se que o conhecimento de dados relativos à utilização dos serviços de saúde bucal, na esfera municipal, pelas crianças até sete anos, de famílias com perfil de renda para elegibilidade pelo PBF, é importante para o planejamento de ações voltadas para este grupo de alta vulnerabilidade, o que torna o presente estudo relevante.

Estudos mostram que os programas de transferência condicionada de renda têm trazido benefícios na redução da pobreza e na educação. Por outro lado, os benefícios em relação à saúde ainda são incipientes e estão mais relacionados à cobertura vacinal, à melhoria no estado nutricional, à redução da mortalidade infantil e ao acompanhamento ao pré-natal, que são previstos nas condicionalidades do programa brasileiro, havendo poucos estudos relacionados ao acesso dos beneficiários do PBF aos demais serviços de saúde (RIVERA CASTIÑERA, CURRAIS, RUNGO; 2009). Pelo exposto, faz-se necessário o conhecimento do uso dos serviços de saúde bucal por populações vulneráveis.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Desigualdades sociais

Para Eslava-Schmalback e Buitrago (2010), as investigações das desigualdades e iniquidades em saúde tem se tornado cada vez mais frequentes nas últimas décadas, tendo como objetivo principal evidenciar os impactos das mudanças sociais no aumento das desigualdades entre indivíduos, segundo as categorias sociais em que se distribuem na sociedade.

A situação do desenvolvimento humano nas diversas regiões do planeta tem sofrido melhora nas últimas décadas, porém isto não ocorreu de maneira linear entre todas as regiões e países, persistindo sérias desigualdades sociais. Além disto, atualmente há uma tendência de queda na redução destas desigualdades, possivelmente em decorrência da crise econômica mundial, o que numa economia globalizada tende a afetar de forma mais evidente e perversa as regiões mais vulneráveis. Seu enfrentamento configura-se como um dos maiores desafios da atualidade (PNUD, 2014, WHITEHEAD, 2007). Em 1990, quase metade da população dos países em desenvolvimento vivia com menos de US\$ 1,25 por dia, ou seja, em situação de extrema pobreza. Em 2010 essa taxa havia caído para 22 por cento, reduzindo o número de pessoas em situação de extrema pobreza para 700 milhões. A maioria das pessoas que vivia com menos de US\$ 1,25 por dia em 2010 pertencia às regiões do Sul da Ásia e África Subsaariana. Em 2010, um terço da população mundial de 1,2 bilhões em extrema pobreza vivia na Índia. A China, apesar de ter conseguido muito progresso na redução da pobreza, ficou em segundo lugar, concentrando cerca de treze por cento da extrema pobreza mundial. Nigéria, com nove por cento, Bangladesh e a República Democrática do Congo com cinco por cento completam os cinco países que concentravam quase dois terços das pessoas em extrema pobreza em 2010 (WHO, 2014).

Segundo estudo realizado com 20 países da América do Sul e Caribe, entre 2005 e 2010, também ocorrem grandes desigualdades entre eles, sendo Cuba o país que apresenta a menor desigualdade e o Haiti, a maior. O Brasil posiciona-se em sexto lugar entre estes países, ficando atrás de Cuba, Argentina, Uruguai, Chile e México (CARDONA, COSTA, BERTONE, 2013). O Relatório de Desenvolvimento Humano

(RDH) de 2014 mostra que na região da América Latina e do Caribe houve maior redução de desigualdades nos últimos anos, mas apesar disto, esta continua sendo a região mais desigual do mundo, com exceção da África Subsaariana, quadro influenciado principalmente pelas disparidades na dimensão renda (NASCIMENTO, 2013).

Conforme estudo realizado por Andrade *et al* (2011), houve redução significativa das desigualdades no Brasil, avaliada pelo coeficiente de Gini e pela melhora encontrada nos indicadores de renda familiar *per capita* e escolaridade, no período compreendido entre 1998 e 2008. O Coeficiente de Gini consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade e 1 corresponde à completa desigualdade e é comumente utilizado para medir as desigualdades de renda. As reduções ocorreram de forma diferente entre as regiões do país durante a década, sendo a região Sul a que apresentou menor desigualdade de renda e a Centro Oeste a maior, ultrapassando a região Nordeste, que em 1998 era a que apresentava o pior índice. Houve aumento de 11% na renda familiar per capita neste período, sendo que o maior aumento ocorreu no Nordeste e o menor no Sul do país. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) avaliados por este estudo mostram que o maior crescimento da renda ocorreu na população sem cobertura de plano de saúde, o que aponta para a redução das desigualdades socioeconômicas durante a década de 1998 a 2008, porém estas desigualdades ainda se encontram em um nível muito elevado (ANDRADE *et al.*, 2011). Em 2009 o coeficiente de Gini no País era 0,54, sendo considerado um dos mais altos do mundo, o que reflete a existência de grande disparidade de renda (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012).

Nas últimas décadas o Brasil apresentou também grande avanço no índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O IDHM utiliza o conceito de “desenvolvimento centrado nas pessoas, e não a visão de que desenvolvimento se limita a crescimento econômico”, sendo composto por três dimensões: longevidade (vida longa e saudável), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida digno (renda). Apesar da evolução apresentada neste índice, ainda persistem grandes disparidades entre as regiões e dentro delas entre os municípios, em todas as três dimensões do IDHM, realçando o abismo existente entre as oportunidades dos brasileiros. A maioria dos municípios no Centro-Oeste (57%) e Norte (50%) está na faixa de Médio

Desenvolvimento Humano, enquanto a região Sudeste apresenta o maior número de municípios nas faixas de Alto e Muito Alto Desenvolvimento Humano, apesar de ser a região Sul a que apresenta a maior concentração relativa de municípios classificados como de alto IDH (65% de seus municípios encontram-se nessa faixa), seguida da Região Sudeste (com 52%). Nessas regiões e na Região Centro-Oeste, não havia nenhum município, em 2010, entre aqueles de Muito Baixo IDHM (IBGE, 2013).

No município em estudo, Contagem, Minas Gerais, o IDHM em 2010 era 0,756, sendo considerado alto, porém este índice representa o índice global e não reflete a desigualdade dentro do Município. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (em valores de agosto de 2010), passou de 22,25%, em 1991, para 13,94%, em 2000, e para 4,81%, em 2010. O índice de Gini variou nos últimos anos, passando de 0,48 em 1991 para 0,49 em 2000 e novamente para 0,48 em 2010 (PNUD, 2013), o que indica que uma redução nos índices de pobreza e desigualdade nesse Município.

2.2 Iniquidades em saúde

Em 2000 foram lançadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) as Metas de Desenvolvimento do Milênio que tinham como objetivo reduzir “as condições abjetas e desumanas da pobreza extrema” e “fazer do direito ao desenvolvimento uma realidade para todos” até 2015 (ONU, 2000). Estas metas se consolidaram com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission of Social Determinants of Health- CSDH) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), avançando ao relacionar as desigualdades sociais às desigualdades em saúde.

O Brasil foi o primeiro país a criar sua própria Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2006, apenas um ano após a criação da CSDH. O relatório final da CNDSS, lançado em 2008 com o título “As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil” apontou a persistência de inúmeras iniquidades em saúde no país, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde (FLEURY, 2011).

A equidade em saúde ainda é considerada um desafio para os sistemas de saúde da atualidade. Considera-se equidade como a capacidade dos indivíduos de atingir seu

estado potencial de saúde com chance igualitária. Para que se alcance esta equidade é necessário que as oportunidades de acesso aos serviços de saúde sejam iguais para as pessoas, de acordo com suas necessidades, independente das condições socioeconômicas (HIRMAS ADAUY *et al.*, 2013; TURCI *et al.*, 2010).

2.3 Programas de Transferência de Renda

A pobreza é considerada um fenômeno multidimensional e complexo que pode ser definida genericamente como a situação na qual as necessidades básicas dos indivíduos não são atendidas de forma adequada, causando dificuldades para manter as condições básicas de saúde, educação, trabalho, moradia e participação na sociedade. Geralmente, a forma que mais se utiliza para mensurar a pobreza é o estabelecimento de uma linha de pobreza. Esta linha define um limite de renda abaixo da qual as pessoas são classificadas com extremamente pobres (MARINHO, LINHARES, CAMPELO, 2011). Em 1990, essa linha considerava como extrema pobreza aqueles que viviam com menos de US\$ 1,25 por dia, que em valores atualizados pelo Banco Mundial corresponde a US\$ 1,90 por dia, levando em conta a inflação ocorrida no período (WHO, 2014; WORLD BANK GROUP, 2016).

Os programas de transferência de renda são programas através dos quais são feitas transferências monetárias diretas a famílias ou indivíduos em situações de vulnerabilidade social, sem exigência de contribuição prévia. A redução das desigualdades sociais e o combate à pobreza não são os únicos objetivos dos programas de transferência condicionada de renda que visam também à ampliação do acesso à educação, à assistência social e à saúde para a redução das iniquidades (IPEA, 2009; MAGALHÃES, 2010). Estes programas podem exigir contrapartidas dos beneficiários, que devem cumprir condicionalidades para receberem o benefício, porém existem outros que não impõem condicionalidades. Geralmente as condicionalidades estão relacionadas à frequência escolar das crianças e adolescentes e ao acompanhamento das ações de saúde pela família (CAMPOS FILHO, 2007; MAGRO, REIS, 2011).

A maioria dos países da América Latina optou pelos Programas de Transferência de Renda Condicionada, que podem ser encontrados também em alguns países da Ásia, África e do Caribe (ADATO, HODDINOTT, 2007; MAGRO, REIS, 2011). Na América Latina destacam-se os programas do Chile (Chile Solidário),

México (Oportunidades) e o do Brasil, Bolsa Família (PBF) (BICHIR, 2010; IPEA, 2009; MONNERAT *et al.*, 2007). O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado pelo Governo Federal em outubro de 2003 unificando quatro programas já existentes, por meio da medida provisória número 132 de outubro de 2003. Esses programas eram: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). Em relação às condicionalidades, a família beneficiária assume compromissos referentes à educação e saúde ao entrar no programa (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007).

Devido à existência destes programas federais e ainda de diversos outros estaduais e municipais, cada um deles coordenado por um órgão diferente e voltado para públicos diferentes, não se alcançava o objetivo de estabelecer um sistema de proteção social. Porém, todos eles reconheciam que a pobreza era um risco social e todos tinham como alvo as famílias em situação de pobreza. Em 2004, foi promulgada a lei 10.836 que criou o PBF e o Decreto número 5.209 que o regulamentou, definindo suas condicionalidades (BRASIL, 2004 a; BRASIL, 2004 b).

As famílias assumem compromissos quando entram no Programa Bolsa Família: as crianças e jovens devem frequentar regularmente a escola, as crianças devem manter o calendário vacinal em dia e fazer acompanhamento nutricional e as gestantes devem comparecer às consultas do pré-natal, cumprindo desta forma as condicionalidades impostas pelo programa. Bassani *et al.* (2013), em uma revisão sistemática com meta-análise, encontraram que os incentivos financeiros do PBF não promovem diferenças na cobertura vacinal das crianças beneficiárias, porém promovem pequeno aumento na imunização realizada na idade apropriada e que os efeitos mais significativos não estão relacionados aos valores recebidos e sim às condicionalidades.

A existência de condicionalidades para o recebimento das transferências de renda suscita diversas discussões, não apenas no Brasil, mas em diversos outros países onde existem programas semelhantes. Alguns autores defendem a existência destas contrapartidas, destacando que elas podem ser mais importantes que o benefício em si, uma vez que as consideram como um incentivo ao desenvolvimento da consciência social das famílias mais pobres. Por outro lado, há autores que consideram que a cobrança de contrapartidas pode ameaçar o direito à cidadania (BICHIR, 2010; MONNERAT, 2007; MAGRO, REIS, 2011; IPEA, 2009).

A inserção das famílias no PBF se dá através do Cadastro Único (CAD Único) do governo Federal, de acordo com critérios de elegibilidade, definidos a partir de um conjunto de indicadores baseado nos dados dos integrantes das famílias constantes neste cadastro, visando estabelecer de forma mais acurada as situações de vulnerabilidade social e econômica (BRASIL, 2004a; Brasil 2004b). O CAD Único possui dados individualizados, que, revistos bianualmente, classificam as famílias utilizando o critério de renda familiar *per capita*, que define a elegibilidade destas famílias para o recebimento dos benefícios de transferência de renda. Todas as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda mensal total de até três salários mínimos são incluídas no Cadastro Único, porém nem todas são assistidas pelo PBF (BRASIL, 2014).

O Programa Bolsa Família classifica as famílias em duas faixas de renda: a faixa da extrema pobreza, com famílias que possuem rendimentos mensais *per capita* de até R\$ 77,00 e a faixa da pobreza, cujos rendimentos estão entre R\$ 77,00 e R\$ 154,00 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2015). Em 2011 o Governo Federal lançou o Plano Brasil Sem Miséria com o objetivo de superar a extrema pobreza no país. O benefício para superação do patamar da extrema pobreza é destinado às unidades familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família que tenham soma da renda familiar mensal e dos benefícios recebidos igual ou inferior a R\$ 77,00 *per capita* (BRASIL, 2014). Com o lançamento do plano houve modificação do cálculo dos benefícios para as famílias mais pobres, para que todas pudessem superar o patamar da extrema pobreza. O Plano Brasil Sem Miséria foi estruturado em três eixos: garantia de renda, inclusão produtiva e acesso a serviços, considerando que a extrema pobreza não se manifesta somente na forma de insuficiência de renda. O ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) é o órgão que coordena o Brasil sem Miséria, utilizando as informações do Cadastro Único para o acompanhamento do programa (BRASIL, 2011).

Os tipos de benefícios pagos às famílias variam de acordo com a composição familiar, dividindo-se em Benefício Básico para famílias que se encontrem em extrema pobreza e Benefícios Variáveis, específicos para as que se encontrem em estado de pobreza e extrema pobreza e tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre zero e 12 anos ou adolescentes até 15 anos, sendo que estes benefícios extra

podem ser recebidos de forma cumulativa desde que observado o limite de R\$ 175,00 por família (BRASIL, 2014).

Os programas de transferência de renda condicionada suscitam muitas críticas e debates em torno de sua efetividade, porém diversos estudos apontam que houve redução nas desigualdades, aumento do consumo de bens e serviços e, ainda, a possibilidade de promover a inclusão social das famílias. Como, de modo geral, a mulher é a titular do benefício, também se verifica o favorecimento de igualdade de gênero por meio do reforço do seu poder econômico perante a família (ALVES, ESCOREL, 2013; BOHN *et al.*, 2014). Segundo alguns autores, um dos possíveis impactos destes programas é aumentar a transmissão do capital humano das famílias mais pobres, proporcionando a oportunidade de que as crianças possam atingir melhor nível educacional e assim se tornarem adultos com capital social mais alto que o de seus pais, tendo melhores condições de inserção no mercado de trabalho (BICHIR, 2010; IPEA, 2009; MAGALHÃES, 2010).

Em Contagem, de acordo com dados do Cadastro Único, em abril de 2016, existiam 46.360 famílias registradas no CAD Único e 23.194 famílias recebendo os benefícios do Bolsa Família, o que representa 11,26 % da população do Município (BRASIL, 2016). O PBF no município de Contagem apresentava 13.452 famílias em situação de extrema pobreza, representando 2,2% da população total, que era de 603.442 habitantes, segundo dados do censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010. De acordo com o Relatório de Informações Sociais - Boletim de Informações (IBGE, 2010), havia 2.020 crianças na extrema pobreza na faixa de zero a cinco anos. Destas crianças, 1.226 não frequentavam escolas ou creches, o que representava 60,69% das crianças desta faixa etária. O percentual de acompanhamento das condicionalidades de educação de crianças e jovens de 6 a 17 anos em Contagem encontra-se abaixo do percentual do Brasil, e o da saúde está acima, conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação do PBF- Percentual de acompanhamento de crianças e jovens de 6 a 17 anos. Contagem, MG, abril/2016.

Condicionalidade	Brasil	Contagem
Saúde	76,81%	85,01%
Educação	86,70%	78,60%

Fonte: Relatório de Informações Sociais- Boletim de Informação. BRASIL, 2016

2.4 O Sistema de Saúde em Contagem

A organização administrativa da Secretaria de Saúde de Contagem apresenta um Secretário Municipal de Saúde e um Secretário Municipal Adjunto de Saúde que compõem o Gabinete, e cinco Superintendências: de Administração Financeira, de Regulação, de Urgência e Emergência, de Gestão e do Trabalho e de Assistência à Saúde. A Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) engloba grande parte do setor assistencial de saúde do Município e é constituída pela atenção básica, pela atenção secundária e pelas vigilâncias à saúde. Constam ainda do seu organograma as direções dos sete Distritos Sanitários de Saúde e diversas Coordenações, dentre elas está a de Saúde Bucal. O setor de saúde do município de Contagem é financiado pelo Fundo Municipal de Saúde que está sob a gestão do Secretário Municipal de Saúde (CONTAGEM, 2015).

Em dezembro de 2013, Contagem apresentava uma cobertura populacional estimada de 52,83% de Saúde da Família, com 436 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Contagem aderiu ao Programa de Saúde na Escola (PSE) com 47 escolas municipais contempladas nos anos 2013/2014 (CONTAGEM, 2015). Todas as escolas contempladas pelo PSE recebem visitas dos Técnicos em Saúde Bucal (TSB), que realizam educação em saúde, escovação dental supervisionada e distribuição de escovas e pastas de dentes, de acordo com cronograma estabelecido pela equipe de Saúde Bucal (eSB) da área de abrangência (CONTAGEM, 2012, CONTAGEM, 2013).

Em relação à atenção secundária, Contagem possui três unidades de atendimento especializado, o Centro de Consultas Especializadas (CCE) Iria Diniz que atende 85% das consultas especializadas geradas no Município, contando com 38

especialidades e outros dois centros de consultas o CCE Ressaca e o CCE Confrade Cotuta. Nesta rede ambulatorial de atenção secundária, o município conta ainda com 01 Centro de Referência em Saúde do Homem, 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência (CAPSi), 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), 01 Centro de Convivência e 02 Residências Terapêuticas. Atualmente, Contagem possui 17 Farmácias Distritais. O Município possui 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) localizadas nos distritos sanitários Ressaca, Petrolândia, Vargem das Flores e Sede, responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência juntamente com o pronto Socorro Municipal Geraldo Pinto Vieira localizado no distrito sanitário Eldorado (CONTAGEM, 2015).

A oferta de serviços públicos de saúde bucal em Contagem encontra-se incipiente, apresentando uma cobertura populacional para a Atenção Básica de 20,52%, segundo o Indicador do pacto de transição 2013-2015/SISPACTO (base populacional o IBGE 2013: 613.885 habitantes) sendo 10,75% na modalidade de eSB tradicional e 9,77% na modalidade de eSB da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CONTAGEM, 2015).

Em relação à atenção secundária em odontologia, Contagem possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II, com capacidade instalada para funcionar como referência para 130.000 usuários, ou seja, cobertura de 21% da população do município, de acordo com a base populacional de 613.885 habitantes, segundo IBGE, 2013. O CEO/Contagem desenvolve as especialidades: Cirurgia Oral Menor; diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção de câncer de boca e posterior tratamento em unidades hospitalares apropriadas; Periodontia; Endodontia; Odontologia para Pacientes com necessidades especiais (PNE); Próteses Totais Removíveis; Odontopediatria. Os encaminhamentos para consultas especializadas de cirurgia, periodontia, endodontia, prótese e odontopediatria são reguladas pela Central de Marcação/Superintendência de Regulação e as demais especialidades são encaminhadas diretamente pelos cirurgiões dentistas da atenção básica através da livre demanda dos casos encontrados. A atenção odontológica terciária ocorre no Hospital Municipal de Contagem José Lucas Filho onde são atendidos os usuários com

necessidades especiais da Região de Saúde de Contagem que não puderam ter o seu atendimento odontológico realizado em ambiente ambulatorial (CONTAGEM, 2015).

2.5 Acesso e uso de serviços de saúde

No sentido estrito da palavra, o acesso pode ser entendido como entrada, ingresso ou possibilidade de alcançar algo (HOUAISS, 2009). Extrapolando esta definição para os serviços de saúde poderíamos considerar que acesso refere-se à entrada do usuário no sistema, porém, atualmente, este conceito vai muito além da simples utilização dos serviços de saúde, passando a ser entendido como a capacidade de buscar e acessar os serviços de acordo com suas necessidades, independentemente da situação financeira (SANCHES, CICONELLI, 2012; WHO, 2013; HIRMAS ADAUY *et al*, 2013).

Segundo Sanches e Ciconelli (2012), o conceito de acesso aos serviços de saúde é fundamentado em quatro elementos principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação aproximando-se, desta forma, do conceito de equidade em saúde.

Alguns autores consideram acesso como algo maior que a simples disponibilidade dos recursos organizados em aspectos sociais e geográficos, enquanto outros consideram que ele é determinado por políticas de saúde, população de risco, utilização dos serviços e satisfação do usuário. Em resumo, acesso pode ser considerado como o resultado entre a capacidade de oferta de serviços de saúde e a necessidade da população por serviços que pode ser expressa como demanda (HIRMAS ADAUY *et al.*, 2013).

O uso dos serviços de saúde desempenha papel central no funcionamento dos sistemas de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde resulta da relação entre o comportamento do indivíduo que busca os cuidados e do profissional que o guia dentro do sistema de saúde. O uso de serviços pode ser utilizado como uma das medidas de acesso, porém não é possível explicá-lo apenas por ele. Apesar de o acesso ser um determinante do uso considerado importante, o uso efetivo dos serviços de saúde é resultado de múltiplos fatores. O uso e a efetividade do cuidado são influenciados pelos fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à

qualidade do cuidado. A continuidade do cuidado também é dependente de situações diferentes das que definem a entrada no sistema, o que aponta a importância da análise de suas particularidades (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

O modelo comportamental de utilização de serviços de saúde proposto por Andersen e Newman tem sido o mais utilizado nos estudos sobre acesso e uso de serviços de saúde. Este modelo originado no trabalho de Andersen de 1968 considera que o uso de serviços depende de determinantes individuais que são agrupados nos fatores de predisposição, fatores de facilitação e de necessidades de saúde. Os fatores de predisposição compreendem a tendência dos indivíduos a utilizarem os serviços (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, crenças), os de facilitação referem-se aos instrumentos que os indivíduos possuem para utilizar os serviços (renda, existência de plano de saúde, acesso e natureza dos cuidados em saúde), e os de necessidade referem-se às necessidades em saúde, que são uma das principais razões de utilização e busca pelos serviços, e se refere à concepção do indivíduo sobre sua condição de saúde ou a percepção dos profissionais de saúde (ROCHA, GOES, 2008). Segundo Pinto *et al.* (2014), este modelo possui maior aplicabilidade pela sua implementação relativamente fácil e por ter tido constante atualização, sendo considerado o que influenciou os demais modelos.

Sobre a saúde bucal, foi desenvolvida uma adaptação mais recentemente, que coloca que características ambientais, do sistema de saúde e da população em geral influenciam a saúde bucal. Este modelo adaptado define comportamentos de saúde (práticas de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos), como variáveis dependentes intermediárias, que podem influir nos resultados de saúde bucal (avaliados, percebidos, satisfação do paciente), sendo passível de ser aplicado por analistas de políticas e gestores de serviços de saúde para ajudar a caracterizar, presumir e esclarecer os comportamentos de saúde baseados na população (PINTO *et al.*, 2014).

O acesso aos serviços de saúde, mesmo em países desenvolvidos, ainda mantém sérias iniquidades, com melhores oportunidades de utilização para os indivíduos com melhor situação socioeconômica. Estas desigualdades podem ser favoráveis aos grupos com maior poder aquisitivo (pró-ricos) ou aos de menor poder aquisitivo (pró-pobres). As desigualdades pró-ricos no uso dos serviços de saúde é alta nos Estados Unidos,

México, Finlândia, Portugal, Irlanda e Suécia. Na maioria dos países, não há evidência de desigualdade na distribuição de consultas com clínico geral entre os grupos de renda, e muitas vezes quando ocorre há uma distribuição pró-pobres. Entretanto, após o ajuste por diferenças de necessidade, as pessoas com maior poder aquisitivo são significativamente mais propensas a ter uma consulta com o especialista que as pessoas com menor poder aquisitivo na maioria dos países. Na Holanda e na Noruega também foi encontrada desigualdade, porém com um índice estatisticamente insignificante. Na Inglaterra há fortes tendências à distribuição pró-pobres nas consultas ambulatoriais, porém com maior acesso aos especialistas para os grupos de maior poder aquisitivo (VAN DOORSLAER, 2008).

Os resultados de um estudo conduzido em uma das mais ricas províncias da China apontam que ocorrem iniquidades em desfavor dos indivíduos de baixa renda em relação ao acompanhamento de doenças crônicas, porém não foram encontradas grandes desigualdades em relação ao acesso (ELWELL-SUTTON, 2012).

Na América Latina também persistem iniquidades na utilização dos serviços de saúde sendo encontrados dados que indicam que ocorre predominância de exclusão sanitária na maior parte das periferias das grandes e médias cidades da região devido ao crescimento urbano desenfreado e sem sustentabilidade ambiental, com infraestrutura sanitária precária (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Segundo achados em estudo de Garcia-Subirats *et al.* (2014), comparando o acesso em duas localidades da região Nordeste do Brasil e duas da Colômbia, em ambos os países ocorreram desigualdades mais pronunciadas na utilização de serviços de atenção secundária ambulatorial do que nos outros níveis de atenção. Os fatores que mais contribuem para esta desigualdade são a renda (em ambos os países) e a inscrição no regime de seguro na Colômbia e cobertura de um plano de saúde privado no Brasil. Apesar das reformas introduzidas com a finalidade de tornar mais equitativo o acesso aos serviços de saúde realizadas no Brasil e na Colômbia há cerca de vinte anos, ainda persistem iniquidades neste acesso, sendo que a população com maior renda e escolaridade tem mais facilidade de conseguir atendimento nos três níveis de atenção na Colômbia e nos serviços de atenção secundária e preventivos no Brasil, porém, neste último, a população mais pobre tem maior acesso aos serviços na atenção primária.

Estudos apontam que ainda permanecem desigualdades na utilização dos serviços de saúde no Brasil, mostrando que além da dificuldade no acesso e das desigualdades entre as regiões, também ocorre menor qualidade da atenção à saúde, principalmente nos serviços de saúde bucal (FRIAS *et al.*, 2007; SOARES, CHAVES, CANGUSSU, 2013; MACINKO, LIMA-COSTA, 2012; COSTA *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2014). Segundo estudo realizado em São Leopoldo por Dias-da-Costa *et al.* (2011) as pessoas pertencentes às faixas intermediárias das categorias de renda, escolaridade e classe social se consultavam menos que as demais, o que indica que as faixas de renda que estão nas extremidades possuem melhor acesso aos serviços, ou seja, as classes de renda familiar alta e as classes de renda familiar baixa estão cobertas por planos de saúde e pelo SUS, respectivamente. A classe na faixa de renda intermediária apresentaria uma maior tendência a não se consultar (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2011).

Quanto à saúde bucal, para Soares, Chaves e Cangussu (2013), ser beneficiário de programa social, maior de 35 anos e ter menor nível de escolaridade são fatores relacionados à realização de exodontia, sendo que estudos anteriores demonstram que o baixo capital cultural está relacionado com a percepção de que esta é a medida de tratamento mais resolutiva, “logo, a perda dentária pode ser interpretada como uma marca bucal da iniquidade”.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde PNS 2013, o percentual de pessoas que conseguiram atendimento de saúde bucal na primeira vez em que procuraram o serviço foi maior para os brancos (96,3%) que para os pardos (94,3%) e maior para indivíduos com ensino superior completo (97,9 %). Um total de 98,0% das pessoas com rendimento mensal domiciliar per capita de mais de 5 salários mínimos já haviam realizado consulta odontológica, enquanto na classe de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo o percentual foi de 71,3%. Problemas odontológicos figuraram em terceiro lugar entre os motivos de procura dos serviços de saúde totalizando 3,7 milhões de pessoas, sendo que para 2,0 milhões, houve pagamento (IBGE, 2010). No Brasil, em 2013, o atendimento odontológico se deu majoritariamente em consultório particular ou clínica privada, num total de 74,3% dos atendimentos. Os atendimentos realizados nas UBS corresponderam a 19,6% dos atendimentos (IBGE, 2015).

Em estudo realizado por MACHRY *et al.* (2013) em Santa Maria, RS com crianças de um a cinco anos, foi avaliada a associação entre o uso dos serviços de saúde bucal e fatores psicossociais e socioeconômicos indicando que 76,32% dos pré-escolares no Município nunca visitou o dentista, sendo que crianças de famílias com nível socioeconômico mais baixo usaram menos frequentemente os serviços. Este estudo aponta parâmetros de utilização semelhantes aos encontrados em outro estudo de 2010 para a mesma população (23,68%), porém um pouco superiores aos resultados do estudo realizado por Kramer *et al.* em 2008 no município de Canela, também no Rio Grande do Sul, que foi de 13,3%. Segundo este estudo, a razão da procura pelo serviço também variou com o status socioeconômico, sendo que os filhos de pais com piores condições socioeconômicas eram menos propensos a serem levados ao dentista para cuidados preventivos.

Um estudo realizado por Baldani e Antunes (2011) sobre as desigualdades no uso de serviços odontológicos nas áreas com cobertura por ESF, no município de Ponta Grossa, Paraná em 2007 e 2008, indicou que 50,5% das crianças de zero a seis anos de idade nunca haviam utilizado os serviços odontológicos e que o menor uso estava associado à menor renda familiar.

Em Contagem, no âmbito da atenção básica, em relação ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal, foi desenvolvida uma estratégia de reorganização do fluxo de acesso dos pacientes em que o tratamento odontológico está baseado na promoção à saúde bucal. Todas as unidades odontológicas possuem um Cirurgião Dentista (CD), um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e um Técnico de Saúde Bucal de apoio, que desenvolve ações de educação em saúde e promoção à saúde bucal, ações de escovação supervisionada com atendimento familiar ou individual para todos os usuários que participaram do grupo de promoção, ações de suporte ao atendimento clínico trabalhando individualmente com o usuário no controle de placa para aqueles indivíduos que estão em atendimento com o cirurgião dentista e acompanhamento de todos os usuários em manutenção odontológica. Além dessas ações de suporte ao atendimento odontológico, o TSB participa dos grupos operativos das UBS, realiza visita domiciliar aos acamados quando acionados pelo enfermeiro ou dentista da UBS, realiza também, ações de promoção e prevenção nas Escolas do PSE e Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) da sua área de abrangência. Além da

demanda programada, também há o atendimento às urgências odontológicas, para a qual não há definição de área de abrangência como acontece com os atendimentos eletivos (CONTAGEM, 2012).

Como o serviço não tem capacidade para atender a toda população adscrita de forma imediata, critérios de priorização para este atendimento programado foram estabelecidos, baseados em critérios de risco sistêmicos ou odontológicos (risco odontológico baseado nos critérios da Linha Guia de Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais), de forma a se atender primeiramente os usuários que apresentam maiores necessidades. Utiliza-se uma agenda programada que funciona como uma ferramenta importante para otimizar a assistência, priorizando alguns grupos através do critério da equidade. Desta forma, foi definido pela gestão, *a priori*, como grupo prioritário o de gestantes. Garantido o atendimento clínico deste grupo recomenda-se a priorização dos portadores de diabetes tipo I e pacientes acamados ou fragilizados. A partir do atendimento desses grupos, novas prioridades serão definidas (ex.: diabético tipo II, crianças menores de dois anos e portadores de asma grave) assegurando o acesso progressivo do restante da população adscrita. Ainda não são utilizados critérios de priorização baseados na vulnerabilidade social e nem de inclusão dos beneficiários de programas sociais (CONTAGEM, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o uso dos serviços de saúde bucal pelas crianças de zero a sete anos de idade de famílias com perfil de elegibilidade para o programa Bolsa Família, em Contagem, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico das crianças com perfil de elegibilidade para o PBF;
- Descrever o uso dos serviços de saúde bucal pelas crianças com perfil de elegibilidade para o PBF;
- Relacionar os fatores sócio demográficos com o uso dos serviços de saúde bucal pelas crianças com perfil de elegibilidade para o PBF;
- Subsidiar a elaboração de instrumentos para divulgar as formas de acesso aos serviços de saúde bucal entre a população de Contagem inscrita no Programa Bolsa Família.

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório realizado em Contagem, município que integra a região metropolitana de Belo Horizonte, com área territorial de 195,268 km² e tendo por limites administrativos os municípios de Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves, Belo Horizonte e Ibité. Segundo dados do IBGE (2016), apresentava uma população de 653.800 habitantes, com um total de 46.360 famílias inscritas no Cadastro Único em abril de 2016. O valor transferido pelo Governo Federal em benefícios do PBF às famílias atendidas alcançou o total de R\$ 3.485.759,00, no mês de agosto de 2015, beneficiando 23.164 famílias, o que representa uma cobertura de 87,8 % das famílias pobres no município. O valor médio dos benefícios recebidos pelas famílias é de R\$152,49 (BRASIL, 2016).

A população do estudo é composta pelos responsáveis por crianças até sete anos de idade, com perfil de elegibilidade para o Programa Bolsa Família. A determinação da faixa etária justifica-se por ser esta a escolhida pelo programa para ter as condicionalidades de saúde acompanhadas.

Devido à inexistência de dados referentes ao uso de serviços de saúde bucal pela população em estudo, fez-se necessário o desenvolvimento de uma metodologia de pesquisa a iniciar-se com um estudo exploratório sobre o tema. A partir do conhecimento dos dados coletados será possível o desenho e a condução de um estudo probabilístico mais amplo. Nesta primeira fase, a metodologia de amostragem escolhida foi do tipo aleatória, não probabilística. Foram entrevistados os responsáveis por crianças que compareceram à central de atendimento ao PBF/Contagem, localizada na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, no período entre setembro e novembro de 2016. Neste local e período, ao comparecerem para receberem os atendimentos disponibilizados nesta central, os responsáveis foram abordados por uma das pesquisadoras e aqueles que voluntariamente aceitaram tomar parte no estudo, foram entrevistados após receberem e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram mantidos o sigilo e anonimato referentes aos sujeitos e respeitados todos os aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme estabelece a resolução CNS 466/2012 (Apêndice A).

O instrumento de coleta dos dados foi elaborado a partir de formulários previamente validados no Brasil, utilizados na coleta de dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) e também na PNAD 2008 (IBGE, 2010). O primeiro roteiro de entrevista elaborado pelos pesquisadores (Apêndice B), foi inicialmente aplicado a 44 responsáveis com filhos de zero a sete anos nos CRAS municipais. Então, algumas questões foram modificadas para melhorar o entendimento e elaborou-se o roteiro de entrevista definitivo (Apêndice C). Essas 44 entrevistas iniciais não fizeram parte do estudo final.

O conceito de uso de serviço saúde considerado foi o de entrada do usuário no sistema de saúde, conforme utilizado em estudo de Rocha e Goes (2008). Para definir a variável uso foi utilizada a seguinte pergunta disponibilizada nos questionários retromencionados: "A criança já foi ao dentista alguma vez na vida?". Para caracterizar o uso foram utilizadas as seguintes perguntas: "Quando a criança consultou o dentista pela última vez?", "Quando a criança foi ao dentista, onde foi a consulta?", "Quando a criança foi ao dentista, qual o motivo da consulta?", "Quando a criança foi ao dentista, recebeu o tratamento procurado?".

As variáveis independentes estudadas foram divididas em categorias - políticas de apoio social (beneficiário ou não do PBF) - fatores socioeconômicos (anos estudo do responsável, cor da pele e renda *per capita*) - fatores demográficos (sexo e idade da criança) e percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança (Quadro 1).

Quadro 1 – Variáveis dependente e independentes para uso de serviços de saúde bucal por crianças de 0 a 7 anos. Contagem-MG, 2016.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO
Dependente	
Uso de serviços de saúde bucal	A criança já foi ao dentista alguma vez na vida (sim, não, não sabe/não respondeu)
Independentes	
Última consulta dentista	Última consulta da criança em anos (<1, 1-2; 3 ou +; nunca foi ao dentista, não sabe/não respondeu)

Quadro 1- continuação

Local última consulta	Local onde a criança consultou pela última vez (público, particular, plano de saúde/convênio, nunca foi ao dentista, não sabe/não respondeu)
Motivo da consulta	Motivo da consulta (dor, tratamento, extração, revisão/prevenção/check-up, outros, nunca foi ao dentista, não sabe /não respondeu)
Resolutividade	A criança recebeu o tratamento procurado (sim, não, nunca foi ao dentista, não sabe/não respondeu)
Política de apoio social	Beneficiário PBF (sim, não)
Renda <i>per capita</i>	Renda <i>per capita</i> incluindo o benefício do Bolsa Família em R\$
Escolaridade	Anos de estudo do responsável (mais de 7, de 4 a 7, de 1 a 4, até 1)
Parentesco	Parentesco do responsável com a criança (mãe, pai, avó, outros)
Raça	Raça/cor da pele da criança (branca, amarela, parda, indígena, preta)
Sexo	Sexo da criança (masculino, feminino)
Idade	Faixa etária da criança em anos (5-7, 3-5, 0 a 3)
Percepção saúde	Percepção da mãe em relação saúde da criança (muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito)

Fonte: Adaptado do Suplemento de Saúde PNAD, 2008 e SB Brasil, 2010.

A análise estatística dos dados foi feita por meio do *software* Stata® - *Statistical/Data Analyses*. Foi identificada a distribuição das variáveis coletadas e para

avaliar a relação entre as variáveis independentes e o uso de serviços de saúde bucal realizou-se o teste de associação pelo qui-quadrado de Pearson.

As variáveis independentes “cor/raça”, “resolutividade”, “local da consulta” foram dicotomizadas. A variável renda *per capita* foi encontrada dividindo-se a renda total da família pelo número de pessoas que vivem desta renda. A seguir, classificou-se em dois grupos: o da extrema pobreza e o da pobreza. A variável anos de estudo foi dicotomizada em até 7 e mais de 7 anos de estudo. A variável percepção de saúde bucal da criança pelo responsável foi tabulada em satisfeito e insatisfeito.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob CAAE nº 56872916.0.0000.5149 (Anexo A) e foi conduzido em consonância com a resolução CNS 466/2012.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados no formato de artigo científico, submetido e formatado conforme as normas da Revista de Odontologia da UNESP (Anexo B) (5.1) e produto técnico (5.2).

5.1 ARTIGO CIENTÍFICO

Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças de famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família

Oral Health services use among children from families eligible for the Family Income Program

Resumo

Introdução: A vulnerabilidade social expõe a fatores de risco de adoecimento. Famílias mais pobres usam menos serviços odontológicos. Há seis vezes mais crianças que nunca tiveram acesso a serviços odontológicos entre beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Objetivo: Descrever o uso dos serviços odontológicos pelas crianças até sete anos de famílias elegíveis para o Programa Bolsa Família, em município de Minas Gerais.

Material e método: A amostra foi aleatória, não probabilística. Entrevistou-se 84 responsáveis pelas crianças que compareceram à central municipal de atendimento ao programa no período entre setembro e novembro de 2016. Eles foram abordados por uma das pesquisadoras e, se aceitaram fazer parte do estudo, foram entrevistados, após

assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultado:** Verificou-se que 75% eram beneficiários, não brancos (63,10%), 87,95% mães de crianças com mais de sete anos de estudo (63,10%). Entre as crianças pelas quais eram responsáveis, a maioria era extremamente pobre (76,19%) com até três anos de idade (38,10%). Dos

32,14% que utilizaram os serviços, a maioria fez a última consulta há menos de um ano (65,38%), majoritariamente no serviço odontológico público (76,92%) para tratamento/restauração (42,3%). Houve predominância de relatos de não uso de serviços odontológicos por 67,86% e de significativa satisfação com a saúde bucal. Entre aqueles que relataram uso 92,31% encontraram o tratamento buscado com predominância das crianças mais velhas. **Conclusão:** Revelaram-se dados relativos ao uso de serviços de saúde bucal e determinantes sociais em saúde que o influenciam entre crianças de famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Criança; Vulnerabilidade Social; Serviços de Saúde Bucal.

Abstract

Introduction: Social vulnerability exposes people to sickening risks. Poorer families make less use of health services. There are six times more children which have never accessed dental services among those in the Family Income Program (PBF). **Objective:** This study aimed at describing dental services use by children up to 7 years old, from families eligible to the PBF in a large Brazilian city. **Material and method:** Sampling was random and not probabilistic. Those responsible for the children were interviewed at the city's PBF attendance center, between September and November, 2016. They were approached by one of the researchers and after agreeing to take part in the study, signed an informed consent term and were interviewed. **Results:** Among the 84 participants, 75% were beneficiaries of the program, not white (63.10%); 87.95% were mothers with seven or more years of education (63.10%). Among the children under their responsibility, most were extremely poor (76.19%) and up to 3 years of age (38.10%). Of the 32.14% which had used dental services, the majority did so less than

one year ago (65.38%), mostly within the dental public health service (76.92%), and seeking dental treatment/filling (42.3%). Those who had never used dental services were predominant (67.86%), as well as those satisfied with oral health. Among those who had used dental services, 92.31% declared finding what they were seeking, predominantly for older children. **Conclusion:** Data related to the use of oral health services were identified, together with their social determinants among children from low income families, eligible for PBF.

Descriptors

Key words: Health Services Accessibility; Child; Social Vulnerability; Dental Health Services.

Introdução

As desigualdades sistemáticas em saúde entre diferentes grupos sociais que são consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas são definidas como iniquidades em saúde¹. Segundo Eslava-Schmalback e Buitrago² as investigações das desigualdades e iniquidades em saúde tem como objetivo principal evidenciar os impactos das mudanças sociais no aumento das desigualdades entre indivíduos, segundo as categorias sociais. A situação do desenvolvimento humano nas diversas regiões do planeta tem melhorado nas últimas décadas, porém isto não ocorreu de maneira linear entre todas as regiões e países. Além disto, atualmente há uma tendência de queda na redução as desigualdades, possivelmente em decorrência da crise econômica mundial, o que numa economia globalizada tende a afetar de forma mais evidente e perversa as regiões mais

vulneráveis. Seu enfrentamento configura-se como um dos maiores desafios da atualidade¹.

Nas últimas décadas verificou-se a implementação de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais e das iniquidades, com foco nos grupos populacionais mais vulneráveis. Na América Latina destacam-se os programas do Chile (Chile Solidário), México (Oportunidades) e o do Brasil (Programa Bolsa Família - PBF)^{3,4}.

A inserção das famílias no PBF é feita por meio do Cadastro Único (CAD Único) do Governo Federal, de acordo com critérios de elegibilidade, definidos a partir de um conjunto de informações dos integrantes das famílias. O CAD Único possui dados individualizados, que, revistos bianualmente, classificam as famílias utilizando o critério de renda familiar *per capita*, e define a elegibilidade ao recebimento dos benefícios de transferência de renda. Todas as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda mensal total de até três salários mínimos são incluídas no CAD Único, porém nem todas são assistidas pelo PBF. O PBF classifica as famílias em duas faixas de renda: a faixa da extrema pobreza, com famílias que possuem rendimentos mensais *per capita* de até R\$ 77,00 e a faixa da pobreza, cujos rendimentos estão entre R\$ 78,00 e R\$ 154, 00^{5,6}.

As famílias assumem condicionalidades quando entram no PBF: as crianças e jovens devem frequentar regularmente a escola; manter o calendário vacinal em dia e fazer acompanhamento nutricional e as gestantes devem comparecer às consultas do pré-natal. Bassani et al.⁷, em uma revisão sistemática com meta-análise, encontraram que os incentivos financeiros do PBF não promovem diferenças na cobertura vacinal das crianças beneficiárias, porém promovem pequeno aumento na imunização realizada

na idade apropriada e que os efeitos mais significativos não estão relacionados aos valores recebidos e sim às condicionalidades.

Estudos apontam que ainda permanecem desigualdades na utilização dos serviços de saúde no Brasil, mostrando que além da dificuldade no acesso e das desigualdades entre as regiões, também ocorre menor qualidade da atenção à saúde, principalmente nos serviços de saúde bucal⁸⁻¹¹.

O conceito atual de acesso é entendido como a capacidade de buscar e acessar os serviços de acordo com as necessidades, independentemente da situação financeira^{11,12}. Segundo Sanches e Ciconelli¹¹ o conceito de acesso aos serviços de saúde é fundamentado em quatro elementos principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação aproximando-se, desta forma, do conceito de equidade em saúde.

Enquanto acesso se refere de forma mais direta ao sistema de saúde, aos processos organizacionais de trabalho e sua relação com as características dos indivíduos, o conceito de uso abrange todo o contato com os serviços de saúde, sejam eles diretos como consultas e hospitalizações ou indiretos como exames preventivos e diagnósticos¹³.

Para Soares, Chaves e Cangussu¹² ser beneficiário de programa social, maior de 35 anos e ter baixo nível de escolaridade são fatores relacionados à realização de exodontia, uma vez que o baixo capital cultural está relacionado à percepção de que esta é a medida de tratamento mais resolutiva.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, o percentual de pessoas que conseguiram atendimento de saúde bucal na primeira vez em que procuraram o

serviço foi maior para os brancos (96,3%) que para os pardos (94,3%) e maior para indivíduos com ensino superior completo (97,9%). Um total de 98,0% das pessoas com rendimento mensal domiciliar *per capita* de mais de 5 salários mínimos já havia realizado consulta odontológica, enquanto na classe de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo o percentual foi de 71,3%. No Brasil, em 2013, o atendimento odontológico se deu majoritariamente em consultório particular ou clínica privada, num total de 74,3% dos atendimentos. Aqueles realizados nas UBS corresponderam a 19,6% dos atendimentos¹³.

De acordo com Santos Junior et al.¹⁴ os grupos populacionais de maior vulnerabilidade social estão expostos de forma mais intensa aos fatores de risco de adoecimento. Estudos realizados na região Sul do Brasil indicaram que o uso dos serviços de saúde bucal entre pré-escolares variou de 13,3% a 23,68%, sendo que crianças de famílias com nível socioeconômico mais baixo usaram menos frequentemente os serviços e eram menos propensos a serem levados ao dentista para cuidados preventivo^{15,16}. Baldani e Antunes¹⁷ verificaram que 50,5% das crianças de zero a seis anos de idade nunca haviam utilizado os serviços odontológicos e que o menor uso estava associado à menor renda familiar. Em estudo conduzido na Paraíba, foi constatado que 76,8% dos pré-escolares nunca utilizaram os serviços odontológicos. Entre os que os utilizaram, 84,2% foram conduzidas aos serviços públicos de saúde bucal¹⁸.

Oliveira et al.¹⁹ verificaram que a frequência de crianças que nunca haviam tido acesso aos serviços de saúde bucal foi seis vezes maior entre beneficiárias do PBF quando comparadas às crianças de escolas particulares. Os programas de transferência condicionada de renda têm trazido benefícios para a redução da pobreza e na educação,

porém os benefícios em relação à saúde ainda são incipientes. Estes estão mais relacionados à cobertura vacinal, à melhoria no estado nutricional, à redução da mortalidade infantil e ao acompanhamento ao pré-natal, que são previstos nas condicionalidades do programa, havendo poucos estudos relacionados ao acesso dos beneficiários do PBF aos demais serviços de saúde²⁰.

Desta forma considera-se relevante conhecer os dados relativos à utilização dos serviços de saúde bucal, nas esferas municipais, entre crianças provenientes de famílias elegíveis ao PBF, para o planejamento de ações voltadas a grupos de alta vulnerabilidade, o que torna o presente estudo necessário. Pelo exposto, esse estudo objetiva descrever o uso dos serviços de saúde bucal pelas crianças de zero a sete anos de idade de famílias com perfil de elegibilidade para o PBF, em Contagem, Minas Gerais.

Material e método

Esta pesquisa foi realizada em um município da região metropolitana de Belo Horizonte, com população de 653.800 habitantes e 46.360 famílias inscritas no Cadastro Único⁶.

Devido à inexistência de dados referentes ao uso de serviços de saúde bucal pela população em estudo fez-se necessário o desenvolvimento de uma metodologia de pesquisa a iniciar-se com um estudo exploratório sobre o tema. A partir do conhecimento dos dados coletados será possível o desenho e a condução de um estudo probabilístico mais amplo. Nesta primeira fase, a metodologia de amostragem escolhida foi do tipo aleatória, não probabilística. Foram entrevistados os responsáveis por crianças da faixa etária definida que compareceram à central de atendimento ao

PBF/Contagem, localizada na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, no período entre setembro e novembro de 2016. Neste local e período, ao compareceram para os atendimentos disponibilizados nesta central, os responsáveis foram abordados por uma das pesquisadoras e aqueles que voluntariamente aceitaram fazer parte do estudo, foram entrevistados após receberem e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido.

A população foi composta pelos responsáveis por crianças de até sete anos de idade, que acessaram a central de atendimento ao PBF municipal no período de realização do estudo. O PBF tem as condicionalidades de saúde acompanhadas até a faixa etária de sete anos.

O instrumento de coleta dos dados foi elaborado a partir de formulários previamente validados no Brasil, utilizados na coleta de dados do SB Brasil 2010²¹ e também na PNAD²². O primeiro roteiro de entrevista, elaborado pelos pesquisadores, foi inicialmente aplicado a 44 responsáveis com filhos de zero a sete anos em 5 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) municipais, que prestam atendimentos às famílias com o perfil em estudo. Então, algumas questões foram modificadas para melhorar o entendimento e elaborou-se o roteiro de entrevista definitivo. Os dados dessas entrevistas não fizeram parte do estudo principal.

O uso de serviços de saúde bucal pela criança (ter ido ao dentista) foi considerado a variável dependente, definida pela entrada do usuário no sistema de saúde, conforme utilizado em estudo de Rocha e Goes²³. As variáveis independentes foram divididas em categorias: políticas de apoio social (ser beneficiário do PBF), fatores socioeconômicos (parentesco com a criança, renda *per capita*, escolaridade do

responsável, cor/raça da criança autodeclarada, sexo da criança, faixa etária da criança), fatores demográficos e percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança.

Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. Para avaliar a relação entre as variáveis independentes e o uso de serviços de saúde bucal realizou-se o teste de associação pelo qui-quadrado de Pearson. As variáveis independentes “renda”, “cor/raça autodeclarada” e “resolutividade” foram dicotomizadas. A variável renda *per capita* foi encontrada dividindo-se a renda total da família pelo número de pessoas que vivem desta renda. A seguir, classificou-se em dois grupos: o da extrema pobreza e o da pobreza. A variável anos de estudo foi dicotomizada em até 7 e mais de 7 anos de estudo. A variável percepção de saúde bucal da criança pelo responsável foi tabulada em satisfeito e insatisfeito. A análise dos dados foi feita por meio do *software* Stata®-*Statistical Data Analyses* versão 14.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE nº 56872916.0.0000.5149) e foi conduzido em consonância com os princípios éticos da Resolução CNS 466/2012.

Resultados

Foram entrevistados 84 indivíduos. A caracterização da população do estudo e os dados referentes ao uso dos serviços de saúde bucal pelas crianças e à satisfação do responsável em relação à saúde bucal da criança estão descritos nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Caracterização da população do estudo, uso de serviços de saúde bucal pela criança e percepção do responsável em relação à saúde bucal da criança.

Contagem, 2016.

Características da população	n	Percentual (%)
Beneficiário PBF		
Sim	63	75,0
Não	21	25,0
Parentesco com a criança*		
Mãe	73	87,95
Pai	7	8,43
Avó	3	3,61
Renda per capita		
40 a 78 reais	64	76,19
79 a 465 reais	20	23,81
Escolaridade do responsável		
Mais de 7 anos	53	63,10
4 a 7 anos	21	25,00
1 a 4 anos	10	11,90
Cor/raça (autodeclarada) da criança		
Parda	44	52,39
Branca	31	36,90
Preta	7	8,33
Amarela	2	2,38
Sexo da criança		
Feminino	44	52,38
Masculino	40	47,62
Faixa etária da criança		
0 a 3 anos	32	38,10
3 a 5 anos	24	28,57
5 a 7 anos	28	33,33
Percepção sobre a saúde bucal da criança		
Satisfeito	67	79,76
Insatisfeito	17	20,24

*um indivíduo não respondeu à questão (n=83).

Tabela 2 - Uso de serviços de saúde bucal pela criança. Contagem, 2016.

Uso de serviços de saúde bucal pela criança	n	Percentual (%)
Foi ao dentista		
Não	57	67,86
Sim	27	32,14
Última consulta criança com dentista*		
Menos de 1 ano	17	65,38
1 a 2 anos	8	30,77
3 ou mais anos	1	3,85
Local consulta*		
Público	20	76,92
Não público	6	23,08
Motivo Consulta*		
Dor	7	26,92
Tratamento/restauração	11	42,31
Extração	1	3,85
Revisão/prevenção/ <i>Check-up</i>	5	19,23
Outros	2	7,69
Resolutividade (recebeu tratamento procurado) *		
Sim	24	92,31
Não	2	7,69

*um indivíduo não respondeu à questão (n=26).

Verificou-se que 75% eram beneficiários do PBF e que 87,95% dos respondentes eram as mães das crianças. Sobre a renda dos entrevistados, 76,19% foram classificados como pertencentes ao grupo de extrema pobreza (renda de R\$ 40,00 a R\$ 77,99). A maioria (63,10%) tinha mais de sete anos de estudo. Quanto à raça/cor da pele verificou-se que a amostra foi composta majoritariamente por indivíduos não brancos (63,10%). Entre as crianças pelas quais estes eram responsáveis, a maioria encontrava-

se na faixa etária de zero a três anos (38,10%), com discreta predominância do sexo feminino, que representou 52,38%.

Entre os 32,14% das crianças que utilizaram os serviços, a maioria fez a última consulta há menos de um ano (65,38%), 30,77% entre um a dois anos e 3,85% há mais de três anos. Houve predominância do uso do serviço odontológico público (76,92%) e 23,08% usaram serviços não públicos. O principal motivo da consulta foi tratamento/restauração, representando 42,31% do total. O uso motivado pela dor representou 26,92% e consultas para revisão, prevenção e *check-up* representaram 19,23% do total. A realização de exodontias foi motivo de consulta para 3,85% e outros procedimentos foram o motivo da busca pelo serviço odontológico para 7,69% dos entrevistados. Houve predominância de relatos de encontro do tratamento procurado para as crianças (92,31%). Somente 7,67% relataram não terem recebido a atenção buscada (Tabela 1).

Segundo relato dos responsáveis, a maioria das crianças (67,86%) nunca usou serviços odontológicos. Entre aquelas que tiveram uso relatado, foram analisados alguns fatores associados: ser beneficiário do PBF, renda *per capita*, escolaridade do responsável, cor/raça, faixa etária das crianças e percepção de saúde bucal das crianças pelo responsável, conforme descritos na Tabela 3.

Tabela 3- Fatores associados ao uso de serviços de saúde bucal pelas crianças. Contagem, 2016.

Variável	Amostra total	Uso de serviços de saúde bucal		Valor de p*
		Sim	Não	
Beneficiário PBF				
Sim	63 (75,0)	20 (31,75)	43 (68,25)	0,893
Não	21 (25,0)	7 (33,33)	14 (66,67)	
Renda per capita				
Extrema pobreza	64 (76,10)	20(31,25)	44 (68,75)	0,754
Pobreza	20 (23,81)	7 (35,0)	13 (65,00)	
Escolaridade do responsável				
Mais de 7 anos	53(63,10)	18 (33,67)	35 (66,04)	0,641
Até sete	31 (36,0)	9 (29,03)	22 (70,97)	
Cor/raça				
Branca	31(36,90)	12 (38,71)	19 (61,29)	0,324
Não branca	53 (63,10)	15 (28,30)	38 (71,70)	
Faixa etária				
5 a 7	28 (33,33)	20 (71,43)	8 (28,57)	0,000
3 a 5	24 (28,57)	5 (20,83)	19 (79,17)	
0 a 3	32 (38,10)	2 (6,25)	30 (93,75)	
Percepção sobre a saúde bucal da criança				
Satisfeito	67 (79,76)	18 (26,87)	49 (73,13)	0,040
Insatisfeito	17 (20,24)	9 (52,94)	8 (47,06)	

* Valor de $p < 0,05$ = significante (variável significativamente associada pelo teste qui-quadrado de Pearson).

Foram encontradas diferenças significativas quanto ao relato de uso de serviços de saúde bucal. As crianças mais velhas (cinco a sete anos de idade) usaram mais os

serviços de saúde bucal, enquanto as mais novas (zero a três anos e três a cinco anos) usaram menos. Houve também diferença significativa quanto à satisfação dos responsáveis com a saúde bucal das crianças. Aqueles responsáveis por crianças que nunca fizeram uso de serviços de saúde bucal mostraram-se mais satisfeitos com a saúde bucal de seus filhos.

Discussão

O conhecimento mais aprofundado sobre o uso de serviços de saúde bucal por crianças de famílias pobres e extremamente pobres, particularmente das mais jovens, nos municípios brasileiros faz-se presente. Entretanto, estudos de base populacional ainda carecem de informações que subsidiem o desenvolvimento de metodologias adequadas, com amostras probabilísticas. Por isto, este estudo faz-se necessário para reduzir a lacuna de dados existente. Assim, a extrapolação dos resultados aqui relatados para o conjunto populacional do município deve ser feita com ressalvas. Ainda, os resultados aqui relatados também podem ser associados a trabalhos que verifiquem o perfil de saúde bucal da população em estudo.

No que concerne à faixa etária das crianças houve associação entre esta variável e o uso de serviços de saúde bucal, mostrando que ampla maioria das crianças de zero a três anos nunca havia ido ao dentista (93,75%), dados superiores aos encontrados em estado do nordeste¹⁸ e aqueles do levantamento feito pela PNAD em 2008, onde, dentre os 11,7% da população que nunca haviam consultado um dentista, 47,9% estavam na faixa de 0 a 4 anos de idade, ou seja, 77,9% das crianças desta faixa etária nunca haviam visitado um dentista²². Podem ser aventadas algumas hipóteses para o menor uso dos serviços por crianças até três anos, como a não percepção dos pais de que é preciso cuidar da dentição decídua e o desconhecimento da localização da unidade de referência

para atendimento odontológico no SUS. Soma-se a ambas as hipóteses, ainda a serem confirmadas, a sabida baixa cobertura por serviços públicos odontológicos no município em estudo. Segundo Goettems et al.²⁶ as crianças mais velhas têm mais chances de consultarem um dentista.

Outra variável que apresentou relevância estatística em relação ao uso dos serviços foi a percepção da saúde bucal da criança pelo responsável. Este achado assemelha-se ao de dois municípios do estado da Bahia, onde estudo dos fatores associados à desigualdade no uso de serviços de saúde odontológicos apontou que crianças cujos responsáveis tiveram percepção negativa sobre a saúde bucal fizeram mais uso dos serviços¹². Estes dados também foram encontrados em Pelotas, RS²⁶.

Nesta pesquisa não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no uso dos serviços de saúde bucal entre as crianças beneficiárias e não beneficiárias do PBF, o que difere dos dados de um estudo de Oliveira et al.¹⁹ realizado com escolares de escolas públicas e privadas na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, que detectou que as crianças beneficiárias do programa apresentaram uma frequência seis vezes menor de consultas com dentista que as não beneficiárias. A ausência de significância pode ser devida ao fato de ambos os grupos estudados terem apresentado perfil socioeconômico semelhante. Neles, a renda familiar *per capita* máxima não atingiu 50% do valor do salário mínimo vigente (R\$880,00), havendo diferença apenas no grau de pobreza. Também, no estudo de Pelotas a faixa etária das crianças avaliadas foi de oito a 13 anos, o que difere da presente amostra, podendo apresentar resultados diferentes.

Os fatores relacionados às iniquidades em saúde ao acesso e uso dos serviços, desafios a serem superados, devem ser discutidos sob a ótica dos determinantes sociais de saúde, refletindo seu peso na determinação social no processo saúde-doença¹. O uso

dos serviços de saúde bucal foi menor para o grupo da extrema pobreza, no entanto, esta diferença não foi significativa. Entre os indivíduos que não fizeram uso dos serviços, não foram diferenciados aqueles que não os buscaram daqueles que os buscaram e não conseguiram atendimento. Apesar disto, este achado reflete o resultado de estudos que apontam que o acesso aos serviços de saúde não se distribui de maneira harmônica na população brasileira, sendo mais favorável aos mais ricos^{10,24,14,25}.

Os estudos sobre escolaridade mostram que para pessoas com níveis de escolaridade mais baixos a prevalência de não consulta com dentista tem sido maior que a observada em indivíduos com maior escolaridade^{12, 25,26}. O mesmo achado se repetiu em inquéritos brasileiros de representatividade nacional¹³. Em um estudo comparativo entre três séries da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio que apresentaram suplementos de saúde, nos anos de 1998, 2003 e 2008, realizado por Macinko e Lima-Costa (2012)⁹ foi verificado que o aumento da escolaridade contribui para uma orientação pró-pobres do uso dos serviços. Neste estudo, de maneira semelhante, embora sem diferenças estatísticas significantes, os resultados apontaram uma ligeira prevalência de não consulta para crianças cujos responsáveis tinham menos anos de estudo.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013)¹³ apontaram que pessoas de cor não branca apresentaram menor busca por tratamento que os brancos. De maneira semelhante, no presente estudo, o não uso de serviços de saúde bucal foi maior entre indivíduos não brancos, ainda que sem significância estatística.

No município deste estudo, entre as crianças cujos responsáveis relataram uso dos serviços de saúde bucal, o principal motivo foi a busca por tratamento/restauração, seguido de prevenção/revisão/*check-up*, resultado condizente com os dados do SB

Brasil encontrado em todo o país ²². Segundo o relatório do SB Brasil 2010, nos últimos anos houve a ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, principalmente para os mais pobres, o que pode justificar o resultado encontrado.

Uma variável que se apresentou de forma bastante interessante neste estudo foi a resolutividade dos serviços utilizados. Apesar de 67,85% das crianças nunca terem ido ao dentista, dos que o fizeram, 92,31% obtiveram o tratamento buscado. Ao se relacionar este achado com a frequência de utilização de serviços públicos, que foram responsáveis por 76,92% dos atendimentos podemos inferir que, a despeito de ter uma baixa cobertura de saúde bucal, o acesso aos serviços de saúde bucal no município tem absorvido a maioria dos que o procuram. Este fato sugere a necessidade de maiores estudos para avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal neste município.

Conclusão

Este estudo permitiu conhecer dados relativos ao uso dos serviços de saúde bucal, bem como alguns determinantes sociais em saúde que influenciam tal uso, por crianças provenientes de famílias com perfil de renda para elegibilidade pelo PBF municipal de uma cidade de grande porte de uma região metropolitana do sudeste brasileiro. Assim, viabilizou-se o desenvolvimento de estudos de base populacional para o conhecimento mais aprofundado sobre o uso de serviços de saúde bucal por crianças de famílias dos extratos da pobreza e extrema pobreza, particularmente das mais jovens, neste e em outros municípios brasileiros. Ressalta-se ainda que fatores como a idade da criança e a percepção dos responsáveis em relação à saúde bucal das crianças estiveram associados ao uso dos serviços de saúde bucal, evidenciando a importância de ações que possam superar as iniquidades e a condição de vulnerabilidade dessa população.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Prefeitura Municipal de Contagem, MG, pelo apoio logístico e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG pelo apoio financeiro.

Referências

1. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, Liverpool, 2007.
2. Eslava-Schmalbach J, Buitrago G. La medición de desigualdades e inequidades en salud. Rev Colomb Psiquiatr. 2010 Dec;39(4):771-781.
3. Soares S, Sátyro N. O Programa Bolsa Família: Desenho Institucional, Impactos e Possibilidades Futuras. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto Para Discussão n° 1424. 2009. Disponível em: www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1424.pdf. Acesso em 20 jul. 2015.
4. Monnerat GL, Senna MCM, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Cienc Saude Colet. 2007 Dez;12(6):1453-1462.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei n° 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 de set. 2004.

6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. O Brasil sem Miséria no seu Município: Contagem/MG. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o programa bolsa família](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia)>. Acesso em: 21 nov. 2016.
7. Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, Bhutta ZA. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013 Sep; 13(Suppl 3):S30.
8. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007 Out;22(4): 279-285.
9. [Macinko J](#), [Lima-Costa MF](#). Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012 Jun 21;11:33.
10. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2014 Dez;48(6):968-976.
11. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Mar;31(3):260-268.
12. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Dec;34(6): 401-406.
13. IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p. Disponível em <biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em 23 nov. 2016.

14. Santos Junior SVE, Alencar AV, Sousa RMB, Cavalcanti F, Heimer MV, Rosenblatt A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. RFO UPF. 2013 Abr;18(1): 61-66.
15. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2008 Jan;24(1):150-156.
16. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, da Silva Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. BMC Oral Health. 2013 Oct;13:60.
17. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Cad Saude Publica. 2011;27(Suppl 2):s272-s283.
18. Paredes SO, Fernandes JRL, Fernandes JMFA, Menezes VA. Utilização dos serviços odontológicos por pré-escolares em um município de pequeno porte do Estado da Paraíba. Rev. odontol. UNESP. 2015 Jun;44(3):181-187.
19. Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC, Torriani DD et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? Rev Saude Publica. 2013 Dez;47(6):1039-1047.
20. Rivera Castiñeira B, Currais NL, Rungo P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Familia de Brasil. Rev. Esp. Salud Publica. 2009 Fev; 83(1): 85-97.
21. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Geral de Saúde Bucal –SB Brasil- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010- Resultados principais. Brasília; 2011.

22. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>> Acesso em 23 nov. 2016.
23. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008 Dec;24(12):2871-2880.
24. Alves H, Escorel S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Dez;34(6): 429-436.
25. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saude Publica*. 2011 Mai;27(5): 868-876.
26. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Oct;40(5):451-458.

5.2 PRODUTO TÉCNICO

OFICINA

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Como produto resultante de uma pesquisa, propõe-se a realização de uma oficina para a apresentação de seus resultados à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Contagem. Essa atividade constitui-se em um espaço para discussão coletiva sobre a forma de elaboração de instrumentos informativos. O projeto de pesquisa Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças elegíveis para o Programa Bolsa Família em um município brasileiro de grande porte teve seu desenvolvimento iniciado em 2015, com o objetivo de descrever o uso dos serviços de saúde bucal pelas crianças de zero a sete anos de idade de famílias com perfil de elegibilidade para o programa Bolsa Família, em Contagem, Minas Gerais. A equipe desse projeto, conta com a participação de professores e uma aluna de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

OBJETIVO DA OFICINA

Estimular e instrumentalizar trabalhadores, efetivos ou não, dos Centros de Referência de Assistência Social Municipais e da Central de atendimento ao Programa Bolsa Família de Contagem, MG a elaborarem de forma participativa e coletiva, instrumentos para divulgar as formas de acesso aos serviços de saúde bucal entre a população de Contagem inscrita no Programa Bolsa Família.

METODOLOGIA

A Oficina acontecerá no mês de fevereiro de 2017 e será registrada como evento no Sistema de Informação da Extensão da UFMG (Anexo C). Contará com a participação de 32 trabalhadores, efetivos ou não, dos Centros de Referência de Assistência Social Municipais e da Central de atendimento ao Programa Bolsa Família. O evento terá 4 horas de duração.

Após acolhimento dos participantes será realizada uma dinâmica para compreender as expectativas individuais em relação à oficina. Cada expectativa escrita

em um pedaço de papel será disposta em uma corda formando um “varal de expectativas”. A seguir será realizada a apresentação do resultado da pesquisa em questão.

Os participantes serão divididos em quatro grupos que trabalharão separadamente, tentando identificar os diversos tipos de instrumentos informativos que podem ser utilizados para divulgar a forma de acesso aos serviços de saúde bucal entre a população inscrita no BPF. Após o tempo programado, cada relator escolhido dentre os participantes do grupo fará a exposição do instrumento escolhido. Simultaneamente, um relator desenvolverá a síntese geral, a ser apresentada ao final das apresentações dos grupos. Concluída essa atividade, retomar-se-á ao varal de expectativas, agora expressando o sentimento final dos participantes em relação à oficina. O evento será avaliado pelos participantes por meio de um instrumento específico que contemplará os seguintes aspectos: organização, infraestrutura, metodologia, carga horária.

Cronograma

Atividade	Objetivos	Metodologia	Recursos	Responsável	Tempo
Abertura da oficina	Apresentar a oficina - recepção e boas-vindas aos participantes	Exposição oral	Sala de reuniões	Coordenador oficina	5 min
Identificação dos participantes e levantamento de expectativas	Conhecer as expectativas dos participantes com a oficina	Apresentação dos participantes com uma palavra que expresse as expectativas em relação à oficina. Os registros deverão compor o varal das expectativas	Tarjeta de papel, caneta	Coordenador oficina	25 min
Apresentação dos resultados das pesquisas	Apresentar os resultados observados nas pesquisas	Exposição oral.	Power Point	Coordenador oficina	20 min
Identificação de problemas	Escolher um nome para o grupo Identificar os tipos de instrumentos que podem ser usados na divulgação das informações. Identificar as informações que deverão ser divulgadas neste instrumento	Trabalho em pequenos grupos (dividido em quatro grupos; cada grupo deverá trabalhar separadamente, o grupo deverá indicar um relator).	Tarjeta de papel, material impresso, caneta	Participantes Coordenador oficina	60 min
Discussão em plenária	Apresentar as informações a serem divulgadas Apresentar o instrumento escolhido	Exposição oral	Tarjeta de papel	Relator de cada grupo	20 minutos

Continuação:

Atividade	Objetivos	Metodologia	Recursos	Responsável	Tempo
Construção coletiva do instrumento	Escolher o instrumento a ser utilizado Elaborar um roteiro com as informações a serem utilizadas no instrumento escolhido	Exposição oral	Tarjeta de papel	Participantes Aluna pós-graduação	45 minutos
Avaliação	Avaliar a oficina	Cada participante deverá escolher uma palavra para expressar o seu sentimento ao final da oficina. Varal das expectativas. Preenchimento do instrumento de avaliação da oficina	Papel e canetas Instrumento de avaliação	Participantes e coordenador da oficina	30 minutos
Encerramento	Agradecer aos participantes	Exposição oral	Sala de aula	Coordenador oficina	5 min

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da redução nas desigualdades conseguidas pela instituição de políticas públicas no Brasil na última década, ainda permanecem situações de iniquidades em saúde, principalmente nas populações mais vulneráveis. As interações entre os programas de transferência condicionada de renda e a saúde dos indivíduos por elas beneficiados podem influenciar positivamente as condições de vida e saúde destas pessoas.

Embora o Programa Bolsa Família tenha apresentado resultado importante na redução da pobreza e da desigualdade, ainda não foram bem estudados os impactos nas condições de saúde bucal das crianças beneficiárias. Neste trabalho procurou-se estabelecer dados preliminares que pudessem subsidiar pesquisas para avaliar estes impactos, através do estudo dos fatores associados ao uso dos serviços odontológicos. Foi possível verificar que os fatores mais fortemente associados ao uso foram a idade das crianças e a percepção da saúde bucal pelos seus responsáveis. Os demais fatores tiveram pouca ou nenhuma associação.

A preocupação com a saúde bucal das crianças de famílias em situação de vulnerabilidade social sempre esteve presente em minha vida profissional, desde que iniciei meu trabalho em uma eSB da ESF no município de Contagem. Há 11 anos iniciei um projeto de inclusão das crianças atendidas pelo PBF da minha equipe no tratamento odontológico. Essas crianças e seus responsáveis recebiam educação em saúde bucal e eram agendadas para avaliação odontológica, recebendo o tratamento odontológico necessário. Após a alta, as crianças foram acompanhadas semestralmente até que deixei a equipe para integrar a coordenação de saúde bucal do Município, onde continuei a me interessar por essa temática. Assim, ao definir o tema da dissertação do mestrado, escolhi trabalhar com este público, pois já conhecia a extrema vulnerabilidade em que viviam e havia percebido a alta incidência de cárie dentária que apresentavam, embora de forma apenas observacional.

Durante a coleta de dados pude perceber muitos desconheciam seus direitos ou não sabiam como alcançá-los. Notei que grande parte mostrava desconhecimento em relação à manutenção da saúde bucal. Outro fato que chamou a atenção foi que a maior parte das pessoas desconhecia a existência dos serviços públicos no município ou não

sabia qual a sua unidade de referência para atendimento odontológico, ainda que, para cumprirem as condicionalidades do programa, frequentassem regularmente os Centros de Referência de Assistência Social e as Unidades Básicas de Saúde.

Portanto, espera-se que haja o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde bucal mais equânimes, associadas a este programa, que propiciem a melhoria na condição de saúde bucal dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

Adato M, Hoddinott J. Conditional cash transfer programs: A "magic bullet" for reducing poverty? International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington, n. BB17, Special Edition. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/p/fpr/2020br/bb17.html#biblio>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

Alves H, Escorel S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2013 Dez;34(6):429–436.

Andrade MV, Noronha, KVMS, Menezes RM, Souza NS, Reis CB, Martins RM, Gomes L. Equidade na Utilização dos Serviços de Saúde no Brasil: Um Estudo Comparativo entre as Regiões Brasileiras no Período 1998-2008. UFMG/CEDEPLAR, Texto para discussão 445, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20445.pdf>. Acesso em 06 abr. 2015.

Baldani M H, Antunes J L F. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Cad. Saúde Pública. 2011;27(Suppl 2):s272-s283.

Bassani DG, Arora P, W K, Gaffey MF, Lenters L, Bhutta ZA. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health.2013 Sep;13(Suppl 3):S30.

Bichir, RM. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. Novos estud. - CEBRAP, São Paulo, n. 87, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Ago. 2015.

Bohn S, Veiga LF, Dalt, SD, Brandão AAP, Gouvêa VHC. Can conditional cash transfer programs generate equality of opportunity in highly unequal societies? Evidence from Brazil. Rev Sociol Polit. 2014;22(51):111-133.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; DF: Senado Federal; 1988.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União 19 de set 1990; Seção 1(182):1-5.

_____. (a). Lei 10.836/2004, de 09 de janeiro de 2004. Programa Bolsa Família. Diário Oficial da União 12 jan 2004; Seção 1(7):1-2.

_____. (b). Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União 30 nov 2004; Seção 1(229):496.

_____. Decreto n. 6.135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União 27 Jun 2007; Seção 1(122):3.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Geral de Saúde Bucal –SB Brasil- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010- Resultados principais, Brasília; 2011.

_____. Decreto n. 7.492, de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil sem Miséria. Diário Oficial da União 22 Jul 2011; Seção 1(140):38.

_____. Decreto n. 8.232 de 30 de abril de 2014. Altera o decreto n. 5209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o Programa Bolsa Família e o decreto n. 7.492 de 2 de junho de 2011 que institui o Plano Brasil Sem Miséria. Diário Oficial da União 2 Mai 2014; Seção 1(82):2.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Relatório de informações sociais/ Boletim de informações/Dados Municipais. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_pro_grama_bolsa_familia. Acesso em: 16 nov. 2016.

Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface (Botucatu). 2012 Mar; 16(40): 249-260.

Campos Filho AC. Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades: uma análise a partir da integração dos programas Bolsa Família e Vida Nova no Município de Nova Lima. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências]-

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
Cardona D, Acosta LD, Bertone LC. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gac Sanit.* 2013; 27(4):292-297.

Contagem. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para a Organização da Saúde Bucal do Município de Contagem. Contagem 2012.

_____. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Quadriênio 2014/2017. Contagem 2015.

Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciênc. Saúde coletiva* 2013. Feb; 18(2):461-470.

Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares AS, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública.* 2011 Mai; 27(5):868-876.

Elwell-Sutton TM, Jiang CQ, Zhang WS, Cheng KK, Lam TH, Leung GM, Schooling CM. Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Health Policy Plan.* 2012 Aug; 28(5):467-479.

Eslava-Schmalbach J, Buitrago G. La medición de desigualdades e inequidades en salud. *Ver Colomb Psiquiatr.* 2010 Dec; 39(4):771-781.

Fleury, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicol Soc.* 2011; 23 45-52.

Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007 out; 22(4):279-285.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mougollón-Perez A, De Paepe P, Silva MR, Unger JP et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities'

central Colombia and northeastern Brazil. *International Journal for Equity in Health*. 2014 jan;13(1):1.

Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Oct;40(5):451-458.

Hirmas Aday M, Angulo LP, Sepulveda AMJ, Sanhuela XA, Becerra ID. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica* 2013. Mar;33(3):223-229.

Houaiss, Antônio. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Característica da população e dos domicílios- Resultados do Universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao>. Acesso em: 27 out. 2014.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde, Rio de Janeiro; 2010. Disponível <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%RJ/panorama.pdf> Acesso em 23 nov. 2016.

_____. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtml>. Acesso em 27 out. 2016.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro:IBGE, 2015. Disponível em <biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em 23 nov. 2016.

Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan; 24(1):150-156.

Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012 Jun 21; 11:33.

Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, da Silva Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health*. 2013 Oct; 13:60.

Magalhães R, Coelho AV, Nogueira MF, Bocca C. Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011 Nov;16(11):4442-4452.

Magro AFN, Reis CN. Os Programas de Transferência Condicionada de Renda na América Latina: Panorama de experiências em desenvolvimento. *Revista OIDLES*. 2011 Jun;5(10):1-21.

Marinho E, Linhares F, Campelo G. Os programas de transferência de renda do governo impactam a pobreza no Brasil? *Rev Bras Econ*. 2011 Set;65(3):267-288.

Mendes, EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: SB Minas Gerais: Pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira – Resultados principais. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013.

Monnerat GL, Senna MCM, Scholtz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 dez;12 (6):1453-1462.

Mújica OJ, Vázquez E, Duarte EC, Cortez-Escalante JJ, Silva JB. Socioeconomic inequalities and mortality trends in BRICS, 1990–2010. *Bull World Health Organ*. 2014; 92:405-412.

Nascimento KMF. Monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: estudo de casos em dois níveis de gestão do estado de Goiás. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Pública]-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.

Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini, LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública. 2014 Dez;48(6):968-976.

Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? Rev Saúde Pública. 2013 Dez;47(6):1039-1047.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração do Milênio. Cimeira do Milênio Nova Iorque, 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_milenio.pdf>. Acesso em 29/09/2015.

Pinto VPT, Teixeira AH, Santos PR, Araújo MWA, Moreira AG, Saraiva SRM. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2014 Jul;19(7):2235-2244.

Pinto RS, Abreu MHNG, Vargas AMD. Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil. BMC Oral Health. 2014 14:100.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Organização das Nações Unidas. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios 2013. Disponível em: <www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em 23 jul. 2015

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

Rivera Castiñera B, Currais NL, Rungo P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Familia de Brasil. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2009 Feb;83(1):85-97.

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Dec;24(12):2871-2880.

Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Paschoal PM, Almeida CJ et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 Feb;19(2):343-352.

Sanches RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Mar;31(3):343-352.

Santos Junior SVE, Alencar AV, Souza RMB, Cavalcanti F, Heimer MV, Rosemblat A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *RFO UFP*. 2013 Abr;18(1):61-66.

Soares S, Satyro N. O Programa Bolsa Família: Desenho Institucional, Impactos e Possibilidades Futuras. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto Para Discussão No 1424. 2009. Disponível em: www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1424.pdf. Acesso em 20 jul. 2015.

Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 Dec;12(6):375-383.

Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Dec;34(6):401-406.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. ed. Brasileira. Brasília: UNESCO, 2002.

Suplicy E. Renda de cidadania: a saída é pela porta. São Paulo: Cortez-Fundação Perseu Abramo; 2002

Teixeira JC, Gomes MHR, Souza JA. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Dec; 32(6): 419-425.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 32(6):419-425.

Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large brazilian city. *J Urban Health*. 2010 Dec; 87(6):994-1006.

Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006 Jan;174(2):177-183.

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, 2007.

World Bank Group. *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality*. World Bank Group, 2016. Washington, DC: World Bank. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity>. Acesso em: 17 jan. 2017.

WHO. World Health Organization. *World Health Statistics 2014- Library Cataloguing-in-Publication Data*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf. Acesso em: 20 mai. 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado,

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa sobre o atendimento com dentistas nos postos de saúde da prefeitura às crianças até sete anos, cadastradas no CAD Único, com o título: **DESIGUALDADES SOCIAIS, INIQUIDADES E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL: a experiência do Bolsa Família em Contagem**, da aluna do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da Universidade Federal Minas Gerais.

Esclarecemos que:

1. As informações sobre você e a entrevista só interessam a você e aos pesquisadores. Nos resultados da pesquisa ninguém saberá seu nome;
2. Esta atividade não oferece riscos para você;
3. Você poderá desistir de fazer parte dessa pesquisa a qualquer momento. Caso não queira participar da pesquisa, você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo;
4. As informações coletadas são específicas para esta pesquisa, sendo que os resultados serão divulgados por meio de trabalho de conclusão de curso, artigos científicos e apresentações em congressos de saúde.

Eu, _____,

após ler e entender o objetivo da pesquisa descrita, concordo em participar da entrevista

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Pesquisador responsável:

Angela Regina Rinco Fontoura
Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública
Universidade Federal de Minas Gerais
Telefone: 99950-9853

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Inicial

Entrevista número:

Nome do entrevistado: _____

1- Qual o seu parentesco com a criança?

2 - Recebe Bolsa Família?

1-Sim

2- Não

3- Quantos anos você estudou?

1- Até 1 ano

2- De 1 a 4 anos

3- De 4 a sete anos

4- Mais de 7 anos

4- A cor ou raça da criança é:

1- Branca

2- Preta

3- Amarela

4- Parda

5- Indígena

5- Qual o sexo da criança?

1- Masculino

2- Feminino

6- Qual a faixa de idade da criança?

1-0 a 3 anos

2- 3 a 5 anos

3- 5 a 7 anos

7- Qual foi a última vez que a criança foi ao dentista?

1- Menos de 1 ano

2- Mais de 1 Ano

3- Nunca foi ao dentista

8- Quando procurou o dentista qual o motivo da procura?

1- Dor

2- Tratamento

3- Orientações

9- Seu filho recebeu o tratamento procurado?

1- Sim

2- Não

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Definitivo

Entrevista número:

Nome do entrevistado:

Endereço:

Rua _____

Bairro _____

Distrito _____

1- Você é beneficiário do Bolsa Família?

1-Sim 2-não

2- Qual o seu parentesco com a criança?

0-Mãe 1-Pai 2- Avó 3- Outros

3- Qual a renda familiar incluindo o benefício do Bolsa Família?

4- Quantas pessoas, incluindo você, vivem desta renda?

5- Quantos anos você estudou?

0 - Mais de 7 Anos 1- De 4 a 7 anos 2- De 1 a 4 anos 3- Até 1

6- A cor ou raça da criança é:

0- Branca 1-Amarela 2- Parda 3-Indígena 4- Preta

7- Qual o sexo da criança?

0- Masculino 1- Feminino

8- Qual a faixa de idade da criança?

0- de 5 a 7 anos 1- de 3 a 5 anos 2- de 0 a 3 anos

9- A criança já foi ao dentista alguma vez na vida?

0- Sim 1- Não 9 – Não sabe / Não respondeu

10- Quando a criança consultou o dentista pela última vez?

0- Menos de 1 ano 1- Um a dois anos 2- Três anos ou mais 3- Nunca foi ao dentista 9 – Não sabe / Não respondeu

11- Quando a criança foi ao dentista, onde foi a última consulta?

0- Serviço Público 1- Serviço particular 2- Plano de saúde ou Convênio 3- Nunca foi ao dentista 9 – Não sabe / Não respondeu

12- Quando a criança foi ao dentista, qual o motivo da última consulta?

0- Dor 1- Tratamento/Restauração 2- Extração 3- Revisão, prevenção ou check-up 4 – Outros 5- Nunca foi ao dentista 9 – Não sabe / Não respondeu

13- Quando a criança foi ao dentista, recebeu o tratamento procurado?

0- Sim 1- Não 2- Nunca foi ao dentista 9 – Não sabe / Não respondeu

14- Com relação aos dentes/boca da criança você está:

0 – Muito satisfeito 1 – Satisfeito 2 – Nem satisfeito nem insatisfeito
3 – Insatisfeito 4 – Muito insatisfeito 9 – Não sabe / Não respondeu

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 56872916.0.0000.5149

Interessado(a): Prof. Flávio de Freitas Mattos
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de junho de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "**Desigualdades sociais, iniquidades e acesso aos serviços de saúde bucal: a experiência do Programa Bolsa Família em Contagem**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Submissão do manuscrito à Revista de Odontologia da UNESP.

24/11/2016

ScholarOne Manuscripts

 Revista de Odontologia da UNESP

 Home

 Author

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to
Revista de Odontologia da UNESP

Manuscript ID
ROUNESP-2016-0233

Title
Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças de famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família em um município brasileiro de grande porte

Authors
Fontoura, Angela Regina
Ferreira, Raquel
Gomes, Viviane
Mattos, Flávio

Date Submitted
24-Nov-2016

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2016. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)



Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças de famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família em um município brasileiro de grande porte



Journal:	<i>Revista de Odontologia da UNESP</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword - Please use the keywords from DeCS or MeSH.: Access, Children, Social vulnerability, Oral health services	



SCHOLARONE™
Manuscripts

View Only

ANEXO 3 – Registro da Oficina no Sistema de Informação da Extensão da UFMG.

24/11/2016 14:41	
	Sistema de Informação da Extensão
	PROEX UFMG Pró-Reitoria de Extensão
EVENTO - OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES EM ASSISTÊNCIA SOCIAL DE CONTAGEM SOBRE A SAÚDE BUCAL DE CIDADÃOS INSCRITOS NO CAD ÚNICO	
Registro	
-	
Revisão	
24/11/2016	
Status	
Aguardando aprovação	
Título	
Oficina de qualificação dos trabalhadores em Assistência Social de Contagem sobre a saúde bucal de cidadãos inscritos no CAD único	
Data de início	
01/02/2017	
Previsão de término	
28/02/2017	
Data da última aprovação pelo Órgão Competente	
-	
Órgão Competente	
-	
CARACTERIZAÇÃO	
Ano em que se iniciou a ação	
2017	
Unidade	
Faculdade de Odontologia	
Departamento	
Depto Odontologia Social e Preventiva	
Caracterização	
Seminários e Eventos Análogos	
Programa vinculado	
Promoção de Saúde Bucal	
Projeto vinculado	
Escolas Saudáveis	
Principal Área Temática de Extensão	
Saúde	
Área Temática de Extensão Afim	
NÃO POSSUI	
Linha de Extensão	
Saúde da Família	
Grande Área do Conhecimento	
Ciências da Saúde	
Palavras-chave	
Programa Bolsa Família, saúde bucal, crianças, uso de serviços	
DESCRIÇÃO	
Apresentação e justificativa	
<p>Como produto resultante de uma pesquisa, propõe-se a realização de uma oficina para a apresentação de seus resultados à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Contagem. Essa atividade constitui-se em um espaço para discussão coletiva sobre a forma de elaboração de instrumentos informativos. O projeto de pesquisa Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças elegíveis para o Programa Bolsa Família em um município brasileiro de grande porte teve seu desenvolvimento iniciado em 2015, com o objetivo de descrever o uso dos serviços de saúde bucal pelas crianças de zero a sete anos de idade de famílias com perfil de elegibilidade para o programa Bolsa Família, em Contagem, Minas Gerais. A equipe desse projeto, conta com a participação de professores e uma aluna de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.</p>	
Objetivos gerais	

	Sistema de Informação da Extensão		PROEX UFMG Pró-Reitoria de Extensão
EVENTO - OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES EM ASSISTÊNCIA SOCIAL DE CONTAGEM SOBRE A SAÚDE BUCAL DE CIDADÃOS INSCRITOS NO CAD ÚNICO			
Proporcionar à Prefeitura Municipal de Contagem a devolutiva dos resultados da pesquisa: Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças elegíveis para o Programa Bolsa Família em um município brasileiro de grande porte			
Objetivos específicos			
Estimular e instrumentalizar trabalhadores, efetivos ou não, dos Centros de Referência de Assistência Social Municipais e da Central de atendimento ao Programa Bolsa Família de Contagem, M. G. a elaborarem de forma participativa e coletiva, instrumentos para divulgar as formas de acesso aos serviços de saúde bucal entre a população de Contagem inscrita no Programa Bolsa Família.			
Metodologia			
A Oficina acontecerá no mês de fevereiro de 2017. Contará com a participação de 32 trabalhadores, efetivos ou não, dos Centros de Referência de Assistência Social Municipais e da Central de atendimento ao Programa Bolsa Família. O Evento terá 4 horas de duração.			
Após acolhimento dos participantes será realizada uma dinâmica para compreender as expectativas individuais em relação à oficina. Cada expectativa escrita em um pedaço de papel será disposta em uma corda formando um varal de expectativas. A seguir será realizada a apresentação do resultado da pesquisa em questão.			
Os participantes serão divididos em quatro grupos que trabalharão separadamente, tentando identificar os diversos tipos de instrumentos informativos que podem ser utilizados para divulgar a forma de acesso aos serviços de saúde bucal entre a população inscrita no BPF. Após o tempo programado, cada relator escolhido dentre os participantes do grupo fará a exposição do instrumento escolhido. Simultaneamente, um relator desenvolverá a síntese geral, a ser apresentada ao final das apresentações dos grupos. Concluída essa atividade, retomará-se o varal de expectativas, agora expressando o sentimento final dos participantes em relação à oficina.			
Forma de avaliação da ação de Extensão			
O evento será avaliado pelos participantes por meio de um instrumento específico que contemplará os seguintes aspectos: organização, infraestrutura, metodologia, carga horária.			
Site			
-			
Origem do público-alvo			
Externo			
Caracterização do público-alvo			
Trabalhadores em assistência social, efetivos ou não, dos Centros de Referência de Assistência Social Municipais e da Central de atendimento ao Programa Bolsa Família de Contagem, M. G.			
Captação por edital de fomento			
Não			
Articulado com política pública			
Sim			
ESTUDANTES MEMBROS DA EQUIPE			
Plano de atividades			
Os estudantes participantes do Projeto de Extensão Escolas Saudáveis, bolsistas e voluntários, atuarão como mediadores da oficina.			
Plano de acompanhamento e orientação			
Os coordenadores, docentes e estudante de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG, orientarão os estudantes durante o evento.			
Processo de avaliação			
Os estudantes terão seu desempenho avaliado em reunião após o evento, quando também procederão à avaliação deste.			
INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS			
Infra-estrutura física			
Auditório da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Contagem, M. G.			
Início da inscrição			
-			
Término			
-			
Local de inscrição			
Coordenação de Saúde Bucal de Contagem, M. G.			

 Sistema de Informação da Extensão		 PROEX UFMG Pró-Reitoria de Extensão				
EVENTO - OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES EM ASSISTÊNCIA SOCIAL DE CONTAGEM SOBRE A SAÚDE BUCAL DE CIDADÃOS INSCRITOS NO CAD ÚNICO						
Gratuito para o público						
Sim						
Público estimado						
32						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						
Informações adicionais						
-						
REALIZAÇÕES						
Data Início	Data Término	Início Inscrição	Término Inscrição			
EQUIPE						
Participação	Nome	Telefone	E-mail	Unidade	Departamento/ Curso/Setor	Período
Coordenador	FLAVIO DE FREITAS MATTOS		fmattos@ufmg.br fmattos@ufmg.br	Faculdade de Odontologia	Departamento de Odontologia Social e Preventiva	- a -
Co-coordenador	ANGELA REGINA RINCO FONTOURA	(31) 9950-9853	arrf2015@ufmg.br REGINARINCO@HOTMAIL.COM	-	ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP	01/02/2017 a 28/02/2017
Co-coordenador	VIVIANE ELISANGELA GOMES	(31) 3409-2442	vivianegomes@ufmg.br VIVIGOMES_BR@YAHOO.COM.BR	Faculdade de Odontologia	Departamento de Odontologia Social e Preventiva	01/02/2017 a 28/02/2017
PARCERIAS						
CNPJ	Nome	Caracterização	Tipo			
ABRANGÊNCIAS						
Nome	Estado	Município	CEP	Detalhes		
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social	-	-	32.340-010	Avenida. Portugal,20 Bairro: Eldorado		