

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

RENATO CAVALCANTI PINTO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS
NA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE COM E SEM ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO**

**“Evaluation of the Impact of Buccal Conditions on Quality of Life at
Single Health System Users with and without Access to Dental
Services”**

**Belo Horizonte
2009**

RENATO CAVALCANTI PINTO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS
NA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE COM E SEM ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO**

**“Evaluation of the Impacto of Buccal Conditions on Quality of Life
at Single Health System Users with and without access to Dental
Services”**

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

**Orientadoras: Estela Aparecida Oliveira Vieira
Viviane Elisângela Gomes**

**Belo Horizonte
2009**

Esse trabalho é dedicado

À minha esposa Telma,
pelo incentivo e por sua presença constante em minha vida.

Aos meus pais Eduiges e Hélio
pelo papel de eternos educadores em minha vida.

À comunidade dos bairros Jaqueline e Canaã que me acolheram.

Aos profissionais das equipes 1, 2 e 3 do C. S. Jaqueline II, em especial a Gerente da unidade Dra. Adjany Ximenes, e da equipe 2 do C.S. Jaqueline I, que compartilharam comigo a busca do conhecimento.

Agradeço aos...

Meus pais (Eduiges e Hélio) pelo incansável esforço, apoio e estima pela minha realização profissional e pessoal.

À minha esposa (Telma) pelas tantas conversas sobre nossos planos de vida (incluindo a Especialização), que me incentivou em todos os momentos de minha formação e por sua compreensão, carinho e amor.

Aos meus filhos (Wayne e Ingrid) pela presença ao longo da redação desse trabalho.

Aos professores Efigênia Ferreira, Marcos Werneck, Simone Dutra, Andréa Vargas e Mauro pela inspiração da carreira acadêmica. A vocês todo o respeito e extrema admiração.

Aos colegas da Especialização pela presença, amizade e estima. Principalmente, Valmira, Zdenka, Dupleiu, Ricardo, Rosane, Débora e Eunice.

À Gerente do C.S. Jaqueline II, Dra Adjany Ximenes, que desde o início acreditou, apoiou e incentivou o Projeto de Intervenção e todas as minhas pretensões.

Aos profissionais das equipes de saúde bucal, bem como, aos médicos, enfermeiras e os 18 agentes comunitários de saúde das duas unidades que foram atores importantes envolvidos na pesquisa, sem os quais o trabalho não seria possível.

Em especial a minha orientadora Professora Estela Vieira, pelo acolhimento e confiança em mim depositada, incentivo e compreensão em todos os momentos durante a realização desse trabalho.

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade,
porque ele só tornará assim, uma máquina utilizável,
Mas não uma personalidade. É necessário que adquira
Um sentimento, um senso prático daquilo que é belo,
Do que é moralmente correto.

A não ser assim, ele se assemelhará, com seus conhecimentos
Profissionais, mais a um cão ensinado do que a
Uma criatura harmoniosa e desenvolvida.
Deve aprender a compreender, portanto, as motivações
Dos homens, suas quimeras e seu lugar exato em relação
A seus próximos e a comunidade.”

Albert Einstein

1879-1955

RESUMO

Os objetivos desse estudo foram investigar o impacto na qualidade de vida das condições bucais dos usuários cobertos e não cobertos pelos serviços odontológicos da Equipe Saúde Bucal (ESB) 2 do Centro de Saúde (CS) Jaqueline I, que atende a Equipe Saúde da Família (ESF) 2 da unidade e também à usuários da ESF 1 do CS Jaqueline II em Belo Horizonte – MG; estimar diferenças de prevalência e severidade desse impacto; identificar os fatores limitantes do acesso na área e propor melhoria de acesso aos serviços através de um Projeto de Intervenção. Foi realizado um estudo piloto quantitativo descritivo utilizando dois roteiros de entrevistas aos usuários, o Questionário de Acessibilidade adaptado de Castro (2007) e o indicador OHIP14 “*Short Form*”. Os questionários foram aplicados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), previamente capacitados, nos domicílios de suas respectivas micro áreas. A amostra foi de conveniência e foi estratificada em dois grupos, um coberto pela ESB 2 e o outro não coberto. Foram aplicados 144 questionários divididos proporcionalmente visando à representatividade de cada um dos grupos naquela comunidade. Não houve diferença estatisticamente significativa, quanto à faixa etária, sexo, IVS, faixa de renda e nível de escolaridade entre os dois grupos. Quanto ao OHIP14, das suas sete demissões, seis apresentaram diferença estatisticamente significativa a favor do grupo coberto pela ESB 2. A exceção foi à incapacidade social com valor $p=0,0504$. Quanto ao impacto total o grupo coberto apresentou baixo impacto OHIP=9,8448 e o grupo sem cobertura apresentou médio impacto OHIP=20,2716. A prevalência de impacto também mostrou diferença estatisticamente significativa em favor do grupo coberto com OR=0,4889 com um IC de 95% que não inclui o valor 1. Ao se estratificar os fatores de confusão por grupo identificou-se que a diferença estatisticamente significativa em favor do grupo coberto pela ESB 2 permaneceu em todas as categorias que abrigavam maior número de participantes. As conclusões do estudo mostram ser a estratégia de controle das doenças bucais efetivas no grupo estudado apresentando uma redução de severidade de impacto de 50,44% e redução da prevalência desses impactos de 17,7% em favor dos usuários cobertos. Apesar dos resultados alvissareiros, Belo Horizonte parece estar perdendo a oportunidade de ampliar o número de ESB comprometendo a acessibilidade, a universalidade, a integralidade e a equidade nessa atenção. Nas áreas de abrangência dos CS Jaqueline I e II os maiores limitantes da acessibilidade são de ordem organizacional e limitam o acesso funcional dos usuários. O OHIP14 mostrou ser um importante instrumento para rastreamento e priorização de grupos em desvantagem social dentro das áreas das UBS. O modelo de intervenção a ser proposto consiste no seguinte: 1) aplicar o questionário OHIP14 em toda a área de abrangência da UBS através dos ACS; 2), formar um banco de dados que permita inferências para toda a área de abrangência; 3) ampliar o acesso para micro áreas onde o impacto é mais elevado; 4) estabelecer metas e resultados mensuráveis para a atenção em saúde bucal naquelas UBS; 5) promover avaliação e controle das ações implementadas, com uma periodicidade anual por cada ESB, proporcionando a melhoria das condições de saúde bucal naquela área de abrangência.

Palavras Chave: Acesso aos serviços de saúde, Avaliação em Saúde, Qualidade de Vida, Saúde Bucal, Condições Bucais.

ABSTRACT

The objectives of this study were to investigate the impact in the quality of life of the covered users' buccal conditions and not covered by dental services of Dental Health Team (DHT) 2 of Jaqueline I Health Center (H.C), that assists Family's Health Team (FHT) 2 of the unit and also to users of FHT1 of Jaqueline II H.C. in Belo Horizonte/MG; to esteem differences of prevalence and severity of that impact; to identify the limiting factors of the access in the area and to propose access improvement to the services through an Intervention Project. The applied methodology was a quantitative and descriptive pilot study using two interview guides to the users, the Questionnaire of Accessibility adapted of (Castro, 2007) and the indicator OHIP14 Short Form. They were applied by the Community Agents of Health (CAH), previously qualified, in the local residences of your respective catchment areas. It was also used a convenience sampling methodology that formed two groups, a covered by DHT2 and another discovered. 144 questionnaires were applied, proportionally divided by size of each one of the groups in that community. The main founds were: There were not statistically significant differences among the age groups, sex, Social Vulnerability Index (SVI), level of income and education status among the two groups; From the seven conceptual dimensions of OHIP14, six presented difference statistically significant in favour of the group covered by DHT2, the exception was to the social disability (P value = 0,0504); the covered group presented low total impact OHIP=9,8448 and the group without coverage presented medium impact OHIP=20,2716; the prevalence of impact also showed difference statistically significant in favour of the covered group with a Odds Ratio = 0,4889 with CI of 95% that does not include the value 1. When stratifying to control for confounding effects in each group it was identified that the differences statistically significant in favour of the covered group by DHT 2 were maintained in all the categories that sheltered larger number of participants. Hence, the other differences found might have occurred due to the small number of individuals that were selected in that category. The largest deterrent of the study was the convenience sampling that didn't allow inferences for the whole catchment area from the two HC. The study conclusions show to be the strategy of control of the buccal diseases effective in the studied group that presented a reduction of severity of impact of 50,44% and a reduction of the prevalence of impacts of 17,7% in favour of the covered users'. In spite of the outstanding results, Belo Horizonte seems to be still losing the opportunity to increase the number of DHT compromising the principals of the integral assistance, of the accessibility, of the universality, and of the equity in that attention. In the catchment areas of Jaqueline I and II H.C. the largest limiting factor of the accessibility is of organizational character and it limits the users' functional access. OHIP14 showed at study to be an important instrument for screen and for prioritize groups in social disadvantage into the studied cahtment areas. The intervention model to be proposed consists of: First, to apply the questionnaire OHIP14 in the whole catchments area of both health units through CAH; Second, to form a database that allows inferences for the whole catchments area; Third, to increase the access for the people living at micro areas where the impact of buccal conditions is higher; Fourth, to establish goals and measurable outputs for the attention in buccal health in those health units; Fifth, to promote control and evaluation of the implemented actions, in annual terms for each DHT, what will provide the improvement of the conditions of buccal health in that area.

Key Words: Access to the health services, Evaluation in Health, Quality of Life, Buccal Health, Buccal Conditions.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2.1. Objetivo Geral	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. REVISÃO DA LITERATURA	4
3.1. O Acesso e a Acessibilidade	4
3.2. Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida	12
4. MATERIAIS E MÉTODOS	18
4.1. Descrição	18
4.2. Mapa Contextual	19
4.3. Amostragem e Processo de Seleção	23
4.4. Coleta de Dados e Análise	25
4.5. Critérios de Seleção	26
4.5.1. Usuários Cobertos	26
4.5.2. Usuários Descobertos	26
5. RESULTADOS	27
6. DISCUSSÃO	38
7. CONCLUSÕES	45
8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	48
9. BIBLIOGRAFIA	49
10. ANEXOS	54

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, um dos grandes desafios da saúde pública a nível nacional é o acúmulo de doenças bucais na população. Causas multi fatoriais como formação e distribuição inadequada de profissionais; ineficiência dos programas públicos e dos serviços prestados pelo Estado, no sentido de dar atenção compatível com as necessidades da população são as principais razões para este alarmante quadro de exclusão social, com uma grande limitação de acesso, retratado na condição de saúde bucal do povo brasileiro (PINTO & ARCANJO, 1993). No Brasil, a prestação de serviços públicos de saúde bucal caracterizou se principalmente pelo planejamento rudimentar ofertando serviços com técnicas não uniformes, sem avaliação periódica, com uma concepção individualista da profissão reproduzindo as práticas dos consultórios particulares nos serviços públicos. Existiu ainda por muito tempo uma ausência completa de sistema de trabalho com ações de baixa complexidade, com predomínio de ações curativas e mutiladoras além do acesso restrito à população (OPAS, 2006).

No entanto, o Projeto SB Brasil 2003, descreve uma expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil, com persistência de elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais. Grande parte da população ainda permanece desassistida com marcantes diferenças micro-regionais. Apenas 10% dos idosos apresentaram vinte ou mais dentes na boca. Quanto ao acesso, cerca de 14,6% dos adolescentes, 36,79% dos adultos e 65,69% dos idosos foi ao dentista pela ultima vez a mais de três anos. Com relação às demais metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) os dados encontram-se distantes do estipulado anteriormente para 2000 (Ministério da Saúde, 2004).

Após essas constatações, o Ministério da Saúde estabeleceu algumas políticas na area de saúde bucal visando à ampliação do acesso e a melhoria do quadro de saúde bucal no país. Entre essas políticas destaca se: a mudança da proporção de equipes de saúde da família (ESF) e das equipes de saúde bucal (ESB) através da Portaria nº-673/GM, em 2003 que agora, financia as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas (OPAS, 2006). O Estado de Minas Gerais também aderiu ao preconizado pela Portaria nº-673/GM a partir da Deliberação CIB-SUS/MG 287 de

17 de agosto de 2006, que ditou que o Estado deve buscar atender à razão de uma ESB para uma ESF, tendo ambas responsabilidades sanitária pela mesma população e mesmo território (Minas Gerais, 2006).

Em Belo Horizonte a situação de saúde bucal não diferiu muito do restante do país. A cidade apresenta altos índices de necessidades acumuladas de tratamento em saúde bucal; onde colabora para tal fato um quadro epidemiológico histórico associado a insuficiente cobertura dos serviços, condicionada principalmente pela falta de oferta adequada dos mesmos e pela metodologia de intervenção que por muito tempo também se mostrou inadequada (Belo Horizonte, 2006). Apesar dos esforços para a ampliação de cobertura dos serviços de odontologia do município, que resultaram num aumento de 33% no número total de pessoas que iniciaram nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tratamento individual entre 2005 e 2007, e de 25% que concluíram tratamento, neste mesmo período, na atenção básica (Tenório et al, 2007). Permanecem nesse contexto a discrepância de dados: enquanto no Brasil 11,88% e no Estado de Minas Gerais 11,25% das pessoas tiveram acesso ao dentista pelo menos uma vez ao ano, em Belo Horizonte esse número foi de apenas 5,83%. Sendo que os serviços odontológicos municipais ainda não apresentam um critério para rastrear grupos prioritários dentro uma dada área de abrangência, apresentam ainda grande limitação de acesso à atenção secundária e não oferecem prótese dentária, aparelhos ortodônticos para maiores de 12 anos ferindo a integralidade e a universalidade (Melo, 2008).

Tendo em vista que é imprescindível que a cultura da avaliação seja incorporada aos serviços, a partir das informações produzidas por eles, subsidiando o planejamento e a gestão. Este trabalho se propõe a investigar o impacto na qualidade de vida das condições bucais dos usuários, que possuem, e que não possuem acesso aos serviços odontológicos do C.S. Jaqueline I. Tais aspectos são de suma relevância para o planejamento de estratégias que visem à melhoria e a ampliação do acesso aos serviços, com resolutividade, eficiência, e maior equidade atendendo assim a legislação vigente.

2. OBJETIVOS

2.1. *Objetivo Geral*

Investigar o impacto na qualidade de vida das condições bucais dos usuários cobertos e não cobertos pelos serviços odontológicos da ESB 2 do C.S. Jaqueline I, que atende a ESF2 da unidade e também a usuários da ESF1 do C.S. Jaqueline II em Belo Horizonte/MG.

2.2. *Objetivos Específicos*

Estimar as diferenças de prevalência e severidade do impacto das condições bucais na qualidade de vida dos usuários cobertos e não cobertos por ESB nos C.S. Jaqueline I e II, em Belo Horizontes/MG.

Identificar fatores que limitam o acesso aos serviços odontológicos da ESB 2 do C.S. Jaqueline I, em B. Horizonte/MG.

Identificar possibilidades de melhoria do acesso aos serviços odontológicos na comunidade de usuários das duas unidades acima referidas.

Propor um Projeto de Intervenção que amplie o acesso aos serviços odontológicos para as ESF2 e 3 do C.S. Jaqueline II que nunca possuíram cobertura em saúde bucal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O Acesso e a Acessibilidade

Este capítulo pretende investigar na literatura, as relações do acesso à saúde, em particular à saúde bucal, com o impacto na qualidade de vida das condições bucais, de uma comunidade.

Moreira, Nations & Alves (2007) estudaram Dendê, uma comunidade de baixa renda em Fortaleza, Ceará e concluíram que os moradores locais apesar de sofrerem com dores de origem dentária, ainda consideram um luxo ir ao dentista. Consideraram também que a dificuldade encontrada para o acesso aos serviços, bem como às restaurações de baixa qualidade corroboraram para a perda precoce da dentição, permitindo experiência diferenciada de saúde bucal em populações de diferentes camadas sociais, aumentando iniquidade e reduzindo auto-estima e inserção social dos mais pobres. A experiência da população demonstra a necessidade de acesso adequado e humanizado em saúde bucal como forma de reduzir a forte associação entre pobreza, má condição bucal, baixo acesso a odontologia e baixa oportunidade de ascensão na vida gerando um capital social desgastado naquela comunidade. Fica demonstrado, então, um alto incremento de doenças bucais que é inversamente proporcional ao acesso à atenção em saúde bucal e a oportunidade de superar as iniquidades sociais.

Rocha & Góes (2008) demonstraram em seu estudo realizado em Campina Grande, Paraíba que não houve evidência na associação entre morar em área coberta por ESF ou morar em área descoberta por ESF e o acesso aos serviços de saúde bucal. O que não era presumido pelos autores do trabalho, tendo em vista o caráter de territorialidade previsto no programa. Um outro aspecto a se destacar é a forte associação demonstrada entre renda do respondente ou renda familiar e acesso. Além também da associação entre a escolaridade e o acesso, o que confirma diversos outros estudos já realizados no Brasil e que mostram as iniquidades ainda existentes em nosso sistema de saúde, apesar dos avanços já alcançados pelo mesmo.

Ramos & Lima (2003) pesquisaram a qualidade do atendimento de uma UBS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul segundo o ponto de vista dos usuários mostrou

as facilidades e dificuldades de acesso geográfico, econômico e funcional. A forma como o serviço foi organizado, e a competência profissional da equipe foram relatados no estudo como as facilidades que proporcionam um acolhimento gerador de satisfação nos usuários. Por outro lado a má recepção e o desempenho profissional insatisfatório foram descritos como dificuldades. Como conclusão ficou demonstrada a necessidade de aumento da equipe, capacitação dos profissionais para o acolhimento, a implantação de outras modalidades de atendimento odontológico, mudanças no horário de funcionamento com antecipação do horário de abertura para marcação de consultas e priorização de atendimento à área adscrita a unidade.

Este estudo traz ainda algumas definições de acesso bem como uma classificação do acesso em três subcategorias. Acurcio & Guimarães (1998 apud Ramos & Lima, 2003) descreveram acessibilidade como sendo a capacidade de receber os cuidados em saúde no momento em que for imprescindível de maneira simples e apropriada. Já Matumoto (1998 apud Ramos & Lima, 2003) definiu acesso como *“uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”*. Enfim, Ramos & Lima (2003) entenderam como acesso a distancia entre a UBS e a residência do indivíduo; tempo e recursos empregados durante o deslocamento; dificuldades organizacionais encontradas para conseguir o atendimento como filas, tempo de espera, estrutura do local de atendimento entre outras; a forma como o mesmo é tratado; priorizado; além dos resultados alcançados para suas reivindicações individuais e coletivas e da disponibilidade de prévio agendamento.

Adami (1993 apud Ramos & Lima, 2003) e Unglert (1995 apud Ramos & Lima, 2003) trouxeram três subcategorias para o acesso, são elas:

- Acesso Geográfico: como sendo a forma e o tempo utilizado para o deslocamento e a distancia que separa o local de sua habitação e o serviço de saúde a ser acessado.
- Acesso Econômico: como sendo as facilidades e dificuldades empreendidas na busca pelo atendimento. Dentre as facilidades estão o deslocamento, o procedimento e a aquisição de medicamentos e dentre as dificuldades estão o custo do deslocamento, do procedimento e da aquisição de medicamentos e a condição social atual.

- Acesso Funcional: como sendo a início dos serviços em específico, compreendem o que é oferecido, os horários disponíveis a qualidade da atenção. A facilitação de acesso através de dispositivos como o acolhimento, fortalecendo vínculos, diminuindo o tempo despendido e propiciando um aumento na freqüência de utilização dos mesmos.

Mialhe et al (2006) afirmaram em seu estudo que para uma eficiente assistência a saúde é de suma importância à presença de um pré-requisito, o acesso aos serviços de saúde. Unglert (1990 apud Mialhe et al, 2006) também relata que devemos garantir este acesso do ponto de vista geográfico, planejando adequadamente a localização das unidades de saúde; do ponto de vista econômico removendo barreiras tipo o pagamento direto por serviços, e qualquer outra forma de favorecimento ou contribuições; do ponto de vista cultural através da adequação de normas e técnicas empregadas aos costumes e hábitos de vida daquela comunidade local e por fim do ponto de vista funcional adequando à oferta de serviços à oportunidade e as reais necessidades da comunidade local.

Lacerda et al (2004 apud Mialhe et al 2006) destacou ainda que apesar da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) percebeu se ainda nas praticas a priorização de clientela como os escolares na atenção da assistência odontológica sendo raras as exceções de algumas experiências municipais conhecidas. A procura por serviços através da dor (31%), de dentes cavitados (42%) também refletem muitas vezes a atenção centrada na assistência reparadora e mutiladora como forma única de se ofertar este serviço às comunidades de adultos.

Fekete (1995 apud Castro, 2007) ampliou as duas dimensões da acessibilidade à geográfica e a sócio-organizacional também defendidas por Donabedian (2003 apud Castro, 2007) para quatro as quais são:

- Acessibilidade Geográfica: é a distância média entre a população e os recursos, medidos não só pela distância, mas também pelas características físicas da região (rios, morros, auto-estrada, etc...) capazes de interferir impedindo ou dificultando o acesso aos serviços. Pode ser medida pelo tempo despendido para o alcance da assistência.
- Acessibilidade Organizacional: refere se aos obstáculos e barreiras criadas pela forma de organização dos recursos de assistência a

saúde. Situam se na entrada ou no interior da unidade; contato inicial, demora para conseguir uma consulta, tipo de marcação de horários, turno de funcionamento, etc...

- **Acessibilidade Sócio-Cultural:** são os fenômenos determinantes da busca por cuidado; percepção sobre o corpo, doenças, crenças sobre a saúde, tolerância à dor, credibilidade dos serviços prestados.
- **Acessibilidade Econômica:** são os gastos e os custos para a obtenção da assistência podem ser diretos (recursos financeiros para o tratamento, medicamentos), indiretos (consumo de tempo, energia, perda de dias de trabalho, em decorrência do afastamento) e intangíveis (dor, sofrimento).

Complexo também é o conceito de acesso que inclui a percepção de necessidades em saúde a conversão dessas em demandas e dessas últimas em utilização. Sendo esse conceito menos abrangente que o de acessibilidade, já apresentado, acima. Muitas vezes os dois termos são usados para avaliar a facilidade com que pessoas obtêm o cuidado quando necessário e assim se assemelham.

Mialhe et al (2006) concluíram ainda em seu estudo que 100% dos entrevistados em Vila Rural Serra dos Dourados – Umuarama , Paraná tiveram acesso à saúde bucal sendo que principalmente a via encontrada e utilizada por esses foi o SUS. A avaliação desses serviços junto àquela comunidade foi de bom atendimento sendo, porém necessário ressaltar que nem todos receberam instruções de como evitar o aparecimento de doenças bucais e alguns ainda relataram ter ficado insatisfeitos com as informações recebidas.

Souza & Roncalli (2007) avaliaram o processo de incorporação da saúde bucal na estratégia de saúde da família no Estado do Rio Grande do Norte, analisaram fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais hegemônicos em odontologia. Utilizando três diferentes aspectos o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação; os autores identificaram que a maior parte dos municípios experimentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Além do que aqueles que demonstraram avanços também registraram alta expectativa de vida ao nascer, baixas taxas de mortalidade infantil, valores de renda per capita entre os mais altos

do estado e também altos valores do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Refletindo ainda uma iniquidade presente no SUS e reforçada em outros estudos. Identificou se também uma relação precária de vínculos trabalhistas entre profissionais e municípios, dificuldades no referenciamento para os níveis mais elevados da atenção, nas ações intersetoriais, de diagnóstico epidemiológico e na avaliação de outras ações já propostas.

De acordo com os gestores locais a grande dificuldade está no fato de não haver profissionais capacitados e centros de referencia em saúde bucal na região para suprir tal demanda. Ressalta se ainda que quanto à atenção primária quatro municípios não apresentam estratégias de territorialização e adscrição de clientela. Oito apesar de possuir áreas de abrangência não possuíam o mapeamento das micro-áreas delas e finalmente sete possuíam áreas de abrangência e o mapeamento dessas.

Devemos ainda considerar que nesse estudo com referencia a organização do trabalho nas unidades, há um entendimento equivocado tanto por parte dos gestores como também por parte dos dentistas que restringe o conceito de atividade intersetorial ao desenvolvimento de mutirões, participação em conferencias e realização de atividades preventivas na UBS. Um outro aspecto é que a idealizada parceria com as Secretarias de Educação para prevenção e educação em saúde bucal se resume também a palestras e aplicação de flúor o que necessariamente não necessitaria ser feito exclusivamente nas escolas. Enfim essa ênfase ainda dada aos escolares nada mais é que uma das armadilhas para promover a exclusão devido a já assimilada cultura da priorização dessa clientela oriunda ainda da década de cinqüenta durante a eclosão do Sistema Incremental.

Quanto às estratégias de programação os princípios do SUS e da estratégia de Saúde da Família requerem que cada vez mais as ESB utilizem de estratégias de programação que levem em conta os mais necessitados dentro da área adscrita para realizar priorizações que realmente atendam as reais demandas locais. Neste quesito o estudo acima referido também demonstrou que as avaliações são realizadas principalmente por gestores, o que seria interessante se esses compartilhassem com os profissionais os dados encontrados e pactuassem com esses as mudanças a serem buscadas; demonstrou também que as fontes buscadas para as avaliações são ainda muito precárias, frágeis e com poucos

indicadores específicos para a saúde bucal; por fim, a grande maioria dos odontólogos (72%) nunca realizou uma avaliação de seu trabalho.

Segundo Santos et al (2007); que discutiram as linhas de tensões no acolhimento de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Alagoinhas, Bahia; o primeiro contato dos usuários com as UBS se dá de maneira conflituosa e tensa na recepção; existem ainda diversas formas de se acessar os processos terapêuticos: através de consultas clínicas, pronto atendimentos de urgência, retornos programados, encaminhamentos externos a outros serviços da rede. De qualquer forma o acolhimento foi implantado de diferentes maneiras ficando atrelado aos compromissos e atitudes práticas da diversidade dos indivíduos que atuam na ponta da atenção primária em saúde bucal do município.

A pesquisa também revelou as barreiras enfrentadas pela população quanto à acessibilidade do serviço de saúde bucal do município. Mostraram os contatos conflituosos acentuados pela pouca resolubilidade do atendimento as reais necessidades apresentadas pela comunidade. Mostra ainda o longo percurso percorrido tanto por usuários como por profissionais da rede para a produção do cuidado em saúde bucal, recepção, atendimento individual, conclusão ou não do tratamento, encaminhamentos externos, ou retornos entre outros. Conclui que a solução para o acúmulo de práticas curativas está no desenvolvimento de nova estratégia de organização local, centrada nas rodas de negociação, que formulam um conjunto de critérios de atendimento, de visitas domiciliares, de ações preventivas e promocionais de caráter coletivo, com conseqüente co-responsabilização e controle social efetivo. Tais ações desnudam a potencialidade para a construção de mudanças positivas para todos os segmentos envolvidos.

O estudo de Kroeger et al (1987) relata que dados obtidos sobre o uso e o não uso de certos tipos de serviços de saúde são úteis para o planejamento, o monitoramento e a avaliação desses serviços. Tais dados revelam inesperadas deficiências como o não uso dos serviços para determinadas doenças ou como o não uso por determinados grupos da população. Por estas razões, a maioria das pesquisas domiciliares inclui questões sobre o uso e o não uso dos serviços bem como das ações de prevenção e promoção da saúde no intuito de elucidar:

- Os padrões de uso dos serviços de saúde;

- A sub e a super utilização de determinados serviços por determinados subgrupos da população;
- A opinião e a atitude das pessoas em relação a esses serviços;
- A acessibilidade geográfica, econômica e cultural a esses serviços incluindo ai os custos desse acesso.
- A freqüência de uso dos diferentes tipos de serviços de saúde sejam eles UBS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorros, ou seja, eles públicos, privados ou até mesmos cuidadores não formais como curandeiros e outros;
- A cobertura dos diferentes programas e ações de saúde;
- E a necessidade de recursos humanos, financeiros e estruturais nesses serviços.

Castro (2007) pesquisando a acessibilidade aos serviços de saúde bucal do município de Santa Cruz, Rio Grande do Norte verificou que 12,9% da população nunca haviam procurado o tratamento odontológico e tal fato não foi influenciado por fatores socioeconômicos nem a maioria dos atributos individuais e sim apenas pelo fator gênero. De qualquer forma 36,1% dos entrevistados já haviam buscado este tipo de tratamento com ênfase na população mais jovem ($p < 0,05$). Entre os participantes da pesquisa 63,3% declaram ter encontrado dificuldades na busca pelo atendimento com dentistas estando entre as mais citadas as dificuldades de agendamento, filas e o longo tempo de espera. 43,2% dos usuários declaram esperar por algo em torno de três semanas ou mais, 71,4% relatam dificuldades para conseguir consultas de urgência gerando longa espera pelo atendimento. Por fim 92,9% dos entrevistados nunca haviam sido encaminhados para a atenção especializada e 94,1% para exames complementares. Tais resultados demonstram a ausência de atenção integral no município e o prejuízo da acessibilidade dos pacientes devido à organização das políticas públicas em especial ao processo de trabalho. Considerando se, os princípios e diretrizes da estratégia de saúde da família, percebe se no estudo a existência de uma lacuna ainda não preenchida entre eles e a utilização do serviço de saúde bucal pela população adscrita. A falta de acesso se mostra principalmente na dificuldade do atendimento odontológico, seja eletivo ou de urgência; pela inexistência da integralidade na atenção; pela falta de referenciamento para os quadros mais complexos; bem como pela falta de

participação da sociedade através do controle social e de alguns indicadores de ordem sócio econômica.

Castro (2007), conceitua acessibilidade, ampliadamente, como sendo o grau de ajuste entre os atributos dos recursos de saúde e os da população a eles vinculada no procedimento de procura e alcance da assistência à saúde. Como componente de um processo avaliativo a acessibilidade é entendida como uma combinação de fatores que podem ser classificados como geográfico, sociocultural, organizacional e econômico. Nos trabalhos sobre equidade pode ser entendida como os fatores que modulam os serviços impactando a capacidade de utilização dos mesmos por parte da população.

O trabalho de Castro (2007) reforça ainda que uma recente revisão sistemática da literatura a respeito do acesso aos serviços de saúde nas bases de dados do Centro Latinoamericano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde e da SciELO foram observados dezoito artigos que demonstram a existência de diferentes barreiras para o acesso aos serviços de saúde e ainda a utilização de diferentes metodologias para se estudar o tema, neste quesito há predominância por amostras por conveniência e apenas quatro estudos utilizam amostras domiciliares. Quanto aos obstáculos ao acesso aos serviços odontológicos, à baixa escolaridade e renda, e a escassez de oferta de serviços públicos de saúde bucal aos idosos brasileiros tornam a universalidade uma realidade distante para determinados grupos populacionais menos favorecidos economicamente e socialmente excluídos.

A Pesquisa Mundial de Saúde (2003) reforçou os achados do Projeto SB Brasil (2003) de que 14% de nossa população perderam toda a dentição e que esse quadro é fortemente relacionado ao nosso injusto gradiente social. Quando analisamos os fatores desencadeadores dessa realidade, o acesso aos serviços de saúde bucal assenta se entre os mais importantes.

Junqueira (2001 apud Castro, 2007) em um estudo de fatores sócio econômicos e a oferta de serviços odontológicos nos municípios do Estado de São Paulo, revelou que a quantidade de profissionais, equipamentos e horas trabalhadas e procedimentos odontológicos aumentam no mesmo sentido quando aumentam os indicadores de baixa renda e analfabetismo.

Barros e Bertoldi (2002 apud Castro, 2007) estudaram as desigualdades na utilização e no acesso aos serviços odontológicos a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar, PNAD, 2008 e concluíram que 33% dos

pesquisados visitaram o odontólogo no período de um ano anterior a entrevista e que 19% nunca haviam ido a esse profissional. Sendo este valor ainda dezesseis vezes maior entre as camadas mais pobres da sociedade.

Após as reflexões tecidas acima, parece de suma importância que iniciemos a compreensão da acessibilidade aos serviços de saúde bucal como parte do processo de avaliação em saúde e como oportunidade de refletir a forma de organização do sistema, no intuito de reordenar e qualificar a Atenção Primária em Saúde municipal.

Nesse sentido, avaliar o acesso à saúde bucal do ponto de vista dos usuários pode contribuir também para a forma de organização desses serviços na perspectiva de melhoria dos mesmos.

3.2. Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida

Slade & Spencer (1994 apud Gonçalves et al 2004) apresentaram ao mundo o instrumento “*Oral Health Impact Profile*” (OHIP) que foi desenvolvido, originariamente, como um questionário que possuía 49 perguntas, Este instrumento destacou se pela sua capacidade de revelar a expectativa do indivíduo quanto a sua saúde bucal. Por esta razão foi adotado em vários países com o objetivo de identificar a percepção do indivíduo sobre os problemas bucais associados à qualidade de vida. Posteriormente o OHIP foi consolidado em 14 questões (OHIP14) para facilitar a sua aplicação. Almeida e Loureiro (2001 apud Gonçalves et al 2004) validaram ainda o OHIP14 no Brasil.

Slade (1997) descreveu o emergente campo da saúde bucal relacionada à qualidade de vida em seu manual. Lá ele descreveu os diversos indicadores subjetivos disponíveis para que pesquisadores, gestores e políticos possam utilizá-los no intuito de melhorar os diagnósticos em saúde bucal e incluir nesses diagnósticos a visão dos usuários que em última análise são a razão de ser do trabalho em saúde. Dentre esses indicadores o OHIP foi inicialmente desenvolvido com o objetivo de ser uma medida global da disfunção, do desconforto e da incapacidade auto-relatada e que é atribuída às condições bucais. A idéia central era que esse indicador seria um complemento para aqueles indicadores da epidemiologia oral de doenças clínicas e conseqüentemente, forneceriam

informações sobre o ônus das doenças nas populações e a efetividade dos serviços de saúde em reduzir esse ônus nestas mesmas populações. Este indicador é afetado por três dimensões funcionais a física, a fisiológica e a social. Estas representam quatro das sete dimensões da qualidade de vida propostas. No entanto fatores como a satisfação, a mudança no quadro, o prognóstico ou o auto-diagnóstico da saúde oral não são aferidos pelo OHIP.

Slade (1997) também descreve em seu livro os passos para a formulação e a aferição do indicador. O OHIP seguiu métodos aplicados no contexto da saúde geral para medir o impacto dos cuidados médicos sobre o bem estar funcional e social das pessoas. O modelo conceitual do OHIP partiu do modelo de saúde bucal de (Locker, 1993) que definia sete dimensões conceituais de impacto: limitação funcional (ex: dificuldade de mastigação), dor física (ex: sensibilidade dental), desconforto psicológico (ex: autoconsciência), incapacidade física (ex: mudança na dieta), incapacidade psicológica (ex: reduzida capacidade de se concentrar), incapacidade social (inibição para a interação social), e desvantagem social (ex: Ser inábil para trabalhar produtivamente). Este modelo foi baseado na classificação da Organização Mundial de Saúde, OMS, em que impacto foi categorizado em um ranking de hierarquia que parte dos sintomas individuais internos aparentemente primários indo até a incapacidade que afeta os papéis sociais como o trabalho.

As declarações sobre impacto foram construídas a partir de uma amostra por conveniência de 64 pacientes da odontologia que declaravam impactos adversos das condições bucais. As respostas foram derivadas para um grupo de 46 respostas únicas que foram categorizadas nas sete dimensões conceituais descritas acima. Três declarações de um inventário preexistente foram adicionadas para a dimensão incapacidade. Os pesos foram gerados pelo método de Thurstone de comparações pareadas e cada declaração com seu peso, foram incluídos dentro de sua respectiva dimensão conceitual. Julgamentos sobre problemas percebidos de cada impacto foram gravados por 328 pessoas membros da comunidade ou de estudantes da Universidade de Adelaide, Austrália. Outras repetições desse processo de aferição de pesos foram feitas no Canadá tanto com pessoas que utilizam a língua inglesa como a língua francesa e os rankings foram semelhantes ao feito no sul da Austrália.

O instrumento OHIP quanto a sua confiabilidade também foi avaliado entre uma amostra aleatória de 122 pessoas acima de 60 anos, residentes em Adelaide, Austrália. Resultados de estudos transversais foram utilizados para gerar o

coeficiente alfa de Cronbach, para a consistência interna de seis subescalas rankeadas de 0,70-0,83, com apenas 0,37 para a deficiência. O coeficiente de correlação intra-classe entre 0,42 e 0,77 demonstrou estabilidade do instrumento. O OHIP ainda detectou segundo o autor uma associação entre o construto incapacidade social e necessidade percebida de tratamento odontológico.

Luiz et al (2008) relatou que após o uso desse instrumento em diversos estudos na Austrália, Canadá e Estados Unidos, o mesmo foi reduzido para 14 itens o chamado OHIP14 “*short-form*”. Nesta nova apresentação do instrumento existem apenas dois itens para cada uma das dimensões que compõe o instrumento original: limitação funcional (itens 1 e 2), dor física (itens 3 e 4), desconforto psicológico (itens 5 e 6), incapacidade física (itens 7 e 8), incapacidade psicológica (itens 9 e 10), incapacidade social (itens 11 e 12) e desvantagem social (itens 13 e 14).

Slade (1997) descreveu ainda que para a aplicação do instrumento, aos entrevistados é pedido para que indiquem sobre a escala de cinco pontos de Likert qual a frequência que eles experimentaram um problema sobre um período de referencia, por exemplo, 12 meses. As cinco categorias da escala de resposta na versão em português para o Brasil são: Sempre, Repetidamente, Às vezes, Raramente e Nunca. Aos entrevistados é oferecida também a opção de resposta “ Não Sei” para cada questão. A pontuação é aferida atribuindo se um diferente escore para cada resposta. São eles: 0 (Nunca ou Não aplicável), 1 (Raramente), 2 (Às vezes), 3 (Repetidamente), 4 (Sempre). Não sei e itens em branco são considerados valores perdidos, que são gravados posteriormente com o valor médio de todas as respostas validas para cada questão.

Luiz et al (2008) descreveu que a análise dos dados obtidos através do índice OHIP14 pode ser consolidada de três diferentes formas, são elas: primeira, é o chamado método de contagem simples, onde é definido um ponto de corte (por exemplo, repetidamente) a partir daí conta se o número de impactos para cada entrevistado. Dessa forma a escala fica reduzida a um padrão de resposta dicotômico, se teve ou não teve aquele impacto; segunda é o chamado método aditivo, onde se realiza a soma dos pontos (de 0 a 4) atribuídos a cada resposta marcada em cada item do OHIP14; terceira é o chamado método ponderado padronizado, que consiste em aferir uma pontuação global individual a partir das pontuações padronizadas de cada sub-escala. Essa padronização é feita por sub-escala, subtraindo se dos pontos atribuídos individualmente às médias amostrais de

cada sub-escala; em seguida divide-se o resultado pelo respectivo desvio padrão e para terminar adiciona-se os resultados obtidos para cada sub-escala. É reconhecido também que possui um melhor poder de discriminação as pontuações geradas pelo método aditivo e pelo método ponderado padronizado. Tais pontuações também apresentam alta correlação ($r_s \geq 0,96$), gerando desempenhos semelhantes.

Slade (1997) afirmou ainda que importantes achados, do OHIP, originaram principalmente de estudos epidemiológicos que revelaram:

- Os escores mais altos do OHIP estão entre pessoas que possuem um status clínico mais pobre quanto à saúde bucal, indicados por mais dentes perdidos, restos e fragmentos radiculares, cáries não tratadas, profundas bolsas periodontais e recessões periodontais.
- Os escores mais altos do OHIP estão também entre os grupos mais vulneráveis, tanto economicamente como socialmente, e aqueles grupos que tem visitas ao dentista, esporadicamente ou sempre relacionada a problemas.
- Os escores mais altos do OHIP estão associados com pacientes odontológicos portadores do vírus HIV em relação aos pacientes em geral.
- Há uma estabilidade de escore total do OHIP associada a idosos mais velhos que vivem independentemente durante dois anos de acompanhamento.
- Aumento no score do OHIP para pacientes dentados que sofreram perda de dentes nos últimos dois anos e diminuição para pacientes edentulos que receberam próteses.

Gonçalves et al (2004), investigou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de homens e mulheres que eram usuários do serviço público odontológico da Beneficência da Prefeitura de Belo Horizonte/MG (BEPREM), utilizou o indicador subjetivo ou sócio dental, questionário OHIP14 (Oral Health Impact Profile). Encontrou no estudo que não existia diferença estatisticamente significativa no impacto sobre a saúde bucal entre homens e mulheres. Este achado assemelhou-se a outros estudos anteriores como os de (Locker & Slade, 1993), (Hunt et al, 1995), (Maia & Sales, 2001), (Silva, 2001). No entanto foi também concluído a necessidade de novos estudos utilizando os indicadores subjetivos no Brasil que é um país que

apresenta grande diversidade econômica e cultural quando comparado a outros países.

Figueiredo et al (2006) avaliou o efeito das características sócio demográficas sobre o estilo de vida e deste sobre o impacto dos problemas de saúde bucal como impedimento à qualidade de vida em Juiz de Fora/MG e Cuiabá/MT, utilizou como características sócio-demográficas: idade, gênero, condição sócio-econômica, e nível de escolaridade; como características do estilo de vida saudável: uso de escova, pasta e fio dental e como medida de impacto na qualidade de vida o OHIP. Os resultados mostraram cinco conclusões importantes: primeiro idade e gênero não se relacionam com a adoção de estilo de vida saudável para a saúde bucal; segundo, a classificação econômica e o nível de escolaridade se relacionam com a adoção de estilo de vida saudável para a saúde bucal; terceiro, o estilo de vida não se relaciona com a frequência de impactos dos problemas bucais sobre qualidade de vida; quarto, idade, condição econômica e escolaridade se relacionam com a frequência de impactos dos problemas bucais sobre qualidade de vida; quinto, o contexto de vida que estes indivíduos pertencem avaliados pela condição econômica e escolaridade, possui maior peso sobre a frequência de impactos dos problemas bucais sobre qualidade de vida do que o estilo de vida saudável. Por fim ainda se fez uma reflexão sobre a necessidade dos formuladores de políticas públicas de dar maior ênfase ao contexto de vida que os indivíduos vivem do que, por exemplo, investir se tanto na mudança de estilo de vida como tem sido feito nos programas de saúde bucal do Brasil.

. Ferreira et al (2004) estudou as propriedades psicométricas do indicador OHIP14 para aferir a condição de saúde bucal, comparou formulários de exames de cárie dentária para a obtenção do CPO-S e as respostas do OHIP14 em Sabará MG. O modelo de regressão logística revelou altos valores de predição para declaração de necessidade de tratamento e médios para a predição de cárie dentária. Quando os diferentes escores médios do OHIP; foi comparado com as três classificações cariado, perdido e obturado do CPO-S apenas apresentou diferença estatisticamente significativa a categoria incapacidade social e deficiência. Como conclusão do estudo tirou se que os adolescentes não relatavam alta prevalência de doenças bucais percebida. O OHIP estava associado com a demanda percebida de tratamento, à declaração da presença de carie dentaria e ao maior incremento no índice CPO-S. Tais achados evidenciaram que o OHIP possui boas propriedades

psicométricas quando aplicado a crianças o que pode sugerir um bom indicador para rastreamento de grupos a serem priorizados para o acesso ao serviço.

Bortoli et al (2003) estudaram a associação entre a percepção de saúde bucal e os indicadores clínicos e subjetivos em adultos da educação continuada da terceira idade da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná; encontraram que 60,5% não apresentam impacto das condições bucais na sua qualidade de vida. A correlação da percepção da saúde bucal e o índice OHIP14 ficaram demonstrados pela análise da regressão linear simples de -0,46 ($p= 0,004$) enquanto que entre a percepção de saúde bucal e o CPI a mesma análise apresentou uma correlação de -0,56 ($p= 0,04$). Não ficou demonstrada a correlação entre o OHIP14 e o CPO-D nem entre a autopercepção e esse indicador. Por fim ficou claro, que 52% da autopercepção da saúde bucal no grupo estudado podiam ser explicados, através da análise de regressão linear múltipla, ou pelo indicador OHIP14 ou pelo CPI. Concluiu-se com isso que os indicadores subjetivos seriam mais um instrumento de avaliação das condições de saúde bucal a ser colocado a disposição de todos uma vez que eles são capazes de captar as necessidades do ponto de vista dos indivíduos.

Coelho (2008) avaliou o impacto das condições bucais na qualidade de vida dos rodoviários e seus dependentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais e utilizou o índice OHIP14. Foi encontrado neste estudo que o preditor mais fortemente associado à alta severidade do OHIP foi à percepção da saúde bucal. 15,4% dos entrevistados apresentaram $\text{OHIP} \geq 3$ e a média do OHIP severidade foi de quase 6,3 apresentando alta variabilidade (desvio de 8,8) e máximo de 50 pontos. A maior prevalência de $\text{OHIP} \geq 3$ se deu entre as mulheres com 24,2%, indivíduos com escolaridade até o ginásial incompleto com 27,6% que não vivem com o cônjuge, mas já viveram com 25%. Pela análise de regressão logística as mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos, que perceberam pior condição bucal, declararam nunca usar o fio dental e não relataram que não sentiram que precisavam de tratamento odontológico formam o perfil do usuário com maior chance de impactos em sua qualidade de vida. O estudo mostrou que apesar da considerável prevalência de impactos sobre a qualidade de vida devido a problemas bucais estes impactos são de reduzida severidade com média igual a 6,3 em um total possível de 56 pontos.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Descrição

Nesta pesquisa foi realizado um estudo piloto quantitativo descritivo, buscando avaliar objetivamente as ações da ESB 2, do C.S. Jaqueline I, da Estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte/MG. A pesquisa buscou obter a visão do usuário, com o intuito de melhorar as práticas e o impacto das ações na qualidade de vida da população adscrita às duas UBS. Para a coleta dos dados foram aplicados dois roteiros de entrevistas aos usuários, pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), previamente capacitadas.

O primeiro roteiro consiste de um questionário semi-estruturado, contendo a maior parte das perguntas fechadas, mas trazendo para complementar, algumas perguntas abertas (Anexo 1). Este instrumento foi adaptado da Dimensão Político-Organizacional do questionário aplicado no estudo da acessibilidade de (Castro, 2007). Deste questionário foi utilizada, a resposta da questão 4 sobre as dificuldades para conseguir atendimento odontológico nas UBS participantes do estudo.

O segundo roteiro trata-se do indicador Oral Health Impact Profile – short form, OHIP14 (Anexo 2), adaptado por (Almeida & Loureiro, 2001) e baseado no instrumento de (Locker, 1988) que traz sete dimensões conceituais formuladas, cada uma contendo dois itens que objetivam aferir as condições de saúde bucal percebidas por respondentes, sobre sua qualidade de vida. A consolidação dos dados foi feita pelo método aditivo para se discriminar a severidade dos impactos em usuários cobertos e não cobertos por ESB, sendo previamente definidos três níveis de Impacto: baixo OHIP $14 \leq 14$, médio OHIP14 variando de 15 a 35 e alto OHIP14 ≥ 36 . E pelo método de contagem simples com o ponto de corte definido na frequência raramente, que forneceu uma escala dicotômica de que teve impacto e não teve impacto. Dessa maneira a totalização dos resultados produziu três variáveis dependentes como no estudo de (Coelho, 2008): Pessoas com impacto, porcentagem das pessoas declararam um ou mais itens “repetidamente” e/ou “sempre”; pessoas sem impacto, porcentagem das pessoas que declararam apenas itens como “nunca”, “raramente”, e/ou “às vezes”; e OHIP14 Severidade todas elas foram as variáveis resposta nos grupos de usuários cobertos e não cobertos por

ESB para se aferir a prevalência e severidade de impactos. Esses métodos foram descritos por (Luiz et al, 2008) e se encontram no Capítulo anterior, Revisão da Literatura.

4.2. Mapa Contextual

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais e possui uma população de 2.412.937 habitantes segundo estimativas de 2007, sendo a sexta cidade mais populosa do Brasil. Foi indicada pelo “Population Crisis Committee”, da Organização das Nações Unidas (ONU) como a metrópole com melhor qualidade de vida na América Latina e a 45ª entre as 100 melhores cidades do mundo. A cidade tem o quarto maior PIB entre os municípios brasileiros, representando 1,38% do total das riquezas produzidas no país. A Região Metropolitana de Belo Horizonte, formada por 34 municípios, possui uma população estimada em 5.397.438 habitantes, sendo a terceira maior aglomeração populacional brasileira e sétima da América Latina. Um dos maiores centros financeiros do Brasil, Belo Horizonte é caracterizada pela predominância do setor terciário em sua economia. Mais de 80% da economia se concentra nos serviços, com destaque para o comércio, serviços financeiros, atividades imobiliárias e administração pública. O município está entre os sete municípios com a melhor infra-estrutura do país. O PIB per capita da cidade era de R\$13.636,02 e o IDH elevado de 0,839 segundo dados de 2006.

Belo Horizonte tem os mesmos problemas na saúde pública que afligem todas as grandes metrópoles. Há disponibilidade de água encanada para 98% da população, energia elétrica para 99,8% e coleta de resíduos em 98,4% das casas. Em relação ao sistema de saúde, existem quatro médicos para cada mil habitantes de Belo Horizonte. No Brasil, a média é de 0,27 médicos para cada mil habitantes. A mortalidade infantil até um ano de idade na capital mineira é de 27,25 mortes por mil nascidos vivos. No Brasil, a média é de 30,10 por mil. Ainda assim, a saúde pública sofre com a falta de recursos humanos na área da saúde. Belo Horizonte dispõe de um total de 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais e os restantes filantrópicos e privados. Há cerca de 5.500 leitos na capital (3,2 leitos por mil habitantes) e a rede conta com 141 postos de saúde, 150 ambulatorios e 507

equipes do Programa Saúde da Família (ESF), que dão cobertura a 76% da população da capital, sendo 210 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Um fato interessante é a grande quantidade de pessoas que vivem na região metropolitana de Belo Horizonte mas vêm buscar atendimento no sistema de saúde da capital. Belo Horizonte é umas das capitais que mais atende no campo da internação pessoas do interior do estado. Cerca de, 45% das internações são de fora. Como comparação, no Rio de Janeiro são 18% e em São Paulo 11%. Para exemplificar o problema, recentemente foi realizado o cadastramento de uma fila de 60 mil pessoas para cirurgias eletivas e mais da metade das pessoas que disseram que moravam em Belo Horizonte não foram encontradas pelos ACS. Tudo isto contribui para inchar e precarizar ainda mais o já combalido sistema público de saúde da capital.

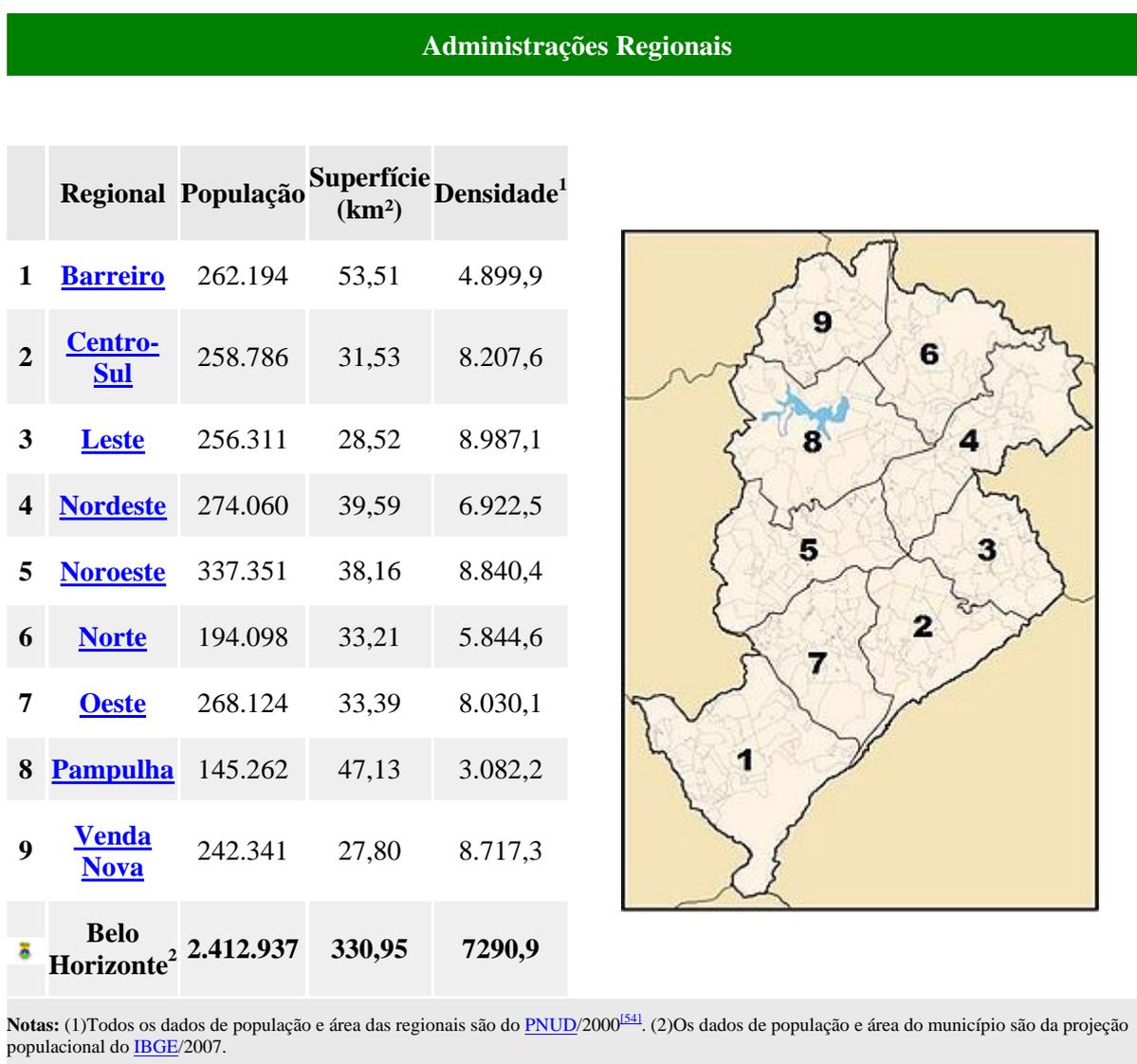
Para condução das políticas de saúde do município, a partir de 1998, a Secretaria Municipal de Saúde, SMS construiu um indicador composto denominado IVS: Índice de Vulnerabilidade à Saúde, conhecido como “Indicador de Risco”. Esse índice associa indicadores de base populacional do IBGE, como moradia e renda, com indicadores da saúde como mortalidade infantil, relacionados diretamente à atenção materno-infantil. O valor final do IVS varia entre zero e um e é aplicada em cada setor censitário do município. Como este expressa um atributo negativo, a vulnerabilidade social de uma população, quanto maior seu valor, pior a situação da população naquele setor censitário, ou seja, mais vulnerável para adoecer e morrer.

Através do IVS foram definidas quatro categorias de risco de adoecer e morrer para a população do município: risco baixo (28,0%), risco médio (38%), risco elevado (27%) e risco muito elevado (7,0% da população). A Implantação do PSF no município seguiu a lógica de cobrir inicialmente as áreas de risco muito elevado, elevado e atualmente cobre também as áreas de risco médio.

O município de Belo Horizonte está dividido hoje em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, divididas em bairros. Criadas em 1983, a jurisdição das unidades administrativas regionais levam em conta a posição geográfica e a história de ocupação. Entretanto, há certos órgãos e instituições (companhias telefônicas, zonas eleitorais, etc.) que adotam uma divisão diferente da oficial (Fig.1).

A Regional Norte de Belo Horizonte é uma das regiões com pior renda per capita do município sendo esta de R\$ 274,90, similar apenas as regionais Barreiro e Venda Nova, sendo ainda que a Regional Centro Sul, de melhor renda per capita, apresenta uma renda per capita seis vezes maior do que as das tres regionais mencionadas anteriormente. O IDH na Regional Norte é o pior do município sendo de 0,787 abaixo do indice municipal de 0, 839 e do mais alto das regionais também o da Regional Centro-Sul que é de 0,914.

Figura 1: Administrações Regionais de Belo Horizonte/MG

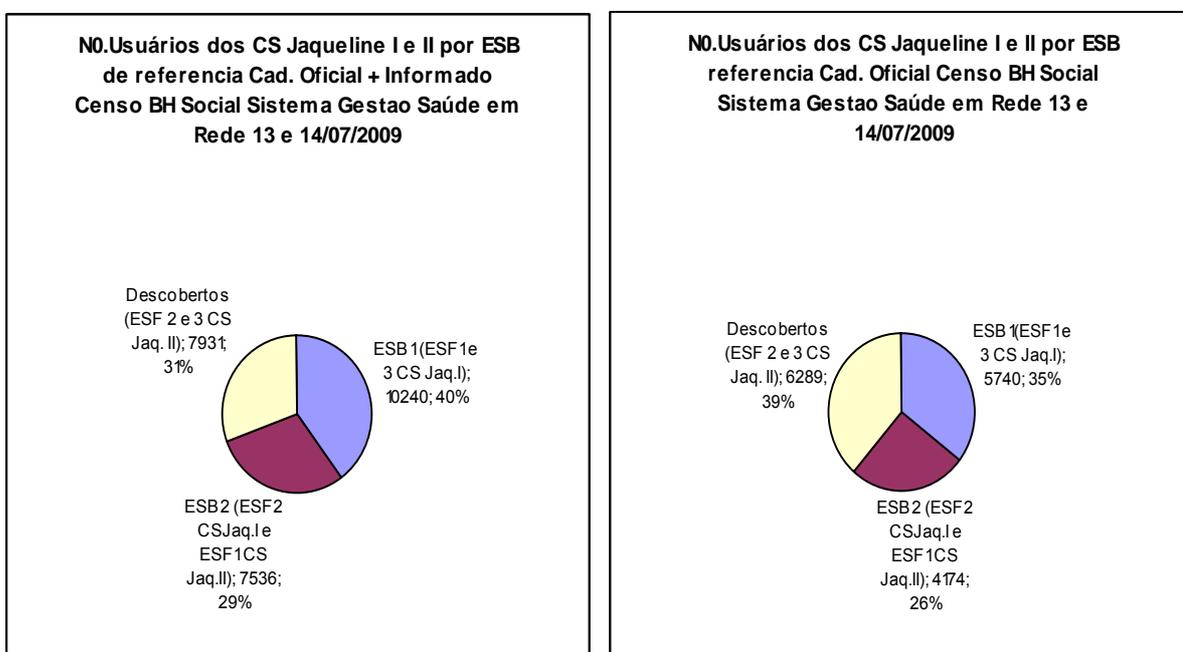


O Centro de Saúde Jaqueline I está localizado na Regional Norte de Belo Horizonte. O número de habitantes adscritos, segundo o CENSO 2000, era de 28.000 habitantes, mas nessa época ainda não havia sido dividida a população entre os C.S. Jaqueline I e II. Hoje, o C.S. Jaqueline I possui uma população cadastrada no Cadastro Oficial do Censo BH Social do Sistema Gestão Saúde em Rede da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), de 8350 habitantes em 14/07/2009. Porém na soma deste registro com o Cadastro Informado, o total de população da unidade passa a ser de 13850 habitantes, necessitando o restante dos habitantes serem confirmados pelos ACS da unidade (Fig. 2). Já o C.S. Jaqueline II possui no Cadastro Oficial uma população de 7853 habitantes em 13/07/2009 e na soma dos dois cadastros a população passa a ser de 8557 habitantes, sendo necessária a confirmação dessa população a mais pelos ACS (Fig. 2). Sendo o Bairro Jaqueline Limitrofe com os municípios de Santa Luzia e Vespasiano essa confirmação se torna necessária tendo em vista o quadro de migração de usuários do interior para o sistema de saúde da capital. Existem no C.S. Jaqueline I: 3 ESF, 2 ESB, 1 equipe de controle de endemias e as equipes ou profissionais de apoio como, ginecologista, pediatra, assistente social além do funcionamento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. As duas ESB são de referência das ESF, sendo a ESB 1 referência para as Equipes 1 e 3 da unidade e a ESB 2 referência para a Equipe 2 da unidade e para a Equipe 1 do C.S. Jaqueline II, e ambas estão oferecendo cuidados em saúde bucal à comunidade. As ESF 2 e 3 do C.S. Jaqueline II não possuem ESB de referência estando suas áreas de abrangência descobertas quanto à saúde bucal e seus usuários recebem apenas atendimento de urgência no C.S. Jaqueline I.

Deve se ainda salientar que quando analisamos a população adscrita para ESB 2 o número de habitantes é bastante alto, cerca de aproximadamente 4174 pessoas segundo o Cadastro Oficial das 2 UBS em 14/07/2009 todas residentes em áreas de risco elevado à saúde de acordo com o Índice de Vulnerabilidade a saúde, IVS, de BH. Além disso, existe uma população em torno de 6289 habitantes segundo Cadastro Oficial do C.S. Jaqueline II em 13/07/2009 também que não possui ESB de referência e que residem também em áreas de risco elevado à saúde. O que totaliza aproximadamente 10463 pessoas sob a responsabilidade da ESB 2 no Cadastro Oficial, sem contar os informados a serem devidamente conferidos pelos ACS (Fig. 2). Este dado gira em torno de 3 vezes o número de

peças propostas para cada ESB pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais retratando um acesso bem mais reduzido que o preconizado atualmente. Este fato também torna-se um fator dificultador das atividades de planejamento, devido ao grande número de atendimentos de urgência, além de prejudicar a formação de vínculo, responsabilização e outros princípios previstos na Estratégia de Saúde da Família como proposta de um novo modelo técnico assistencial.

Figura 2: Número de Usuários dos CS Jacqueline I e II distribuídos por ESB Cadastro Oficial e Cadastro Informado, Censo BH Social do Sistema Gestão Saúde, Belo Horizonte, 2009.



4.3. Amostragem e Processo de Seleção

O estudo realizado foi um estudo piloto com o intuito de estabelecer uma estimativa de prevalência e severidade dos impactos das condições bucais na qualidade de vida de usuários com e sem acesso a ESB das áreas de abrangência dos C. S. Jacqueline I e II. Por essa razão a técnica de amostragem escolhida foi uma amostra por conveniência, pois se trata apenas de um estudo inicial piloto feito no intuito de aferir possíveis prevalências de impacto em grupos com cobertura por ESB e grupos sem essa cobertura. Ao se obter uma estimativa de prevalência nos

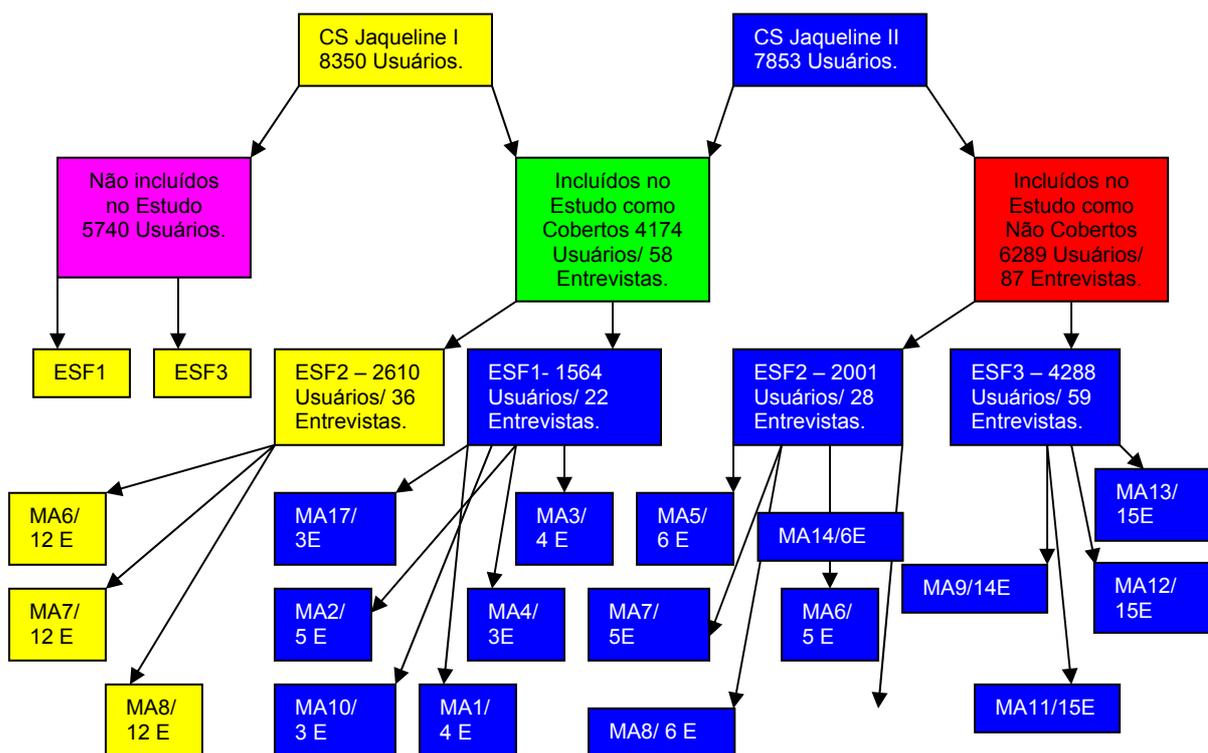
dois grupos será possível fazer um cálculo amostral preciso para um estudo mais amplo com amostra aleatória que possibilitaria inferir resultados para toda a comunidade adscrita nas duas UBS de referência, bem como priorizar grupos que estejam em possível desvantagem em relação a saúde bucal quando comparados com o restante da comunidade local. Como quer que seja com o intuito de aumentar a acurácia da amostra reduzindo a possibilidade de sub ou super estimação de algum estrato da população foi feita uma amostragem probabilística previa utilizando o modelo estratificado multi-estágio.

A população das áreas de abrangência dos C.S. Jaqueline I e II foi primeiramente, estratificada pela ESF a que pertenciam, o que totalizou 6 subestratos. Desses 6 subestratos foram tomados 4 subestratos, sendo separados em 2 equipes que possuem acesso aos serviços odontológicos da ESB 2, que são a ESF2 do C.S. Jaqueline I e a ESF1 do C.S. Jaqueline II e 2 equipes que não possuem acesso a ESB, são elas as ESF2 e 3 do C.S. Jaqueline II. Como ultimo estagio da amostragem foi pedido a cada ACS que selecionasse por conveniência usuários para serem entrevistados pelas listas de cadastro oficial das micro áreas que estes cobriam. Foi pedido também para levarem em consideração, que o numero de entrevistas realizadas deveriam, primeiro ser divididas pelo numero de micro áreas cobertas por eles e dentro dessas micro áreas pelo número de ruas existentes naquela micro área (Fig. 3). Por fim, foi pedido que em cada domicílio escolhido fosse entrevistada apenas uma pessoa que deverá possuir mais de 10 anos.

Ficou definido que seria utilizada uma amostra de 120 usuários selecionados por conveniência por cada ACS divididos proporcionalmente ao universo de usuários cobertos pela ESB 2 e ao universo de usuários descobertos por ESB. Este número foi suficiente para que este estudo piloto fornecesse estimativas de prevalência e severidade dos impactos provocados pelas condições bucais na qualidade de vida de usuários das duas UBS em questão. Foi acrescido ao número de questionários, 120, mais 20% visando prevenir a perda de dados o que totalizou 144 questionários. Eles foram divididos assim: 58 para representar os usuários cobertos que são 4174, divididos em 36 para representar os 2610 cadastrados na ESF 2 do C.S. Jaqueline I e 22 para representar os 1564 cadastrados na ESF 1 do C.S. Jaqueline II; e 86 para representar os usuários descobertos que são 6289, divididos em 28 para representar

os 2001 cadastrados na ESF 2 e 58 para representar os 4288 cadastrados da ESF 3; ambas do C.S. Jaqueline II (Fig. 3).

Figura 3: Amostragem probabilística, modelo estratificado multi estágio no. Usuários cad oficial.



4.4. Coleta de Dados e Análise

Durante a coleta de dados, às entrevistas foram conduzidas nos domicílios pré-selecionados por conveniência pelos ACS dentre aqueles que compõem a área de abrangência das equipes investigadas e constam nos respectivos cadastros oficiais das equipes. A análise dos dados levantados foi realizada com o auxílio do software EpilInfo 3.5.1. com o intuito de consolidar quantitativamente os resultados encontrados e promover a análise estatística dos mesmos.

4.5. Critérios de Seleção

4.5.1. Usuários Cobertos

Usuários cadastrados no Cadastro Oficial das ESF2 do C.S. Jaqueline I e ESF1 do C. S. Jaqueline II apresentado pelo Sistema Gestão Saúde em Rede da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em 09 de julho de 2009.

Destes usuários acima, aqueles que possuem mais de 10 anos, que concordarem com a participação no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido previamente (Anexo 3).

4.5.2. Usuários Descobertos

Usuários cadastrados no Cadastro Oficial da ESF 2 e 3 do C.S. Jaqueline II apresentado pelo Sistema Gestão Saúde em Rede da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em 09 de Julho de 2009.

Destes usuários acima, aqueles que possuem mais de 12 anos, que concordarem com a participação no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido previamente (Anexo 3).

5. RESULTADOS

Através dos dados obtidos a partir das entrevistas domiciliares feitas por ACS a 144 usuários cadastrados no Cadastro Oficial do Censo BH Social do Sistema Gestão Saúde em Rede da SMSA dos C.S. Jaqueline I e II, foi possível descrever os participantes dessa pesquisa dividindo os em dois grupos específicos relacionados aos objetivos desse estudo. São eles: o grupo de usuários não cobertos por ESB com 81 participantes e o grupo de usuários cobertos pela ESB 2 do C.S. Jaqueline I composto por 58 participantes, o que totalizou uma amostra de 139 usuários, ficando 5 entrevistas dadas como perdidas.

Essa descrição foi feita, primeiramente, através das variáveis independentes, aquelas responsáveis pela ocorrência de outra variável, nesse caso o impacto das condições bucais na qualidade de vida. As variáveis independentes descritas foram, ser ou não ser coberto pela ESB 2, à faixa etária, o gênero, a faixa de renda, e o nível de escolaridade (Tabela.1).

Tabela 1: Descrição das variáveis independentes por cobertos e não cobertos pela ESB2.

Análise de Dados		reqüência (Porcentagem)		Total	Teste Qui Quadrado	
		Não Cobertos por ESB	Cobertos pela ESB2		X	P valor
GRUPOS						
Faixa Etária	Adolescente 10 a 19	6(54,5%)	5(45,5%)	11(100%)	2,734	0,2549
	Adulto 20 a 59	69(61,6%)	43(38,4%)	112(100%)		
	Idoso > 60	4(36,4%)	7(63,6%)	11(100%)		
Gênero	FEMININO	65(57%)	49(43%)	114(100%)	0,734	0,3727
	MASCULINO	14(60,9%)	9(39,1%)	23(100%)		
Faixa de Renda (Individual)	< 1SM	22(66,7%)	11(33,3%)	33(100%)	1,3399	0,5117
	1 A 2,99 SM	46(56,1%)	36(43,9%)	82(100%)		
	> 3 SM	4(50%)	4(50%)	8(100%)		
Nível de Escolaridade	< PRIMARIO	6(75%)	2(25%)	8(100%)	5,7704	0,217
	PRIMARIO	37(64,9%)	20(35,1%)	57(100%)		
	PRIMEIRO GRAU	12(46,2%)	14(53,8%)	26(100%)		
	SEGUNDO GRAU	17(50%)	17(50%)	34(100%)		
	SUPERIOR	0(0%)	1(100%)	1(100%)		

Primeiramente observa se que apenas 134 usuários (93,05%) responderam à questão referente à idade da entrevista ficando 10 entrevistas (6,95%) com esse dado perdido. Desses 79 (54,86%) eram do grupo não coberto enquanto 55 (38,19%) eram do grupo de cobertos pela ESB 2. Quanto à distribuição por faixas

etárias o grupo de não cobertos apresentou a seguinte distribuição 6 usuários (7,59%) são adolescentes de 10 a 19 anos, 69 usuários (87,34%) são adultos de 20 a 59 anos e apenas 4 usuários (5,06%) são idosos acima de 60 anos. O grupo de cobertos pela ESB 2 apresentou a seguinte distribuição por faixas etárias 5 usuários (9,09%) são adolescentes, enquanto 43 (78,18%) são adultos e finalmente 7 (12,72%) são idosos. Em ambos os grupos o estrato mais representativo foi o de adultos estando à proporção por faixas etárias estabelecida entre os dois grupos descrita na (Tabela1). Aplicando se o teste estatístico qui quadrado, indicado para diferenciar variáveis categóricas em grandes tabelas de contingência para dois grupos (Kirkwood & Sterne, 2003), não observou se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à distribuição por faixas etárias da amostra em ambos os grupos com valor de $P > 0,05$.

Quanto ao sexo observa se que apenas 137 usuários (95,14%) responderam à questão da entrevista ficando 7 entrevistas (4,86%) com esse dado perdido. Desses 79 (54,86%) eram do grupo não coberto enquanto 58 (40,27%) eram do grupo de cobertos pela ESB 2. Quanto à distribuição por sexo o grupo de não cobertos apresentou a seguinte distribuição 65 usuários (82,28%) são do sexo feminino enquanto 14 usuários (17,72%) são do sexo masculino. O grupo de cobertos pela ESB 2 apresentou a seguinte distribuição sexo 49 usuários (84,48%) são do sexo feminino, enquanto 9 (15,52%) são do sexo masculino. Em ambos os grupos o estrato mais representativo foi o de usuários do sexo feminino estando à proporção por sexo estabelecida entre os dois grupos descrita na (Tabela1). Aplicando se o teste estatístico qui quadrado não observou se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à distribuição por sexo na amostra em ambos os grupos com valor de $P > 0,05$.

Quanto à faixa de renda do entrevistado (individual) observa se que apenas 123 usuários (85,42%) responderam à questão da entrevista ficando 21 entrevistas (14,58%) com esse dado perdido. Desses 72 (50,00%) eram do grupo não coberto enquanto 51 (35,42%) eram do grupo de cobertos pela ESB 2. Quanto à distribuição por faixas de renda o grupo de não cobertos apresentou a seguinte distribuição 22 usuários (30,55%) recebem menos de um salário mínimo ao mês, 46 usuários (63,89%) recebem de um salário mínimo a menos de três salários mínimos ao mês e apenas 4 usuários (5,56%) recebem três ou mais salários mínimos por mês. O grupo de cobertos pela ESB 2 apresentou a seguinte distribuição por faixas etárias

11 usuários (21,57%) recebem menos de um salário mínimo por mês, enquanto 36 (70,59%) recebem de um salário mínimo a menos de três salários mínimos ao mês e finalmente 4 (7,84%) recebem três ou mais salários mínimos por mês. Em ambos os grupos o estrato mais representativo foi o dos que recebem de um salário mínimo a menos de três salários mínimos ao mês estando à proporção por faixas de renda estabelecida entre os dois grupos descrita na (Tabela1). Aplicando se o teste estatístico qui quadrado não observou se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à distribuição por faixas de renda da amostra em ambos os grupos com valor de $P > 0,05$.

Quanto ao nível de escolaridade observa se que apenas 126 usuários (87,5%) responderam à questão da entrevista ficando 18 entrevistas (12,5%) com esse dado perdido. Desses 72 (50%) eram do grupo não coberto enquanto 54 (37,5%) eram do grupo de cobertos pela ESB 2. Quanto à distribuição por nível de escolaridade o grupo de não cobertos apresentou a seguinte distribuição 6 usuários (8,33%) possuem escolaridade inferior ao primário, 37 (51,39%) estão do primário até o primeiro grau incompleto de ensino, 12 (16,67%) estão do primeiro grau completo ao de segundo grau incompleto e apenas 17 usuários (23,61%) possuem o ensino médio completo. O grupo de cobertos pela ESB 2 apresentou a seguinte distribuição 2 usuários (3,7%) possuem escolaridade inferior ao primário, 20 (37,04%) estão do primário até o primeiro grau incompleto de ensino, 14 (25,93%) estão do primeiro grau completo ao de segundo grau incompleto, 17 usuários (31,48%) possuem o ensino médio completo e apenas 1 (1,85%) obteve o nível superior de ensino. Em ambos os grupos o estrato mais representativo foi o daqueles que estão do primário até o primeiro grau incompleto de ensino, estando à proporção por nível de escolaridade estabelecida entre os dois grupos descrita na (Tabela1). Aplicando se o teste estatístico qui quadrado não observou se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à distribuição por nível de escolaridade na amostra em ambos os grupos com valor de $P > 0,05$.

Finalmente, após descrevermos as variáveis independentes envolvidas neste estudo observamos que nenhuma delas determinou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos amostrais valor $P > 0,05$. Tal fato confere aos dois grupos amostrais um caráter mais homogêneo reduzindo a possibilidade de um viés de seleção ao final do estudo. Um outro fator que colabora para a homogeneidade dos dois grupos é que ambos os estratos foram retirados de populações que

apresentam um risco elevado de adoecer e morrer, segundo o IVS de Belo Horizonte, todas se encontram em um mesmo nível de vulnerabilidade social. Tais aspectos são importantes para controlar os fatores de confusão que possam acontecer, devido a viés de seleção onde diferenças de idade, gênero, faixa de renda e nível de escolaridade nos dois grupos possam afetar diferentemente as variáveis dependentes, os escores do OHIP14 bem como sua prevalência nos dois grupos estudados. De qualquer forma uma estratificação por essas variáveis independentes será apresentada mais adiante neste capítulo.

A seguir apresentamos a descrição das variáveis dependentes deste estudo OHIP14 Severidade (Tabela 2), OHIP14 Prevalência (Tabela 3) e a estratificação do escore total do OHIP14 Severidade pelas variáveis independentes que possam ser fatores de confusão no estudo (Tabela 4).

Tabela 2: OHIP14 Severidade, Médias dos níveis de impacto em cobertos e não cobertos por ESB.

OHIP14	Não Cobertos por ESB	Desvio Padrão Não Cobertos	Cobertos pela ESB2	Desvio Padrão Cobertos	Mann-Whitney/Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis H)	P Valor
Escore Total	20,2716	16,4575	9,8448	11,4705	16,6789	0
Limitação Funcional	2,037	2,5221	0,9138	1,6574	7,3326	0,0068
Dor Física	3,7407	2,7784	2,069	2,3007	13,4855	0,0002
Desconforto Psicológico	3,7901	3,1965	1,7241	2,3604	14,4125	0,0001
Incapacidade Física	3,2593	2,9865	1,4828	2,0963	12,3202	0,0004
Incapacidade Psicológica	3,1852	2,9074	1,5345	2,3561	13,698	0,0002
Incapacidade Social	2,1111	2,7157	1,0517	1,7414	3,8293	0,0504
Deficiência	2,1481	2,5696	1,069	2,2073	9,2335	0,0024

Ao descrever se o índice OHIP14 severidade, encontra se que dos 81 questionários aplicados ao grupo de usuários não cobertos por ESB e dos 58 aplicados ao grupo de cobertos pela ESB 2 houve perda de dados. Algumas perguntas não foram respondidas e outras foram assinaladas mais de uma resposta

e também foram consideradas como dado perdido. Descrevendo o percentual de respostas assinaladas encontramos que a questão 1 teve 1 dado (1,23%) perdido no grupo de não cobertos e 3 dados (5,17%) perdidos no grupo coberto; a questão 2 teve apenas 1 dado (1,72%) perdido no grupo de cobertos; o questionamento 3 apresentou nenhuma perda de dados; o questionamento 4 apresentou 2 dados (2,47%) perdidos no grupo de não cobertos; a indagação 5 registrou 2 dados (2,47%) perdidos no grupo de não cobertos e 1 dado (1,72%) perdido no grupo de cobertos; a pergunta 6 registrou 3 dados (3,7%) perdidos no grupo não coberto e 1 dado (1,72%) perdido no grupo de cobertos; a pergunta 7 mostrou 1 dado (1,23%) perdido no grupo de não cobertos; o item 8 mostrou 2 dados (3,45%) perdidos no grupo de cobertos; o item 9 mostrou 1 dado perdido em ambos os grupos sendo (1,23%) e (1,72%) respectivamente o índice de perda; os quesitos 10, 11 e 12 assinalaram o mesmo resultado, 1 dado (1,72%) perdido no grupo de cobertos; os quesitos 13 e 14 também assinalaram a mesma perda de 1 dado em ambos os grupos sendo (1,23%) e (1,72%) respectivamente o índice de perda nessas questões. Não houve perda de dados em nenhum dos grupos estudados ao aferir o escore total do OHIP14 Individualmente.

Quando descreve se o escore total do OHIP14, como variável resposta para nosso estudo, encontra se que o grupo de usuários não cobertos por ESB apresentou um valor de severidade do impacto de 20,2716 caracterizando que esse grupo registrou um impacto médio das condições bucais na qualidade de vida. Por outro lado o grupo de usuários cobertos pela ESB 2 do C.S. Jaqueline I registrou o valor desse impacto em 9,8448 caracterizando que esse grupo mostrou ter um baixo impacto das condições bucais na qualidade de vida deles. Ao verificar se essa diferença de impactos observa se que a severidade do impacto no grupo não coberto é 2,06 vezes maior que no grupo coberto. A redução do impacto das condições bucais na qualidade de vida a favor do grupo de usuários cobertos por ESB é de 51,44%. Ao realizar se os testes estatísticos não paramétricos "*Mann-Whitney/Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis H)*", indicados para variáveis as quais apresentam uma distribuição diferente da normal como é o caso do escore total do OHIP, encontra se um P valor muito menor que 0,01 mostrando ser esta diferença estatisticamente muito significativa. A hipótese nula de não existir diferença entre o impacto das condições bucais na qualidade de vida entre grupos cobertos pela ESB 2 do C.S. Jaqueline I e os grupos que não possuem cobertura por ESB

pode então ser descartada para a amostra estudada. Outro dado é que o coeficiente de variação da amostra para os dois grupos estudados é classificado como muito alto o que sugere uma pouca homogeneidade dos dados segundo (Soares,1999).

Quando se entra na descrição das sete dimensões do OHIP14 percebe se que em cada dimensão também a diferença entre o grupo coberto pela ESB 2 e o não coberto é expressiva, sendo que em seis dimensões o impacto nos não cobertos é superior em mais de duas vezes o do outro grupo. A única exceção é a dimensão dor física que apresenta um impacto apenas 1,8 vezes maior. Ao realizar se os testes estatísticos não paramétricos “*Mann-Whitney/Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis H)*” percebem se que a diferença é estatisticamente significativa entre os dois grupos amostrais em seis dimensões (tabela 2). Apenas a dimensão incapacidade social não apresenta uma diferença estatisticamente significativa com um P valor > 0,05. Nesse caso também podemos considerar que a hipótese nula de que não há diferença entre os dois grupos amostrais estudados está descartada. O estudo também mostra que o desvio padrão para cada dimensão do OHIP14 nos dois grupos estudados é pequena, o que sugere uma precisão do método segundo (Soares,1999). De qualquer forma tais dados não podem ser inferidos para todo o grupo de usuários cobertos pela ESB 2 e todo o grupo de usuários sem cobertura de ESB uma vez que o estudo não foi um estudo probabilístico com amostragem aleatória. Esse estudo piloto serviu apenas para possibilitar a obtenção de dados para possibilitar uma futura amostragem aleatória na área de abrangência, em um novo estudo que possibilite tais inferências.

Tabela 3: OHIP, Prevalência de impacto das cond. bucais em cobertos e não cobertos por ESB.

OHIP Prevalência			
Grupos	Não Apresentou Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida	Apresentou Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida	Total
Não Cobertos por ESB	36	45	81
	44,40%	55,60%	100%
	50%	67,20%	58,30%
Cobertos pela ESB2	36	22	58
	62,10%	37,90%	100%
	50%	32,80%	41,70%
Total	72	67	139
	51,80%	48,20%	100%
	100%	100%	100%

A tabela 3 traz o OHIP14 Prevalência em cada um dos dois grupos estudados, quando descreve se a prevalência de impacto das condições bucais na qualidade de vida no grupo não coberto por ESB percebe se que dos 81 usuários, que responderam ao questionário, 36 (44,4%) não apresentaram impactos enquanto 45 (55,6%) apresentaram. Já o grupo que possui cobertura pela ESB 2 dos 58 entrevistados 36 (62,1%) não apresentou impacto enquanto apenas 22 (37,9%) apresentaram. Extraído o “Odds Ratio”, Razão das Chances, da tabela 3 o valor do mesmo é 0,4889 com um intervalo de confiança de 95% oscilando de 0,2457 a 0,9728, valores esses que não incluem o valor 1, o que significa que a diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa. Tal fato permite descartar a hipótese nula de que não existe diferença entre os dois grupos amostrais estudados.

Tabela 4: OHIP14 Severidade, Escore Total, estratificado por fatores de confusão.

Análise de Dados		Escore Total OHIP14		Teste Mann-Whitney/Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis H)	
		Não Cobertos por ESB	Cobertos pela ESB2	X	P valor
GRUPOS					
Faixa Etária	Adolescente 10 a 19	7,5	7	0,33	0,5657
	Adulto 20 a 59	21,1014	9,0465	17,5847	0
	Idoso > 60	14,75	11,4286	0,3274	0,5672
Gênero	FEMININO	22,4308	10,1633	19,2023	0
	MASCULINO	9,2857	8,1111	0,0162	0,8987
Classe Econômica	< 1SM	20,2727	12,0909	2,3998	0,1214
	1 A 2,99 SM	22,087	6,9167	18,2745	0
	≥ 3 SM	8,25	16	1,7078	0,1913
Nível de Escolaridade	< PRIMARIO	35,6667	9	4	0,0455
	PRIMARIO	21,1081	3,15	21,7125	0
	PRIMEIRO GRAU	23,5833	13,1429	3,1716	0,0749
	SEGUNDO GRAU	12,3529	12,9412	0,5257	0,4684
	SUPERIOR	Não houve observações	8	-----	-----

A tabela 4 traz o OHIP14 Severidade em cada grupo em estudo estratificado por faixa etária, gênero, classe econômica e nível de escolaridade. Tal estratificação se faz necessária devido aos fatores de confusão que interferem no escore total do OHIP14, como a classe econômica, nível de escolaridade, idade (Figueiredo et al,

2006 e Slade, 1997) e gênero que segundo (Gonçalves, 2004; Locker e Slade, 1993; Hunt et al, 1995; Maia e Sales, 2001 e Silva, 2001) não interferem.

Fatores de confusão são fatores que interferem no efeito em estudo total ou parcialmente, confundindo o estudo epidemiológico (Soares, 1999). As principais estratégias para contornar os fatores de confusão são a aleatorização e/ou a homogeneização, na fase de planejamento do estudo e a construção de análises estratificadas, isto é, em subgrupos homogêneos de usuários na fase da análise de dados (Soares, 1999) como na tabela 4 acima.

A descrição dos dados estratificados pelos fatores de confusão em cada um dos grupos estudados segue nos parágrafos seguintes.

Quanto à faixa etária, os adolescentes apresentaram escore total do OHIP14 = 7,5 no grupo não coberto por ESB e = 7,0 no grupo coberto pela ESB 2, porém tal diferença não é estatisticamente significativa segundo os testes estatísticos não paramétricos “*Mann-Whitney/Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis H)*”, pois o P valor > 0,05. Já os adultos apresentaram OHIP14 = 21,1014 no grupo não coberto por ESB e = 9,0465 no grupo coberto pela ESB 2 sendo tal diferença estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor = 0. Por fim os idosos apresentaram OHIP14 = 14,75 no grupo não coberto por ESB e 11,4286 no grupo coberto pela ESB 2, porém tal diferença não é estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor > 0,05.

Quanto ao gênero, o feminino apresentou OHIP14 = 22,4308 no grupo não coberto por ESB e = 10,1633 no grupo coberto pela ESB 2, sendo tal diferença estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor = 0. Já o gênero masculino apresentou OHIP14 = 9,2857 no grupo não coberto por ESB e = 8,1111 no grupo coberto pela ESB 2, porém tal diferença não é estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor > 0,05.

Quanto à classe econômica, os usuários que recebem menos que um salário mínimo apresentou OHIP14 = 20,2727 no grupo não coberto por ESB e = 12,0909 no grupo coberto pela ESB 2, porém tal diferença não é estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor > 0,05. Já os usuários que recebem de 1 a 2,99 salários mínimos apresentaram OHIP14 = 22,087 no grupo não coberto por ESB e = 6,9167 no grupo coberto pela ESB 2 sendo tal

diferença estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor = 0. Por fim os usuários que recebem 3 ou mais salários mínimos apresentaram OHIP14 = 8,25 no grupo não coberto por ESB e 16 no grupo coberto pela ESB 2, porém tal diferença não é estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor > 0,05.

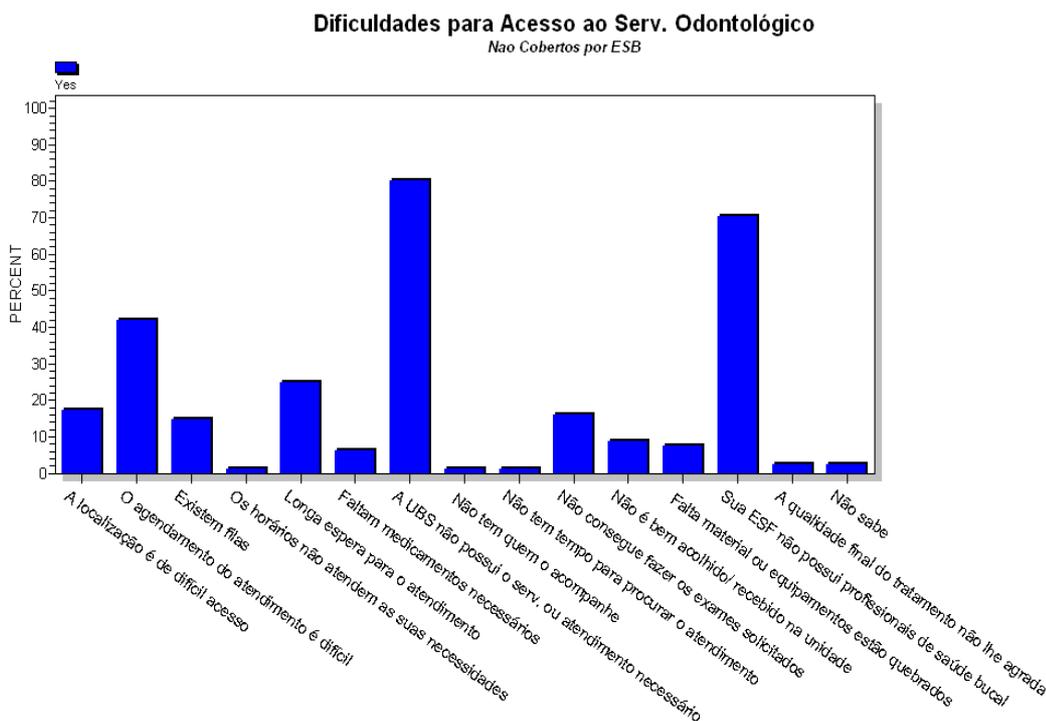
Quanto ao nível de escolaridade, os usuários que possuem nível menor que o primário apresentou OHIP14 = 35,6667 no grupo não coberto por ESB, sendo este o único grupo em todo o estudo que apresentou alto impacto das condições bucais na qualidade de vida. Já o grupo coberto pela ESB 2 apresentou OHIP14 = 9, sendo tal diferença estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor < 0,05. Já os usuários que possuem o nível primário apresentaram OHIP14 = 21,1081 no grupo não coberto por ESB e = 3,15 no grupo coberto pela ESB 2 sendo tal diferença estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor = 0. Já os usuários que possuem do nível de primeiro grau completo ao segundo grau incompleto apresentaram OHIP14 = 23,5833 no grupo não coberto por ESB e = 13,1429 no grupo coberto pela ESB 2, porém tal diferença não é estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor > 0,05. Por fim os usuários que possuem o nível de segundo grau apresentaram OHIP14 = 12,3529 no grupo não coberto por ESB e = 12,9412 no grupo coberto pela ESB 2, porém tal diferença não é estatisticamente significativa quando submetidas aos mesmos testes descritos acima, pois o P valor > 0,05. O nível superior de educação não pode ser descrito quanto ao impacto das condições bucais na qualidade de vida por possuir apenas um indivíduo entrevistado, o qual pertencia ao grupo coberto pela ESB 2 nesta amostra não possibilitando análise estatística de qualquer forma o mesmo apresentou OHIP14 individual igual a 8.

A partir de agora iniciaremos a descrição dos dados encontrados nos dois grupos estudados com referência ao acesso aos serviços de saúde bucal. Para o levantamento desses dados foi utilizado o questionário adaptado do estudo de acessibilidade de (Castro, 2007) durante as entrevistas feitas por ACS nos domicílios da área de abrangência estudada.

O Gráfico 1 a seguir traz o levantamento das dificuldades encontradas por usuários não cobertos por ESB quando vão acessar o serviço de saúde bucal do

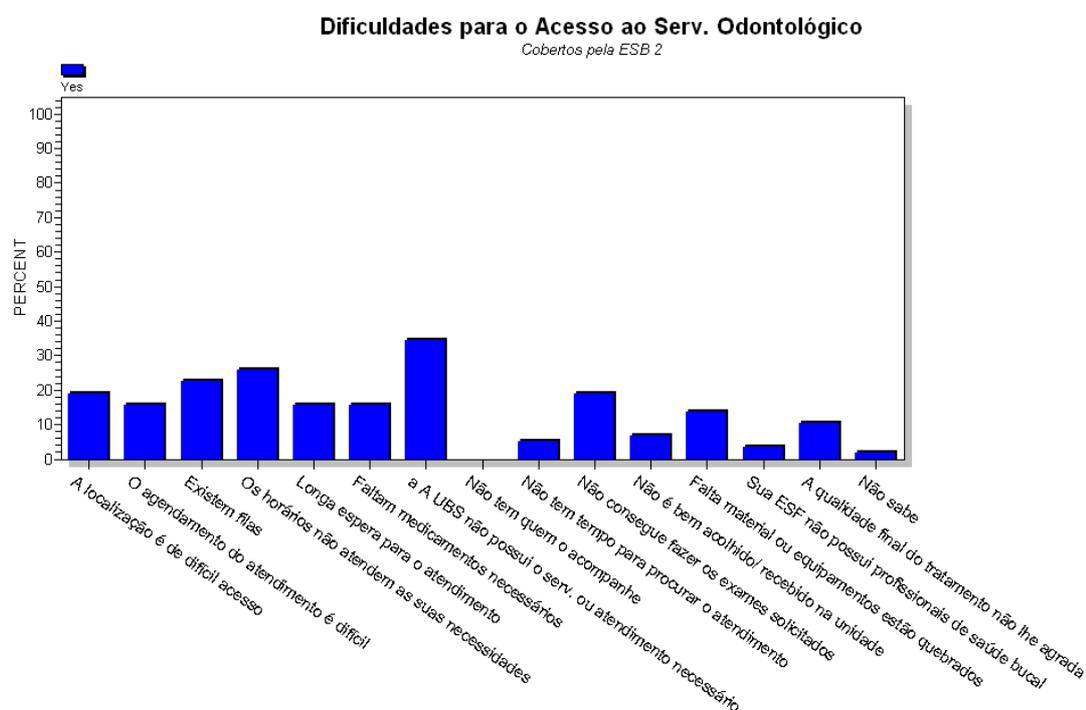
C.S. Jaqueline I, lembramos que todos estes usuários pertencem à área de abrangência do C.S. Jaqueline II.

Gráfico 1: Dificuldades para Acesso Encontradas Por Usuários Não Cobertos por ESB ao Serviços Odontológicos do C.S. Jaqueline I.



Ao descrever se o Gráfico 1 destaca se como dificuldades para acesso ao serviço odontológico do C.S. Jaqueline I encontradas por usuários não cobertos por ESB, em primeiro lugar, apontado por cerca de quase 80% dos usuários o fato de a UBS não possuir o serviço ou atendimento necessário para atender às necessidades dos usuários; em segundo lugar relatado por 70% dos usuários está o fato de a ESF ao qual o mesmo é cadastrado não possuir ESB de referência; em terceiro lugar está a dificuldade encontrada para o agendamento das consultas e tratamento apontada por 42% dos entrevistados, e em quarto lugar aparece a longa espera para o atendimento apontada por 25% dos entrevistados; outros fatores também são apontados no gráfico 1 acima, porém parecem ser menos frequentes que os acima descritos. Todas as dificuldades apontadas acima como sendo as mais relevantes dizem respeito à acessibilidade organizacional e limitam o acesso funcional ao serviço de saúde bucal na estratégia de saúde da família dos C.S. Jaqueline I e C.S. Jaqueline II.

Gráfico 2: Dificuldades para Acesso Encontradas Por Usuários Cobertos por ESB ao Serviços Odontológicos do C.S. Jaqueline I.



Ao descrever se o Gráfico 2 destaca se como dificuldades para acesso ao serviço odontológico do C.S. Jaqueline I encontradas pelos usuários cobertos pela ESB 2, em primeiro lugar, apontado por cerca de quase 35% dos usuários o fato de a UBS não possuir o serviço ou atendimento necessário para atender às necessidades dos usuários; em segundo lugar relatado por 27% dos usuários está o fato de os horários não atenderem as necessidades dos mesmos; em terceiro lugar está a existência de filas apontada por 25% dos entrevistados, e em quarto lugar aparece a localização é de difícil acesso apontada por 20% dos entrevistados; outros fatores também são apontados no gráfico 2 acima, porém parecem ser menos frequentes que os acima descritos. Percebe se nesse gráfico 2 que as dificuldades de acesso estão mais diluídas com percentuais menores de concentração de respostas e não há uma polarização nas dificuldades referentes à acessibilidade organizacional e que limitam o acesso funcional ao serviço de saúde bucal, porém essas ainda são as predominantes. A acessibilidade geográfica limitando o acesso geográfico também aparece nesse gráfico 2.

6. DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos com esse estudo nos revela que para os dois grupos estudados, ambos retirados por conveniência de áreas de abrangências onde o IVS é de elevado risco a saúde e cada grupo separado por cobertura de ESB sendo: o grupo I exposto a cobertura pela ESB 2 do C. S. Jaqueline I e o grupo II, controle, não exposto à cobertura por ESB, existem diferenças que são estatisticamente significantes.

Quanto as variáveis independentes, faixa etária, gênero, faixa de renda individual, e escolaridade os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significantes. Sendo a frequência, a proporção de participantes escolhidos para cada grupo semelhantes. Isto dá certa homogeneidade entre as duas amostras e reduzem o risco de viés de seleção, além de reduzir o efeito provocado por fatores de confusão, tais quais, escolaridade, renda (Rocha e Góes, 2008), idade e sexo dos participantes em cada grupo.

Quanto as variáveis dependentes do estudo também chamadas variáveis resposta, encontramos diferenças que são estatisticamente significantes em favor do grupo exposto à cobertura pela ESB 2 do C.S. Jaqueline I. O impacto das condições bucais na qualidade de vida medida pelo indicador OHIP 14 “*Short Form*” de (Slade & Spencer, 1994) validado no Brasil por (Almeida e Loureiro, 2001) mostrou que o grupo não coberto por ESB apresentou impacto 2,06 vezes maior que o grupo coberto pela ESB 2. Este fato identificou que a cobertura pela ESB 2 na área de abrangência dos C.S. Jaqueline I e II teve um efeito protetor de impacto das condições bucais na qualidade de vida dos usuários cobertos e reduziu esse impacto em 50,44%. Desta forma o estudo demonstrou uma severidade de impacto, duas vezes maior no grupo que não possui cobertura por ESB. Dessa forma, os resultados mostram que por um lado a cobertura por ESB não influenciou o acesso aos serviços odontológicos (Rocha e Góes, 2008) por outro a cobertura pela ESB 2 do C.S. Jaqueline I influenciou na severidade do impacto das condições bucais na qualidade de vida dos usuários das UBS referenciadas a essa equipe. Os dados também confirmam os achados de (Slade, 1997) onde, maior impacto no OHIP está associado a menor número de visitas ao dentista e a populações com maior vulnerabilidade. Os dados ainda também confirmam os achados de (Ferreira et al,

2004) que demonstram que o OHIP é um bom indicador para rastreamento de grupos a serem priorizados.

Ao se avaliar as dimensões do OHIP14 separadamente também evidenciou se uma redução de cerca de 50% em cada dimensão de impacto. Sendo que 6 das 7 dimensões do instrumento apresentaram diferenças estatisticamente significante em favor do grupo coberto pela ESB 2. Apenas a incapacidade social não demonstrou possuir uma diferença significante isso por sua vez possa estar relacionado ao fato de que a proposta da atenção primária em saúde bucal em Belo Horizonte defende a idéia do controle da doença e não a idéia da reabilitação. A técnica do ART, implementada em Belo Horizonte, tem se mostrado eficaz no controle da doença, porém quanto ao restabelecimento da função mastigatória, oclusal, estética, ortodôntica e a reabilitação protética dos usuários têm sido ainda um desafio a ser superado principalmente quando se pensa em integralidade em saúde bucal. Um outro ponto a ser levado em consideração é que a diferença não estatisticamente significante nessa dimensão pode também estar associada a um número pequeno de indivíduos incluídos na amostra. Um estudo com amostragem aleatória poderá no futuro dirimir as duvidas neste quesito. Novamente, fica a idéia de que a cobertura por uma ESB impacta positivamente uma população e reforça ainda os achados de (Moreira, Nations, e Alves, 2007) que dizem que o incremento de doenças bucais é inversamente proporcional ao acesso aos serviços odontológicos. Mais ainda, tal acesso amplia a oportunidade de superar inequidades sociais.

Quando avalia se a prevalência de impactos das condições bucais na qualidade de vida entre cobertos pela ESB 2 e não cobertos por ESB os resultados mostram novamente que essa cobertura é positiva e também reduz a prevalência de impacto nos usuários de forma significativa. Enquanto o grupo coberto apresenta uma prevalência de impactos de 37,9% o grupo não coberto apresenta uma prevalência significativamente maior 55,6%, ou seja, a maioria dos usuários desse grupo. Quando verificamos também onde estão localizadas as pessoas que apresentam impacto das condições bucais na qualidade de vida verificamos que a grande maioria 67,2 % está localizada no grupo não coberto e apenas 32,8% está no grupo coberto. Sendo assim a proporção de impactados no grupo não coberto é mais de duas vezes maior do que a proporção desses no grupo coberto. Tais dados também demonstram uma diferença estatisticamente significante em favor daqueles

que são privilegiados por obterem cobertura de saúde bucal pela ESB 2 do C.S. Jaqueline I. Novamente se reforça os achados de (Moreira, Nations, e Alves, 2007). Esse dado também é importante para este trabalho, pois responde ao primeiro objetivo específico do estudo. Possibilita a realização do cálculo da amostra necessária para obtermos um estudo aleatório sobre o impacto da cobertura de saúde bucal nas áreas de abrangência das duas UBS em questão permitindo inferências sobre a cobertura de saúde bucal no município.

Quando foram estratificadas as variáveis respostas acima pelos fatores de confusão como faixa de renda, escolaridade, faixa etária, e gênero identificaram-se que a diferença estatisticamente significativa em favor do grupo coberto pela ESB 2 permaneceu em todas as categorias que abrigavam o maior número de participantes por grupo do estudo. Sendo assim as diferenças consideradas não estatisticamente significantes podem ter sido assim definidas devido ao pequeno número de indivíduos que foram entrevistados e se enquadravam naquela categoria. Um estudo com amostragem aleatória e com mais participantes poderia elucidar as dúvidas levantadas por este estudo piloto. Avaliando-se as variáveis respostas estratificadas pelos fatores de confusão encontramos um sub grupo que apresentou alto impacto das condições bucais na qualidade de vida trata-se dos usuários que não possuem cobertura por ESB e não possuem também o nível primário de escolaridade. Essa identificação pode ser útil no intuito de se priorizar tal tipo de clientela para receber cuidados em saúde bucal mais prioritariamente em áreas não cobertas por ESB. Esse dado confirma os dados de (Rocha e Góes, 2008) que mostram a forte associação entre escolaridade e acesso, e conseqüentemente impacto dos problemas bucais, reforçam também (Figueiredo et al, 2006) que demonstra um maior peso sobre o impacto de fatores como a classe econômica, o nível de escolaridade. O estudo também confirma os achados de (Moreira, Nations, e Alves, 2007) em que populações de diferentes camadas sociais possuem diferentes experiências de saúde bucal.

Como discutido anteriormente o acesso à cobertura pela ESB 2 nas áreas de abrangência do C.S. Jaqueline I e II significa melhoria da qualidade de vida dos usuários pela redução dos impactos das condições bucais. Por outro lado a falta de cobertura por ESB significa aumento no risco de impacto das condições bucais na qualidade de vida. Por essa razão se torna importante identificar os fatores que limitam o acesso aos serviços de saúde bucal. Quando avaliamos esses fatores

identificamos que no grupo não coberto os principais fatores que limitam o acesso aos serviços odontológicos são relacionados à acessibilidade organizacional e limitam o acesso funcional dos usuários.

Os fatores identificados como limitantes do acesso são: Primeiro, a UBS não possui o serviço ou atendimento que o usuário necessita neste caso usuários não cobertos só tem direito a atendimentos de urgência que se resumem a eliminação da dor e infecções como abscessos agudos entre outros. Sendo assim após a eliminação da urgência o usuário se torna desamparado novamente, pois não tem as suas necessidades satisfeitas mantendo cavidades abertas, restos radiculares, dentes com mobilidade entre outros. Tais fatos mantêm o impacto das condições bucais na qualidade de vida os quais não podem ser solucionados devido ao limite imposto pela organização, Prefeitura de Belo Horizonte, que priorizam alguns em detrimento de outros. Esta priorização segue sem um critério muito claro, já que na área de abrangência das UBS incluídas nesse estudo todas as áreas são de elevado risco a saúde e prioritárias para a inclusão na estratégia de saúde da família que tem como uma das áreas a serem atendidas a saúde bucal. O segundo limite ao acesso encontrado foi a ESF não possui profissionais de saúde bucal, tal fato novamente representa um limite imposto pela Prefeitura de Belo Horizonte que não cumpre o previsto na Portaria nº-673/GM, de 2003. Tal fato representa a exclusão de cerca de 7930 pessoas só na área de abrangência do C.S. Jaqueline II que por sua vez tem os impactos das condições bucais na qualidade de vida dobrados devido à falta de acesso a atenção primária em saúde bucal. Os outros dois fatores mais apontados são conseqüências dos dois primeiros, o agendamento do atendimento é difícil uma vez que não está previsto nos protocolos de atenção a saúde bucal. E a longa espera para o atendimento, que se da pela falta de consultas programadas para esse grupo que além de apresentar maior prevalência e severidade de impacto contam apenas com os atendimentos de urgência nos intervalos das consultas programadas para os usuários cobertos. Estes usuários estão também muitas vezes sujeitos a serem excluídos pela falta de instrumentais suficientes para o atendimento não programado. Por último ainda é relatado como muito freqüente a localização ser de difícil acesso. Este fato se da ao fato de usuários do C.S. Jaqueline II necessitarem receber cuidados em saúde bucal em outra UBS, o C.S. Jaqueline I. Isso significa um longo deslocamento das áreas mais distantes até a UBS de referência e um posterior deslocamento até a outra UBS, onde o serviço deverá ser

prestado. Esse deslocamento muitas vezes é feito com longas caminhadas através de um relevo muito irregular que limita o acesso principalmente de grupos mais vulneráveis como idosos, crianças, portadores de outras morbidades, entre outros. Os achados do estudo aqui vêm confirmar os achados de (Ramos e Lima, 2003) onde as principais necessidades da população são ampliações das ESB, implantação de outras modalidades de atendimento odontológico. Os de (Castro, 2007) onde as dificuldades encontradas por usuários são agendamento, filas, longo tempo de espera e consultas de urgência, ausência de atenção integral devido à organização das políticas públicas e em especial ao processo de trabalho. Por fim os de (Souza e Roncalli, 2007) sobre a existência de inequidade no SUS, e do uso de estratégias de programação que levem em conta os mais necessitados dentro da área adscrita entre outras.

Quando avaliamos os limitantes de acesso aos usuários cobertos pela ESB 2 percebemos que diferentemente dos não cobertos aqui não há concentração de queixas sobre a acessibilidade organizacional apesar das mesmas também serem as mais importantes para este grupo também. As mais relatadas são: Primeiro, a UBS não possui o serviço ou atendimento que o usuário necessita aqui esta afirmação é menos freqüente e parece estar mais associada á dificuldade de se acessar a atenção secundária em saúde bucal o que pode representar mais de um ano aguardando uma consulta especializada. Segundo, os horários não atendem a suas necessidades, como a maior parte dos participantes da pesquisa está na idade economicamente ativa, a dificuldade de se adequar os horários de tratamento aos horários de trabalho também parece ser um limitante ao acesso. O terceiro fator a existência de filas está relacionada ao grande número de atendimentos de urgência feitos na unidade principalmente motivado pelo grande número de pessoas na área de abrangência que possuem acesso apenas a esse tipo de atendimento de urgência e por isso também impactam o bom funcionamento da unidade. Em outras palavras o grande número de usuários sem cobertura de saúde bucal também limitam o acesso dos usuários cobertos bem como o estabelecimento de vínculo entre a ESB 2 e os usuários de sua área de abrangência. Por último também aparece à localização é de difícil acesso, aqui motivado pelo fato de uma das equipes cobertas, ser a ESF 1 do C.S. Jaqueline II, a qual esta mais distante da UBS de referência e também necessitar se deslocar a uma outra UBS, no caso o C.S. Jaqueline I para acessar o serviço de saúde bucal. O deslocamento descrito

anteriormente e feito principalmente através de caminhadas incluindo vários morros a serem ultrapassados. Não existe também no trajeto a existência de transporte público de passageiros por isso este também é um limitante importante ao acesso à saúde bucal na área. Novamente ficam reforçados aqui os achados de (Castro, 2007), (Ramos e Lima, 2003) principalmente na necessidade de priorização de atendimentos a área adscrita. Além dos achados de (Souza e Roncalli, 2007) no que tange a presença de dificuldades de referenciamento a níveis mais elevados da atenção, de diagnóstico epidemiológico.

Quando avalia se o modelo de estudo empregado nesta pesquisa, um estudo quantitativo, tipo caso controle, avaliando efeitos da cobertura por ESB nas áreas de abrangência dos C. S. Jaqueline I e II e também limitantes do acesso a essa ESB 2. Percebe se que a aplicação do questionário OHIP14 "*Short Form*" bem como a aplicação do questionário sobre acessibilidade adaptado do estudo de (Castro, 2007) foi suficiente para a obtenção de resultados que responderam aos objetivos do estudo. O OHIP14 foi capaz de diferenciar impacto das condições bucais na qualidade de vida de usuários da área, seja entre cobertos ou não pela ESB 2, bem como diferenciar esses impactos por ESF na área, por micro área relacionada a cada ESF e outras variáveis independentes como escolaridade, faixa de renda entre outras.

A aplicação do questionário sobre acessibilidade também permitiu a identificação dos limitantes do acesso na área estudada, seja por cobertos e não cobertos, por ESF, por micro áreas entre outros. Ambos os questionários foram de fácil aplicação pelos ACS apesar dos mesmos terem apresentado perda de dados devido a preenchimento inadequado dos mesmos porém a proporção de perda de dados foi pequena. O estudo demonstrou também que o questionário OHIP 14 é promissor para rastreamento de grupos prioritários para acesso a atenção em saúde bucal confirmando achados de (Ferreira et al, 2004). Sendo ainda de mais fácil aplicação pelos ACS do que o índice INTO, preconizado pela Coordenação de Saúde Bucal da SMSA de Belo Horizonte, e que necessita de uma qualificação muito maior do profissional que irá aplicá-lo no sentido de priorizar acesso. Dessa forma a adoção do OHIP14 como instrumento para o planejamento da atenção em saúde bucal no município pode significar um novo diferencial na priorização de clientela que muitas vezes ainda se encontram descobertas devido à proporção inadequada entre ESF e ESB. Tal problema leva áreas de muito elevado e elevado

risco a saúde, que são prioritárias para a implantação de ESF, apresentarem ainda atenção inadequada em saúde bucal.

Um limitante importante desse estudo foi o fato do mesmo ter adotado uma amostragem por conveniência e uma amostra pequena que não permite inferências a partir dos dados obtidos. De qualquer forma o estudo permitiu estimar dados sobre a prevalência de impactos entre cobertos e não cobertos por ESB, possibilitando o cálculo de amostra para estudos aleatórios que possam evidenciar a redução de impactos promovida pela inclusão de ESB na estratégia de saúde da família no município de Belo Horizonte.

7. CONCLUSÕES

Este capítulo objetiva sumarizar os achados do estudo, indicar áreas para o desenvolvimento de novas pesquisas, e fornecer sugestões para a Coordenação de Saúde Bucal da SMSA de Belo Horizonte, no sentido de se aprimorar as ações já implementadas no setor.

- A estratégia de controle das doenças bucais como conduta padrão nos atendimentos (urgências, demanda espontânea, encaminhamentos, demanda organizada) com procedimentos padrão como a Técnica do Tratamento Restaurador Atraumático utilizando o cimento de ionômero de vidro reforçado, exodontias, pulpotomias e outras terapias pulpares, tartarectomias e raspagens sub gengivais preconizando atendimentos em duas secções como previsto no Projeto Global de Saúde Bucal (Belo Horizonte, 2006) mostrou se efetivo no grupo estudado apresentando uma redução de severidade de impacto das condições bucais na qualidade de vida de 50,44%, bem como mostrou uma redução da prevalência de impactos dessas condições bucais de 17,7% em favor dos usuários cobertos pela ESB 2.
- Apesar dos resultados alvissareiros descritos acima e a ampliação de acesso ocorrida no Município nos últimos anos, descritos na introdução deste estudo, o aspecto cobertura de saúde bucal parece estar perdendo a oportunidade de ampliar se através da ampliação do numero de ESB. Incentivos oferecidos pelo Ministério da Saúde no Programa Brasil Sorridente e pelo Governo Estadual com base na Portaria nº.673/GM de 2003 e na Deliberação CIB-SUS/MG 287 de 2006 parecem não estarem sendo aproveitados em Belo Horizonte adequadamente, uma vez que a relação das ESF/ESB é de 2,3 aproximadamente. Tal fato torna impossível a universalidade da assistência. A reduzida oferta de atenção secundaria em saúde bucal também limita a integralidade. Por esta razão, no grupo estudado ficou evidente a inequidade em saúde bucal que mostrou diferença estatisticamente significativa entre dois grupos com características sócio, econômico, demográfico, semelhantes e mesmo índice de vulnerabilidade a saúde.

- Nas áreas de abrangência dos C.S. Jaqueline I e II os maiores limitantes da acessibilidade são de ordem organizacional e limitam o acesso funcional dos usuários a atenção secundária no caso dos usuários cobertos pela ESB 2 e a atenção primária no caso de usuários não cobertos por ESB. Em razão disto outros limitantes do acesso funcional também aparecem como filas, dificuldade de agendamento, longos períodos de espera. Em resumo apesar da estratégia de territorialização utilizada, as áreas não cobertas por ESB limitam o acesso das áreas adscritas para a ESB 2 prejudicando o vínculo entre a equipe e os usuários que estão sob sua responsabilidade.
- O OHIP14 mostrou ser um importante instrumento para rastreamento e priorização de grupos em desvantagem social dentro das áreas de abrangência das UBS. A sua fácil utilização por ACS, a rapidez com que disponibiliza informações para o planejamento das ESB, o fato de ser centrado no usuário e nas necessidades percebidas, indutoras de procura por serviços ao invés de nos profissionais de saúde bucal, o torna uma importante alternativa ao INTO. A priorização de clientela e o rastreamento mais eficaz das principais demandas para saúde bucal em toda a área de abrangência se tornam possíveis com a sua utilização.

Algumas sugestões para novos estudos sobre a saúde bucal em Belo Horizonte são descritas a seguir:

- A condução de um estudo semelhante na área de abrangência do C.S. Jaqueline II com amostragem aleatória no intuito de confirmar os dados aqui encontrados e priorizar grupos dentro das áreas não cobertas para receberem atenção em saúde bucal ampliando o acesso e melhorando os resultados na área.
- A condução de estudos semelhantes envolvendo outras ESB na área e mesmo fora da área no intuito de se mostrar o impacto das ações de saúde bucal implementadas pela SMSA na qualidade de vida da população de Belo Horizonte.

- A condução de um estudo que compare os resultados encontrados pelo INTO com os resultados encontrados pelo OHIP14 buscando a aferir as propriedades psicométricas dos mesmos e o potencial de utilização dos indicadores subjetivos para o planejamento em saúde bucal no município.
- A condução de estudos econômicos como a análise custo efetiva dos investimentos feitos em saúde bucal no município. Estes estudos podem também demonstrar a possível eficiência das medidas adotadas pela Coordenação de Saúde Bucal no município.

8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os fatos descritos acima também permitem propor um projeto de intervenção descrito a seguir neste capítulo, a ser adotado no C.S. Jaqueline II com o intuito de reduzir o impacto das condições bucais na qualidade de vida dos usuários daquela UBS. Esse modelo também visa à ampliação do acesso à saúde bucal, o aumento da equidade na área, a melhoria da qualidade de vida dos usuários dessa comunidade, a melhoria do diagnóstico de saúde bucal da unidade bem como o estabelecimento de metas a serem alcançadas pelas ESB envolvidas na atenção.

O modelo de intervenção a ser proposto consiste no seguinte: Primeiro, aplicar o questionário OHIP14 em toda a área de abrangência da UBS através dos ACS; Segundo, obter os dados e colocá-los em um banco de dados até a obtenção de uma amostragem que permita inferências para toda a área de abrangência; Terceiro, ampliar o acesso para micro áreas onde o impacto é mais elevado; Quarto, estabelecer metas e resultados mensuráveis para a atenção em saúde bucal na área de abrangência das ESB; Quinto, promover avaliação e controle das ações implementadas, com uma periodicidade anual por cada ESB, bem como os resultados alcançados e a melhoria das condições de saúde bucal na área de abrangência.

9. BIBLIOGRAFIA

1. ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, p 233-242, 1996.
2. ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 12, p 82-86, 1993.
3. ALMEIDA, A.; LOUREIRO, C. A.; ARAUJO, V. E. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP14 na forma simplificada, Parte 1: adaptação cultural e lingüística. **UFES Rev. Odontologia**, v.6, n 1, p. 2004.
4. BARROS, J. D. A.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n 4, p 709 – 717, 2002.
5. BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **A atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local**. Belo Horizonte, MG, p.49., 2006.
6. BORTOLI, D. et al. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, v. 9, p. 55 – 65, Ponta Grossa, PR, 2003.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, DF: Ed MS, 2004. 68 p.

8. CASTRO, R. D. Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2007. 63f. Disponível em: <http://btdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado/tde_arquivos/2/TDE-2007-11-11T234219Z-918/Publico/RicardoDC.pdf>. Acesso em: 04 Out. 2009.
9. CAVALCANTE, C. A. T. et al. Um olhar sobre os dados de produção em saúde bucal no município de Belo Horizonte no período de 2005 a 2007. Belo Horizonte/MG, 2007. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/>>. Acesso em: 02/10/2009.
10. COELHO, M. P. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP-14, em rodoviários e dependentes da região metropolitana de Belo Horizonte - MG em 2007. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Escola de Aperfeiçoamento Profissional (EAP/ABO-MG), Belo Horizonte, MG, 2008. 111f. Disponível em: <http://www.propesp.uepg.br/publicatio/bio/2003_3/07.pdf>. Acesso em: 29 Dez. 2008.
11. DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. New York, Ed. Oxford University Press, 2003.
12. FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Texto elaborado para a bibliografia básica do projeto Gerus/ Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil, p. 177-184, 1995.
13. FERREIRA, C. A.; LOUREIRO, C. A.; ARAÚJO, V. E. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n 3, p. 445 – 452, 2004.
14. FIGUEIREDO, R. M. O.; WASSALL, T.; FLÓRIO, F. M. Frequência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **Rev. Gaúcha de Odontologia**, v. 54, n 1, p. 11-16, Porto Alegre, RS, 2006.

15. GONÇALVES, J. R. et al. Impactos da saúde bucal sobre a qualidade de vida entre homens e mulheres. **Rev. Gaúcha de Odontologia**, v. 52, n 4, p 240 – 242, Porto Alegre, RS, 2004.
16. HUNT, R. J.; SLADE, G. D.; STRAUSS, R. P. Differences between racial groups in the impact of oral disorders among older adults in North Carolina. **J. Public Health Dent.**, v. 55, n 9, p. 205-209, Richmond, 1995.
17. JUNQUEIRA, S. R. Financiamento da saúde: indicadores sociais e recursos odontológicos dos municípios do Estado de São Paulo no final do século XX. Dissertação, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.
18. KIRKWOOD, B. R.; STERNE, J. A. C. **Essential Medical Statistics**. Second Edition, Ed. Blackwell Publishing, United Kingdom, 2003. 502 p.
19. KROEGER et al. Illness perception and use of health services in north-east Argentina. **Health Policy Planning**, v. 3, n 2, p 141-151, Ed. Oxford University Press, 1988.
20. LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 453-458, 2004
21. LOCKER D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dental Health**, v. 5, n 1, p. 3-18, Inglaterra, 1988.
22. LOCKER, D.; SLADE, G. D. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. **Journal Canadian Dental Association**, v. 59, n 10, p 830 – 838, Toronto, Canadá, 1993.
23. LUIZ, R. R.; COSTA, A. J. L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística em odontologia**. ed rev. e ampl., São Paulo, SP, Ed Atheneu, 2008. 470 p.

24. MAIA, G. C. P. T.; SALES, M. S. Avaliação do impacto sobre saúde bucal produzido pelo sistema público odontológico no centro de saúde Eldorado de Montes Claros - MG. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Associação Brasileira de Odontologia, 2001. 87f
25. MELO, L. Velhice sem sorrisos. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 18 Ago. 2008. Suplemento Gerais, p 21 – 22.
26. MIALHE, F. L.; OLIVEIRA, C. S. R.; SILVA, D. D. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. Arq. ciências saúde UNIPAR; Umuarama, PR, v. 10, n. 3, p. 145-149, set.-dez. 2006. Disponível em: < <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/618/535>>. Acesso em : 03 Set. 2009.
27. MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Atenção em saúde bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 1ª. Ed., 2006. 290 p.
28. MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2007.
29. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília, DF, p. 18 – 23, 2006.
30. PINTO R. C.; ARCANJO A. Levantamento epidemiológico de doenças bucais em São Gonçalo do Abaeté/ MG. São Gonçalo do Abaeté/MG, 1993.
31. RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003.

32. ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. 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**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez.2008.
33. SILVA, N. S. Avaliação do efeito das condições sócio demográficas e utilização dos serviços odontológicos sobre o perfil do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida na população adulta idosa de Cuiabá MT. Dissertação (Mestrado) – Universidade Camilo Castelo Branco, Campinas, SP, 2001. 158f..
34. SLADE, G. D. The Oral Health Impact Profile. In: SLADE, G. D. **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Ed. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. Disponível em: <http://www.arcpoh.adelaide.edu.au/publications/report/miscellaneous/pdf_files/MeasuringOralHealthAndQualityOfLife.pdf> . Acesso em: 04 Out. 2009.
35. SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dental Journal**, v. 39, n 6, p 358 – 364, Sidney, Australia, 1994.
36. SOARES, J. F.; SIQUEIRA; A. L.; **Introdução a Estatística Médica**, 1. ed., Ed. UFMG - , Belo Horizonte, MG, 1999. 300 p.
37. SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007 .
38. UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.
39. UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: *Distrito Sanitário* (E. V. Mendes, org.), p. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

10. ANEXOS

Anexo 1: Questionário de Acessibilidade adaptado do estudo de (Castro, 2007).

Entrevista – Usuários

Bairro: _____ Microárea: _____ UBS de Referência: _____
 Equipe do PSF: _____ pesquisador: _____ Data: __/__/____
 Ficha N°: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Renda: _____ SM Escolaridade: _____

1.	Regularidade de visita ao Dentista:
01 () Nunca foi	
02 () Apenas quando sente dor	
03 () Quando julga estar precisando. Quando você julga estar? _____	
04 () Regularmente	

2.	Quando você está necessitando de atendimento odontológico procura com mais frequência:
01 () Unidade de saúde do bairro	
02 () Agente comunitário de saúde Por Que? _____	
03 () Policlínica 1° de Maio (UPA-Norte) _____	
04 () Consultório Particular _____	
05 () Farmácia _____	
06 () Curandeiro, centro espírita, etc...	
07 () Unidade de saúde de Santa Luzia	
08 () Hospital Risoleta Neves	
08 () outro, especifique _____	

3.	Como você classifica os serviços de saúde bucal disponíveis na sua UBS?
01() Ótimo	
02() Bom	
03() Regular	
04() Ruim	
05() Péssimo	
Por que? _____	

4.	Existem dificuldades para conseguir atendimento odontológico? Se sim, quais?	01 () sim
		02 () não
Pode marcar mais de uma		
() a localização é de difícil acesso		
() o agendamento do atendimento é difícil. Quanto tempo _____		
() existem filas		
() os horários não atendem as suas necessidades		
() longa espera para o atendimento		
() faltam medicamentos necessários		
() a unidade não possui o serviço ou atendimento que necessita		
() não tem quem o acompanhe		
() não tem tempo para procurar o atendimento		
() não consegue fazer os exames solicitados		
() não é bem acolhido/ recebido na unidade		
() falta material ou equipamentos estão quebrados		
() sua equipe de saúde não possui profissionais de saúde bucal		
() a qualidade final do tratamento não lhe agrada		
() não sabe		
() outro motivo. Especificar. _____		

5.	Quando procura o serviço de saúde bucal, toda sua necessidade/ problema é resolvido?	01 () sim 02 () não
----	--	--------------------------

6.	Você, ou alguém da sua família, já foi encaminhado para consultas mais especializadas em saúde bucal? Em caso afirmativo, a consulta referenciada foi realizada?	01 () sim 02 () não
----	--	--------------------------

7.	Você já recebeu alguma visita domiciliar da Equipe de Saúde Bucal?
01 () sim	
02 () não. Por que? _____	

8.	Você participa de ações educativas na unidade de saúde de seu bairro onde são discutidos assuntos referentes à saúde bucal? Se sim, quais?	01 () sim 02 () não
01 () Palestra		
02 () Reunião de grupo		
03 () Curso		
04 () Roda de conversas		
05 () Outros. Especificar. _____		

9.	Você tem Equipe de Saúde Bucal, ESB, no seu centro de Saúde? O que melhorou para você, com a entrada desses profissionais em Em sua Equipe de Saúde da Família?

10.	O que você considera importante existir em uma Equipe de Saúde Bucal, ESB?

Anexo 2: OHIP14 Short Form

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PERFIL DO IMPACTO – OHIP

Bairro: _____ Microárea: _____ UBS de Referência: _____
 EquipadoPSF: _____ Pesquisador: _____ Data: __/__/____
 FichaN°. _____ Idade: _____ Sexo: _____ Renda: _____ SM Escolaridade: _____

item 5.1 - Tipo de aplicação do OHIP (1) Entrevista (2) Questionário

Orientação: Ao responder este roteiro não existe resposta certa ou errada. Sinta-se á vontade e pergunte qualquer coisa que quiser ao entrevistador. Você deve responder as perguntas sobre fatos acontecidos nos ultimos 12 meses té ontem.

Itens (assinalar com x)	Sempre	Repetidamente	As vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
Item OHIP 1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 3. Você já sentiu dores fortes em sua boca?						
Item OHIP 4. Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 5. Você tem ficado pouco a vontade por causa dos seus dentes, sua boca?						
Item OHIP 6. Voce se sentiu estressada por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 8. Voce teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes ou boca?						
Item OHIP 9. Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 11. Voce tem estado um pouca irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 12. Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diarias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 13. Voce sentu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
Item OHIP 14. Voce tem estado sem poder fazer suas atividades diarias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você compõe o grupo de usuários do Centro de Saúde Jaqueline I e II da PBH (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte) e esta sendo convidado a participar do estudo, "AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS COM E SEM ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO CENTRO DE SAÚDE JAQUELINE I E II EM BELO HORIZONTE/ MG". Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Este estudo tem o objetivo de perceber como tem acontecido na prática o acesso dos usuários ao serviço de odontologia do Centro de Saúde. Esta é uma pesquisa inicial para avaliar o impacto das condições bucais na sua qualidade de vida. Caso você queira participar, será necessário responder aos questionários em anexo.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao seu vínculo com o Centro de Saúde Jaqueline I. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois sua identificação será feita através de um número.

Termo de Consentimento

Eu, _____, li o esclarecimento acima e concordo em participar do estudo sabendo que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu vínculo com o Centro de Saúde Jaqueline I. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e que não receberei dinheiro por participar do estudo.

Belo Horizonte, de _____ de 2009.

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

Pesquisadores responsáveis e contato: