

Ana Maria de Carvalho Rêgo

Estudo Epidemiológico da Situação de  
Saúde Bucal da População da Área de  
Abrangência do Centro de Saúde  
Venda Nova da Prefeitura de Belo  
Horizonte

2009

Ana Maria de Carvalho Rêgo

Estudo Epidemiológico da Situação de  
Saúde Bucal da População da Área de  
Abrangência do Centro de Saúde  
Venda Nova da Prefeitura de Belo  
Horizonte

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de  
Especialização em Odontologia Coletiva com

Ênfase na Saúde da Família da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

2009

## 1. RESUMO

O Estudo Epidemiológico da Situação de Saúde Bucal da População da Área de Abrangência do Centro de Saúde Venda Nova pretende disponibilizar dados sobre a situação de saúde bucal à comunidade local – usuários e profissionais – visando o enfrentamento dos problemas que se apresentam, sob a ótica da vigilância da saúde: estratégia inovadora que propõe a articulação de saberes técnicos e populares à mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de qualidade de vida para a população. Participarão do estudo 332 habitantes da área de abrangência, respectivamente 19 crianças de 5 anos, 19 crianças de 12 anos, 114 adolescentes da faixa etária de 15 a 19 anos, 148 adultos da faixa etária de 35 a 44 anos e 32 adultos da faixa etária de 65 a 74 anos. A pesquisa adotará critérios do SB Brasil 2003 para avaliação da prevalência de cárie, doença periodontal, edentulismo, condições socioeconômicas, necessidades de tratamento odontológico, autopercepção e fatores de risco em saúde bucal. Os resultados obtidos serão comparados aos resultados do SB Brasil 2003 e também às metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a saúde bucal em 2010. A partir da análise dos resultados propõe-se sua divulgação junto à população da área de abrangência com o objetivo de pactuar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção de saúde bucal.

Palavras – chave: estudo epidemiológico – vigilância da saúde – autonomia - empoderamento.

## 2. INTRODUÇÃO

Aclamada a saúde como direito de todos e dever do estado e erigido o sistema de saúde brasileiro com diretrizes na descentralização, nas ações integrais e no controle social, converge-se para o atual cenário, paulatinamente descortinado, de reflexão sobre o valor da autonomia da pessoa.

Situamo-nos todos entre o dever e o direito à saúde ainda que, com menor ou maior facilidade assumamos o direito a seu controle e o dever inerente que nos obriga a protegermos este bem precioso. Em contrapartida ao direito à saúde, o zelo pela saúde própria é dever que nos compete. Garantir o direito à saúde é responsabilidade do governo por meio de suas políticas sociais e econômicas, mas também é responsabilidade da sociedade. Esta responsabilização é, no entanto, assunto pouco tratado na literatura atual.

Campos & Campos (2006), quanto ao disposto alertam que, para trabalhar em prol da produção de saúde necessita-se de uma nova postura enquanto cidadãos, professores e/ou membros de equipes de saúde; requer compromisso orgânico, envolvendo e deixando-se envolver pela dinâmica do cuidado em saúde. Para os autores é vital o resgate da autonomização dos sujeitos individuais e coletivos, tanto do ponto de vista do potencial intrínseco que cada usuário, trabalhador e/ou comunidade possuem para compartilhar saberes e fazer escolhas, bem como na dimensão co-produtiva no sentido de perceber se as práticas cotidianas estão emancipando e co-responsabilizando os sujeitos. De outra forma criam-se tutelados e dependentes de escolhas externas. Os autores afirmam que é papel do trabalhador da saúde agenciar e potencializar o coeficiente de autonomia dos distintos sujeitos, individuais e coletivos, para possibilitar que as condições de vida saudáveis sejam sustentáveis e perenes.

Decerto todas as diretrizes do SUS constituíram-se pilares para o fortalecimento da democracia, caminho para a autonomia dos sujeitos da saúde coletiva: a descentralização foi uma resposta à demanda da sociedade, expressa democraticamente nas conferências nacionais de saúde e acolhida em disposições constitucionais e leis ordinárias (Yunes, 1999). Quanto à segunda diretriz do sistema de saúde brasileiro, o atendimento integral surgiu como uma crítica à dicotomia entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais, justificando a desejável transformação da missão das unidades básicas de saúde em prol da resolutividade das práticas sanitárias. Ao reorganizar os serviços e ações, seria esperado um impacto positivo sobre a saúde das populações, passando-se a pensar um sistema cada vez mais inclusivo, sendo impossível centrar esforços sobre a oferta específica

de atendimento médico. Neste ponto, o foco do debate se deslocou da atenção médica para a abordagem a partir do enfoque epidemiológico (Paim, 2003), julgando-se a epidemiologia como disciplina privilegiada para apreender as reais necessidades de saúde da população. No tocante à terceira diretriz de organização do SUS - o controle social, Costa e Pavanelli (2008) explicitam que a ideia de participação ganhou ímpeto na década de 80 com a busca de novas formas de democracia participativa, surgindo assim os conselhos que “[...] abriram espaço para a participação democrática, para a edificação da comunidade, para alternativas às formas dominantes de desenvolvimento e de conhecimento, em suma, para a inclusão social (Santos, 2002).”

No entanto, no que se refere ao controle social argumenta-se que a desigualdade de acesso à informação dificulta a participação dos grupos sociais mais necessitados do serviço público de saúde, aprofundando-se o déficit de representação, acarretando-se um aumento da desigualdade através da criação de novas formas de exclusão (Costa e Pavanelli, 2008).

De acordo com Viegas (2003) o direito à informação é preceito constitucional que deve ser exercido em todos os níveis do governo. Não se pode falar em democracia participativa se aqueles que devem participar não têm as informações necessárias para fazê-lo. O acesso a informações dá aos cidadãos meios adequados ao diálogo, gerando conseqüentemente mais participação. Em contrapartida ao direito à informação situa-se o dever de informar. Neste caso há uma situação criada na Constituição (artigo 37) que faz com que os atos da administração pública tenham necessariamente que ser divulgados, com exceção dos atos que dizem respeito à segurança pública. Portanto, informar não é uma faculdade da administração, mas um dever jurídico.

*De fato, as políticas públicas, em todos os domínios de intervenção do estado, necessitam e vem crescentemente se apoiando em informações como insumo básico para o seu desenho, acompanhamento, avaliação de impactos e de resultados e eventuais correções de curso. A informação estatística se oferece de modo muito especial à ação dos que governam, entendendo-se por governar a capacidade de alguns agirem sobre outros (coletividades), o que, de certa forma, todos têm, ainda que em formas e conteúdos diferentes, mormente no tempo presente, sob o renascer do liberalismo, em que as autonomias decisórias parecem ter atingido uma descentralização ou desconcentração administrativa e política jamais vista antes (Soares, 2002).*

Relacionado à disponibilização de informações fala-se muito em “empowerment” ou “empoderamento”, traduzido como processo de aquisição de conhecimentos e

competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controle, manifestado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Melhor dizendo, as pessoas são reconhecidas como sujeitos ativos no seu processo de saúde assumindo o direito à saúde e o inerente dever pelo seu cuidado. Na lógica do empoderamento, profissionais e usuários são parceiros e compartilham conhecimentos e planos de enfrentamento contra seus problemas.

As escolhas que fazemos nos habilitam à progressiva integração nos processos de decisão e planejamento dos cuidados de saúde. Certamente assumirmos direitos e deveres e nos apoderarmos de conhecimento nos conduzem à reivindicação por nossos direitos, inerente responsabilização e consequente autonomia.

O dever e o direito à saúde, as diretrizes do sistema de saúde brasileiro, o direito e o dever de informar, a epidemiologia e o empoderamento mesclam-se em torno do eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde: a vigilância da saúde, que assim como colocado por Campos (2003) constitui-se um esforço para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde-doença, considerando-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos em termos de doença.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 EPIDEMIOLOGIA**

O direito à saúde se relaciona intrinsecamente com o princípio da dignidade da pessoa humana e com o próprio direito à vida, não havendo controvérsia quanto a sua natureza de direito fundamental. Uma das principais características dos direitos sociais e do direito a saúde é a necessidade de demandar uma intervenção positiva do Estado para sua concretização, mediante a formulação, implementação e execução de políticas sociais e econômicas em busca de garantir o acesso universal e igualitário destes direitos.

Desde a promulgação da Constituição de 1988 a Epidemiologia reafirma-se no processo de construção do SUS como instrumento essencial na formulação de políticas de saúde.

Segundo Goldbaum (1996) o processo de descentralização, uma das diretrizes do SUS, introduziu o compartilhamento, ainda que parcialmente, de responsabilidades administrativas, obrigando as diferentes esferas de atuação a organizarem-se a fim de incorporar de modo ativo a Epidemiologia para responder adequadamente às novas formas de condução das ações de saúde. De acordo com o mesmo autor dois grandes eixos de atuação devidamente implementados permitiriam explorar da metodologia epidemiológica subsídios para os serviços na condução de suas atividades: o primeiro

deles refere-se ao eixo político-institucional, no qual as análises de situação de saúde permitiriam distinguir elementos para estabelecimento das prioridades e estratégias setoriais. O segundo eixo compreende o plano operacional e permitiria a avaliação dos serviços e do impacto de atividades, programas e tecnologias. Goldbaum salienta que a metodologia epidemiológica pode e deve atender a todo o seu potencial de uso, sugerindo que para tanto se garantam capacitação, atualização contínua e infraestrutura adequada aos recursos humanos assim como, estabelecimento de interação entre serviços, universidades e institutos de pesquisa.

Segundo Teixeira (1999) a reorientação da condução política e da organização tecnológica do processo de trabalho, tendo como perspectiva a planificação, programação e operacionalização de ações e serviços voltados à melhoria das condições de vida e saúde com redução das desigualdades sociais, exigiriam em primeiro lugar, um grande investimento na difusão do enfoque epidemiológico, paralelamente ao processo de descentralização da gestão do sistema para os estados e municípios.

De acordo com Roncalli (2006), a produção de dados epidemiológicos nos serviços de saúde bucal é, além de rara, pouco divulgada, ficando restrita ao ambiente do setor saúde, não raro sem articular-se com estratégias de planejamento e avaliação. No entanto, ainda Roncalli considera que saúde bucal e epidemiologia têm um caminho compartilhado, concluindo que a epidemiologia em saúde bucal proporciona de um lado, uma ferramenta que aproxima os modelos assistenciais em saúde bucal do ideário de universalidade, integralidade e equidade do SUS; e de outro, aprofunda as discussões a respeito dos determinantes biopsicossociais das doenças bucais.

O primeiro levantamento de saúde bucal de caráter nacional, ocorrido em 1986 avaliou cárie dentária, doença periodontal, necessidades de prótese total e acesso a serviços odontológicos nas idades de 6 a 12 anos e grupos etários de 15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59 anos. Optou-se pela pesquisa somente em zona urbana relatando-se que estudos anteriores não mostravam diferenças significativas entre cidades menores ou maiores (Brasil, 1986).

Em 1993, foi realizado pelo SESI (Serviço Social da Indústria), o Estudo Epidemiológico Sobre Prevalência De Cárie Dentária Em Crianças de 3 a 14 Anos (Brasil, 1993), financiado pelo Ministério da Saúde e pela Kolynos do Brasil. A pesquisa determinou a prevalência de cárie dentária em crianças das escolas do SESI e escolas públicas. A avaliação foi considerada enviesada pelo fato do acesso às medidas preventivas em saúde bucal ser diferente para os alunos de cada um dos tipos de escola.

Em 1996 o Ministério da Saúde conduziu um levantamento em que foram examinadas crianças de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais brasileiras. O levantamento sofreu críticas por não incluir cidades que não as capitais, por deficiências amostrais, por não incluir outros grupos etários, por não incluir variáveis sócio-econômicas e pela calibração deficiente.

Em 2003 realizou-se o levantamento denominado SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira (Brasil,2003), um esforço conjunto entre o Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Odontologia, Conselho Federal de Odontologia, secretarias estaduais e municipais de saúde, universidades e entidades de classe. Segundo Roncalli (2000), a ideia era realizar um levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional, que ao mesmo tempo ampliasse a base de dados em saúde bucal do país e contribuísse de maneira efetiva para o estabelecimento de uma base metodológica uniforme. Foi utilizada a metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997). Os principais problemas analisados foram cárie dentária e respectivas necessidades de tratamento, doença periodontal, má-oclusão, fluorose e edentulismo.

Em 2010, o Ministério da Saúde realizará a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-Projeto SB Brasil 2010 em moldes semelhantes ao SB Brasil 2003, de maneira a construir uma série histórica que contribui para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços, ao mesmo tempo em que consolida um modelo metodológico e demarca o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

### **3.2 VIGILÂNCIA DA SAÚDE**

O termo vigilância da saúde foi descrito pelo Center of Disease Control dos Estados Unidos (CDC, 1988) como um processo de coleta, análise e interpretação sistemática dos dados de saúde, essenciais ao planejamento, implementação e avaliação da prática de saúde pública, integrado com a disseminação destes dados para aqueles que precisam conhecê-los.

Aerts, Abegg e Cesa (2004), no artigo intitulado “O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde”, apresentam a vigilância da saúde como estratégia inovadora que propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de qualidade de vida para a população. Salientam os autores que esse modelo de atenção, com base na “Promoção de Saúde”, tem as pessoas como elemento central de todas as ações, tendo mais controle sobre suas próprias vidas (“empoderamento”), sendo capazes de

identificar fatores que afetem sua saúde, e com isso, capazes de exercer maior controle sobre eles (viabilização).

Na vigilância da saúde a equipe de saúde e a população devem, em conjunto, identificar problemas e definir prioridades, considerando os determinantes de modo de vida e saúde, fatores de riscos, além das doenças. Portanto, às práticas cotidianas devem-se incorporar a comunicação social, o planejamento e a avaliação do impacto das ações sob o perfil epidemiológico da população.

São características da vigilância da saúde: a territorialidade (entendido o território como espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de educação, de concepções de saúde-doença, etc), o indivíduo como objetivo final (responsável pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento de soluções), ferramentas técnicas (acesso à informação, à educação, à gestão de recursos disponíveis, etc), a definição das possibilidades de cada ator social (pactuando-se os compromissos politicamente) e a prevenção dos riscos de adoecimento.

Estudos epidemiológicos são peças fundamentais no elenco de atividades da vigilância da saúde propiciando os meios para o planejamento e a avaliação do impacto de ações de controle das doenças na coletividade. Acima de tudo, estes estudos proporcionam aos profissionais a possibilidade de advogarem por políticas públicas saudáveis e auxiliarem as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade (Sheiham e Moyses, 2000).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO PRINCIPAL**

Conhecimento da situação de saúde bucal da população da área de abrangência do Centro de Saúde Venda Nova para disponibilização de informações à comunidade do Centro de Saúde Venda Nova (usuários e profissionais) visando o enfrentamento dos problemas que se apresentam, na ótica da vigilância da saúde.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterização socioeconômica da população.
- Avaliação da autopercepção de saúde bucal da população.
- Avaliação sobre os fatores de risco para a saúde bucal: álcool, tabaco e açúcar.
- Estimativa das necessidades de tratamento considerando-se o código de necessidades denominado INTO.
- Identificação da porcentagem de crianças livres de cárie aos 5 anos.

- Identificação da porcentagem de crianças livres de cárie aos 12 anos.
- Identificação do CPOD aos 12 anos.
- Identificação da porcentagem de pessoas com no mínimo 20 dentes funcionais.
- Avaliação da porcentagem de desdentados na faixa etária de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.
- Avaliação do componente perdido nas faixas etárias de 15 a 19 anos e 35 a 44 anos.
- Avaliação da porcentagem de pessoas com CPI nível 4 aos 12anos e nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.
- Análise comparativa dos dados obtidos pela pesquisa com os resultados do SB Brasil 2003 e com as metas propostas pela Organização de Saúde (OMS) para a saúde bucal em 2010.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 UNIVERSO DE ESTUDO**

A área de abrangência do Centro de Saúde Venda Nova corresponde às imediações do encontro das avenidas Padre Pedro Pinto e Vilarinho, divisa entre Belo Horizonte e Ribeirão das Neves. A população é de cerca de 24000 habitantes, sendo 19386 os cadastrados. Trinta por cento da população total possui plano de saúde.

A maioria das casas é feita em alvenaria (99,86%, em média) e 99,09% delas possuem energia elétrica. A água de abastecimento tem origem na rede oficial em 98,2% das casas. Em relação ao esgoto sanitário, 95,74% dos domicílios estão ligados à rede oficial. O lixo é coletado pela rede oficial em 99,44% das residências. Todas as ruas são pavimentadas. Há todo tipo de estabelecimento comercial na área, incluindo grandes lojas de eletrodomésticos e supermercados.

A população alfabetizada (pessoas com 15 anos de idade ou mais) é de 97%, em média. Os principais problemas hoje são o desemprego, a qualidade do sistema educacional e a violência. Em relação ao IVS (Índice de Vulnerabilidade Social), a área é de médio e elevado risco.

O prédio do Centro de Saúde Venda Nova foi inaugurado em julho de 2007. São seis as equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) no local, todas completas. Três cadeiras odontológicas estão em funcionamento. São três as auxiliares de saúde bucal, três cirurgiões-dentistas e uma técnica de saúde bucal, os profissionais da odontologia do Centro de Saúde Venda Nova.

## 5.2 CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo para a obtenção da amostra para a pesquisa foi feito utilizando-se o programa Epi-info versão 3.5.1. Considerou-se o intervalo de confiança correspondente a 95%, margem de erro aceitável de 10% e prevalência igual a 60 (prevalência de edentulismo no Brasil, para a faixa etária de 65 a 74 anos). O número de indivíduos a ser examinado, obtido a partir do cálculo de proporção, foi igual a 332.

## 5.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população a ser estudada (crianças de 5 e 12 anos, adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos e adultos nas faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos) corresponde, na área de abrangência, ao total de 5919 pessoas.

Na idade de 5 anos a população é de 341 pessoas (5,8 % do total da população estudada), na idade de 12 anos são 336 pessoas (5,7%), na faixa etária de 15 a 19 anos são 2027 pessoas (34,2%), na faixa etária de 35 a 44 anos são 2641 pessoas (44,6%) e na faixa etária de 65 a 74 anos são 574 pessoas (9,7%). Proporcionando-se as porcentagens ao número de indivíduos calculado para a amostra - 332 - serão examinadas respectivamente: 19 crianças de 5 anos, 19 crianças de 12 anos, 114 adolescentes entre 15 e 19 anos, 148 adultos entre 35 e 44 anos e 32 adultos entre 65 e 74 anos.

Tabela 1. Número de pessoas participantes da pesquisa nas idades-índices e faixas etárias estudadas

Idades e faixas etárias	População cadastrada	Percentual	População participante da pesquisa
5 anos	341	5,8%	19
12 anos	336	5,7%	19
15 a 19 anos	2027	34,2%	114
35 a 44 anos	2641	44,6%	148
65 a 74 anos	574	9,7%	32
TOTAL	5919	100%	332

Para seleção dos participantes será feito um sorteio sistemático a partir do cadastro de usuários da área de abrangência.

## 5.4 INSTRUMENTOS E ÍNDICES

Os índices a serem utilizados no estudo e as adequações dos mesmos atendem às recomendações da Organização Mundial de Saúde na 4ª edição de seu Manual de

Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal (OMS, 1997), instrumento de orientação utilizado no Levantamento Epidemiológico SB Brasil-2003. O formulário utilizado será baseado no formulário do SB Brasil-2003.

### 5.5 COLETA DE DADOS

Os participantes serão chamados em domicílio por seus agentes comunitários e serão examinados nas instalações do Centro de Saúde pela dentista da equipe 2 do serviço odontológico, em condições de biossegurança proporcionadas pela unidade.

### 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão organizados utilizando-se o programa Epi-info versão 6.0 para análise dos resultados.

### 5.7 COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Redigiu-se um termo de consentimento onde foram feitos esclarecimentos a cerca do exame, do sigilo a ser observado e da livre decisão de participação.

### 5.8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROJETO E DA PESQUISA		ANO 2009					
		MAR ABR	MAI JUN	JUL AGO	SET OUT	NOV	DEZ
1ª FASE	Releitura e revisão da bibliografia e legislação	XXX					
	Detalhamento do plano de pesquisa		XXX				
	Precisão do foco de estudo e do esquema metodológico			XXX			
	Discussão com o tutor e reavaliação dos parâmetros da pesquisa com base na discussão			XXX			
2ª FASE	Revisão do conteúdo e checagem das proposições iniciais			XXX			
	Redação preliminar do projeto e submissão do texto ao crivo do orientador			XXX	XXX	XXX	

	Apresentação do projeto à banca examinadora					XXX	
3ª FASE	Execução da pesquisa						XXX
4ª FASE	Redação do texto final da pesquisa						XXX
	Apresentação da pesquisa à banca examinadora e à comissão local do Centro de Saúde Venda Nova						XXX

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AERTS, D., Abegg, C., Cesa, K.. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva (online). 2004, vol.9, n.1 [cited 2009-05-27], pp. 131-138
2. BRASIL. Ministério da Saúde- Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. 1986. 137p.
3. BRASIL, 1993. Site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>
4. BRASIL, 2000. Site do Projeto SB2000: <http://www.sb2000.cjb.net>
5. BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2006.
6. CAMPOS, C.E.A.. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva [on line]. 2003. vol.8, nº2 [cited 2009-05-22], pp.569-584. Available from: <<http://www.scielo.br>
7. CAMPOS, R.T.O. e CAMPOS G.W.S.. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G.W.S., Minayo, M.C.S., Akerman, M., Drumond, Júnior M., Carvalho, Y.M., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 669-88.

- 8.CENTER OF DISEASE CONTROL. Guidelines for evaluating surveillance system,37 (suppl S-5):1-18.1988.
- 9.COSTA, R.E. e PAVANELLI, E.M.C.. Democracia: o caso dos conselhos de saúde - da lei à praxis. 2008.
- 10.GOLDBAUM, M.. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?> acess on 15 May 2009
- 11.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS. 1999, 4ª edição. Ed. Santos.
- 12.ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS). Site: [http//.opas.org.br/sis](http://.opas.org.br/sis) –tema/fotos /bucal.pdf. acess on 24-08-2009.
- 13.PAIM, J.S.. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2. 2003.
- 14.OLIVEIRA, A.G.R.C.. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. *Rev.Bras.Odont.Saúde Coletiva*; 1(2): 9-25. 2000.
- 15.RONCALLI, A.G.. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100018&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Oct. 2009.
- 16.SANTOS, B.S.. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- 17.SHEIHAM A. & MOYSES S.J.. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde, pp. 23-36. In BUISCHI, Y.P. (org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Ed. Artes Médicas, São Paulo,2000.
- 18.SOARES, L.H.P.. Políticas públicas e informações: a informação estatística como política pública. 2002. Site: <http://www.comciencia.br/>
19. TEIXEIRA, C. F.. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2 [citado 2009-06-04], pp. 287-303 . <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid).
20. VIEGAS, W, S.. O direito à informação como pressuposta para a participação popular no estatuto da cidade. *Revista da Faculdade de Direito de Campos*, Ano IV nº4 e Ano V nº5 – 2003-2004.
- 21.YUNES, J.. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos Avançados*, vol. 13, nº 35. São Paulo. Jan/Apr.1999.

ANEXO I
---------

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Caro morador da área de abrangência do Centro de Saúde Venda Nova, Convidamos você para participar da pesquisa “ESTUDO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE VENDA NOVA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE”, desenvolvida no Curso de Especialização em Odontologia Coletiva Com Ênfase na Saúde da Família da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais em convênio com a Prefeitura de Belo Horizonte, pela aluna e funcionária do Centro de Saúde Venda Nova, Ana Maria de Carvalho Rêgo (contato pelos telefones 3277-5568 e 3277-5569) e orientador Professor Marco Túlio de Freitas Ribeiro.

A pesquisa tem como objetivo o conhecimento das condições de saúde bucal da população da área de abrangência do Centro de Saúde Venda Nova para disponibilização de dados à comunidade local (usuários e profissionais) visando o enfrentamento dos problemas que se apresentarem.

Você estará sendo convidado para exame odontológico pelo seu agente comunitário. As emergências serão encaminhadas ao serviço. Não haverá exposição a riscos.

Sua participação é muito importante para nós, mas como voluntário poderá retirá-la a qualquer momento. Garantimos esclarecimento de quaisquer dúvidas durante o decurso da pesquisa.

Esperamos que todos nós possamos colaborar com o conhecimento da situação de saúde bucal da população da área de abrangência do Centro de Saúde Venda Nova.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE  
 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG  
 Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por este instrumento, eu,.....  
 me declaro participante da pesquisa “ESTUDO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE VENDA NOVA- BELO HORIZONTE”, desenvolvida pela pesquisadora Ana Maria de Carvalho Rego e orientador Professor Marco Túlio de Freitas Ribeiro. Estou esclarecido quanto ao objetivo da pesquisa: conhecimento das condições de saúde bucal da população da área de abrangência do Centro de Saúde Venda Nova para disponibilização de dados a comunidade local (usuários e profissionais) visando o enfrentamento dos problemas que se apresentarem.

Estou ciente que os dados por mim fornecidos terão fim único de pesquisa e os resultados desta terão revelação pública. Não haverá exposição a riscos e estarei colaborando para o desenvolvimento de pesquisas em meu centro de saúde. Assim, livre e esclarecido, concordo participar da pesquisa supracitada e consinto com a utilização das informações prestadas para a realização do trabalho.

Belo Horizonte,..... de.....de 2009.

**ANEXO II**

Situação de Saúde Bucal da População da Área

de Abrangência do Centro de Saúde Venda Nova **FICHA DE EXAME**

<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>	
Idade em anos <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Sexo <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
<b>Nº FICHA</b> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
<b>EDENTULISMO</b>	<b>FATORES DE RISCO EM SAÚDE BUCAL</b>
<small>15-19, 35-44 e 65-74 anos</small> USO DE PRÓTESE Sup    Inf <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> NECESSIDADE DE PRÓTESE Sup    Inf <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	1. Fuma? <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 0- Sim <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 1- Não  2. Acha que o consumo de alimentos doces com muita frequência pode danificar os dentes? <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 0- Sim <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 1- Não  3. Acha que o consumo de álcool pode prejudicar a saúde da boca? <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 0- Sim <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 1- Não

### CÁRIE DENTÁRIA

Todos os grupos etários. Contagem de Raiz somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Coroa	<input type="text"/>																	
Raiz	<input type="text"/>																	
Trat.	<input type="text"/>																	

  

	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31
Coroa	<input type="text"/>																	
Raiz	<input type="text"/>																	
Trat.	<input type="text"/>																	

### DOENÇA PERIODONTAL

	17/16	11	28/27
CPI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15-19 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25-44 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
65-74 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	47/46	31	38/37

### INTO

## Formulário de avaliação sócioeconômica, acesso e autopercepção em saúde bucal

### CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

1 Número de pessoas

 

2 Escolaridade (anos de estudo)

 

3 Estudante

 0 - Sim  
 1 - Não

4 Tipo de Escola

 0 - Não é estudante  
 1 - Pública  
 2 - Privada  
 3 - Outros

5 Moradia

 1 - Própria  
 2 - Própria em aquisição  
 3 - Alugada  
 4 - Cedido  
 5 - Outros

6 Número de cômodos da casa

 

7 Renda Familiar (em reais)

    

8 Renda Pessoal (em reais)

    

9 Posse de automóvel

 0 - Não possui  
 1 - Possui um automóvel  
 2 - Possui dois ou mais automóveis

### ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

10 Já foi ao dentista alguma vez na vida?

 0 - Sim  
 1 - Não

11 Há quanto tempo?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Menos de 1 ano  
 2 - De 1 a 2 anos  
 3 - 3 ou mais anos

12 Onde?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Serviço Público  
 2 - Serviço Privado Liberal  
 3 - Serviço Privado (planos e convênios)  
 4 - Serviço filantrópico  
 5 - Outros

13 Por quê?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Consultas de rotina/repares/manutenção  
 2 - Dor  
 3 - Sangramento gengival  
 4 - Cavidades nos dentes  
 5 - Feridas, parafusos ou manchas na boca  
 6 - Outros

14 Como avalia o atendimento?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Pésimo  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Bom  
 5 - Ótimo

15 Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?

 0 - Sim  
 1 - Não

16 Considera que necessita de tratamento atualmente?

 0 - Sim  
 1 - Não

### AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

17 Como classificaria sua saúde bucal?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Pésimo  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

18 Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Pésimo  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

19 Como classificaria sua mastigação?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Pésimo  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

20 Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Pésimo  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

21 De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Não afeta  
 2 - Afeta pouco  
 3 - Afeta mais ou menos  
 4 - Afeta muito

22 O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?

 0 - Nenhuma Dor  
 1 - Pouca Dor  
 2 - Média Dor  
 3 - Muita Dor