

ANDREZA VIANA LOPES CARDOSO

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE ATÉ SEIS
ANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2015**

ANDREZA VIANA LOPES CARDOSO

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE ATÉ SEIS
ANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG**

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

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de pesquisa: Políticas, instituições e serviços de saúde bucal

Orientadora: Raquel Conceição Ferreira
Co-orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

C268a
2015
T

Cardoso, Andreza Viana Lopes
Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de até seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG / Andreza Viana Lopes Cardoso. – 2015.
111 f.: il.

Orientadora: Raquel Conceição Ferreira
Coorientadora: Andréa Maria Duarte Vargas

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

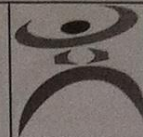
1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Pré-escolar.
3. Gestantes. 4. Saúde bucal. I. Ferreira, Raquel Conceição.
II. Vargas, Andréa Maria Duarte. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE ATÉ SEIS ANOS
NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG

ANDREZA VIANA LOPES CARDOSO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

Aprovada em 28 de julho de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Raquel Conceicao Ferreira - Orientador
UFMG

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas
UFMG

Prof(a). Divane Leite Matos
SES-MG

Prof(a). Mara Vasconcelos
FO-UFMG

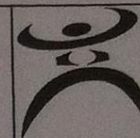
Prof(a). João Henrique Lara do Amaral
UFMG

Belo Horizonte, 28 de julho de 2015.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA ANDREZA VIANA LOPES CARDOSO

Realizou-se, no dia 28 de julho de 2015, às 08:30 horas, Sala 3418, Faculdade de Odontologia, UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE ATÉ SEIS ANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG*, apresentada por ANDREZA VIANA LOPES CARDOSO, número de registro 2013710873, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Raquel Conceicao Ferreira - Orientador (UFMG), Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas (UFMG), Prof(a). Divane Leite Matos (SES-MG), Prof(a). Mara Vasconcelos (FO-UFMG), Prof(a). João Henrique Lara do Amaral (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 28 de julho de 2015.

Prof(a). Raquel Conceicao Ferreira (Doutora)

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas (Doutora)

Prof(a). Divane Leite Matos (Doutora)

Prof(a). Mara Vasconcelos (Doutora)

Prof(a). João Henrique Lara do Amaral (Doutor)

AGRADECIMENTOS

Como é bom agradecer e poder demonstrar uma pequena parte do meu apreço àqueles que estiveram comigo durante essa caminhada!

Agradeço a Deus por todas as vezes em que Ele, como Pai amado, me carregou no colo, nos momentos em que não aguentei dar meus próprios passos.

Aos meus pais Sandra e Milton, meu mais nobre e sincero agradecimento! Meu amor por vocês e o reconhecimento por toda minha formação vão além desta vida!

À minha irmã Deborah, segunda mãe, companheira de apertos e minha fã incondicional! Saiba você que sua fã sou eu! Obrigada, irmã querida!

Ao meu cunhado Marcus, irmão que a vida me deu, obrigada pelo carinho e pelo apoio emocional, tecnológico e em todos os assuntos aleatórios nos quais somos cúmplices!

Ao meu namorado Thalles, companheiro dos últimos apertos e incentivador do meu sucesso, obrigada por tanto amor em épocas de minha ausência! Amo você!

Às minhas amigas de mestrado, Camilla, Maria Aparecida, Mirna e Natália, vocês foram uma grande alegria nesses dois anos! Obrigada por todo crescimento e amizade! Que continuemos juntas!

Às alunas de graduação que me ajudaram na coleta de dados, Anna Rachel, Kecyanne e Renatha, vocês foram essenciais num período em que mais precisei! Obrigada de coração!

Meus amigos, que vibraram em cada etapa! Como vocês fazem minha vida mais leve e feliz! O carinho e a torcida de vocês me impulsionaram a ir sempre mais longe! Obrigada!

Agradeço aos professores e funcionários da UFMG pelo convívio e aprendizado.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Raquel, por dividir conhecimentos e responsabilidades. Sua orientação trouxe grande crescimento pessoal e profissional em minha vida, obrigada!

À Andréa, minha co-orientadora, pela confiança em meu trabalho.

Ao João Henrique, grande colaborador desse projeto, por suas observações sempre pertinentes em tempo oportuno.

À Fapemig pelo apoio financeiro durante todo o projeto.

***“Irmãos, quanto a mim, não julgo que
o haja alcançado; mas uma coisa faço, e é que,
esquecendo-me das coisas que atrás ficam, e avançando
para as que estão diante de mim, prossigo para o alvo.”***

(Paulo, Filipenses 3:13-14)

CARDOSO, Andreza Viana Lopes. ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE ATÉ SEIS ANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG. Dissertação (Mestrado em Odontologia - área de concentração: Saúde Coletiva) - Programa de Pós - Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RESUMO

O uso de serviços de saúde bucal não implica na resolução das necessidades apresentadas. A resolutividade do serviço caracteriza-se pelo atendimento do usuário frente a uma demanda em saúde. Este estudo transversal com dados secundários avaliou o uso e a resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal ofertados a gestantes e crianças de até seis anos em Belo Horizonte – MG. Para as gestantes, avaliou-se a frequência de primeira consulta e tratamento odontológico concluído no ano de 2013. Para as crianças, foi selecionada uma amostra representativa entre as que necessitavam de tratamento odontológico em Unidades Básicas de Saúde aleatoriamente escolhidas. Avaliou-se o uso de serviços no ano de 2014, e a situação do tratamento odontológico: concluído, em andamento, evasão e encaminhamento à atenção secundária por meio de consulta aos registros nos prontuários das crianças. Foram ainda coletados idade, sexo e etnia da criança, classificação socioeconômica de risco da família e Índice de Vulnerabilidade Social. Os dados foram submetidos à análise descritiva. A associação entre uso de serviços por crianças e variáveis socioeconômicas foi testada por meio da estimativa de Razão de Prevalência bruta e ajustada, por análise de regressão de Poisson simples e múltipla. No ano de 2013, havia 16.450 gestantes em acompanhamento pré-natal cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Nesse período, foram realizadas 9.143 (55,6%) primeiras consultas odontológicas e 4.793 (52,4%) grávidas tiveram seu tratamento concluído. Das crianças com necessidade (2.314), houve perda de dados de 970 delas, sendo, portanto, avaliados os prontuários de 1.344 crianças. Dessas crianças, 55,7% não usaram o serviço de saúde bucal em 2014. A maioria tinha mais de quatro anos de idade (87%), era do sexo masculino (54,1%), possuía etnia parda (64,9%), residia em famílias com classificação socioeconômica de elevado e

muito elevado risco (68,6%) e em áreas de médio e elevado Índice de Vulnerabilidade Social (69,4%). Houve maior prevalência de uso de serviços pelas crianças com necessidade de tratamento em 4 a 8 dentes (RP=1,48; IC95%: 1,23-1,78), e em 9 ou mais dentes (RP=1,80; IC95%: 1,32-2,46) e menor naquelas com muito elevado risco socioeconômico (RP=0,79; IC95%: 0,63-0,99). Das crianças que usaram o serviço, 49,6% tiveram seu tratamento odontológico concluído no período e 35% estão em tratamento. As situações de atendimento em tratamento (47,3%), evasão (9,1%) e encaminhamento (25,5%) foram mais frequentes nas crianças com nove ou mais dentes com necessidade. O uso de serviços odontológicos durante o pré-natal não é uma rotina na rede de atenção à saúde e a resolutividade desses serviços é baixa para esse grupo prioritário. Aproximadamente metade das crianças com necessidade usou o serviço odontológico, sendo maior naquelas com maior necessidade e menor nas com elevado risco socioeconômico. Os serviços de saúde bucal em Belo Horizonte têm dificuldades de atingir as crianças com piores classificações socioeconômicas. Um novo critério de priorização de atendimento odontológico deve ser construído, baseando-se na combinação da classificação do código INTO e do risco socioeconômico da população.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; pré-escolar; gestantes; saúde bucal.

CARDOSO, Andreza Viana Lopes. ORAL HEALTH CARE FOR PREGNANT WOMEN AND CHILDREN UP TO SIX YEARS IN PUBLIC HEALTH NETWORK IN BELO HORIZONTE - MG. Dissertation (Masters in Dentistry – area: Community Health) – Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the use and resolubility of public oral health services offered to pregnant women and children up to 6 years. **Methods:** Cross-sectional study among pregnant women and children up to 6 years enrolled in the Family Health Strategy of Belo Horizonte - MG. The indicators of the use and resolubility for pregnant women were first dental appointment and completed dental treatment in 2013. Representative sample of children that presented need of dental treatment has been selected, their records were consulted to assess the use of services and status of dental treatment: completed, in progress, evasion and referral to secondary care. Other variables were also collected age, gender and child ethnicity, socioeconomic classification of the family and Social Vulnerability Index. Association between use of services and socioeconomic variables was assessed by single and multiple Poisson regression. **Results:** In 2013, there were 16,450 pregnant women in prenatal care; 9,143 (55.6%) held the first dental appointment and 4,793 (52.4%) had completed their treatment. We analyzed 1344 medical records of children up to 6 years and 70.1% had no need for dental treatment. Those in need, 55.7% did not use the service in 2014. There was a higher prevalence of use of services for children in need of treatment for 4-8 teeth (OR = 1.48; 95% CI: 1.23-1.78), and 9 or more teeth (OR = 1.80; 95% CI: 1.32-2.46) and lower in those with very high socioeconomic risk (OR = 0.79; 95% CI: 0.63-0, 99). Of those who used the service, 49.6% completed the treatment and 35% were under treatment. **Conclusions:** The use of dental services during prenatal care is not a routine health care network and the solving of these services is low for this priority group. Approximately half of the children in need have used dental service, being higher in those with the greatest need and the least with high socioeconomic risk. Oral health services in Belo Horizonte have difficulties to reach children with low socioeconomic conditions. A new dental care

prioritization criteria should be built, based on combination of INTO code and population's socioeconomic risk.

Keywords: Health services evaluation; child, preschool; pregnant women; oral health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ceo-d	Índice que mede o número de dentes cariados (c), extraídos (e) e obturados (o) na dentição decídua
CEP-SMSA	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
COEP-UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CPO-D	Índice que mede o número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) na dentição permanente
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
GEAS-CTSB	Gerência de Assistência - Coordenação Técnica de Saúde Bucal
GTIS	Gerência de Tecnologia da Informação em Saúde
HBS	Higiene Bucal Supervisionada
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INTO	Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MG	Minas Gerais
NOAS/SUS O1/02	Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS – ano 2001/2002
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PED	Programa de Escovação Dental Supervisionada
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul

SISREDE	Sistema Gestão em Rede
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS); número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e estratificação da amostra por distrito sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2014.....	50
ARTIGO	
Tabela 1. Número de primeira consulta odontológica e tratamento concluído da população geral e gestantes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.....	66
Tabela 2. Caracterização da amostra total de crianças de até seis anos e com diferentes níveis de necessidade de tratamento odontológico segundo variáveis socioeconômicas, por distrito sanitário. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (n=1344).....	67
Tabela 3. Análise univariada e multivariada da associação entre uso de serviços de saúde bucal e variáveis código INTO, idade, etnia, classificação socioeconômica e Índice de Vulnerabilidade Social. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.....	68
Tabela 4. Caracterização das crianças de até seis anos com necessidade de tratamento odontológico e que usaram os serviços de saúde bucal em 2014 segundo situação de atendimento odontológico. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (n=595).....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da metodologia do estudo para coleta de dados secundários.....	44
Figura 2. Fluxograma da metodologia do estudo para coleta de dados diretamente das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte.....	45
Figura 3. Regiões administrativas de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Atenção em saúde bucal para gestantes e crianças na rede pública de saúde.....	21
2.2 Gestantes e a saúde bucal das crianças.....	26
2.3 Condição de saúde bucal de crianças no Brasil.....	29
2.4 Saúde bucal de crianças em Belo Horizonte.....	31
2.5 Acesso e uso de serviços de saúde bucal.....	33
2.6 Avaliação de serviços de saúde.....	38
2.7 Resolutividade dos serviços de saúde.....	40
3 OBJETIVOS.....	43
3.1 Objetivo Geral.....	43
3.2 Objetivos Específicos.....	43
4 METODOLOGIA.....	44
4.1 Coleta de dados secundários.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
ARTIGO “Uso e resolutividade de serviços públicos de saúde bucal ofertados a gestantes e crianças”.....	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
7 REFERÊNCIAS GERAIS.....	74
ANEXOS.....	85
Anexo A - Ficha 5Q6-N – Movimento Diário/Mensal de Consultas Individuais de Odontologia.....	86
Anexo B Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal nas Escolas – Belo Horizonte – ano 2015.....	88
Anexo C - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.....	90
Anexo D - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Secretaria Municipal de Saúde.....	95
Anexo E - Carta de Anuência Institucional – Secretaria Municipal de Saúde.....	99
Anexo F - Submissão do artigo ao periódico <i>Revista de Saúde Pública</i>	100

Anexo G - Normas para publicação no periódico <i>Revista de Saúde Pública</i>	101
APÊNDICE.....	106
Apêndice A - Termo de consentimento de uso de banco de dados da unidade básica de saúde.....	107
PRODUÇÃO INTELECTUAL DESENVOLVIDA DURANTE O CURSO.....	109

1 INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde é definida como um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária – política, programa ou prática -, voltada para a resolução de problemas de saúde, com o objetivo de aferir o mérito, esforço ou valor da intervenção ou de seu produto, visando o seu aperfeiçoamento ou modificação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). No Brasil, os serviços de saúde têm atingido um desenvolvimento expressivo fazendo com que os processos de acompanhamento e avaliação das políticas de saúde alcancem grande importância (BRASIL, 2012e). À medida que se ampliam as ações de saúde, sejam para a população em geral ou para grupos considerados prioritários, faz-se necessário também ampliar os processos de avaliação.

Entre os grupos prioritários para a oferta de ações de saúde públicas, destacam-se as crianças, as gestantes e os idosos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2012a). A saúde da criança e da mulher são dois dos dez campos de ações estratégicas descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e possuem áreas técnicas organizadoras de ações de atenção específicas. O atendimento integral da criança e da mulher é considerado estratégico (BRASIL, 2012a, 2004a) na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), pois o estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê (BRASIL, 2012b). Além disso, o acompanhamento da saúde bucal da criança minimiza a possibilidade do surgimento de doenças como a cárie dentária, que podem afetar a saúde como um todo e gerar sequelas permanentes na cavidade bucal da criança (BRASIL, 2012c).

A doença bucal de maior prevalência nas crianças é a cárie dentária e deve ser considerada uma prioridade pelo fato de ser um problema de saúde pública, com alta prevalência em níveis nacional e regional (BRASIL, 2011; MINAS GERAIS, 2013a). Adicionalmente, a presença de lesões cariosas na dentição decídua tem se mostrado como preditora de risco de desenvolvimento de cárie na dentição permanente (LI; WANG, 2002; SKEIE *et al.*, 2006). No levantamento nacional sobre as condições bucais da população brasileira, realizado pelo Ministério da Saúde em 2010 (SB Brasil 2010), a prevalência de cárie dentária aos 5 anos foi de 53,4% (BRASIL, 2011). Estudos brasileiros

regionais também evidenciaram elevada prevalência de cárie na dentição decídua (ALMEIDA *et al.*, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2012; PALMA *et al.*, 2012). Crianças de 5 anos de idade residentes em Salvador – BA (ALMEIDA *et al.*, 2009) e Montes Claros – MG (Palma *et al.*, 2012) apresentaram, respectivamente, 49,6% e 47,2% de prevalência de cárie dentária. Dados do SB Brasil 2010, referentes à Belo Horizonte, revelaram que 54,6% das crianças aos 5 anos apresentavam pelo menos um dente cariado (BRASIL, 2011); valor ligeiramente maior do que o encontrado pela Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira, SB Minas Gerais, que foi de 49,8% (MINAS GERAIS, 2013a).

A cárie dentária tem distribuição desigual entre as regiões brasileiras e grupos populacionais, e em pequena parcela da população concentra a maior carga de doença (NARVAI *et al.*, 2006). Dados dos dois levantamentos nacionais mostraram maiores prevalências de cárie entre crianças de 5 anos nas regiões Norte e Nordeste do Brasil e em cidades do interior (BRASIL, 2011, 2004b). Determinantes individuais, como a cor da pele e a renda familiar, e determinantes contextuais como a adição de flúor na água e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) influenciaram o perfil de saúde bucal, sendo que crianças em condições sociais e econômicas menos favoráveis apresentaram maior experiência de cárie dentária na dentição decídua (ARDENGGHI; PIOVESAN; ANTUNES, 2013; ANTUNES; PERES; MELLO, 2006).

Esse panorama expressa a iniquidade em saúde bucal ainda presente no país e ressalta o fato de que a cárie deve ser entendida como resultante da interação entre fatores individuais, relacionados ao comportamento, estilos de vida, condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (MELO *et al.*, 2015; DUIJSTER *et al.*, 2014; CATANI; MEIRELLES; SOUSA, 2010; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; ANTUNES; PERES; MELLO, 2006; BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004; PERES *et al.*, 2003). O acesso aos serviços de saúde, entendido como direito fundamental do ser humano e dever do Estado, constitui-se em um dos determinantes de saúde, assim como a

alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer (BRASIL, 1990).

Portanto, o acesso das crianças aos serviços odontológicos pode contribuir na determinação de diferentes níveis de saúde bucal desse grupo populacional. Estudo caso controle entre crianças brasileiras de 5 anos de idade mostrou maior chance de cárie nas crianças que não buscaram por cuidados odontológicos (MELO *et al.*, 2015). Nesse estrato etário, estudos têm mostrado baixa prevalência de uso de serviços odontológicos (RODRIGUES *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2014; MACHRY *et al.*, 2013; GOETTEMMS *et al.*, 2012; KRAMER *et al.*, 2008; NORO *et al.*, 2008). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a prevalência de crianças com menos de 4 anos que nunca usaram o serviço odontológico permanece muito elevada, ainda que em declínio. Dados de 2003 e 2008 apontaram que essa prevalência foi de 81,9% e 77,9%, respectivamente (BRASIL, 2005, 2010), sendo maior do que a observada para todas as faixas etárias mais velhas. A organização dos serviços de saúde, incluindo recursos disponíveis e características da oferta, é considerada determinante do uso de serviços de saúde, sendo este ainda influenciado por fatores individuais, da experiência passada de utilização dos serviços e do contexto social do indivíduo (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

Segundo protocolos de orientação ao atendimento de gestantes e crianças, veiculados pelos três níveis de governo, municipal, estadual e nacional (MINAS GERAIS, 2004, 2006a, 2006b, 2008; BRASIL, 2012b, 2012c), todas as gestantes em acompanhamento de pré-natal devem realizar primeira consulta odontológica e todas as crianças devem receber atenção odontológica. O uso de serviços de saúde bucal não implica necessariamente na resolução das necessidades apresentadas. A resolutividade do serviço refere-se ao atendimento do usuário frente a uma demanda em saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008; CAMPOS, 1988).

Na literatura, muitos trabalhos referentes ao atendimento de gestantes e crianças na rede pública de saúde bucal são desenvolvidos, os quais apresentam dados socioeconômicos e comportamentais relacionados a um maior ou menor uso dos serviços odontológicos por esses grupos (RODRIGUES *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2014; MACHRY *et al.*, 2013;

TREVISAN; PINTO, 2013; GOETTEMS *et al.*, 2012; NETO *et al.*, 2012; KRAMER *et al.*, 2008; NORO *et al.*, 2008). Ainda assim, novos trabalhos são necessários para que sejam apontadas direções que busquem a melhoria e provoquem mudanças para um atendimento verdadeiramente resolutivo desses grupos prioritários.

Considerando-se, então, os protocolos de orientação em relação ao atendimento da criança e da gestante e os resultados de prevalência de cárie na dentição decídua, no Estado de Minas Gerais e em Belo Horizonte, surgem algumas indagações: As gestantes em Belo Horizonte estão realizando consulta odontológica durante a gestação? As crianças com até 5 anos de idade estão usando os serviços odontológicos? Os serviços odontológicos têm resolvido as necessidades de saúde bucal apresentadas pelas crianças? Uma avaliação do uso e da resolutividade dos serviços de saúde bucal pode responder a essas indagações, contribuindo para a reorientação dos serviços de saúde bucal ofertados em Belo Horizonte.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção em saúde bucal para gestantes e crianças na rede pública de saúde

O conceito de saúde no Brasil é definido pelo Art. 3º da Lei nº 8.080, que diz:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990).

Com a Constituição Brasileira de 1988, a saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado. A criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no país foi determinada e uma nova formulação política e organizacional foi proposta para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde, estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988).

Inserido no contexto geral das políticas públicas, até a Constituição de 1988, a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia somente aos trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006; MATTOS *et al.*, 2014). Os primeiros programas de Odontologia Sanitária no Brasil foram implantados, em 1952, pelo Serviço Especial de Saúde Pública, começando em Aimorés, Minas Gerais e, em seguida, em municípios de outras regiões brasileiras. O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, considerada

epidemiologicamente mais vulnerável e mais sensível às intervenções de saúde pública (NARVAI, 2002, 2006).

Dessa forma, métodos e técnicas de programação e planejamento em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de cirurgiões dentistas em muitas partes do país. A principal ferramenta teórica utilizada pela Odontologia Sanitária para enfrentar os problemas de saúde bucal, numa perspectiva de saúde pública, foi o sistema incremental, sobretudo no atendimento de escolares (NARVAI, 2002). Como consequência, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas (SAVAGE *et al.*, 2004; LEE *et al.*, 2006).

Esse sistema, porém, teve caráter excludente, pois não chegou a formular nenhuma estratégia universal para atingir toda a população, porque se voltava, exclusivamente, para a população-alvo e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer (NARVAI, 2002). O sistema incremental praticamente se tornou sinônimo de Odontologia Escolar e de 'modelo de saúde bucal' no setor público, influenciando decisivamente, por quase meio século, as ações do setor em todo o país (NARVAI, 2002).

O quadro de exclusão observado nas ações de saúde bucal começou a ser alterado com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), designada em sua criação como Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Essa Estratégia, em vigor no país, tem o objetivo de reorganizar a atenção básica, a qual é caracterizada por práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, que buscam, no âmbito individual e coletivo, a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde das pessoas (BRASIL, 2012a, 1997).

A ESF é tida pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliação da

resolutividade e do impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

A atenção básica tem, na PNAB, o documento norteador das ações em saúde no país. Criada em 2006, a PNAB foi atualizada em 2011, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Esse documento determina os princípios e diretrizes da atenção básica, como adscrição de território e usuários, acesso universal e contínuo a serviços resolutivos e de qualidade, participação do usuário e coordenação de ações em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2012a).

Considerando a necessidade do acesso universal de toda a população aos serviços de saúde bucal e de incentivo à reorganização dessa área específica na atenção básica, Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram inseridas na ESF pela Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização dos serviços de saúde bucal dos municípios prestada por meio do PSF (BRASIL, 2000).

Tal medida culminou na criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, em 2004, que tinha o objetivo de traçar diretrizes para a organização da atenção em saúde bucal no SUS. Aos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, foram acrescentados no momento da criação da política outros princípios já presentes em documentos da atenção básica, como acolhimento, acesso e vínculo, que traçavam ações intersetoriais e multidisciplinares nas áreas de promoção e proteção da saúde, como fluoretação das águas, educação em saúde e higiene bucal supervisionada com aplicação tópica de flúor; de recuperação, com ações que envolvem o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças; e de reabilitação, com recuperação total ou parcial das funções perdidas pelo desenvolvimento da doença (BRASIL, 2004a). A vigilância em saúde também assumiu papel de destaque, ao determinar a realização de estudos epidemiológicos que pudessem subsidiar o planejamento das ações propostas e ajudar na identificação de grupos prioritários e ações específicas com vistas à organização do serviço (BRASIL, 2004a).

Essa política também determinou a inserção da saúde bucal por ações baseadas em linhas de cuidado e em condições de vida, como estratégia de ampliar o acesso das pessoas à atenção básica em saúde bucal. A primeira

prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras (BRASIL, 2004a).

A saúde bucal está prevista entre as ações para atenção à saúde da mulher e da criança (MINAS GERAIS, 2004, 2006a, 2006b, 2008; BRASIL, 2012b, 2012c) e é uma área de atuação estratégica da atenção básica, consolidada pela PNAB, pela PNSB e também já incluída anteriormente na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/02) (BRASIL, 2012a, 2004a, 2002).

Na PNSB e na NOAS/SUS 01/02, algumas ações em saúde bucal são descritas como forma de alcançar a ampliação da atenção básica nesse campo de atuação (BRASIL, 2004a, 2002):

“Fluoretação das águas: Viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas e ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento” (BRASIL, 2004a).

“Educação em saúde: Compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia. Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios” (BRASIL, 2004a, 2002).

“Higiene bucal supervisionada: Desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS) pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. [...] A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da

equipe de saúde bucal. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado” (BRASIL, 2004a, 2002).

“Aplicação tópica de flúor: A aplicação tópica de flúor visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas” (BRASIL, 2004a, 2002).

“Ações de recuperação: Envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes” (BRASIL, 2004a).

“Ações de reabilitação: Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional” (BRASIL, 2004a).

Desse modo, a prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente na população de até 14 anos e gestantes, deve ser realizada por meio de procedimentos individuais preventivos e coletivos, como realização de levantamentos epidemiológicos, ações coletivas de escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e educação em saúde bucal. O cadastramento dos usuários e o atendimento de urgências odontológicas são outros aspectos ressaltados como forma de ampliar a atenção básica em saúde bucal, além da realização de tratamentos curativos, com prioridade na população até 14 anos e gestantes (BRASIL, 2004a, 2002).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, as atividades em saúde bucal previstas no protocolo de Pré-natal e Puerpério da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) estão inseridas nas ações de vigilância e promoção da saúde da gestante. O protocolo assegura ações educativas, em atendimento individual e coletivo e encaminhamento para

avaliação odontológica em qualquer idade gestacional, sendo garantido à gestante o mínimo de uma consulta de avaliação e o seguimento do tratamento, caso haja necessidade. Recomenda-se também a não realização de exames radiográficos no primeiro trimestre de gravidez; o uso de anestésico local sem vasoconstritor e o uso racional do flúor, já que a água do município é fluoretada pela empresa de abastecimento local (MINAS GERAIS, 2006a, 2008).

As ações de saúde bucal em relação à criança, inseridas no documento Compromisso com a Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, da SMSA/PBH, abrangem uma tomada de consciência das mães, com estímulo da autonomia dessas mães e de suas crianças em relação à saúde bucal (MINAS GERAIS, 2004). Busca-se, no trabalho educativo, a construção do vínculo de confiança que possibilite o desenvolvimento de ações cuidadoras em relação à saúde bucal. Aspectos como a importância do aleitamento materno; hábitos alimentares com baixa ingestão de açúcar; doença cárie e outras patologias que podem afetar a boca; medicamentos com manifestação sobre as estruturas dentárias; cronologia de erupção e os fenômenos que acompanham esse período são considerados como temas-destaque na abordagem com as mães. Procura-se estimular, também, os cuidados de higiene bucal da criança e o exame periódico da boca, em busca de alguma alteração (MINAS GERAIS, 2004).

Ações de promoção da saúde na primeira infância são importantes para implementar hábitos saudáveis duradouros e que se repercutem em toda a família da criança (GUARIENTI; BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; SIQUEIRA *et al.*, 2010) e a aproximação dos serviços de saúde à realidade da criança pode favorecer a criação de vínculo, a busca ativa de crianças com maior necessidade e proporcionar oportunidades de trabalho em promoção da saúde em ambientes fora da clínica (BRASIL, 2004a; MINAS GERAIS, 2004).

2.2 Gestantes e a saúde bucal das crianças

O pré-natal é um período no qual a mulher estabelece um contato íntimo com os serviços de saúde e, nesse ínterim, devem ser aproveitadas as oportunidades para um empoderamento individual e coletivo das gestantes,

criação de vínculo e construção de autonomia das mesmas (NETO *et al.*, 2012). Um dos objetivos deve ser a motivação do uso de serviços odontológicos durante a gestação, superando questões como crenças populares de que não se deve usar serviços odontológicos nesse período, medo de afetar o bebê e medo de dor (TREVISAN; PINTO, 2013; CODATO *et al.*, 2011; CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Estudo realizado na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, avaliou a assistência odontológica de gestantes que realizaram o pré-natal na rede pública de saúde. Foram analisados os cartões de gestantes, para avaliar o acompanhamento médico no período gestacional, e realizadas entrevistas com questionários estruturados, nas quais as mulheres grávidas respondiam sobre a assistência odontológica recebida durante o período da gravidez. Observou-se que o fato de as gestantes terem realizado pelo menos uma consulta odontológica no período pré-natal esteve associado a piores condições de saúde bucal, as quais impactaram de forma negativa na qualidade de vida dessas grávidas. Além disso, houve associação entre a realização de consultas programáticas de puericultura e assistência odontológica adequada, permitindo inferir que, quanto mais a gestante visita a unidade de saúde para o acompanhamento da gravidez, maiores são as possibilidades de realizar uma assistência odontológica adequada nessas gestantes (NETO *et al.*, 2012).

A procura por serviço odontológico para crianças pré-escolares, bem como a prevalência da cárie precoce na infância, têm também sido associadas ao fato das mães de crianças pré-escolares terem recebido ou não orientação e aconselhamentos quanto à saúde bucal (HARRISON; VERONNEAU; LEROUX, 2012), à percepção dessas quanto à saúde bucal de seus filhos, ao nível de escolaridade e à condição socioeconômica das mães (ARDENGHI *et al.*, 2012; GOETTEMMS *et al.*, 2012; NORO *et al.*, 2008; CAMARGO *et al.*, 2012).

Estudo transversal realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, avaliou a cavidade oral de pré-escolares e realizou entrevistas utilizando questionários estruturados com as mães dessas crianças, a fim de estimar a prevalência do uso de serviços odontológicos por pré-escolares e identificar fatores associados ao uso. Os autores encontraram uma prevalência de uso de

serviços odontológicos por crianças de pelo menos duas vezes maior naquelas cujas mães eram mais escolarizadas e detentoras de maior renda; realizaram mais de sete consultas de pré-natal; usavam de maneira regular os serviços odontológicos; não tinham medo de dentista e receberam orientação sobre prevenção em saúde bucal (CAMARGO *et al.*, 2012).

Seguindo a mesma proposta, Goettems *et al.*, (2012) pesquisaram a influência de condições clínicas de saúde bucal, características maternas - como ansiedade e uso de serviços odontológicos-, características socioeconômicas e percepção materna de qualidade de vida de seus filhos no uso de serviços odontológicos por crianças. O estudo foi realizado em Pelotas – RS, com crianças de 2 a 5 anos, por meio de exame clínico das crianças e entrevista com as mães. Foi encontrada associação entre maior uso de serviços odontológicos por crianças e as seguintes variáveis analisadas: mães que tinham hábito de frequentar regularmente o dentista; possuíam mais anos de estudos e percebiam impacto da saúde bucal na qualidade de vida de seus filhos; e em crianças mais velhas (GOETTEMS *et al.*, 2012).

A adesão precoce aos programas “Bebê Clínica” e “Viver sem Cárie”, ambos voltados para o desenvolvimento precoce da odontologia para bebês no município de Jacareí – São Paulo, mostrou relação estatisticamente significativa com a prevalência de cárie dentária em crianças de até 48 meses nesse município. As mães das crianças responderam a um questionário, no qual relatavam a adesão aos programas, hábitos de higiene e dieta e características socioeconômicas; além disso, as crianças foram examinadas clinicamente para averiguação da presença de cárie dentária na dentição decídua. Os grupos de crianças nos quais suas mães aderiram aos programas odontológicos durante o período da gestação ou no primeiro ano de vida da criança apresentaram menor prevalência de cárie dentária, confirmando que o desenvolvimento precoce de hábitos saudáveis quanto à saúde bucal e a conscientização da importância da mesma na vida da criança faz com que ela seja menos acometida pela doença cárie em sua vida (LEMOS *et al.*, 2014). Além disso, o trabalho de educação em saúde com as gestantes e mães faz com que elas se tornem agentes multiplicadores de informações preventivas no meio familiar, valorizando a promoção da saúde bucal em seu núcleo diário de convivência (REIS *et al.*, 2010).

A atenção odontológica desde os primeiros anos de vida da criança, sendo trabalhada a ideia da importância da saúde bucal com pais e responsáveis, tem o intuito de facilitar o estabelecimento de hábitos saudáveis, além de servir como uma oportunidade fundamental para a avaliação do desenvolvimento crânio facial e de todos os fatores de risco comuns a que uma criança possa estar exposta (LEE *et al.*, 2006; CASTILHO *et al.*, 2013). A orientação das gestantes/mães e a atenção nos primeiros anos de vida deveriam servir como uma estratégia para reduzir a prevalência e as sequelas de problemas bucais, bem como os custos com os serviços de intervenção em saúde (SAVAGE *et al.*, 2004; LEE *et al.*, 2006). Crianças que usaram o serviço odontológico em seus primeiros anos de vida apresentaram menor chance de receberem tratamento odontológico restaurador ou de urgência durante a infância (LEE *et al.*, 2006), reduzindo assim, os custos despendidos em saúde e proporcionando benefícios para o usuário.

2.3 Condição de saúde bucal de crianças no Brasil

As ações de saúde bucal relacionadas com a saúde da criança são muito relevantes no campo da saúde pública e epidemiologia. Apesar do declínio constatado nos últimos anos, a cárie dentária continua sendo a doença bucal mais prevalente em crianças e a presença de lesões cáries na dentição decídua é preditora de risco de desenvolvimento de cárie na dentição permanente (LI; WANG, 2002; SKEIE *et al.*, 2006).

No Brasil, foram conduzidos nos anos de 2003 e 2010 dois levantamentos epidemiológicos de base nacional das condições de saúde bucal da população. Os estudos conhecidos, respectivamente, como SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010 (BRASIL, 2004b, 2011) possibilitaram o início de uma série histórica de indicadores de saúde bucal da população brasileira ao analisar dados de todas as cinco macrorregiões do país.

Além da determinação da prevalência de cárie dentária na população, por meio dos índices CPO-D e ceo-d, outras características também foram analisadas, como fluoretação das águas dos municípios, necessidade de tratamento odontológico, doença periodontal, acesso aos serviços de saúde bucal e condições socioeconômicas. Todas essas características foram

estratificadas em grupos etários, descrevendo dados da população de 18 a 36 meses (apenas no SB Brasil 2003), 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos (BRASIL, 2004b, 2011). Dados do levantamento nacional realizado em 2003 (BRASIL, 2004b) revelaram que na faixa etária de 18 a 36 meses, 26,8% das crianças possuíam ao menos um dente com lesão cariada cavitada. A prevalência de cárie aos 5 anos, idade preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação da dentição decídua, diminuiu se comparados os dados de 2003 e 2010, que revelaram 59,3% e 53,4%, respectivamente (BRASIL, 2004b, 2011).

Estudos brasileiros regionais têm também evidenciado elevada prevalência de cárie na dentição decídua (MINAS GERAIS, 2013a; RODRIGUES *et al.*, 2012; PALMA *et al.*, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2009; MARTELLO; JUNQUEIRA; LEITE, 2012).

A Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Minas Gerais realizou em 2012, em moldes semelhantes ao projeto SB Brasil 2010, a Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da população mineira – SB Minas Gerais. Tal estudo se justificou pelo fato de, no SB Brasil 2010, a perspectiva do plano amostral não ter contemplado representativamente os estados brasileiros e teve como objetivo conhecer a prevalência dos principais problemas bucais da população do estado, além de subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços de saúde bucal junto ao SUS (MINAS GERAIS, 2013a). No SB Minas Gerais, dados referentes à faixa etária de 5 anos revelaram que 49,8% das crianças apresentaram pelo menos um dente com atividade de cárie, ceo-d médio de 2,4 e o componente cariado sendo responsável por 78,3% desse índice (MINAS GERAIS, 2013a).

Em Montes Claros – MG, foi realizado entre os anos de 2008 e 2009 o Projeto SBMOC, Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da população de Montes Claros - MG. Esse projeto foi realizado mediante parceria entre a Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e a Prefeitura Municipal de Montes Claros. Sua metodologia foi baseada no SB Brasil 2003 e seus dados revelaram que 14,1% das crianças de 18 a 36 meses apresentavam cárie dentária, prevalência esta de 47,2% entre as crianças de 5 anos (RODRIGUES *et al.*, 2012; PALMA *et al.*, 2012).

Com o objetivo de determinar a prevalência e a gravidade da cárie dentária em pré-escolares de cinco anos de idade que residiam em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, em Salvador – BA, foi realizado um estudo transversal, utilizando critérios da OMS para classificação da cárie dentária, com 1374 crianças no ano de 2005. Foi encontrada prevalência de cárie de 49,6%, sendo o componente cariado do índice ceo-d o de maior prevalência entre as crianças (85,78%) (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Em outro estudo, foi avaliada a prevalência de cárie precoce na infância em uma amostra de 247 crianças com três anos de idade de Rondonópolis – MT. Exames clínicos da cavidade bucal foram realizados nas crianças e seus pais ou responsáveis responderam um questionário sobre hábitos de alimentação e higiene e características socioeconômicas. A prevalência de cárie dentária encontrada foi de 34,2% entre as crianças em idade pré-escolar avaliadas neste estudo (MARTELLO; JUNQUEIRA; LEITE, 2012).

2.4 Saúde bucal de crianças em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, uma das ações programadas em saúde bucal na atenção básica é a realização de levantamento de necessidades em saúde bucal pelas ESB a fim de identificar indivíduos prioritários e determinar os níveis de necessidade odontológica da população (BELO HORIZONTE, 2006).

Para identificação das necessidades dos indivíduos, as ESB utilizam o Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico – INTO, desenvolvido pelos coordenadores do serviço de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) como forma de orientar o acesso e estimar as necessidades de tratamento de grandes grupos, com metodologia simples de fácil aplicação por pessoal auxiliar (DUMONT *et al.*, 2008). O INTO quantifica os dentes afetados por cárie e utiliza os seguintes critérios e códigos: 00 – não apresenta nenhum dente com cavidade e nenhuma restauração em boca; 0 – não apresenta dente com cavidade e possui restaurações satisfatórias; 1 – apresenta até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração; 2 - apresenta de 4 a 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração; 3 - apresenta 9 ou mais dentes permanentes ou

temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração; 4 – exodontia dos restantes dos elementos dentais, aplica-se em usuários adultos com restos radiculares; 5 – apresenta cárie dentária sob controle, sendo a doença periodontal o maior problema visto em boca.

Em relação à população de até seis anos do município, as ESB realizam anualmente o levantamento de necessidades nas escolas da rede pública e conveniada da PBH. Na identificação de necessidades, os códigos 4 e 5 do INTO não são utilizados, por se tratarem de condições observadas em adultos. Todas as crianças que apresentam necessidade de tratamento odontológico no levantamento recebem encaminhamento para procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) que está vinculada para tratamento com a ESB, e aquelas crianças que são identificadas com mais de 9 dentes com necessidade de tratamento (código 3 do INTO) são consideradas evento sentinela e recebem atendimento prioritário precedido de busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e ESB.

Além da realização do levantamento de necessidades, a PBH instituiu alguns projetos com o intuito de realizar atividades preventivas em saúde bucal com crianças da rede pública de ensino infantil e assim atingir coletivamente esse grupo prioritário em busca da redução dos índices epidemiológicos de cárie dentária observados nessa população do município. O Programa de Escovação Dental Supervisionada – PED – é realizado em todas as escolas da educação infantil e 1º e 2º ciclos do ensino fundamental da Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2012). Nesse projeto, um profissional da área odontológica vai à escola, pelo menos quatro vezes ao ano, ensinar técnicas corretas de higiene bucal e instruir os professores a realizarem escovação com os alunos durante o período entre as visitas. Belo Horizonte tem ainda o programa municipal Escola Integrada (BELO HORIZONTE, 2015), no qual a criança passa nove horas na escola, desenvolvendo atividades de aprendizagem teóricas e lúdicas durante esse período, inclusive atividades relacionadas à saúde bucal.

Outro Programa no qual a rede pública de ensino de Belo Horizonte está inserida é o Programa Saúde na Escola – PSE, instituído em 2007 como estratégia intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação para promover a atenção integral à saúde dos estudantes da rede pública de

educação básica no Brasil (BRASIL, 2007). As ações em saúde previstas no âmbito do PSE deverão considerar a integralidade dos educandos, o que significa garantir que equipes de médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas, entre outros profissionais da equipe de saúde envolvidos lhes garantam educação permanente em saúde desenvolvendo uma cultura da prevenção no âmbito escolar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

2.5 Acesso e uso de serviços de saúde bucal

No Brasil, os serviços de saúde têm atingido um desenvolvimento expressivo fazendo com que os processos de acompanhamento e avaliação das políticas de saúde alcancem grande importância (BRASIL, 2012e).

A saúde, no Brasil, é direito de todos e dever do Estado, sendo garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Presente no próprio texto da Constituição Federal, o termo acesso, traduzido por políticas de universalização das ações em saúde, ganha destaque ao ser operacionalizado por organismos governamentais como ações que buscam prover a um maior número de pessoas uma variedade maior e mais diversificada de serviços essenciais de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Segundo Giovanella & Fleury (1996), a avaliação sobre acesso é uma categoria central, pois expressa por meio da relação do usuário com os serviços de saúde o direito à saúde de forma concreta no cotidiano das pessoas (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Já Travassos & Martins (2004) afirmaram que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde.

O conceito de uso de serviços de saúde muitas vezes se sobrepõe ao de acesso, sendo utilizado por vezes como sinônimos. Porém, os termos trazem em si a determinação de conceitos diferentes da realidade em saúde. Segundo revisão de literatura realizada por Travassos & Martins (2004), o acesso é um conceito complexo e muitas vezes empregado de forma imprecisa. O termo acesso é usado para se referir à entrada do usuário no serviço de saúde e ao recebimento de cuidados subsequentes (ANDERSEN, 1995). O termo acessibilidade é preferido por muitos autores, por se referir a características da oferta de serviços de saúde e dos recursos disponíveis que facilitam ou limitam

seu uso por potenciais usuários, como condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; STARFIELD, 2002; UNGLERT, 1995). Giovanella & Fleury (1996) discutem que, ao se estudar condições de acessibilidade no âmbito das políticas públicas de saúde, devem ser consideradas quatro dimensões, a saber: dimensão econômica, referente à oferta e demanda; dimensão técnica da rede de organização dos serviços; dimensão política, com a conscientização sanitária da população e sua organização em frentes de ação; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Em relação ao uso dos serviços de saúde, Travassos & Martins (2004) afirmaram que esse processo é o resultado observado entre a interação do comportamento individual dos usuários que procuram os serviços e do profissional que os conduz dentro do sistema de saúde. A utilização dos serviços de saúde pode ser uma medida de acesso ao se referir às características da oferta de serviços. Todavia, apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, não é capaz de explicar a multiplicidade de fatores que resultam na utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; STARFIELD, 2002; ANDERSEN, 1995).

Dentre os modelos de explicação da utilização de serviços de saúde, o proposto por Andersen & Newman (1973) tem sido o mais empregado. Neste modelo, o uso de serviços é dependente de determinantes individuais agrupados nos fatores de predisposição, fatores capacitantes e necessidades de saúde. O modelo indica a existência de uma relação entre esses três fatores, de forma que os fatores predisponentes influenciam os capacitantes e as necessidades representam o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde. Em sua evolução, passa a explicar a utilização como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos fatores individuais, do sistema de saúde e do contexto social, da interação entre esses fatores e da experiência passada de utilização dos serviços (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Desse modo, a utilização pode ser determinada pela necessidade de cuidados gerada por doença; pelos usuários e suas características físicas, econômicas e psicossociais; pelos prestadores de serviço e sua capacidade relacional e satisfação com o serviço; pela

organização e seus recursos disponíveis; e pela política vigente e sua regulamentação funcional (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O acesso limitado aos serviços odontológicos por crianças pode ser um dos fatores responsáveis pela alta prevalência de cárie observada nessa faixa etária. De acordo com dados da PNAD, a prevalência de crianças com menos de 4 anos que nunca consultou um dentista permanece muito elevada, ainda que em declínio. Dados de 2003 e 2008 apontaram que essa prevalência foi de 81,9% e 77,9%, respectivamente (BRASIL, 2005, 2010).

Baldani & Antunes (2011) investigaram a presença de desigualdades no acesso e uso de serviços odontológicos por pessoas residentes na área da ESF em Ponta Grossa, Paraná, nos anos 2007 e 2008. A amostra, composta por 747 indivíduos, foi estratificada em quatro grupos etários, de 0 a 6 anos, 7 a 14, 15 a 59 anos e mais de 60 anos. Os resultados do estudo revelaram que 50,5% das crianças entre 0 e 6 anos de idade nunca tinham utilizado serviços odontológicos e que o maior uso esteve associado a pessoas com maior renda familiar, possuir um dentista de referência e ter casa própria (BALDANI; ANTUNES, 2011).

Em Sobral, no Ceará, estudo analisou a utilização dos serviços odontológicos pela população infantil deste município nos anos de 1999 e 2000. A amostra final foi composta por 3.425 crianças de 5 a 9 anos, cujos pais ou responsáveis responderam à pergunta “A criança já foi alguma vez na vida ao dentista?”, com o objetivo de alcançar o desfecho da utilização dos serviços de saúde bucal pelas crianças entrevistadas. Observou-se que 49,1% das crianças entre 5 e 9 anos do município nunca tinham ido ao dentista. Entre aquelas que realizaram consulta odontológica alguma vez na vida, 65,3% o fizeram no decorrer do último ano antes da pesquisa. Os fatores que influenciaram no uso dos serviços foram ter plano de saúde, residir em locais com coleta de lixo e rede de esgoto, a escolaridade da mãe e receber visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (NORO *et al.*, 2008).

Camargo *et al.*, (2012) estimaram a prevalência do uso dos serviços odontológicos por pré-escolares e fatores associados em 1.129 crianças de 5 anos de idade da Coorte de Nascimentos de Pelotas, RS. O uso de serviços odontológicos, pelo menos uma vez na vida, foi registrado em questionário previamente testado pelos pesquisadores, e os dados do estudo mostraram

que 63% das crianças de 5 anos nunca foram ao dentista para realização de consulta odontológica, tanto por motivo de rotina, quanto por motivo de problema. Os preditores para consulta de rotina foram maior nível socioeconômico, mãe com maior escolaridade e com maior adesão a programas de saúde (CAMARGO *et al.*, 2012).

No Maranhão, o uso de serviços de saúde bucal e fatores associados em crianças foi avaliado em cidades com mais de 100 mil habitantes. Realizou-se inquérito domiciliar em amostra composta por responsáveis de crianças menores de cinco anos. Para coleta de dados, foram utilizados questionários padronizados, referentes aos dados do domicílio/chefe da família e das crianças menores de cinco anos. Os autores agruparam as variáveis explicativas do uso segundo modelo teórico de Andersen, o qual considera diferentes níveis hierárquicos de determinação social da utilização de serviços de saúde. Os dados revelaram que apenas 9% das crianças avaliadas utilizaram serviços odontológicos nos seis meses anteriores à pesquisa. Após análise ajustada, a utilização dos serviços de saúde bucal associou-se à escolaridade do chefe da família e idade da criança; realização de seis ou mais consultas de pré-natal pelas mães; e necessidade de tratamento dentário nos seis meses anteriores à entrevista (GOMES *et al.*, 2014).

Os resultados obtidos nesses e em outros estudos (MELLO *et al.*, 2015; DUIJSTER *et al.*, 2014; CATANI; MEIRELLES; SOUSA, 2010; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; ANTUNES; PERES; MELLO, 2006; BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004; PERES *et al.*, 2003) expressam a iniquidade em saúde bucal, visto que desigualdades sociais influenciam o uso dos serviços de saúde, e ressaltam que a cárie não deve ser entendida como resultado de processos únicos e não relacionados, mas sim como resultante da interação entre fatores individuais, relacionados ao comportamento, estilos de vida, condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade.

A utilização dos serviços de saúde bucal também sofre influência da elevada taxa de absenteísmo pela população às consultas marcadas pelas ESB. Estudo realizado em Piracicaba, SP, analisou os motivos das faltas às consultas odontológicas em Unidades de Saúde da Família. Foi realizado

contato telefônico com usuários aleatoriamente selecionados, que foram questionados sobre os motivos da ausência às consultas odontológicas agendadas na UBS. Os principais motivos alegados foram consulta marcada em horário de trabalho, mudança de bairro ou cidade, ausência de tratamento completo na rede, dependência de acompanhante para ir à consulta, medo, impossibilidade de tratamento devido à gestação e consultas agendadas em horário escolar (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Estudos avaliativos do uso dos serviços de saúde bucal foram desenvolvidos por diversos autores (GOETTEMS *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2014; KRAMER *et al.*, 2008; MACHRY *et al.*, 2013; NORO *et al.*, 2008; PINHEIRO; TORRES, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2014). Uma maior utilização dos serviços de saúde bucal por crianças foi associada a fatores tais como idade, pois quanto mais velha a criança maior a possibilidade de já ter usado serviços odontológicos; maior escolaridade do cuidador, normalmente mães; e maior renda familiar. Características comportamentais das mães também influenciaram no uso dos serviços de saúde bucal por crianças (RODRIGUES *et al.*, 2014; GOETTEMS *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2014). Maior acesso a informações preventivas durante a gravidez, realização de seis ou mais consultas de pré-natal pela gestante e hábito de visitar regularmente o dentista foram associados ao maior uso dos serviços odontológicos por crianças (RODRIGUES *et al.*, 2014; GOETTEMS *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2014).

O uso de serviços odontológicos, entendido como a realização de consulta odontológica com a ESB, pode ser um critério adotado em estudos avaliativos como indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde bucal, segundo modelo da tríade da qualidade em saúde de Donabedian (DONABEDIAN; 1997). Esse resultado de avaliações sobre uso de serviços odontológicos, apesar de representar a capacidade de atendimento das ESB, não implica necessariamente na resolução das necessidades apresentadas por uma demanda em saúde.

A realização de uma avaliação que envolve aspectos relacionados à demanda, às necessidades de saúde da população e à capacidade de essa mesma população ter seus problemas solucionados, estabelece a resolutividade do serviço de saúde.

2.6 Avaliação de serviços de saúde

A compreensão das relações entre as práticas e as necessidades de saúde pode se dar a partir de duas vertentes principais. A primeira busca a especificidade dos significados econômicos, políticos e ideológicos; já a segunda, procura entender a capacidade das práticas modificarem situações de saúde, ao atender ou não às necessidades de determinada população, discutindo sobre suas características e efeitos. Nesta segunda vertente, o campo da avaliação ganha relevância, por um lado associado à modificação de quadros sanitários por intervenções em saúde, e, por outro, diante da verificação dos obstáculos e dificuldades de alteraram indicadores por essas mesmas práticas instituídas (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Diversos sentidos podem ser atribuídos à palavra avaliação, quando introduzida em diferentes contextos, sob formas variadas e com distintos objetivos (MINAYO, 2011; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002; VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994). Abarcando essa diversidade, a avaliação pode ser definida como um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática) ou qualquer um de seus componentes, com a finalidade de resolver problemas de saúde, direcionar decisões e aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou de seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002).

A gestão de uma organização é um processo complexo, no qual decisões são tomadas diante das realidades a fim de resolver problemas e tornar práticas mais efetivas. A avaliação é um dos componentes do processo de gestão e a pergunta que a direciona pode ser decorrente do desconhecimento dos atores envolvidos nesse processo – gestores, pesquisadores, usuários, financiadores, entre outros – sobre determinados aspectos da operacionalização de um programa ou intervenção específica (VIEIRA-DA-SILVA, 2014; CONTRADIOPOULOS *et al.*, 2002).

Algumas características principais de políticas, programas ou práticas de saúde são usualmente selecionadas nos processos avaliativos, sendo elas relacionadas a seis realidades: disponibilidade e distribuição social dos recursos, avaliação de cobertura, acessibilidade e equidade; efeito das ações

de saúde, análise da eficácia, efetividade e impacto de ações; custos e produtividade das ações; adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente; processo de implantação das ações; e características relacionais entre os agentes das ações, compreendendo usuários, profissionais e gestores (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Os objetivos oficiais de uma avaliação podem ser de quatro tipos: estratégico, ao ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; formativo, ao fornecer informações para melhoria de uma intervenção enquanto ela está operante; somativo, ao determinar os efeitos de uma intervenção após sua realização para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou extinta; e fundamental, ao contribuir para o progresso de conhecimentos teóricos da área (VIEIRA-DA-SILVA, 2014; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002).

As operações prévias à realização de um processo avaliativo incluem a delimitação do objeto e do foco, o que também auxilia na formulação de uma pergunta relevante, já que os contextos podem apresentar múltiplas possibilidades de realização de uma avaliação. No processo de delimitação do foco da avaliação, um dos recursos metodológicos é a escolha de uma abordagem avaliativa, sistematizada por Donabedian na tríade “estrutura, processo e resultados” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A estrutura diz respeito aos elementos estáveis – recursos materiais, humanos e organizacionais. Os processos referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que faz a intermediação entre o profissional e o usuário. Os resultados seriam as modificações no estado de saúde dos indivíduos em decorrência de assistência e promoção da saúde. Segundo Donabedian, a forma mais direta de avaliar qualidade do cuidado seria analisar os processos que o constituem, sendo as abordagens de estrutura e os resultados formas indiretas para realizá-la (DONABEDIAN, 1997).

2.7 Resolutividade dos serviços de saúde

Apesar de a resolutividade ser tema recorrente de estudos da área da saúde, o termo é um neologismo gramatical, sendo encontradas no dicionário apenas definições de resolubilidade (qualidade daquilo que é resolvível). O

adjetivo resolutivo também pode ser observado, caracterizando algo que foi capaz de solucionar uma maior proporção de problemas oferecendo a solução às dificuldades apresentadas (CAMPOS, 1988; FERREIRA, 1995).

A resolutividade, segundo Campos (1988),

“(...) pode ser tomada como um atributo do serviço de saúde, a partir do qual se podem tomar os diferentes modelos ou tipologias de serviços, e descobrir qual a melhor composição instrumental através do cotejamento de seus fatores organizacionais, de forma a lograr-se o maior rendimento dos recursos ali aplicados” (CAMPOS, 1988).

Turrini *et al.*, (2008), afirmaram que a resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

A resolutividade pode ser avaliada, considerando o modelo hierarquizado de níveis de atenção, com dados internos, provenientes do próprio serviço (capacidade de atender à demanda e promover o fluxo entre os níveis de atenção quando houver necessidade) ou com dados externos, provenientes do sistema de saúde (dados resumidos desde a primeira consulta do indivíduo até a solução final de seu problema). Pode também ser avaliada sob duas vertentes principais: por meio de dados quantitativos, que representam o atendimento do usuário frente a uma demanda em saúde, e por meio de dados qualitativos, enfatizando o usuário e sua satisfação quanto ao serviço prestado a ele (CAMPOS, 1988; TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008; DEGANI, 2002). A resolutividade também pode ser entendida por meio de indicadores de efetividade, sendo este último conceito definido como produto da eficácia – relação entre um comportamento esperado e o que acontece na prática real – e da eficiência – referente ao gasto com o processo (CAMPOS, 1988); de acessibilidade, considerada fator primordial para a utilização de um serviço ou não; entre outros (D’AGUIAR, 2001).

Pesquisa realizada em Marília – SP avaliou a resolutividade em saúde bucal na atenção básica, comparando dois modelos de atenção vigentes no

município: o modelo tradicional instituído nas UBS e a ESF, nas Unidades de Saúde da Família. O número de tratamentos odontológicos concluídos em relação aos iniciados foi calculado, baseados em dados de relatórios gerenciais e de avaliação em saúde do município, nos dois modelos de atenção. Observou-se que a resolutividade das ações em saúde bucal realizadas dentro da ESF é duas vezes maior do que a observada no modelo de atendimento odontológico tradicional (BULGARELI *et al.*, 2014).

Em Porto Alegre – RS, estudo utilizando abordagem quanti-qualitativa analisou a visão dos usuários sobre a resolutividade da assistência de uma Equipe de Saúde da Família e a relação com sua satisfação. Observou-se que 34,4% dos usuários consideravam o serviço sempre resolutivo e 43% disseram muito satisfeitos com a UBS onde eram atendidos. O fato de o serviço ser resolutivo na maioria das vezes ou sempre esteve associado com uma grande satisfação do usuário com o serviço (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

A resolutividade de um serviço só poderá ser considerada adequada quando se conseguir estruturar e tornar funcional uma rede hierarquizada de cuidados de diferentes complexidades, com os vários níveis atuando em sintonia. Ainda assim, mesmo que todos os níveis estejam em funcionamento, se a resolução das expectativas do usuário não for atingida, os serviços perdem resolutividade, pois o usuário insatisfeito interrompe o fluxo de atendimento e faz com que o serviço, mesmo operante, não seja mais resolutivo (D'AGUIAR, 2001).

Existem muitas diferentes abordagens que podem ser discutidas ao se trabalhar o conceito de resolutividade, dependendo da abrangência do conceito com que se trabalha, do que se avalia e de quem avalia. Segundo Turrini *et al.*, (2008),

“Reunindo-se os diferentes enfoques é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos

culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros” (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Em protocolos de orientação ao atendimento de gestantes e crianças veiculados pelos três níveis de governo, municipal, estadual e nacional (MINAS GERAIS, 2004, 2006a, 2006b, 2008; BRASIL, 2012b, 2012c), é preconizado que todas as gestantes em acompanhamento de pré-natal realizem primeira consulta odontológica e que todas as crianças recebam atenção odontológica.

Considerando-se, então, os protocolos de orientação em relação ao atendimento da criança e da gestante do município de Belo Horizonte (MINAS GERAIS; 2004, 2008); os estudos que demonstram o fato de que grande parcela da população infantil ainda não utiliza os serviços de saúde bucal (BRASIL, 2005, 2010; BALDANI; ANTUNES, 2011; NORO *et al.*, 2008; CAMARGO *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2014; GOETTEMS *et al.*, 2012; KRAMER *et al.*, 2008; MACHRY *et al.*, 2013; PINHEIRO; TORRES, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2014) e a ausência de estudos de resolutividade dos serviços baseados em dados de atendimento desses grupos prioritários, pode-se avaliar, tendo como população-alvo gestantes e crianças, o uso de serviços odontológicos e a resolutividade da atenção em saúde bucal oferecida a esses grupos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o uso e a resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal ofertados a gestantes e crianças de até seis anos em Belo Horizonte – MG.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a frequência de primeira consulta e tratamento odontológico concluído em gestantes durante o pré-natal no SUS de Belo Horizonte.
- Avaliar a prevalência de uso de serviços de saúde bucal pelas crianças de até seis anos com necessidade de tratamento odontológico.
- Caracterizar as crianças que usaram os serviços odontológicos quanto aos níveis de necessidade de tratamento odontológico e fatores socioeconômicos e demográficos.
- Analisar, entre as crianças com necessidade de tratamento odontológico e que usaram o serviço de saúde bucal, a frequência de tratamento concluído e em curso, evasão do serviço e encaminhamento para a atenção secundária.

4 METODOLOGIA

Estudo transversal utilizando dados secundários de gestantes e crianças com até seis anos de idade cadastradas no SUS da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – MG. Os fluxogramas abaixo resumem a metodologia do estudo (Figura 1 e 2).

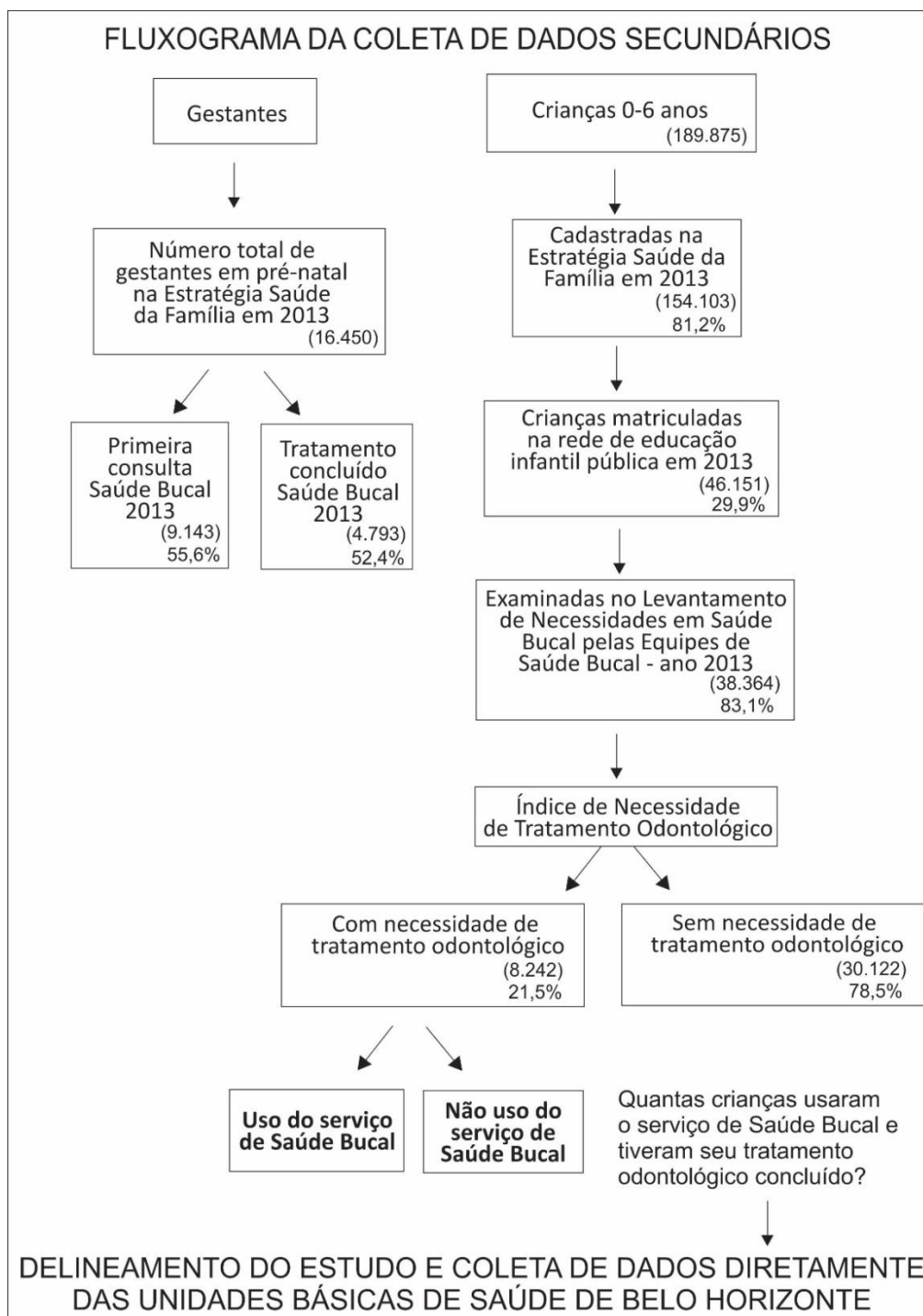


Figura 1. Fluxograma da metodologia do estudo para coleta de dados secundários.

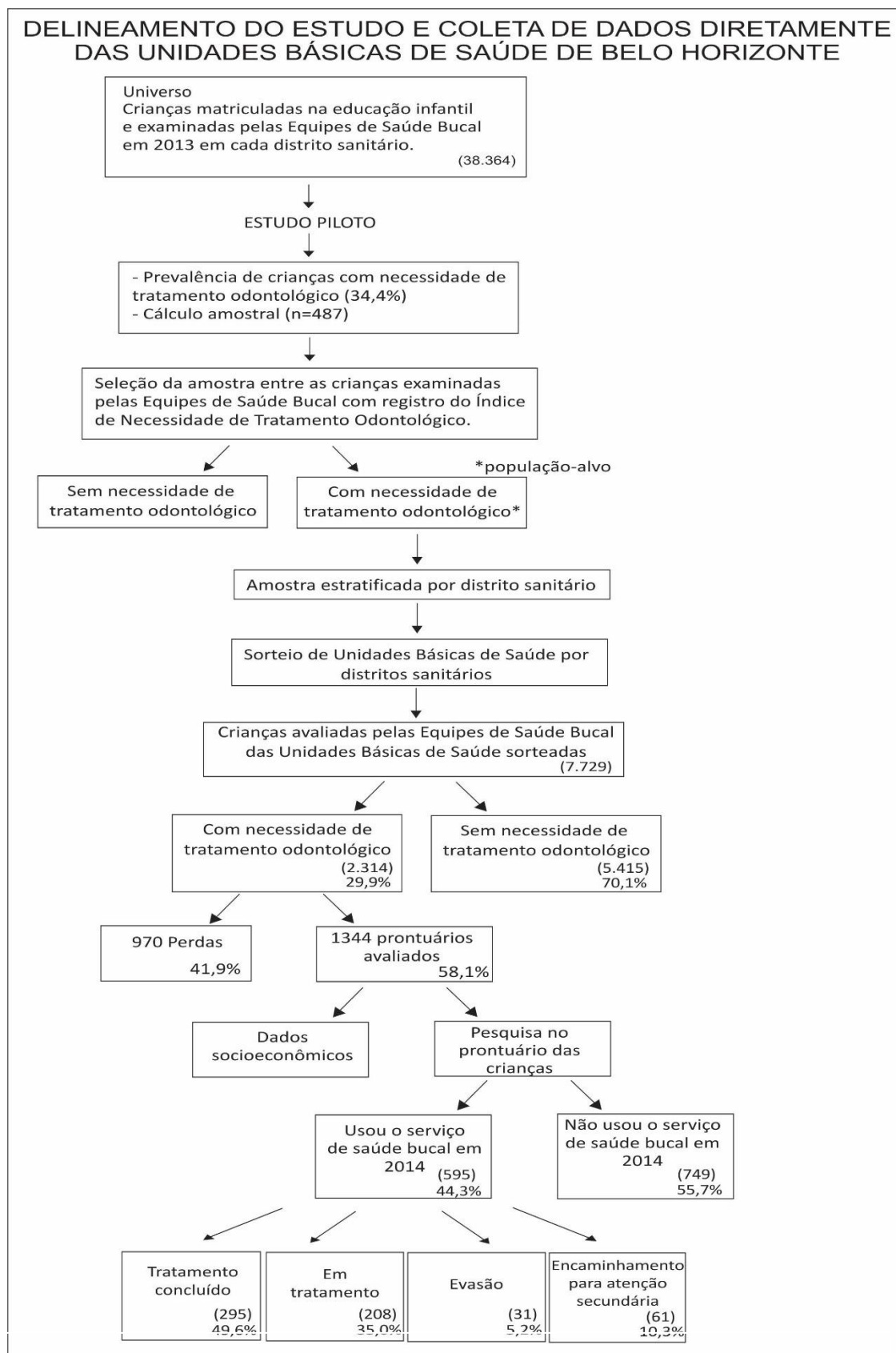


Figura 2. Fluxograma da metodologia do estudo para coleta de dados diretamente das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte.

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais, localizada na região Sudeste do Brasil. A projeção da população do município para 2014 foi de 2.491.109 habitantes (BRASIL, 2014) e seu território é dividido em nove regiões administrativas (Figura 3). Apresentava, em 2010, segundo o documento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD "Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil", um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alto de 0,810 (PNUD, 2013).

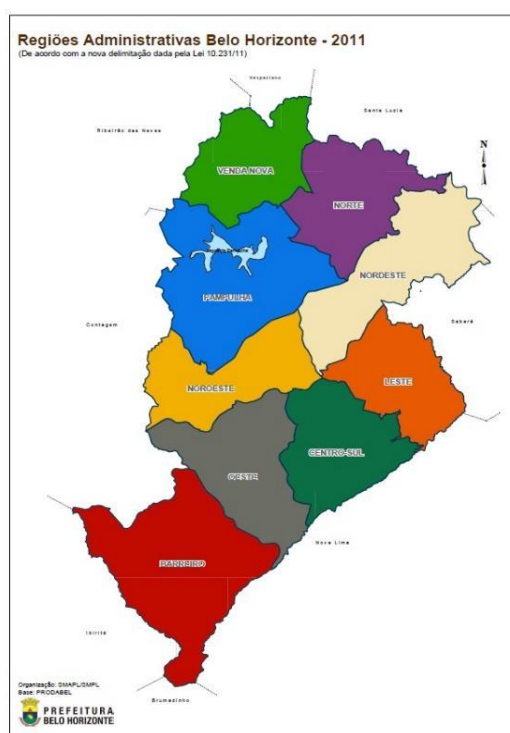


Figura 3. Regiões administrativas de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

O município contava, em 2013, com 147 UBS distribuídas pelos nove distritos sanitários os quais coincidem geograficamente com as nove regiões administrativas. Havia 509 Equipes de Saúde da Família e 261 ESB segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2013).

A estimativa para a população residente em Belo Horizonte de até 6 anos de idade era de 189.875 crianças em 2012 (8,0% do total de habitantes) (BRASIL, 2012d). Esse dado foi utilizado por ser o mais próximo ao ano de 2013, referência para coleta de dados neste estudo. Um total de 154.103 (81,2%) crianças estavam cadastradas na ESF em 2013, segundo dados do

Sistema Gestão em Rede (SISREDE)¹. O acesso aos dados do SISREDE foi obtido na Gerência Técnica de Informação em Saúde – GTIS da SMSA/PBH.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte, a educação infantil no município contava, no primeiro semestre de 2013, com um total de 305 escolas da rede própria e da rede conveniada de ensino, nas quais estavam matriculadas 46.151 crianças de até 6 anos (24,3% das crianças de até 6 anos de Belo Horizonte) (BELO HORIZONTE, 2013).

4.1 Coleta de dados secundários

Os dados secundários para avaliação da atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de até seis anos de idade foram referentes ao período de janeiro a dezembro de 2013. Embora a idade preconizada para avaliação de cárie dentária em dentição decídua, estabelecida pela OMS (citar documento), seja cinco anos, neste estudo foram incluídas na amostra crianças de até seis anos de idade, pois os dados disponíveis eram referentes à educação infantil pública municipal que contempla crianças até essa faixa etária (citar documento sobre idade da educação infantil).

Todos os dados da atenção à saúde bucal disponíveis nos sistemas de informação foram obtidos por meio de planilhas consolidadas, acessadas na Gerência de Assistência da Coordenação Técnica de Saúde Bucal (GEAS/CTSB)². As informações da atenção à saúde bucal que geraram as planilhas consolidadas foram extraídas da Ficha de Movimento Diário/Mensal de Consultas Individuais de Odontologia (ANEXO A), nos campos “primeira consulta” e “tratamento concluído” da população geral e gestante.

Os indicadores de uso e resolutividade dos serviços de saúde bucal para as gestantes foram primeira consulta e tratamento odontológico concluído no período, respectivamente. As mesmas informações foram obtidas para a população em geral.

¹O SISREDE é um sistema de informações em saúde que armazena eletronicamente todos os prontuários de atendimentos da população de Belo Horizonte e alimenta os sistemas de informações nacionais. Ele está disponível em todas as UBS do município. O SISREDE não inclui informações sobre atendimento em saúde bucal.

²A Gerência de Assistência de Belo Horizonte, Coordenação Técnica de Saúde Bucal, é o órgão central responsável pelo agrupamento das informações de saúde bucal oriundas da Gerência Regional de Saúde Bucal de cada Distrito Sanitário que, por sua vez, consolida as informações das UBS.

Quanto às crianças, em Belo Horizonte o serviço de saúde bucal realiza anualmente o levantamento de necessidades nas escolas e creches das áreas adscritas das UBS utilizando o Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO). Desse modo, inicialmente foi obtido o número total de crianças examinadas pelas ESB das UBS na rede de educação infantil e classificadas segundo o INTO. O INTO utiliza os seguintes critérios e códigos:

00 – não apresenta nenhum dente com cavidade e nenhuma restauração em boca;

0 – não apresenta dente com cavidade e possui restaurações satisfatórias;

1 – apresenta até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração;

2 - apresenta de 4 a 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração;

3 - apresenta 9 ou mais dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração e/ou extração.

As condições de saúde bucal codificadas como 4 e 5 não foram consideradas neste estudo, pois referem-se à doença periodontal, cárie dentária em raiz e perda dentária observadas na população adulta (ANEXO B).

A existência de dados secundários consolidados sobre a atenção em saúde bucal impossibilitou a avaliação do uso e da resolutividade desse serviço oferecido às crianças matriculadas na rede de educação infantil municipal pública. Por esse motivo, foi realizada uma coleta de dados diretamente do prontuário da criança, entre outubro de 2014 a março de 2015, com o objetivo de registrar o atendimento odontológico realizado durante o ano pesquisado. O uso de serviços odontológicos foi avaliado entre as crianças que necessitavam de tratamento odontológico de acordo com o levantamento realizado pelas ESB. Entre as crianças que usaram o serviço de saúde bucal, foi avaliada a resolutividade, pelo percentual de tratamento concluído em relação aos tratamentos iniciados, além de analisar dados sobre tratamentos em andamento, evasão e encaminhamento para atenção secundária. Inicialmente, para definir os métodos e processos para a coleta desses dados e de informações para o cálculo amostral, foi realizado um estudo piloto entre outubro e novembro de 2014.

No estudo piloto, a intenção era de buscar dados referentes ao ano de 2013, mesmo ano de referência dos dados secundários obtidos junto à SMSA/PBH. Porém, percebeu-se que algumas UBS descartaram os registros do INTO das crianças examinadas no levantamento de necessidade de 2013. Em função disso, os dados primários foram referentes ao ano de 2014. O estudo piloto foi realizado em cinco UBS de quatro distritos sanitários de Belo Horizonte (Centro-sul, Nordeste, Norte e Venda Nova), escolhidos por conveniência.

Para o cálculo amostral, foi empregada a fórmula de estimativa para proporções, considerando-se a frequência de 34,4% de crianças com necessidade de tratamento odontológico encontrada no estudo piloto, sendo obtida uma amostra de 347 crianças. Nesse valor, foram acrescentados 20% para compensar eventuais perdas como a falta de registro do código INTO e a ausência do registro da idade da criança. Além disso, foram acrescentados mais 22% para compensar o número de crianças que estavam registradas como examinadas pela ESB, mas que não pertenciam àquela área adscrita, totalizando 493 crianças. Após correção para população finita (crianças examinadas pelas ESB), foi definido uma amostra final de, no mínimo, 487 crianças.

Cálculo amostral

$$n \text{ amostral} = Z_{\alpha/2} \cdot \frac{(\text{Prevalência da condição}) \cdot (\text{Prevalência de indivíduos sem a condição})}{(\text{Precisão requerida para a estimativa})^2}$$

$$n = Z_{\alpha/2} \cdot \frac{1,96 \cdot 0,344 \cdot 0,656}{(0,05)^2}$$

$$n = 347$$

Adotou-se:

$\alpha=0,05$

Prevalência de necessidade:

0,344

Precisão: 0,05

Correção para compensar perdas

$$n + 20\% \text{ perdas} + 22\% \text{ excluídos} = 493 \text{ crianças}$$

Correção para população finita

$$n \text{ corrigido} = 1 + \frac{n \text{ amostral}}{n \text{ amostral}/\text{população finita}} + \frac{n \text{ amostral}}{n \text{ amostral}/\text{população finita}}$$

$$n \text{ corrigido} = 1 + \frac{493}{493/38.364} + \frac{493}{493/38.364} = 486,76 = n \text{ final} = 487 \text{ crianças}$$

A seleção da amostra foi estratificada e proporcional ao número de crianças examinadas pelas ESB na rede pública de ensino infantil em cada distrito sanitário de Belo Horizonte (Tabela 1).

Tabela 1. Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS); número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e estratificação da amostra por distrito sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2014.

Distrito sanitário	Número de UBS n (%)	Número de ESB n (%)	Crianças examinadas pelas ESB na rede pública de ensino infantil n (%)	n amostral
Barreiro	20 (13,6)	37 (14,2)	4994 (13,0)	64
Centro-sul	12 (8,2)	17 (6,5)	4799 (12,5)	61
Leste	14 (9,5)	24 (9,2)	4505 (11,7)	58
Nordeste	21 (14,3)	33 (12,7)	5626 (14,7)	72
Noroeste	21 (14,3)	39 (14,9)	4217 (11,0)	54
Norte	19 (12,9)	30 (11,5)	3887 (10,1)	50
Oeste	15 (10,2)	28 (10,7)	4095 (10,7)	52
Pampulha	9 (6,1)	13 (5,0)	3447 (9,0)	44
Venda Nova	16 (10,9)	40 (15,3)	2794 (7,3)	36
Total	147 (100)	261 (100)	38.364 (100)	491

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; Coordenação Técnica de Saúde Bucal / Gerência de Assistência.

Para seleção das crianças, foram aleatoriamente escolhidas duas UBS de cada distrito sanitário, sendo esse número considerado suficiente para a obtenção da amostra. Quando isso não aconteceu, foi sorteada outra UBS até completar a amostra.

A princípio, em cada UBS selecionada, foram identificadas as crianças com necessidade de tratamento odontológico (códigos INTO 1, 2 ou 3). Os prontuários dessas crianças foram consultados e, no campo destinado ao registro da evolução do tratamento, as seguintes informações foram coletadas: se a criança foi atendida em 2014; se já havia concluído seu tratamento ou se ainda estava sendo atendida pela ESB; se a criança foi ao serviço, mas evadiu do mesmo; se a criança foi encaminhada para atendimento na atenção secundária e se a criança não compareceu nenhuma vez à UBS para atendimento durante o ano pesquisado. A ocorrência de duas faltas consecutivas da criança à consulta odontológica, sem retorno para tratamento em 2014, foi registrada como evasão. Nas UBS selecionadas, foram observados os prontuários de todas as crianças examinadas, o que muitas vezes extrapolou a amostra mínima representativa daquele distrito.

Foram ainda coletados dados socioeconômicos da criança e de sua família: idade, sexo, etnia e classificação socioeconômica da família baseada no Índice de Vulnerabilidade da Saúde (sem risco, baixo risco, médio, elevado e muito elevado risco)³. Os dados avaliados são referentes a cada criança e foram coletados pelo Agente Comunitário de Saúde no momento do cadastro do usuário na UBS de sua referência, sendo registrados no SISREDE e atualizados quando reportada alguma alteração pelo próprio usuário.

Com base no endereço da criança, foi incluída a variável Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Este índice é calculado por meio de indicadores que visam determinar o acesso da população a condições, bens e serviços nas áreas ambiental, cultural, econômica, jurídica e de sobrevivência. Ele permite identificar as regiões da cidade onde vive a população mais vulnerável à exclusão social e em que medida ela ajuda a compor o Mapa da Exclusão Municipal (NAHAS, 2007). Os dados do IVS de Belo Horizonte estão

³Este Índice composto foi elaborado pela SMSA/PBH em 1998 e é uma medida na qual são sintetizadas diferentes variáveis socioeconômicas e do ambiente com o objetivo de analisar características da população de uma determinada área geográfica delimitada. O cálculo do Índice de Vulnerabilidade da Saúde é baseado em oito variáveis – abastecimento de água, esgotamento sanitário, destinação de lixo, número de moradores por domicílio, analfabetismo, rendimento *per capita*, rendimento nominal dos responsáveis pelo domicílio e etnia predominante - agrupadas em duas dimensões, sendo as três primeiras variáveis da dimensão de saneamento e as cinco últimas, da socioeconômica. Considerando essas variáveis, são definidas cinco categorias para o IVS: sem risco, baixo risco, médio, elevado e muito elevado risco (MINAS GERAIS, 2013b).

disponíveis em mapa consultado no site da PBH, e os respectivos códigos do IVS referentes a cada setor geográfico foram obtidos em documento municipal junto à SMSA/PBH.

Todos os dados foram analisados em nível dos distritos sanitários de Belo Horizonte: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, e depois consolidados, gerando dados agregados do município. Os dados foram submetidos à análise descritiva, com obtenção da frequência das primeiras consultas e de tratamento odontológico concluído pelas gestantes. Em relação às crianças de até seis anos, foi calculada a frequência das examinadas pelas ESB dentre as matriculadas no ensino infantil. Entre as crianças examinadas, foi determinada a frequência daquelas com e sem necessidade de tratamento odontológico.

O uso de serviços de saúde bucal pelas crianças que apresentaram alguma necessidade de tratamento odontológico foi avaliado pelo cálculo da frequência de crianças que realizaram primeira consulta no período. Dentre essas, a resolutividade foi medida pelo percentual de tratamento concluído em relação aos tratamentos odontológicos iniciados (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008). Estimou-se ainda a frequência de tratamentos em andamento, evasão ou encaminhamento para a atenção secundária. As crianças que usaram os serviços de saúde bucal foram caracterizadas quanto ao sexo, nível de necessidade (código INTO), idade, etnia, risco socioeconômico da família e Índice de Vulnerabilidade Social. Foi realizada análise de colinearidade entre as variáveis “classificação socioeconômica de risco” e “Índice de Vulnerabilidade Social”, não apresentando correlação forte entre as duas variáveis independentes analisadas. Sendo assim, as duas variáveis foram mantidas na análise. A associação entre uso de serviços e variáveis socioeconômicas foi testada por meio da estimativa de Razão de Prevalência bruta e ajustada, obtidos por análise de regressão de Poisson simples e múltipla.

O pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* v. 17.0 foi usado para análise dos dados.

Aspectos éticos

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), parecer nº 666.596/14 (ANEXO C), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA – PBH), parecer nº 773.635/14 (ANEXO D). Os dados secundários referentes às gestantes e às crianças de até 6 anos foram obtidos junto à SMSA/PBH, mediante autorização de execução por meio da Carta de Anuência Institucional (ANEXO E). Os dados referentes à projeção da população infantil de até 6 anos de Belo Horizonte, para o ano de 2012, foram acessados por meio do sítio de domínio público DATASUS. Todos os gerentes ou gerentes adjuntos das UBS visitadas assinaram o Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (APÊNDICE A), autorizando a coleta dos dados secundários presentes nos prontuários das crianças.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão do estudo serão apresentados no formato de artigo científico, submetido à *Revista de Saúde Pública* (Qualis – Saúde Coletiva A2 / Odontologia B1 - Fator de impacto 1,219).

ARTIGO**USO E RESOLUTIVIDADE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL OFERTADOS A GESTANTES E CRIANÇAS**

Use and resolubility of public oral health services offered to pregnant women and children

TÍTULO RESUMIDO: Uso e resolutividade de serviço odontológico

Cardoso, A. V. L.^I, Vargas, A. M. D.^{II}, Amaral, J. H. L.^{III}, Vasconcelos, M.^{IV}, Machado, K. M.^V, Soares, A. R. S.^{VI}, Ferreira, R. C.^{VII}

I – Aluna do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: andrezavlc@gmail.com / (31)9187-9212

II – Professora associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: vargasnt@task.com.br / (31)3409-2448

III – Professor adjunto do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: jhamaral1@gmail.com / (31)3409-2448

IV – Professora associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: maravas@uol.com.br / (31)3409-2448

V – Aluna de graduação do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: kecy_malheiros@hotmail.com / (31)3409-2448

VI – Aluna de graduação do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: anna.soares@outlook.com / (31)3409-2448

VII – Professora adjunta do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: ferreira_rc@hotmail.com / (31)3409-2448

RESUMO:

Objetivo: Avaliar uso e resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal ofertados a gestantes e crianças. **Método:** Estudo transversal entre gestantes e crianças de até 6 anos cadastradas na Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte - MG. Indicadores de uso e resolutividade para gestantes foram primeira consulta e tratamento odontológico concluído em 2013. Amostra representativa de crianças que necessitavam de tratamento odontológico foi selecionada, seus prontuários foram consultados para avaliação do uso de serviços e situação do tratamento odontológico: concluído, em andamento, evasão e encaminhamento para atenção secundária. Foram ainda coletados idade, sexo e etnia da criança, classificação socioeconômica da família e Índice de Vulnerabilidade Social. Associação entre uso de serviços e variáveis socioeconômicas foi avaliada por análise de regressão de Poisson simples e múltipla. **Resultados:** Em 2013, havia 16.450 gestantes em pré-natal; 9.143 (55,6%) realizaram primeiras consultas odontológicas e 4.793 (52,4%) tiveram seu tratamento concluído. Foram analisados 1344 prontuários de crianças de até 6 anos e 70,1% não apresentaram necessidade de tratamento odontológico. Das que com necessidade, 55,7% não usaram o serviço em 2014. Houve maior prevalência de uso de serviços nas crianças com necessidade de tratamento em 4 a 8 dentes (RP=1,48; IC95%: 1,23-1,78), e em 9 ou mais dentes (RP=1,80; IC95%: 1,32-2,46) e menor naquelas com muito elevado risco socioeconômico (RP=0,79; IC95%: 0,63-0,99). Das que usaram o serviço, 49,6% concluíram o tratamento e 35% estavam em tratamento. **Conclusões:** O uso de serviços odontológicos durante o pré-natal não é uma rotina na rede de atenção à saúde e a resolutividade desses serviços é baixa para esse grupo prioritário. Aproximadamente metade das crianças com necessidade usou o serviço odontológico, sendo maior naquelas com maior necessidade e menor nas com elevado risco socioeconômico. As necessidades em saúde bucal das crianças têm sido resolvidas pelos serviços odontológicos.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; pré-escolar; gestantes; saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the use and resolubility of public oral health services offered to pregnant women and children. **Methods:** Cross-sectional study among pregnant women and children up to 6 years enrolled in the Family Health Strategy of Belo Horizonte - MG. The indicators of the use and resolubility for pregnant women were first dental appointment and completed dental treatment in 2013. Representative sample of children that presented need of dental treatment has been selected, their records were consulted to assess the use of services and status of dental treatment: completed, in progress, evasion and referral to secondary care. Other variables were also collected age, gender and child ethnicity, socioeconomic classification of the family and Social Vulnerability Index. Association between use of services and socioeconomic variables was assessed by single and multiple Poisson regression. **Results:** In 2013, there were 16,450 pregnant women in prenatal care; 9,143 (55.6%) held the first dental appointment and 4,793 (52.4%) had completed their treatment. We analyzed 1344 medical records of children up to 6 years and 70.1% had no need for dental treatment. Those in need, 55.7% did not use the service in 2014. There was a higher prevalence of use of services for children in need of treatment for 4-8 teeth (OR = 1.48; 95% CI: 1.23-1.78), and 9 or more teeth (OR = 1.80; 95% CI: 1.32-2.46) and lower in those with very high socioeconomic risk (OR = 0.79; 95% CI: 0.63-0, 99). Of those who used the service, 49.6% completed the treatment and 35% were under treatment. **Conclusions:** The use of dental services during prenatal care is not a routine health care network and the solving of these services is low for this priority group. Approximately half of the children in need have used dental service, being higher in those with the greatest need and the least with high socioeconomic risk. The oral health needs of children have been resolved by dental services.

Keywords: Health services evaluation; child, preschool; pregnant women; oral health.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os processos de acompanhamento e avaliação das políticas de saúde têm ganhado importância com o desenvolvimento dos serviços de saúde.⁴ A saúde da criança e da mulher são campos de ações estratégicas da Política Nacional da Atenção Básica e o atendimento integral desses grupos é considerado estratégico na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).^{b,6}

A doença bucal de maior prevalência nas crianças é a cárie dentária e é considerada uma prioridade, com alta prevalência em níveis nacional e regional^{7,8}, e lesões cáries na dentição decídua têm se mostrado como preditora de risco de cárie na dentição permanente.^{10,18} No levantamento sobre as condições bucais da população brasileira, realizado em 2010, a prevalência de cárie aos 5 anos foi de 53,4%.^d Levantamentos regionais também evidenciaram resultados semelhantes.^{e,15}

A cárie dentária tem distribuição desigual entre as regiões brasileiras e grupos populacionais.¹⁴ Determinantes individuais, como cor da pele e renda familiar, e determinantes contextuais como adição de flúor na água influenciaram o perfil odontológico, sendo que crianças em condições sociais e econômicas menos favoráveis apresentaram maior experiência de cárie na dentição decídua.²

Esse panorama expressa a iniquidade em saúde bucal e ressalta que a cárie deve ser entendida como resultante da interação entre fatores individuais, comportamentais, condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços de saúde e educação.^{5,13} O acesso aos serviços de saúde, entendido como direito de todos e dever do Estado, constitui-se em um dos determinantes de saúde.^{9,4} O acesso das crianças aos serviços odontológicos pode contribuir na determinação de diferentes níveis de saúde bucal desse grupo.

A organização dos serviços de saúde é considerada determinante do uso de serviços, sendo este ainda influenciado por fatores individuais, da experiência passada de utilização dos serviços e do contexto social do

⁴ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. [citado 2015 jun 25]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

⁵ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [citado 2015 jun 25]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

⁶ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. [citado 2015 jun 25]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>

⁷ Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Assistência à Saúde. Projeto SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. [citado 2015 jun 25]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/>

⁸ Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal. SB Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais. [citado 2015 jun 25]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude>

⁹ Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. [citado 2015 jun 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

indivíduo.¹ Segundo protocolos de orientação ao atendimento de gestantes e crianças dos serviços de saúde,^{10,11,12,13,14,15} todas as gestantes em acompanhamento de pré-natal devem realizar primeira consulta odontológica e todas as crianças devem receber atenção odontológica.

O uso de serviços de saúde bucal não implica em resolutividade, que se refere ao atendimento do usuário frente a uma demanda em saúde.²⁰ Considerando-se os protocolos de gestantes e crianças e os resultados de prevalência de cárie na dentição decídua, surgem algumas indagações: As gestantes estão realizando consulta odontológica durante a gestação? As crianças com até 6 anos de idade estão usando os serviços odontológicos e estes têm resolvido as suas necessidades de saúde bucal? Uma avaliação do uso e da resolutividade dos serviços de saúde bucal pode responder a essas indagações, contribuindo para a reorientação dos serviços na direção de uma atenção à saúde efetiva e resolutiva. O objetivo deste estudo foi avaliar o uso e a resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal ofertados a gestantes e crianças de até 6 anos.

MÉTODOS

Estudo transversal com dados secundários e primários entre gestantes e crianças de até 6 anos cadastradas no Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte é a capital de Minas Gerais, com projeção de 2.491.109 habitantes em 2014¹⁶ e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,810.¹⁷ O município está inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) e contava, em 2013, com 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas por nove distritos sanitários, onde trabalhavam 509 ESF e 261 Equipes de Saúde Bucal (ESB).¹⁸

¹⁰ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Saúde. BH Viva Criança: compromisso com a assistência integral à saúde da criança e adolescente. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/agendadacrianca.pdf>

¹¹ Secretaria de Estado de Saúde (MG). Atenção à saúde da criança. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/564-linhas-guia-sesmg>

¹² Secretaria de Estado de Saúde (MG). Atenção ao pré-natal, parto e puerpério. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/564-linhas-guia-sesmg>

¹³ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Assistência ao pré-natal: protocolos de atenção à saúde da mulher. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/protocoloprenatal.pdf>

¹⁴ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

¹⁵ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

¹⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). População estimada 2014 – Belo Horizonte. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310620>

¹⁷ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (BR). Ranking IDHM Municípios 2010. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/ranking-idhm-municipios-2010.aspx>

¹⁸ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [citado 2015 jun 26]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=310620&NomeEstado=

Os dados secundários para avaliação do uso e resolutividade dos serviços de saúde bucal ofertados para gestantes em 2013 foram os indicadores primeira consulta e tratamento odontológico concluído. Os dados foram acessados no Sistema Gestão em Rede (SISREDE) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e obtidos na Gerência Técnica de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Para avaliar o uso e a resolutividade da atenção em saúde bucal entre crianças, realizou-se coleta de dados primários entre as examinadas em 2014 pelas ESB e com necessidade de tratamento odontológico. Em Belo Horizonte, as ESB realizam anualmente o levantamento de necessidades em saúde bucal das crianças matriculadas na rede de ensino infantil, utilizando o Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO): códigos 00 e 0 – dentes sem cavidade e/ou com restaurações satisfatórias, não apresentando necessidade de tratamento; códigos 1, 2 e 3 – apresentam necessidade de tratamento odontológico (restauração/extração) em até 3; entre 4 a 8; e 9 ou mais dentes, respectivamente. As crianças com necessidade deveriam ser atendidas pelo serviço odontológico e aquelas com código 3 são consideradas evento sentinela e recebem atendimento prioritário precedido de busca ativa pelas ESB.

Inicialmente, realizou-se estudo piloto em cinco UBS de quatro distritos, escolhidos por conveniência. A fórmula de estimativa para proporções foi utilizada para cálculo amostral, considerando-se a frequência de crianças com necessidade de tratamento odontológico de 34,4%, obtida no estudo piloto ($\alpha=0,05$). Foram acrescentados 20% para compensar perdas e 22% para compensar crianças de outras áreas adscritas registradas como examinadas. Após correção para população finita (crianças examinadas), a amostra final mínima foi de 487 crianças.

A seleção da amostra foi estratificada e proporcional ao número de crianças examinadas nos nove distritos sanitários. Foram sorteadas duas UBS de cada distrito e observados os prontuários de todas as crianças examinadas, podendo extrapolar a amostra mínima representativa daquele distrito. Quando necessário, foi sorteada outra UBS para completar a amostra. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2014 a março de 2015.

Em cada UBS, coletaram-se as informações dos prontuários das crianças com necessidades: crianças que não compareceram nenhuma vez; atendidas em 2014; tratamentos concluídos ou em curso, encaminhamento para a atenção secundária e evasão do tratamento (duas faltas consecutivas, sem retorno em 2014).

Foram coletados dados socioeconômicos da criança e da família no SISREDE: idade, etnia e classificação socioeconômica (sem risco, baixo, médio, elevado e muito elevado risco). Com base no endereço da criança, foi obtido o Índice de Vulnerabilidade Social - IVS (baixo, médio, elevado e muito elevado), com dados disponibilizados pela PBH.

Calculou-se a frequência das gestantes com primeira consulta e tratamento concluído e a frequência de primeira consulta entre as crianças que apresentavam necessidade de tratamento. As crianças que usaram os serviços odontológicos foram caracterizadas quanto aos níveis de necessidade (código INTO), idade, etnia, risco socioeconômico da família e IVS. Para essa análise, agrupou-se: etnia branca, preta ou parda/amarela; sem risco/baixo/médio risco socioeconômico; e baixo/médio IVS. A associação entre uso de serviços e variáveis socioeconômicas foi testada por meio da estimativa de Razão de Prevalência bruta e ajustada, por análise de regressão de Poisson simples e múltipla. Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis significativamente associadas ao uso de serviços ($p < 0,05$). Foi usado o pacote estatístico SPSS v. 17.0 para análise dos dados.

Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº. 666.596/14 e do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH, parecer nº 773.635/14. Todos os gerentes das UBS assinaram o Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados.

RESULTADOS

Em 2013, havia 16.450 gestantes em acompanhamento pré-natal cadastradas na ESF de Belo Horizonte. Nesse período, foram realizadas 9.143 primeiras consultas (55,6%) e 4.793 (52,4%) grávidas tiveram seu tratamento odontológico concluído (Tabela 1).

Belo Horizonte possuía 46.151 crianças de até 6 anos matriculadas na educação infantil da rede pública em 2013. Um total de 38.364 (83,1%) foram examinadas pelas ESB no levantamento de necessidades. Nas UBS visitadas, havia registro do levantamento de necessidades de 7.729 crianças, sendo que 5.415 (70,1%) não apresentavam necessidade. Das 2.314 crianças com necessidade, 1344 (58,1%) prontuários foram avaliados. Houve perda de 970 (41,9%) crianças, 666 por serem de outra área adscrita. Não foram localizados prontuários de 304 (13,1%) crianças, que foram excluídas do estudo.

A maioria das crianças tinha 4 anos ou mais (87%), era do sexo masculino (54,1%), possuía etnia parda (64,9%), residia em famílias com classificação socioeconômica de elevado e muito elevado risco (68,6%), e habitava em áreas de médio e elevado IVS (69,4%) (Tabela 2). Entre as crianças com necessidade de tratamento odontológico, 66,3%, 27,8% e 5,9% possuíam necessidade em 1 a 3; em 4 a 8 e em 9 ou mais dentes, respectivamente. Houve um predomínio do código 1 do INTO independentemente do distrito sanitário, idade, sexo, etnia, classificação socioeconômica e IVS (Tabela 3).

De todas as crianças com necessidade, 749 (55,7%) não usaram o serviço odontológico em 2014. Observou-se que a prevalência de uso de serviços foi maior nas crianças com necessidade de tratamento em 4 a 8 (RP=1,48; IC95%: 1,23-1,78) e em 9 ou mais dentes (RP=1,80; IC95%: 1,32-

2,46) e menor naquelas com muito elevado risco socioeconômico (RP=0,79; IC95%: 0,63-0,99). (Tabela 3).

Das 595 (44,3%) que usaram o serviço, 49,6% tiveram seu tratamento odontológico concluído; 35% estavam em tratamento; 5,2% evadiram; e 10,3% foram encaminhadas para atenção secundária. A maior frequência de tratamento concluído foi observada para crianças com até 3 dentes com necessidade e com baixo risco socioeconômico. Crianças com necessidade de tratamento em nove ou mais dentes tiveram maior frequência nas outras situações de atendimento: em tratamento, evasão e encaminhamento. Aquelas com muito elevado risco socioeconômico tiveram maior frequência de evasão dos serviços de saúde bucal (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O uso e a resolutividade dos serviços de saúde bucal ofertados a gestantes e crianças de até 6 anos em Belo Horizonte – MG ainda apresenta limites. Entre as gestantes cadastradas na ESF, aproximadamente metade realizou primeira consulta odontológica, e entre elas, pouco mais da metade concluiu o tratamento. Das crianças com necessidade de tratamento odontológico, 44,3% utilizaram o serviço, observando maior uso em crianças com maior número de dentes com necessidade e menor naquelas cujas famílias foram classificadas como de muito elevado risco socioeconômico.

Para avaliação dos serviços de saúde bucal ofertados às gestantes, utilizaram-se dados secundários, referentes àquelas cadastradas na rede pública de saúde. Os resultados não podem ser extrapolados para o município, já que não foram considerados dados de pré-natal no setor privado. As gestantes cadastradas que realizaram primeira consulta odontológica não foram necessariamente as mesmas que tiveram tratamento odontológico concluído. Os dados das gestantes, porém, se referem ao mesmo período, favorecendo uma estimativa mais precisa da resolutividade do serviço. Não foi disponibilizado o número de gestantes em tratamento com as ESB no ano e muitas delas podem ter feito primeira consulta sem a conclusão do tratamento. As estimativas de necessidade odontológica das crianças não representam a situação do município, já que a amostra foi obtida entre aquelas matriculadas na rede pública de educação infantil, que foram examinadas pelas ESB e apresentavam necessidade de tratamento odontológico. Não foram incluídas crianças matriculadas na rede privada, que estavam fora da escola, e aquelas que não foram examinadas pelas ESB. Nesse trabalho, não foram utilizados dados referentes às ações de caráter coletivo e informativo, embora sejam da rotina das ESB.

Os resultados referentes à atenção odontológica oferecida às gestantes evidenciaram baixo uso e baixa resolutividade. A percepção da gestante sobre a necessidade de tratamento odontológico é permeada por receios e ansiedades¹⁹ e pode ter influenciado esse resultado. Além disso, mesmo que o

protocolo de atendimento à gestante preveja consulta odontológica nesse período, os resultados apontam a necessidade de estudos dos processos envolvidos do encaminhamento à efetivação da consulta odontológica. Surgem, portanto, questionamentos: qual a abordagem da ESF no encaminhamento da gestante para a odontologia? A importância do atendimento odontológico é reconhecida por outros profissionais da ESF? Por que as gestantes não realizam consulta odontológica na gestação? Qual a abordagem da gestante pela ESB na ESF? Contudo, os resultados já apontam a necessidade do trabalho multiprofissional com foco nesse grupo prioritário e o desenvolvimento de ações que busquem desmitificar o atendimento odontológico durante a gestação.¹⁹

Quanto às crianças, observou-se que mais da metade daquelas que necessitavam de tratamento odontológico não usaram os serviços. Estudos encontrados avaliaram o uso de serviços ao longo da vida ou em períodos de até um ano antes da entrevista, independentemente da necessidade de tratamento odontológico da criança. Não foram encontrados estudos que tenham considerado a utilização de serviços entre crianças com necessidade de tratamento reconhecida pelos profissionais. Dois estudos nacionais, entre crianças de até 5 anos, em Pelotas⁶ e Canela⁹, encontraram que 79,3% e 86,7%, respectivamente, nunca usaram o serviço odontológico. Consistente com esses resultados, dados da PNAD 2008 revelaram que, nas crianças até 4 anos, 77,9% nunca tinham ido ao dentista e, entre aquelas que já tinham ido, 79,8% realizaram consulta no último ano antes da pesquisa.¹⁹ Estudos internacionais mostraram prevalências de não uso de serviços variando de 60% a 84%.^{12,21} A menor prevalência de não uso (55,7%) observada no presente estudo comparada aos estudos de base populacional pode ser explicada por se tratar de uma amostra de crianças com necessidade de tratamento. No Maranhão, 50% das crianças que perceberam necessidade de tratamento utilizaram os serviços odontológicos.⁷ Além disso, a prevalência de não uso dos serviços observada nesse estudo pode estar subestimada, uma vez que as crianças que não possuíam prontuário foram excluídas. Com a inclusão dessas crianças entre as que não usaram os serviços, totalizaria 78,3%, percentual próximo aos observados nos estudos de base populacional. Embora menor percentual de crianças não tenha usado os serviços, comparativamente aos estudos populacionais, os resultados podem indicar barreiras no acesso, por características relacionadas ao serviço ou à criança, sua família e seu contexto de vida. Baixa percepção de necessidade em saúde bucal pelos responsáveis da criança¹⁶ e agendamento no horário de trabalho dos pais podem elevar o número de faltas às consultas.⁸ Do mesmo modo, consultas em horário escolar, ausência de confirmação do agendamento⁸ e

¹⁹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008. [citado 2015 jun 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/>

grande demanda reprimida são características observadas nos serviços odontológicos que podem dificultar o seu uso. A aproximação dos serviços à realidade da criança pode favorecer o vínculo, a busca ativa daquelas com maior necessidade e proporcionar oportunidades de trabalho em promoção da saúde fora da clínica.^{c,g}. Além de ações de higiene bucal supervisionada^c e aplicação tópica de flúor em pré-escolares^c, uma iniciativa que pode aumentar o acesso da criança aos serviços odontológicos é o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 como estratégia intersectorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação para promover a atenção integral à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica.²⁰

Crianças com maior número de dentes com necessidade apresentaram maior prevalência de uso de serviços. Em consonância com esses achados, a presença de cárie foi associada a maior prevalência de uso de serviços.^{11,16} A priorização no atendimento de crianças com maior necessidade pode também explicar o maior uso nesse grupo e a busca pela equidade na organização da oferta. O governo, por meio da Atenção Básica e de sua política respectiva, busca o desenvolvimento de ações em defesa dos menos favorecidos socioeconomicamente, garantindo que o princípio da equidade seja realidade nos serviços de saúde do país.^b

Crianças de famílias com muito elevado risco socioeconômico apresentaram menor prevalência de uso de serviços. Esse resultado pode refletir a existência de iniquidades na utilização de serviços de saúde no município. Condições de vida desfavoráveis têm sido associadas a maiores níveis de cárie dentária.² Nesse estudo, a maior prevalência de crianças com 9 ou mais dentes com necessidade (evento sentinela) foi observada entre as crianças com muito elevado risco socioeconômico. Esperava-se maior uso de serviços nesse grupo, já que constatou-se que a necessidade determina o uso. Observou-se que, independentemente ou mesmo na presença de necessidade, aspectos sociais foram associados ao menor uso. O indicador de risco socioeconômico, adotado pelo município e usado nesse estudo, sintetiza variáveis socioeconômicas e do ambiente, como, por exemplo, abastecimento de água, esgotamento sanitário, analfabetismo e renda *per capita*. O maior risco socioeconômico pode representar um contexto de vida desfavorável ao uso de serviços, representado por baixa percepção da necessidade de tratamento, baixo empoderamento e disponibilidade de informação, pequenas possibilidades de escolhas saudáveis e absenteísmo nos serviços.^{2,8} A priorização e o planejamento das ações em saúde bucal devem levar em conta, além da necessidade observada nos levantamentos, outros determinantes de saúde, principalmente nos grupos menos favorecidos.

Os resultados referentes às situações de atendimento odontológico também reforçam as desigualdades na atenção, pois há menor prevalência de tratamento concluído e maior prevalência de evasão entre as crianças de muito

²⁰ Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. [citado 2015 jun 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

elevado risco socioeconômico. Chama atenção o percentual de evasão de crianças evento sentinela. Embora não tenha sido avaliada as ações das ESB frente a esta situação, percebe-se que há a oferta de serviço, pois é registrada a falta da criança, mas acontece o absenteísmo, mesmo na presença de muita necessidade. A rede possui como protocolo a busca ativa dessas crianças, mas ainda há persistência da situação, deixando questionamentos do que deve ser feito para trazê-las ao serviço.

A resolutividade foi calculada pela razão entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta, sendo que aproximadamente metade das crianças não concluiu o tratamento, resultado inferior ao observado em Marília, SP, de 83,6%.³ No estudo de Marília, SP, a relação entre tratamento concluído e primeira consulta foi utilizada na comparação da resolutividade entre o serviço de saúde bucal ofertado para crianças maiores de 2 anos, por equipes vinculadas e não vinculadas à ESF.³ Os autores observaram que a resolutividade de 83,6% das ESB na ESF foi duas vezes maior do que a obtida pelas equipes que trabalhavam no modelo tradicional.³ A menor resolutividade observada no presente estudo pode ser explicada pela inclusão somente de crianças de até seis anos, que podem demandar maior número de consultas para a conclusão do tratamento, em função do manejo clínico e comportamental, e ao absenteísmo, mais frequente nessa idade.⁸ Não foram encontrados outros estudos sobre resolutividade dos serviços de saúde, o que dificultou a comparação dos resultados. Adicionando-se as crianças com tratamento em curso (35%) ao percentual de crianças com tratamento concluído, constatou-se que o serviço está respondendo às necessidades odontológicas por meio do atendimento clínico, fato reforçado pela observação de maior prevalência de crianças evento sentinela em tratamento.

A atenção à saúde bucal de gestantes e crianças é uma realidade desafiadora aos serviços de saúde. O uso de serviços odontológicos durante o pré-natal não é uma rotina na rede de atenção à saúde e a resolutividade desses serviços é baixa para esse grupo prioritário. Fica evidente a necessidade de maior articulação dos serviços de saúde bucal com equipes da ESF, garantindo o tratamento odontológico durante a gestação. Evidenciou-se a existência de iniquidades no uso e na resolutividade dos serviços de saúde bucal para criança. Aproximadamente metade das crianças com necessidade usou o serviço odontológico, sendo maior naquelas com maior necessidade e menor nas com muito elevado risco socioeconômico. Os serviços de saúde bucal em Belo Horizonte têm dificuldades de atingir as crianças com piores classificações socioeconômicas. Um novo critério de priorização de atendimento odontológico deve ser construído, baseando-se na combinação da classificação do código INTO e do risco socioeconômico da população, fazendo com que a abordagem familiar feita pelas ESB na ESF considere, além da necessidade de tratamento, fatores sociais e condições de vida nas estratégias que visem o aumento do uso de serviços pelas crianças.

TABELAS

Tabela 1. Número de primeira consulta odontológica e tratamento concluído da população geral e gestantes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Distrito sanitário	Primeira consulta geral	Tratamento concluído geral	Primeira consulta gestante	Tratamento concluído gestante
Barreiro	26.020	19.488	1.667	1.238
Centro-sul	11.210	9.252	632	324
Leste	12.946	8.550	943	381
Nordeste	17.773	14.749	1.033	543
Noroeste	13.285	10.968	1.003	531
Norte	20.311	14.009	1.077	529
Oeste	19.748	15.316	914	442
Pampulha	9.919	7.753	636	320
Venda Nova	17.146	11.735	1.238	485
Belo Horizonte	148.358	111.820	9.143 (55,6% do total de gestantes cadastradas na ESF)	4.793 (52,4% de PC gestante)

Fonte: Consolidado Ficha 5Q6. Coordenação Técnica em Saúde Bucal – Gerência de Assistência – SMSA/PBH, 2013.

Tabela 2. Caracterização da amostra total de crianças de até 6 anos e com diferentes níveis de necessidade de tratamento odontológico segundo variáveis socioeconômicas, por distrito sanitário. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (n=1344).

Variável	Amostra total n (%)	Níveis de necessidade (Código INTO)		
		INTO 1 n (%)	INTO 2 n (%)	INTO 3 n (%)
Distrito sanitário (1344)				
Barreiro	155 (11,5)	95 (61,3)	51 (32,9)	9 (5,8)
Centro-sul	289 (21,5)	178 (61,6)	93 (32,2)	18 (6,2)
Leste	119 (8,9)	79 (66,4)	30 (25,2)	10 (8,4)
Nordeste	157 (11,7)	99 (63,1)	51 (32,5)	7 (4,5)
Noroeste	101 (7,5)	70 (69,3)	26 (25,7)	5 (5,0)
Norte	80 (6,0)	63 (78,8)	12 (15,0)	5 (6,3)
Oeste	156 (11,6)	127 (81,4)	27 (17,3)	2 (1,3)
Pampulha	49 (3,6)	39 (79,6)	8 (16,3)	2 (4,1)
Venda Nova	238 (11,7)	141 (59,2)	76 (31,9)	21 (8,8)
Idade (1344)				
1	4 (0,3)	3 (75,0)	1 (25,0)	0
2	23 (1,7)	12 (52,2)	8 (34,8)	3 (13,0)
3	147 (10,9)	103 (70,1)	40 (27,2)	4 (2,7)
4	332 (24,7)	219 (66,0)	89 (26,8)	24 (7,2)
5	424 (31,5)	275 (64,9)	123 (29,0)	26 (6,1)
6	414 (30,8)	279 (67,4)	113 (27,3)	22 (5,3)
Sexo (1344)				
Masculino	727 (54,1)	480 (66,0)	203 (27,9)	44 (6,1)
Feminino	617 (45,9)	411 (66,6)	171 (27,7)	35 (5,7)
Etnia (870)				
Branca	210 (24,1)	148 (70,5)	51 (24,3)	11 (5,2)
Preta	81 (9,3)	53 (65,4)	22 (27,2)	6 (7,4)
Amarela	14 (1,6)	12 (85,7)	2 (14,3)	0
Parda	565 (64,9)	350 (61,9)	177 (31,3)	38 (6,7)
Classificação socioeconômica (1047)				
Sem risco	52 (5,0)	30 (57,7)	19 (36,5)	3 (5,8)
Baixo risco	90 (8,6)	60 (66,7)	25 (27,8)	5 (5,6)
Médio risco	187 (17,9)	129 (69,0)	51 (27,3)	7 (3,7)
Elevado risco	429 (41,0)	269 (62,7)	134 (31,2)	26 (6,1)
Muito elevado risco	289 (27,6)	190 (65,7)	76 (26,3)	23 (8,0)
Índice de Vulnerabilidade Social (1137)				
Baixo	48 (4,2)	38 (79,2)	9 (18,8)	1 (2,1)
Médio	418 (36,8)	275 (65,8)	113 (27,0)	30 (7,2)
Elevado	371 (32,6)	245 (66,0)	108 (29,1)	18 (4,9)
Muito elevado	300 (26,4)	183 (61,0)	95 (31,7)	22 (7,3)

Tabela 3. Análise univariada e bivariada da associação entre uso de serviços de saúde bucal e variáveis código INTO, idade, etnia, classificação socioeconômica e Índice de Vulnerabilidade Social. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

	Uso de serviços de saúde bucal		RP_{bruta}	RP_{ajustada}*
	Sim (n=595) n (%)	Não (n=749) n (%)		
Níveis de necessidade (Código INTO)				
1	333 (37,4)	558 (62,6)	1	1
2	207 (55,3)	167 (44,7)	1,48 (1,25-1,70)	1,48 (1,23-1,78)
3	55 (69,6)	24 (30,4)	1,86 (1,40-2,48)	1,80 (1,32-2,46)
Idade				
≤ 2 anos	11 (54,8)	95 (45,2)	1	
3 anos ou mais	584 (44,3)	733 (55,7)	1,08 (0,60-1,98)	-
Sexo				
Masculino	311 (42,8)	416 (57,2)	1	-
Feminino	284 (46,0)	333 (54,0)	1,08 (0,92-1,26)	
Etnia				
Branca	115 (54,8)	95 (45,2)	1	
Preta	35 (43,2)	46 (56,8)	0,78 (0,54-1,15)	-
Amarela e Parda	276 (47,7)	303 (52,3)	0,87 (0,70-1,08)	
Classificação socioeconômica				
Sem/baixo/médio risco	173 (52,6)	156 (47,4)	1	
Elevado risco	211 (49,2)	218 (50,8)	0,93 (0,77-1,14)	0,92 (0,75-1,1)
Muito elevado risco	122 (42,2)	167 (57,8)	0,80 (0,64-0,99)	0,79 (0,63-0,99)
Índice de Vulnerabilidade Social				
Baixo/médio	169 (45,6)	202 (54,4)	1	-
Elevado	121 (40,3)	179 (59,7)	0,85 (0,70-1,04)	
Muito Elevado	539 (47,4)	598 (52,6)	0,83 (0,65-1,05)	

* Modelo ajustado por idade e sexo.

Tabela 4. Caracterização das crianças de até 6 anos com necessidade de tratamento odontológico e que usaram os serviços de saúde bucal em 2014 segundo situação de atendimento odontológico. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (n=595).

	Situação de atendimento odontológico			
	Tratamento concluído n (%)	Em tratamento n (%)	Evasão n (%)	Encaminhamento para atenção secundária n (%)
Amostra total	295 (49,6)	208 (35,0)	31 (5,2)	61 (10,3)
Níveis de necessidade (Código INTO)				
1	201 (60,4)	89 (26,7)	14 (4,2)	29 (8,7)
2	84 (40,6)	93 (44,9)	12 (5,8)	18 (8,7)
3	10 (18,2)	26 (47,3)	5 (9,1)	14 (25,5)
Distrito sanitário				
Barreiro	57 (57,0)	35 (35,0)	2 (2,0)	6 (6,0)
Centro-sul	54 (52,4)	43 (41,7)	2 (1,9)	4 (3,9)
Leste	19 (27,1)	35 (50,0)	1 (1,4)	15 (21,4)
Nordeste	58 (62,4)	19 (20,4)	5 (5,4)	11 (11,8)
Noroeste	19 (50,0)	10 (26,3)	2 (5,3)	7 (18,4)
Norte	24 (72,7)	7 (21,2)	2 (6,1)	0
Oeste	20 (58,8)	9 (26,5)	3 (8,8)	2 (5,9)
Pampulha	18 (66,7)	4 (14,8)	1 (3,7)	4 (14,8)
Venda Nova	26 (26,8)	46 (47,4)	13 (13,4)	12 (12,4)
Idade				
≤ 2 anos	3 (27,3)	6 (54,5)	0	2 (18,2)
3 anos ou mais	292 (50,0)	202 (34,6)	31 (5,3)	59 (10,1)
Sexo				
Masculino	165 (53,1)	103 (33,1)	17 (5,5)	26 (8,4)
Feminino	130 (45,8)	105 (37,0)	14 (4,9)	35 (12,3)
Etnia				
Branca	58 (50,4)	40 (34,8)	8 (7,0)	9 (7,8)
Preta	20 (57,1)	13 (37,1)	1 (2,9)	1 (2,9)
Amarela e Parda	120 (43,5)	107 (38,8)	13 (4,7)	36 (13,0)
Classificação socioeconômica				
Sem/baixo/médio risco	95 (54,9)	54 (31,2)	5 (2,9)	19 (11,0)
Elevado risco	100 (47,4)	79 (37,4)	11 (5,2)	21 (10,0)
Muito elevado risco	55 (45,1)	46 (37,7)	12 (9,8)	9 (7,4)
Índice de Vulnerabilidade Social				
Baixo/Médio	122 (49,0)	87 (34,9)	10 (4,0)	30 (12,0)
Elevado	88 (52,1)	51 (30,2)	14 (8,3)	16 (9,5)
Muito elevado	57 (47,1)	54 (44,6)	3 (2,5)	7 (5,8)

REFERÊNCIAS

1. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q*, v. 51, p. 95-124, 1973.
2. Ardenghi TM, Piovesan C, Antunes JLF. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. *Rev Saude Publica*, v. 47, supl. 3, p. 129-37, 2013. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004352
3. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.20102012
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
5. Duijster D, Van Loveren C, Dusseldorp E, Verrips GHW. Modelling community, family and individual determinants of childhood dental caries. *Eur J Oral Sci*, v.122, p. 125-133, 2014. DOI: 10.1111/eos.12118
6. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 40, n. 5, p. 451-8, oct. 2012. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2012.00694.x
7. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 629-640, fev. 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.23252012
8. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 449-460, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015202.00702014
9. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100015>
10. Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res*, v. 81, n. 8, p. 561-566, 2002. DOI: 10.1177/154405910208100812

11. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health*, v. 13, n. 60, 2013. DOI: 10.1186/1472-6831-13-60
12. Mantonanaki M, Koletsi-Kounari H, Mamai-Homata E, Papaioannou W. Prevalence of dental caries in 5-year-old Greek children and the use of dental services: evaluation of socioeconomic, behavioural factors and living conditions. *International Dental Journal*, v. 63, p. 72-79, 2013. DOI: 10.1111/idj.12016
13. Melo MMDC, Souza WV, Tavares MC, Lima MLC, Jamelli S, Couto GBL. Social conditions and high levels of dental caries in five-year-old children in Brazil. *Journal of Dentistry for Children*, v. 82, n. 1, jan./abr. 2015.
14. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 19, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600004&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000600004> Acesso em: 10 nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000600004>
15. Palma ABO, Martins AMEBL, Ferreira RC, Rodrigues LAM, Cachoeira NL, Borges CFN, et al. Saúde bucal de crianças de 5 anos de idade de Montes Claros, Brasil. *Rev Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica>>. Acesso em: 10 de nov. 2014.
16. Rodrigues LAM, Martins AMEBL, Silveira MF, Ferreira RC, Souza JGS, Silva JM, et al. Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4247-4256, 2014. DOI: [10.1590/1413-812320141910.13382013](https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.13382013)
17. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med*, v. 294, n. 11, p.582-588, mar 1976.
18. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Int J Paed Dent*, v. 16, p. 152-160, 2006. DOI: [10.1111/j.1365-263X.2006.00720.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2006.00720.x)
19. Trevisan CL, Pinto AAM. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. *Arch Health Invest.*, v. 2, n. 2, p. 29-35, 2013.
20. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>
21. Virtanen JI, Berntsson LT, Lahelma E, Köhler L, Murtomaa H. Children's

use of dental services in the five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health*, v. 61, p. 1080-1085, 2006. DOI 10.1136/jech.2006.052910

Agência financiadora: Fapemig (Edital 2012 PPSUS Redes - APQ-03442-12)

Baseado na dissertação de mestrado de Cardoso AVL, intitulada: “Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de até seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certa vez, conversando com uma aluna de doutorado, fui questionada do porquê minha pesquisa abordava gestantes e crianças na rede pública de saúde, se o universo acadêmico precisava de trabalhos com populações ainda não muito estudadas, como a faixa etária de adultos brasileiros. Naquela época, não soube responder.

Hoje, após dois anos desse questionamento, e observando a realidade descrita nesse trabalho, eu responderia que, mesmo após tantos estudos, a rede ainda precisa de trabalhos que apontem algumas direções para a melhoria do atendimento desses grupos prioritários. E vejo o quanto essa dissertação pode contribuir nesse sentido.

Admito que as realidades existentes na rede de saúde de Belo Horizonte são muito distintas. Durante a coleta de dados primários, observamos diferentes formas de arquivamento de prontuários, de determinação de prioridades de atendimento, de espaços físicos, de entrosamento e composição de Equipes de Saúde Bucal. Sei que cada uma dessas características, entre várias outras, interfere numa realidade em saúde que foi vista em seu lado quantitativo. E aí se encontra o desafio maior: fazer com que realidades evidenciadas em números se tornem mudança numa rede tão heterogênea.

O universo acadêmico está repleto de trabalhos sobre gestantes e crianças? Sim. E espero que permaneça repleto pelo tempo necessário até que esses dados, lançados com persistência e esperança, atinjam as realidades de saúde e provoquem mudanças para um atendimento verdadeiramente resolutivo desses dois grupos prioritários de atenção.

7 REFERÊNCIAS GERAIS

1. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Castro e Silva DI, Santos SC. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em área de abrangência do PSF em Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 9, n. 3, p. 247-252, jul./set. 2009.
2. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, p. 1-10, mar. 1995.
3. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q*, v. 51, p. 95-124, 1973.
4. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 79-87, 2006.
5. Ardenghi TM, Piovesan C, Antunes JLF. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, supl. 3, p. 129-37, 2013.
6. Ardenghi TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilization in preschool children. *Oral Health Prev Dent.*, v. 10, n. 1, p. 17-27, sep./oct. 2012.
7. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, sup. 2, p. S272-S283, 2011.
8. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-152, jan./fev. 2004.
9. Barreto DM, Paiva SM, Ramos-Jorge ML, Ferreira MC. Avaliação da eficácia de uma atividade educativo-preventiva com pré-escolares: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, v. 49, n. 3, p. 113-121, jul./set. 2013.

10. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação. *Escola Integrada*. Belo Horizonte, 2015. [citado 2015 mai 12]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=educacao&lang=pt_BR
11. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação. Gerência de Coordenação da Educação Infantil. *Atendimento Geral à Educação Infantil – 2013*. Relatório. Belo Horizonte, 2013.
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Governo. Lei nº 10.552, de 10 de outubro de 2012. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 2012.
13. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto Global de Saúde Bucal*. Belo Horizonte, 2006. [citado 2015 maio 12]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/projetoglobalsaudebucal.pdf>
14. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Resolução n. 2, de 26 de agosto de 2014. Divulgar as estimativas da população, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 ago. 2014. Seção 1, p. 98
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Consulta de Estabelecimentos por CNES - ano base 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em: 25 mar. 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*.

- Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 272 p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente por faixa etária detalhada. Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acesso em: 17 fev. 2015.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. 62 p.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92 p.
 22. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde - 2008*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. 245 p.
 23. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 dez. 2007. Seção I, n. 234, p.2.
 24. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde - 2003*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2005. 169 p.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 16 p.
 26. 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: Ministério

- da Saúde, 2004b. 68 p.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.
 28. Brasil. Ministério de Estado da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção I, p. 85.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.
 30. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055.
 31. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Seção II: Da Saúde*. Brasília, DF: Senado 1988.
 32. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014.
 33. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
 34. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 87-97, 2012.
 35. Campos FE. Discussão do conceito de resolutividade. In: Campos FE. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: 1988. p. 77-93.
 36. Carvalho THL, Pinheiro NMS, Santos JMA, Costa LED, Queiroz FS, Nóbrega CBC. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade

- pré-escolar do município de Patos-PB. *Rev Odontol UNESP*, v. 42, n. 6, p. 426-431, nov./dez. 2013.
37. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 116-123, 2013.
 38. Catani DB, Meirelles MPMR, Sousa MLR. Cárie dentária e determinantes sociais de saúde em escolares do município de Piracicaba - SP. *Rev Odontol UNESP*, Araraquara, v. 39, n. 6, p. 344-350, nov./dez. 2010.
 39. Celeste RK, Nadanovsky P, Ponce de Leon A. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007.
 40. Codato LAB, Nakama L, Cordoni-Júnior L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.
 41. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepção de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1075-80, 2008.
 42. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZAM (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 29-46.
 43. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. (Org.). *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.
 44. D'Aguiar JMM. *O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)*. 2001. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2001.
 45. Degani VC. *A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde*. 2002. 197 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2002.

46. Donabedian A. The quality of Care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*, v. 121, nov. 1997.
47. Duijster D, Van Loveren C, Dusseldorp E, Verrips GHW. Modelling community, family and individual determinants of childhood dental caries. *Eur J Oral Sci*, v.122, p. 125-133, 2014.
48. Dumont AFS, Salla JT, Vilela MBL, Morais PC, Lucas SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1017-1022, 2008.
49. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995. 687 p.
50. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.
51. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programáticas e dos direitos humanos. *Rev Lat-am Enfermagem*, v. 15, n. 6, nov.dez. 2007.
52. Giovanella L, Fleury S. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. In: Eibenschutz C. (Org.) *Política de saúde: o público e o privado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p. 175-198.
53. Giudice ACMP; Pezzato LM; Botazzo C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 32-42, jan./mar. 2013.
54. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 40, n. 5, p. 451-8, oct. 2012.
55. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 629-640, fev. 2014.
56. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em

- consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 449-460, 2015.
57. Guarienti CA; Barreto VC; Figueiredo MC. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 321-25, set./dez. 2009.
 58. Harrison RL, Veronneau J, Leroux B. Effectiveness of Maternal Counseling in Reducing Caries in Cree Children. *J Dent Res.*, v. 91, n. 11, p. 1032-7, nov. 2012.
 59. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008.
 60. Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann Jr WF. Examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatric Dentistry*, v. 28, n. 2, p. 102-105, 2006.
 61. Lemos LVFM, Myaki SI, Walter LRF, Zuanon ACC. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. *Einstein*, v. 12, n. 1, p. 6-10, 2014.
 62. Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res.*, v. 81, n. 8, p. 561-566, 2002.
 63. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health*, v. 13, n. 60, 2013.
 64. Martello RP, Junqueira TP, Leite ICG. Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 99-108, jan./mar. 2012.
 65. Mattos GCM; Ferreira EF; Leite ICG; Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-82, 2014.
 66. Melo MMDC, Souza WV, Tavares MC, Lima MLC, Jamelli S, Couto GBL.

- Social conditions and high levels of dental caries in five-year-old children in Brazil. *Journal of Dentistry for Children*, v. 82, n. 1, jan./abr. 2015.
67. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal. *SB Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais*. Belo Horizonte: SES-MG, 2013a. 73 p.
 68. Minas Gerais. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012*. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2013b. 24 p.
 69. Minas Gerais. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Assistência ao pré-natal: protocolos de atenção à saúde da mulher*. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2008.
 70. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde da criança*. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2006a. 224 p.
 71. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida*. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006b. 84 p.
 72. Minas Gerais. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *BH Viva Criança: compromisso com a assistência integral à saúde da criança e adolescente*. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2004.
 73. Minayo MCS. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 02-11, 2011.
 74. Nahas MIP. Experiência de construção e perspectivas de aplicabilidade de índices e indicadores na gestão urbana da qualidade de vida: uma síntese da experiência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Prefeitura Municipal de Belo Horizonte*, 2007. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=19630&chPlc=19630&termos=%20%20%20Nahas>>. Acesso em: 10 de jun. 2015.
 75. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 120 p.

76. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 19, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600004](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600004&lng=en)&lng=en.<<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000600004>>. Acesso em: 10 de jun. 2015.
77. Neto ETS; Oliveira AE; Zandonade E; Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-68, 2012.
78. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1509-1516, jul. 2008.
79. Palma ABO, Martins AMEBL, Ferreira RC, Rodrigues LAM, Cachoeira NL, Borges CFN, et al. Saúde bucal de crianças de 5 anos de idade de Montes Claros, Brasil. *Rev Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica>>. Acesso em: 10 de nov. 2014.
80. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo trasnversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 6, n. 4, p. 293-306, 2003.
81. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 999-1010, out./dez. 2006.
82. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. PNUD, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
83. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.


84. Rodrigues LAM, Martins AMEBL, Ferreira RC, Silva JM, Anjos CP, Caldeira TCR, et al. Saúde bucal e perfil sociodemográfico das crianças de 18 a 36 meses de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica>>. Acesso em: 10 de nov. 2014.
85. Rodrigues LAM, Martins AMEBL, Silveira MF, Ferreira RC, Souza JGS, Silva JM, et al. Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4247-4256, 2014.
86. Rosa PC, Iser BPM, Rosa MAC, Slavutzky SMB. Indicadores de saúde bucal de gestantes vinculadas ao programa de pré-natal em duas unidades básicas de saúde em Porto Alegre/RS. *Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais*, v. 43, n. 1, p. 36-43, 2006.
87. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.
88. Santos APP; Nadanovsky P; Oliveira BH. Survey of Brazilian governmental health agencies shows conflicting recommendations concerning oral hygiene practices for children. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1457-63, jul. 2010.
89. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann Jr WF. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics*. v. 114, p. 418-423, 2004.
90. Siqueira MFG; Jardim MCAM; Sampaio FC; Vasconcelos LCS; Vasconcelos LC. Evaluation of an oral health program for children in early childhood. *Rev. odonto ciênc.*, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 4, p. 350-54, 2010.
91. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Int J Paed Dent.*, v. 16, p. 152-160, 2006.
92. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: A “Porta”. In: Starfield B.

- Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 207-246.
93. Travassos C., Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p. 190-8, 2004.
94. Trevisan CL, Pinto AAM. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. *Arch Health Invest.*, v. 2, n. 2, p. 29-35, 2013.
95. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.
96. Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV (Org.) *Distrito Sanitário*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 221-235.
97. Vieira-da-Silva LM. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. 110 p.
98. Vieira-da-Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.
99. , Villa Nova FA, Ambrosano GMB. Tempo de permanência em unidade pré-escolar e as condições de saúde bucal aos 5 anos no município de Tatuí - SP. *Odontol. Clín.-Cient. (online)*, Recife, v. 12, n. 1, jan.mar. 2013.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha 5Q6-N – Movimento Diário/Mensal de Consultas Individuais de Odontologia

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		MOVIMENTO DIÁRIO/MENSAL DE CONSULTAS INDIVIDUAIS DE ODONTOLOGIA														5Q6 - N	
UNIDADE DE SAÚDE												EQUIPE		CÓDIGO DA UNIDADE			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL								BM / MASP/ CPF									
CATEGORIA RESPONSÁVEL		32	CD DO PSF	30	CD	75	TSB	74	TSB DO PSF	DATA							
RELAÇÃO DE USUÁRIO POR NÚMERO DO CARTÃO SUS E MICROÁREA (97, 98, 99)																	
01										08							
02										09							
03										10							
04										11							
05										12							
06										13							
07										14							
ESPECIFICAÇÃO/USUÁRIOS		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	CÓDIGO	TOTAL
IDADE																100	
CONSULTAS	1ª CONSULTA / EXAME CLÍNICO															101	
	1ª CONSULTA DA GESTANTE															163	
	1ª CONSULTA DO PSE															164	
	1ª CONSULTA DO DIABÉTICO															167	
	CONSULTA SUBSEQUENTE															102	
	CONSULTA SUBSEQUENTE DE PRÓTESE															174	
	CONSULTA DE URGÊNCIA															103	
	PRONTO ATENDIMENTO															104	
ATENDIMENTO DOMICILIAR															105		
CODIFICAÇÃO NÍVEL	CÓDIGO 00															165	
	CÓDIGO 0															106	
	CÓDIGO 1															107	
	CÓDIGO 2															108	
	CÓDIGO 3															109	
	CÓDIGO 4															110	
AGIRMO	ALTERAÇÃO DE MUCOSA															166	
	HIPERTENSÃO															168	
	RESPIRADOR BUCAL															169	
PROCEDIMENTOS	TRATAMENTO DE LESÃO DE MUCOSA															170	
	APLICAÇÃO TÓPICA FLÚOR POR INDIVÍDUO															112	
	ORIENTAÇÃO PARA O AUTO CUIDADO/OUTRAS															113	
	ESCOVAÇÃO PRÉVIA AO ATENDIMENTO															114	
	RASPAGEM E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)															115	
	RASPAGEM SUBGENGIVAL (POR SEXTANTE)															117	
	APLICAÇÃO SELANTE POR DENTE															118	
	RESTAURAÇÃO C/ IONÔMERO POR DENTE															119	
	RESTAURAÇÃO C/ AMÁLGAM POR DENTE															120	
	RESTAURAÇÃO C/ RESINA POR DENTE															121	
	CONFECÇÃO DE PROVISÓRIO POR DENTE															122	
	EXODONTIA DECIDUO POR DENTE															123	

PROCEDIMENTOS	EXDDONTIA PERMANENTE POR DENTE																			124	
	TRATAMENTO DE ALVEOLITE POR INDIVÍDUO																				125
	TRATAMENTO HEMORRAGIA POR INDIVÍDUO																				126
	ULOTOMIA / ULECTOMIA / FRENECTOMIA																				127
	DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA - ORAL																				128
	TRATAMENTO DE GUNA POR INDIVÍDUO																				129
	TRAT. PERICORONARITE POR INDIVÍDUO																				130
	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO																				131
	PULPOTOMIA POR DENTE																				132
	PULPECTOMIA POR DENTE																				133
	TRAT. ENDONT. UNIRADICULAR DECÍDUO																				134
	TRAT. ENDONT. MULTIRADICULAR DECÍDUO																				135
	RECOLOCAÇÃO DE COROA / RMF / CURATIVO																				136
	IMOBILIZAÇÃO DENTAL																				137
	MOLDAGEM PARA PRÓTESE																				138
	ACERTO DE PLANO / PROVA DA PRÓTESE																				139
	INSTALAÇÃO DA PRÓTESE																				140
	AJUSTE / MANUTENÇÃO PERIÓDICA DA PRÓTESE																				141
	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE																				142
	REMOÇÃO DE SUTURA																				143
ENCAMINHAMENTO	PRÓTESE																				144
	CIRURGIA																				145
	ENDODONTIA																				146
	ODONTOPEDIATRIA																				147
	ORTODONTIA																				148
	PERIODONTIA																				150
	ESTOMATOLOGIA																				151
	RADIOLOGIA																				152
	DISFUNÇÃO ATM																				153
	INFECTOLOGIA'S. BUCAL																				154
	UNE																				155
	FISSURA LÁBIO PALATAL																				156
	TC CONFORME CÓDIGO INDIAL	TC DE DIABÉTICO																			
TC DE GESTANTE																					173
CÓDIGO 00																					171
CÓDIGO 0																					157
CÓDIGO 1																					158
CÓDIGO 2																					159
CÓDIGO 3																					160
CÓDIGO 4																					161
CÓDIGO 5																				162	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL / GERÊNCIA																					

ANEXO B

Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal nas Escolas – Belo Horizonte – ano 2015

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS - BELO HORIZONTE - ANO 2015																															
DISTRITO:				CENTRO DE SAÚDE:										DATA: / /2015					PROTESE												
INSTITUIÇÃO:				BEBI DA		FU MO		ALTERAÇÃO MUCOSA							CÁRIE / DOENÇA PERIODONTAL					PPR		PTR		AUSENTE NAO PERMITIU EXAME							
E-MAIL do MONITOR:				S	N	S	N	0	1	2	3	4	5	6	7	O	0	1	2	3	4	5	S		I	S	I	S	I	S	I
Nº	NOME DO ESCOLAR	SEXO	IDADE																												
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
21																															
22																															
23																															
24																															
25																															
26																															
27																															
28																															
29																															
30																															
TOTAL																															

CÁRIE/DOENÇA PERIODONTAL	
CODIGO	
OO	LIVRE DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE (CAVIDADE). NÃO POSSUI RESTAURAÇÕES.
0	NÃO APRESENTA DENTE PERMANENTE E/OU TEMPORÁRIO COM CAVIDADE. NÃO NECESSITA DE RESTAURAÇÃO OU EXTRAÇÃO.
1	APRESENTA ATÉ 03 DENTES PERMANENTES OU TEMPORÁRIOS COM CAVIDADES EVIDENTES, NECESSITANDO DE RESTAURAÇÃO E/OU EXTRAÇÃO.
2	APRESENTA DE 04 A 08 DENTES PERMANENTES OU TEMPORÁRIOS COM CAVIDADES EVIDENTES, NECESSITANDO DE RESTAURAÇÃO E/OU EXTRAÇÃO.
3	APRESENTA 09 OU MAIS DENTES PERMANENTES OU TEMPORÁRIOS COM CAVIDADES, NECESSITANDO DE RESTAURAÇÃO E/OU EXTRAÇÃO.
4	INDICAÇÃO DE EXODONTIA DO RESTANTE DOS ELEMENTOS DENTAIS. APLICA-SE EM USUÁRIOS ADULTOS COM RESTOS RADICULARES E INDICAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL.
5	APRESENTA A CÁRIE DENTÁRIA SOB CONTROLE. A DOENÇA PERIODONTAL APRESENTA-SE COMO O MAIOR PROBLEMA.
*	MARCAR COM UM ASTERISCO QUANDO HOVER QUEIXA DE DOR AGUDA
ALTERAÇÃO DA MUCOSA	
CODIGO	
0	NORMAL
1	BRANCA
2	VERMELHA
3	ENEGRECIDA
4	ARROXEADA
5	ACASTANHADA
6	MUCOSA BUCAL
7	OUTRAS
ABREVIATURA	LEGENDA
PPR	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL
PTR	PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL
USO	Indica que a pessoa usa prótese
NEC	Indica que a pessoa necessita de prótese
I	INFERIOR
S	S - SUPERIOR
	BEBIDA - FUMO
	S: SIM N: NÃO
	SEXO F: FEMININO M: MASCULINO

ANEXO C

Autorização do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG

Pesquisador: RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30709214.7.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 666.596

Data da Relatoria: 28/05/2014

Apresentação do Projeto:

A saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal são três dos dez campos de ações estratégicas descritos na Política Nacional da Atenção Básica. As ações de saúde bucal relacionadas com a saúde da criança e da gestante são muito relevantes nos campos da saúde pública e da epidemiologia, sendo a cárie dentária a doença bucal mais prevalente entre crianças. Estudos comprovaram que crianças que receberam atenção odontológica desde os primeiros anos de vida procuraram menos o serviço de emergência e crianças cujas mães receberam mais instrução acerca de saúde bucal têm menor prevalência de cárie. O projeto tem como objetivo avaliar a atenção à saúde bucal recebida pelas gestantes e crianças de 0 a 6 anos cadastradas no Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte – MG, no ano de 2013. O estudo utilizará dados secundários dos usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, no ano de 2013 e pesquisa nos registros consolidados de atendimento odontológico das Equipes de Saúde Bucal das UBS de Belo Horizonte. Tendo em vista as diretrizes estaduais e municipais e as ações de organização e estruturação dos serviços de saúde, surge a necessidade de avaliar o impacto causado por esses programas na população e no próprio serviço de saúde. No atual projeto, espera-se avaliar a cobertura dos serviços e o impacto das ações e medidas sobre a saúde das crianças e gestantes de Belo Horizonte. As seguintes

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 0027 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-001

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3400-4502

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 006.596

hipóteses serão investigadas: (i) As gestantes cadastradas no SUS do município de Belo Horizonte (BH) em acompanhamento do pré-natal são encaminhadas para avaliação odontológica, mas nem todas são avaliadas e, quando avaliadas, pequena proporção conclui o tratamento. (ii) A cobertura da ESF em relação às crianças de 0 a 6 anos residentes em Belo Horizonte é semelhante à cobertura estimada de toda a população residente no município. (iii) O número de crianças examinadas pelas Equipes de Saúde Bucal é próximo ao número de crianças cadastradas nas ESF de Belo Horizonte. (iv) Há alta prevalência de necessidade de tratamento odontológico nas crianças de 0 a 6 anos que são avaliadas pelas Equipes de Saúde Bucal das ESF de Belo Horizonte. (v) Os procedimentos coletivos relacionados à Saúde Bucal cobrem pequena parcela da população infantil de Belo Horizonte. (vi) Baixa proporção de crianças de 0 a 6 anos examinadas pelas Equipes de Saúde Bucal das ESF de Belo Horizonte acessam o serviço de saúde bucal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a atenção à saúde bucal recebida pelas gestantes e crianças de 0 a 6 anos cadastradas no SUS de Belo Horizonte-MG, no ano de 2013.

Objetivo Secundário

(1) Identificar o número de primeiras consultas odontológicas realizadas pelas gestantes cadastradas no SUS de Belo Horizonte em relação ao número total de gestantes em acompanhamento de pré-natal e a frequência de tratamento concluído dessas gestantes. (2) Determinar a proporção de cobertura da ESF para crianças de 0 a 6 anos residentes em Belo Horizonte.

(3) Analisar o número total de crianças de 0 a 6 anos examinadas pela Equipe de Saúde Bucal em relação ao número de crianças de até 6 anos cadastradas nas Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte.

(4) Analisar o número de crianças com necessidade de tratamento odontológico em relação ao número total de crianças examinadas pelas Equipes de Saúde Bucal das UBS de Belo Horizonte.

(5) Identificar o número de crianças de 0 a 6 anos que participou, na rede pública de saúde de Belo Horizonte, de procedimentos coletivos de Odontologia preconizados pelo SUS. - (6) Analisar o acesso das crianças de 0 a 6 anos aos serviços de Saúde Bucal nas UBS de Belo Horizonte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com o projeto, o estudo não representa nenhum risco aos sujeitos. Serão utilizados

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 0027 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-001

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3400-4502

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 666.596

dados secundários e as visitas aos centros de saúde para consulta aos dados da ESB deverão ser conduzidas em horário agendado em comum acordo, interferindo o mínimo possível na rotina de trabalho das equipes.

Benefícios:

Projetos de avaliação de serviços prestados na rede pública de saúde são necessários a fim de avaliar o impacto causado por esses programas na população e nos próprios serviços de saúde. O processo avaliativo pode reordenar a execução de ações e serviços de saúde; redimensionar as necessidades do público; racionalizar o uso de recursos e promover maior acesso e satisfação dos cidadãos a esses serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal que utilizará dados secundários dos usuários cadastrados nas UBS de Belo Horizonte, no ano de 2013, coletados junto à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e pesquisa nos registros consolidados de atendimento odontológico das Equipes de Saúde Bucal das UBS de Belo Horizonte. Serão utilizados dados secundários das gestantes, buscando o número de gestantes em acompanhamento de pré-natal cadastradas no Sistema Gestão em Rede (SISREDE) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e o número de primeiras consultas odontológicas e de tratamento odontológico concluído de gestante, obtido na ficha 5Q6-N (Movimento diário/mensal de consultas individuais de Odontologia), junto à Gerência de Tecnologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O número total de crianças cadastradas pelas ESF de Belo Horizonte será pesquisado no SISREDE, por meio da Gerência de Tecnologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) serão usados para determinar o número total de crianças residentes em Belo Horizonte. Os dados secundários referentes às crianças de 0 a 6 anos se referem ao número total de crianças examinadas pelas Equipes de Saúde Bucal, obtidos na aba Consolidado do levantamento de necessidades em saúde bucal da ficha 5Q7-N, da Gerência de Assistência/Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A partir dos dados do levantamento de necessidades em saúde bucal, será obtido o número total de crianças com alguma necessidade de tratamento odontológico. Ainda na ficha 5Q7-N (aba Movimento diário-mensal de procedimentos coletivos de Odontologia) serão obtidos os dados referentes ao número de crianças que participaram de procedimentos coletivos de odontologia, sendo eles: ação coletiva de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 0027 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-001
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3400-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 000.590

flúor gel. A pesquisa nos registros consolidados de atendimento odontológico das Equipes de Saúde Bucal das UBS de Belo Horizonte será realizada após a obtenção de uma amostra das UBS por distritos de saúde do município de Belo Horizonte, mantendo a proporcionalidade do número de UBS em cada distrito

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: Projeto de Pesquisa no Formulário da Plataforma, Projeto de Pesquisa Completo, Folha de Rosto Assinada pelo Diretor da Faculdade de Odontologia da UFMG, Parecer Consubstanciado Aprovado pela Câmara do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG, Modelos de Termo de Consentimento para Utilização de Bancos de Dados a serem assinados pela Gerência de Assistência/Coordenação De Saúde Bucal, pela Gerência da Unidade Básica de Saúde e pela Gerência de Tecnologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Brasil.

O projeto propõe dispensa do TCLE e do Termo de Assentimento e a justificativa é que o projeto tem como proposta trabalhar apenas com dados secundários obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. Os dados são agregados, não individuais e oficiais, propõe-se trabalhar com termo de consentimento de uso de banco de dados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta mérito. Pretende-se trabalhar com dados secundários, sem identificação dos participantes. Somos, SMJ, por aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 0027 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-001
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3400-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 666.596

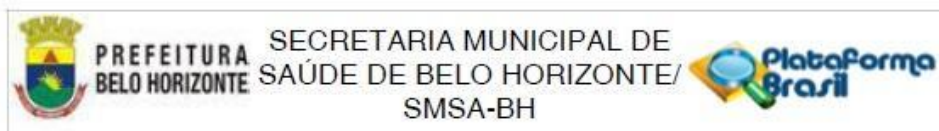
BELO HORIZONTE, 29 de Maio de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-001
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3400-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO D

Autorização do Comitê de Ética em pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Secretaria Municipal de Saúde



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG

Pesquisador: RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30709214.7.3001.5140

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

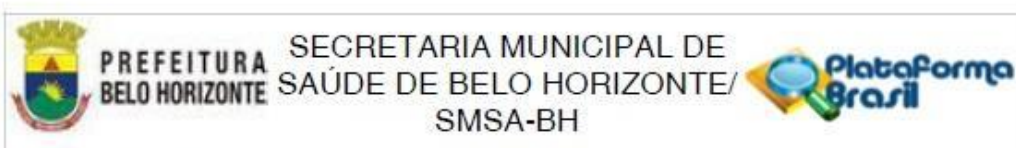
Número do Parecer: 773.635

Data da Relatoria: 10/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa oriundo da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. O estudo pretende construir um panorama da atenção odontológica recebida pelas gestantes e crianças de 0 a 6 anos do município de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo transversal, com utilização de dados secundários dos usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, no ano de 2013, e nos registros consolidados de atendimento odontológico das Equipes de Saúde Bucal das UBS de Belo Horizonte. Por meio da Gerência de Tecnologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (SMSA/PBH), serão obtidos dados referentes ao número de gestantes em acompanhamento de pré-natal cadastradas no Sistema Gestão em Rede (SISREDE); o número de crianças cadastradas pelas Equipes Saúde da Família; o número de primeiras consultas odontológicas e de tratamento concluído de gestante, obtido da ficha 5Q6-N; e o número de crianças que participaram de procedimentos coletivos de odontologia, na ficha 5Q7-N. Já na Gerência de Assistência/Coordenação de Saúde Bucal da SMSA/PBH será obtido o número de crianças que foram avaliadas pelas Equipe de Saúde Bucal no Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal. Uma amostra das UBS por distritos sanitários de Belo Horizonte será realizada a fim

Endereço: Av. Afonso Pena, 2330 - 0º andar	
Bairro: Funcionários	CEP: 30.130-007
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5300	E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 773.635

de avaliar o consolidado do atendimento odontológico do serviço de odontologia das UBS do município. Nesse consolidado, busca-se o número de primeira consulta odontológica e o número de tratamento odontológico concluído por crianças de 0 a 6 anos, entre aquelas avaliadas no levantamento epidemiológico municipal no período anterior (ano 2012).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a atenção à saúde bucal recebida pelas gestantes e crianças de 0 a 6 anos cadastradas no SUS de Belo Horizonte-MG, no ano de 2013.

Objetivo Secundário:

- Identificar o número de primeiras consultas odontológicas realizadas pelas gestantes cadastradas no SUS de Belo Horizonte em relação ao número total de gestantes em acompanhamento de pré-natal e a frequência de tratamento concluído dessas gestantes.- Determinar a proporção de cobertura da ESF para crianças de 0 a 6 anos residentes em Belo Horizonte.

- Analisar o número total de crianças de 0 a 6 anos examinadas pela Equipe de Saúde Bucal em relação ao número de crianças de até 6 anos cadastradas nas Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte.

- Analisar o número de crianças com necessidade de tratamento odontológico em relação ao número total de crianças examinadas pelas Equipes de Saúde Bucal das UBS de Belo Horizonte.

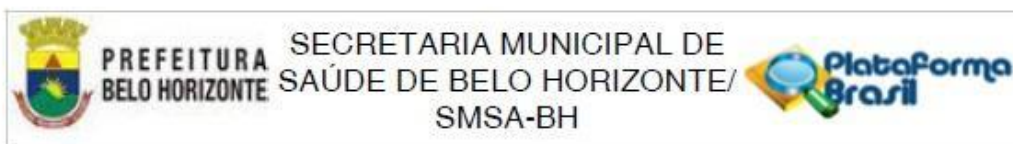
- Identificar o número de crianças de 0 a 6 anos que participou, na rede pública de saúde de Belo Horizonte, de procedimentos coletivos de Odontologia preconizados pelo SUS.- Analisar o acesso das crianças de 0 a 6 anos aos serviços de Saúde Bucal nas UBS de Belo Horizonte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo não representa nenhum risco aos sujeitos. Serão utilizados dados secundários e as visitas aos centros de saúde para consulta aos dados da ESB deverão ser conduzidas em horário agendado em comum acordo, interferindo o mínimo possível na rotina de trabalho das equipes.

Benefícios: Projetos de avaliação de serviços prestados na rede pública de saúde são necessários a fim de avaliar o impacto causado por esses programas na população e nos próprios serviços de saúde. O processo avaliativo pode reordenar a execução de ações e serviços de saúde; redimensionar as necessidades do público; racionalizar o uso de recursos e promover maior acesso e satisfação dos cidadãos a esses serviços.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2330 - 0º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 773.635

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse projeto faz parte de um projeto maior, que recebeu apoio financeiro da Fapemig no Edital PPSUS 2012: Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde: um estudo longitudinal. Está bem descrito e apresenta todos os requisitos metodológicos necessários ao seu desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e estão de acordo com as normas vigentes.
- Os pesquisadores propõem a dispensa do TCLE, com base na seguinte justificativa: "O projeto tem como proposta trabalhar apenas com dados secundários obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. Como os dados são agregados, não individuais e oficiais, propõe-se trabalhar com termo de consentimento de uso de banco de dados". A justificativa está adequada podendo haver dispensa do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

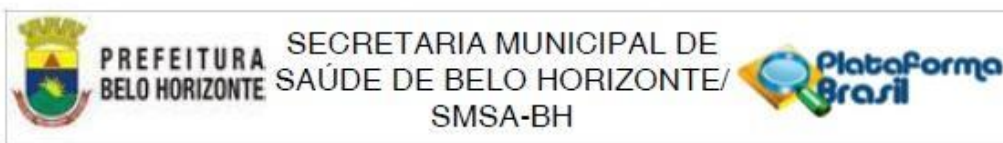
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do

Endereço: Av. Afonso Pena, 2330 - 0º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 773.835

CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 01 de Setembro de 2014

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2330 - 0º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO E

Carta de Anuência Institucional – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte




SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado “Atenção à Saúde Bucal de Gestantes e Crianças de 0 a 6 anos na Rede Pública de Saúde de Belo Horizonte - MG” sob a responsabilidade das pesquisadoras Raquel Conceição Ferreira e Andreza Viana Lopes Cardoso a ser executado com acesso à base de dados do GESTÃO e SISREG, sob guarda e responsabilidade da Coordenação de Saúde Bucal a ser desenvolvido nos Centros de Saúde e níveis distrital e central da Rede SUS/BH.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Autorizo sua execução, desde que respeitadas as exigências legais específicas e que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2014.



Referência Técnica
GEAS

Maria da Conceição Costa
COORDENADORA GERAL DE SAÚDE BUCAL
BIM 30001-4





Dr.ª Maria Luisa Tostes
Gerente da GEAS

De acordo
Ana Pitken
SM 48 247-5

ANEXO F

Submissão do artigo ao periódico *Revista de Saúde Pública*

		Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública
	Informações Gerais	Visualizar Artigo Enviado
	Edição Atual	Utilize esta tela para visualizar o artigo submetido.
	Busca	
	Instruções aos Autores	
	Corpo Editorial	
	Assinatura	Título com o idioma original do manuscrito: Uso e resolutividade de serviços públicos de saúde bucal ofertados a gestantes e crianças
	Sites Correlatos	Título traduzido: Use and resolutibility of public oral health services offered to pregnant women and children
	Fale Conosco	Título resumido: Uso e resolutividade de serviço odontológico
	Submissão de Artigos	
	Sair	

ANEXO G

Normas para publicação no periódico *Revista de Saúde Pública*

INSTRUÇÕES GERAIS

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o checklist correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

CATEGORIA DE ARTIGOS

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação do autor responsável (cadastro)**Nome e sobrenome**

O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência

Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição

Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO**Título no idioma original do manuscrito e em inglês**

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como *figura* ou *tabela*, e numerados seqüencialmente a partir de um, e não como *quadros*, *gráficos*, etc.

Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS**Resumo**

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). Como regra geral, o

resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência se transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

DECLARAÇÕES E DOCUMENTOS

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu

manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Submissão
b. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Aprovação
c. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Aprovação

a. A Carta de Apresentação do manuscrito, assinada por todos os autores, deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

b. AGRADECIMENTOS

Há um campo no formulário de submissão do artigo onde devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos [link](#). Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

c. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais [link](#). O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP .

APÊNDICE

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Título da pesquisa: Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de 0 a 6 anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG.

Orientadora: Prof^a. Dra. Raquel Conceição Ferreira.

Aluna de mestrado responsável: Andreza Viana Lopes Cardoso.

Contato: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – FOUFMG, Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte – MG. CEP: 31270-901. Telefones: 3409-2442 e 3409-2449.

Solicito, junto à Gerência da Unidade Básica de Saúde _____

_____, com base na Lei de Acesso à Informação – Lei Federal nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011 – o acesso aos dados secundários sobre o atendimento de crianças de 0 a 6 anos pelo serviço de odontologia desta UBS, para a realização do projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação da FOUFMG, nível mestrado, intitulado “Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de 0 a 6 anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG”.

O projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a atenção à saúde bucal recebida pelas gestantes e crianças de 0 a 6 anos cadastradas no SUS de Belo Horizonte – MG. É um estudo transversal, envolvendo dados secundários dos usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, no ano de 2014.

A primeira etapa desse estudo busca dados referentes à atenção odontológica recebida pelas gestantes e ao levantamento de necessidades em saúde bucal das crianças de 0 a 6 anos, obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Todos os dados levantados nessa etapa serão trabalhados em nível dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, e depois consolidados, gerando dados agregados do município. Os dados quantitativos resultantes desse levantamento serão submetidos à análise descritiva, com caracterização da frequência das consultas das gestantes com a Saúde Bucal e de tratamento concluído por essas gestantes; a frequência de crianças de 0 a 6 anos com necessidade de tratamento odontológico e avaliadas pela Equipe de Saúde Bucal e a frequência de crianças que participaram de procedimentos coletivos de odontologia realizados pela equipe de saúde. Tais dados revelarão a atual atenção dada a esses dois grupos prioritários, no âmbito do SUS de Belo Horizonte, no que diz respeito à Saúde Bucal.

A segunda etapa do projeto consta de uma pesquisa nos registros do serviço de odontologia das Unidades Básicas de Saúde selecionadas por cálculo amostral previamente realizado. Pretende-se obter, junto ao Levantamento de

Necessidades realizado pela Equipe de Saúde Bucal da UBS, o número de primeira consulta odontológica e o número de tratamento odontológico concluído por crianças de 0 a 6 anos avaliadas no levantamento epidemiológico municipal do ano de 2014. Esses dados revelarão o acesso dessas crianças com necessidade de tratamento odontológico aos serviços de saúde bucal oferecidos no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

Dessa forma, solicita-se, junto à Gerência da Unidade Básica de Saúde, o acesso aos dados das crianças que apresentam necessidade de tratamento odontológico, sendo esses dados provenientes do serviço de odontologia dessa Unidade.

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP –UFMG) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP/SMSA – PBH) e foi aprovado de acordo com os seguintes números de parecer, respectivamente: 666.596/14 e 773.635/14. O acesso aos dados secundários junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte foi solicitado às Gerências específicas do órgão municipal. A coleta de dados referentes ao atendimento odontológico de crianças pelo serviço de odontologia nas UBS de Belo Horizonte será realizada após autorização da Gerência de cada UBS, por meio da assinatura deste Termo de Consentimento de uso de Banco de Dados.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, da UBS _____, autorizo a aluna de mestrado **Andreza Viana Lopes Cardoso** a consultar dados referentes ao atendimento odontológico de crianças de 0 a 6 anos realizado pelo serviço de odontologia que atua nessa Unidade Básica de Saúde. Estou ciente do objetivo da pesquisa e concordo em participar da mesma.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Raquel Conaço Lucira .

Gerente da Unidade Básica de Saúde
Pesquisa

Responsável pelo Projeto de

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar, sala 2005,
Campus Pampulha, Belo Horizonte – MG, 31270-901. Email:
coep@prpq.ufmg.br. Telefax: 31 3409 4592.

CONTATOS ANDREZA: andrezavlc@gmail.com / 9187-9212

PRODUÇÃO INTELECTUAL DESENVOLVIDA DURANTE O CURSO

Artigos científicos publicados em periódicos

CARDOSO, A. V. L.; CHAIN, A. P. N.; INACIO, R.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; MARTINS, A. M. E. B. L.; FERREIRA, R. C. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1267-1284, 2015.

ROSA, M. A. C.; **CARDOSO, A. V. L.**; FERREIRA, E. F.; CAMPOS, M.V.B; PECHANISKY, F.; KESSLER, F. H. P. Prevalence of sugar dependence in a sample of obese individuals of Porto Alegre, Brazil. *Anuario de Investigación en Adicciones*, v. 12, p. 31-36, 2012.

VASCONCELOS, M.; **CARDOSO, A. V. L.**; ABREU, M. H. N. Os Desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em Relação à Saúde Bucal em Município de Pequeno Porte. *Arquivos em Odontologia (UFMG)*, v. 46, p. 98-104, 2010.

Resumos publicados em anais de congressos

CARDOSO, A. V. L.; PINTO, M. Q. C.; GUIMARAES, V.; MARTINS, A. M. E. B. L.; AMARAL, J. H. L.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, R. C. Validade do questionário HIV-AIDS Target Quality of Life (HAT-QoL HIV). In: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014, Vitória. IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia: as fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014.

ROSA, M. A. C.; **CARDOSO, A. V. L.**; COSTA, J. P.; PIRES, D. V.; CAMPOS, M.V.B; GOMES, C. M. A.; SLAVUTSKY, S. M. B.; KESSLER, F. H. P.; FERREIRA, E. F.; PECHANISKY, F. Evidence of preference for higher sucrose solutions in psychoactive substance subjects. In: The College on Problems of Drug Dependence, 2011, Hollywood, Flórida. CPDD 73rd Annual Meeting, 2011.

ROSA, M. A. C.; **CARDOSO, A. V. L.**; PIRES, D. V.; COSTA, J. P.; GOMES, C. M. A.; PECHANSKY, F.; FERREIRA, E. F. Avaliação da impulsividade em indivíduos com dependência de substâncias psicoativas e de açúcar. In: XI Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG; IX Encontro Mineiro das faculdades de odontologia; 3ª reunião de pesquisa científica em saúde bucal coletiva, 2011, Belo Horizonte. Arquivos em Odontologia, 2011. v. 47.

ROSA, M. A. C.; COSTA, J. P.; **CARDOSO, A. V. L.**; PIRES, D. V.; GOMES, C. M. A.; PECHANSKY, F.; FERREIRA, E. F. Dependência de açúcar e transtorno alimentar: um estudo em usuários de tabaco. In: XI Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG; IX Encontro Mineiro das faculdades de odontologia; 3ª reunião de pesquisa científica em saúde bucal coletiva, 2011, Belo Horizonte. Arquivos em Odontologia, 2011. v. 47.

ROSA, M. A. C.; PIRES, D. V.; **CARDOSO, A. V. L.**; COSTA, J. P.; GOMES, C. M. A.; PECHANSKY, F.; FERREIRA, E. F. Diagnóstico de dependência de açúcar: estudo exploratório entre gênero e dependentes de substâncias psicoativas. In: XI Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG; IX Encontro Mineiro das faculdades de odontologia; 3ª reunião de pesquisa científica em saúde bucal coletiva, 2011, Belo Horizonte. Arquivos em Odontologia, 2011. v. 47.

ROSA, M. A. C.; **CARDOSO, A. V. L.**; PIRES, D. V.; COSTA, J. P.; FERREIRA, E. F.; PECHANSKY, F. Diagnóstico de dependência de açúcar: estudo exploratório entre gênero e entre dependentes de substâncias psicoativas. In: 27ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO), 2010, Águas de Lindóia. Brazilian Oral Research, 2010. v. 24.

Apresentações de trabalho em eventos científicos

Apresentação de pôster no IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014.

CARDOSO, A. V. L.; PINTO, M. Q. C.; GUIMARAES, V.; MARTINS, A. M. E. B. L.; AMARAL, J. H. L.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, R. C. Validade do questionário HIV-AIDS Target Quality of Life (HAT-QoL HIV). In: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014, Vitória.

Apresentação de pôster na XX Semana de Iniciação Científica da UFMG, 2011.

CARDOSO, A. V. L.; PIRES, D. V.; COSTA, J. P.; ROSA, M. A. C.; GOMES, C. M. A.; PECHANSKY, F.; FERREIRA, E. F. Avaliação da impulsividade em indivíduos com dependência de substâncias psicoativas e de açúcar. In: XX Semana de Iniciação Científica da UFMG, 2011, Belo Horizonte.