

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Nora Nei Reis Pereira

EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL em crianças com até seis anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte

Belo Horizonte
2017

Nora Nei Reis Pereira

O EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL em crianças com até seis anos de idade, usuárias do sistema único de saúde em Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação, Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da FOUFMG.

Linha de Pesquisa:
Epidemiologia Aplicada ao Serviço de Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Simone Dutra Lucas - FOUFMG
Co-Orientador: Professor Dr. Saul Martins de Paiva - FOUFMG

BELO HORIZONTE

2017

Ficha Catalográfica

P436e Pereira, Nora Nei Reis .
2017 O evento sentinela em saúde bucal em crianças com até
T seis anos de idade, usuárias do sistema único de saúde em
Belo Horizonte / Nora Nei Reis Pereira. -- 2017.

96 f. : il.

Orientadora: Simone Dutra Lucas .

Coorientador: Saul Martins Paiva.

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

1. Saúde pública. 2. Vigilância de evento sentinela . 3. Atenção primária à saúde . 4. Criança . 5. Cárie dentária . I. Lucas , Simone Dutra . II. Paiva, Saul Martins. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Faculdade de Odontologia da UFMG

Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública

Nora Nei Reis Pereira. Evento sentinela em saúde bucal em crianças com até seis anos de idade, usuárias do sistema único de saúde em Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação, Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da FOUFMG.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia Aplicada ao Serviço de Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Simone Dutra Lucas - FOUFMG
Co-Orientador: Professor Dr. Saul Martins de Paiva - FOUFMG

Aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:

Dra. Simone Dutra Lucas

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Dr. Saul Martins de Paiva

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Dra. Carmen Regina dos Santos Pereira

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dra. Sônia Lansky

Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Belo Horizonte, __/__/__

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todas as crianças abandonadas e vítimas de um sistema que exclui e não lhes permite viver dignamente, como merecem.

E aos meus netos Arthur e Heitor, meus amores, que iluminam minha existência e motivam o continuar da minha caminhada a cada dia...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma participaram desta pesquisa...

Aos meus colegas das Equipes de Saúde Bucal dos centros de saúde, que não pouparam esforços para me ajudar a conseguir as informações necessárias.

Ao Hassan da GTIS, Marcus do BH Cidadania, Paulo da GECEDI, que sempre atendiam à minhas demandas com paciência e carinho.

A todos da estatística da SMED, Jaqueline, Adriana, Roberto e Hermes, que me ajudaram fornecendo os dados, sempre com muita boa vontade.

À Equipe de Saúde Bucal, (Ana Pitchon, Letícia, Marco Aurélio, Vânia, Marla, Terezita, Ana Paula, Dirci), por me apoiarem durante toda a pesquisa.

À Terezita e Ana Paula que sempre tinham um colinho pra me dar e não me deixar desistir.

À Luiza de Marilac que sempre me incentivou

Ao meu anjo Eliana que sempre consegue encontrar uma forma de fazer brotar sementes que eu mesma não sabia que haviam sido plantadas.

À Rafaela pela disponibilidade e boa vontade que sempre demonstrou em todo esse processo.

A minha orientadora Simoninha, pela paciência e sua arte de ensinar.

Ao Saul pelas leituras cuidadosas, sempre agregando qualidade à pesquisa.

À Tati, minha companheira de trabalho que tanto fez para que eu tivesse mais tempo para estudar.

Aos meus "pacientes" que tanto incentivaram essa jornada.

Ao Heitor, meu companheiro de jornada, que sempre apoia as escolhas que faço diante da vida.

Aos meus filhos por estarem sempre dispostos a me socorrerem com as novas tecnologias.

Ao meu amado "Divino Espírito Santo" que sempre me ilumina!

EPÍGRAFE

“Quem recebe uma destas crianças em meu nome, está me recebendo; e quem me recebe, não está apenas me recebendo, mas também Àquele que me enviou”.

Marcos 9:36-37

RESUMO

OBJETIVO: Conhecer o perfil das crianças identificadas como evento sentinela em saúde bucal pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de janeiro a outubro de 2016. **MÉTODOS:** Um estudo quantitativo, analítico, exploratório e de análise documental, foi desenvolvido em Belo Horizonte, Brasil, em 2016, envolvendo 545 crianças evento sentinela em saúde bucal. O conceito de evento sentinela adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte envolve a criança de zero a seis anos de idade que apresenta nove ou mais dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração. Foram consultados sistemas de informação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Utilizou-se o banco de dados criado no FormSUS, espaço disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a criação de formulários na *internet*. As variáveis estudadas foram: Índice de Vulnerabilidade à Saúde, raça/cor, idade, sexo, ser beneficiário do Programa Bolsa Família, ser acompanhado pela Estratégia da Saúde da Família, residir na área do BH Cidadania, natureza da instituição escolar e regional de residência. A análise estatística foi realizada no programa SPSS versão 20.0. **RESULTADOS:** A maior parte das crianças reside em áreas de média e elevada vulnerabilidade à saúde, são pardas, têm de cinco a seis anos de idade, são do sexo masculino, não beneficiárias do Programa Bolsa família, não são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, não residem em território do Programa BH cidadania e estudam em instituições próprias da rede municipal de ensino. O evento sentinela está presente em toda a cidade de Belo Horizonte, com maiores prevalências nas regionais Venda Nova, Nordeste, Oeste, Leste e Barreiro. **CONCLUSÃO:** O estudo demonstra como a adoção de políticas sociais abrangentes pode influenciar a situação de saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Pública, Vigilância de evento sentinela, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal, Criança, Cárie Dentária.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To know the profile of children identified as Sentinel Event in oral health by the Municipal Health Department of Belo Horizonte. **METHODS:** A quantitative, analytical, exploratory and documentary analysis study was developed in Belo Horizonte / MG, Brazil, involving 545 children, with a range of ages from zero to six years old. Information systems of the city council were consulted. The Single Health System Form, a service provided by the Ministry of Health, was used. The variables studied were: Health Vulnerability Index, race/color, age, sex, being a beneficiary of the Bolsa Familia Program (Social Program sponsored by government), to be monitored by the Strategy of the Family Health Program, reside in the BH Citizenship Program area, nature of the school and region of residence. Statistical analysis were performed in the SPSS software, 20th version. **RESULTS:** Most children live in areas of medium and high social risk, they are brown, have five to six years old, are male, do not benefit from the Bolsa Familia program, are not accompanied by the Strategy of the Family Health Program, do not reside in the territory of the BH Citizenship Program, and study in institutions of the municipal education network. The sentinel event is present in the nine regions of Belo Horizonte, with a higher prevalence in the regions of Venda Nova, Northeast, West, East and Barreiro. **CONCLUSION:** The study demonstrates how the adoption of comprehensive social policies can influence the oral health situation.

Key words: Public Health, Sentinel Event Surveillance, Primary Health Care, Oral Health, Child, Dental Caries.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição das crianças evento sentinela em saúde bucal por IVS e Distrito Sanitário em Belo Horizonte	52
Figura 2	Distribuição das crianças evento sentinela segundo idade	53
Figura 3	Distribuição dos eventos sentinela segundo acompanhamento por programas sociais	53
Figura 4	<i>Print</i> da tela inicial do formulário “NOTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DO EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL”	75
Figura 5	<i>Print</i> da segunda tela do formulário “NOTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DO EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL”	76

LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro1	Códigos e critérios de classificação do levantamento de necessidades em saúde bucal adotado pela SMSABH	16
Quadro 2	Situação de saúde bucal das crianças de cinco anos de idade nos Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal realizados no Brasil em 2003 e 2010	26
Tabela 1	Distribuição das crianças de zero a seis anos de idade evento sentinela em saúde bucal.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BH	Belo Horizonte
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAT	Centro de Assistência Toxicológica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Número de dentes Cariados, Extraídos e Obturados na dentição decídua
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CS	Centro de saúde
CSB	Coordenação de Saúde Bucal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DS	Distrito Sanitário
EI	Educação Infantil
EMEEI	Escola Municipal Exclusiva de Educação Infantil
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental com turma de Educação Infantil
ESB	ESB Equipe de Saúde bucal
ESF[a]	Estratégia da Saúde da Família
ESF[b]	Equipe de Saúde da Família
FormSUS	Formulário do Sistema Único de Saúde
FOUFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
GERUS	Gerenciamento de Unidade de Saúde
GTIS	Gerência de Tecnologia e Informação de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LN	Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PBF	Programa Bolsa Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PRODABEL	Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte
PUBMED	<u>Público/editora MEDLINE</u>
RT	Referência Técnica
SB	Saúde Bucal
SGE	Sistema de Gestão Escolar
SIGPS	Sistema de Informação e Gestão de Políticas Sociais
SISRED	Sistema de Informação de Saúde em Rede
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SMPS	Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações em Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UMEI	Unidade Municipal de Educação Infantil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1 Panorama da cárie dentária em crianças de cinco anos no Brasil, em Minas Gerais e em Belo Horizonte.....	24
2.2 Conceito de evento sentinela.....	26
2.3 Renda e cárie dentária	29
2.4 Vulnerabilidade social e cárie dentária	30
2.5 Acesso aos serviços de saúde e saúde bucal.....	31
2.6 Programa Bolsa Família e cárie dentária.....	33
2.7 Raça/cor e cárie dentária.....	34
3 PROBLEMA.....	36
4 OBJETIVOS.....	37
5 HIPOTESES.....	38
6 METODOLOGIA.....	39
6.1 Crianças que participaram do estudo	39
6.2 Variáveis e fontes de dados.....	41
7 RESULTADOS	43
8 DISCUSSÃO.....	62
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE: Produto técnico.....	73
ANEXOS: A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	79
B: Normas de submissão da Revista RGO	80
C: Comprovante da submissão do artigo	96

1 INTRODUÇÃO

Belo horizonte (BH) possui uma população de 2.523.794 habitantes (Projeção IBGE para 2017) e desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem construindo uma rede de atenção integral para seus habitantes e se organizando para ampliar o acesso aos serviços de saúde.

A implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF)[a] em BH ocorreu em 2002 apresentando desde então avanços e desafios. Como um de seus avanços é possível constatar a expansão da rede de serviços de seus recursos humanos nos últimos anos (BELO HORIZONTE, 2015).

A Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) é composta por 152 centros de saúde, 59 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) , 76 Academias da Cidade e 09 Centros de Convivência. São 588 equipes na ESF[a], 302 equipes de saúde bucal, 2.336 Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Controle de Endemias , equipes de apoio e saúde mental (BELO HORIZONTE, 2017). A coordenação do cuidado é feito pela APS. A Rede Complementar e a de Urgência asseguram o cuidado continuado e integral para casos mais graves que necessitam de maior densidade tecnológica. A rede Complementar é formada por Centros de Especialidades Médicas, de Reabilitação (CREAB), Odontológicas, além de farmácias, laboratórios e lavanderias distritais de apoio. A rede de Urgências é composta por oito Unidades de Pronto Atendimento e oito hospitais públicos com portas abertas. A rede hospitalar conta ainda com 33 hospitais, entre públicos, filantrópicos e contratados do SUS, para dar suporte às internações (TEIXEIRA *et al.*, 2012)

A Política Nacional de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) tem a sua efetivação por meio do Programa Brasil Sorridente criado em 2003 e na Atenção Primária à Saúde, um de seus mais importantes pilares. A Atenção Primária em Saúde constitui

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a

reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2006, p.8).

Em 2006 a Coordenação de Saúde Bucal de BH optou pela criação de um protocolo para a APS com vistas à padronização de condutas e visando uma melhor organização dos serviços ofertados à população. O processo de construção dos protocolos teve participação ativa das ESB. As discussões foram realizadas no nível local, distrital e central, garantindo o envolvimento de toda a rede. Os protocolos de saúde bucal foram construídos considerando as diretrizes contidas no programa Brasil Sorridente, sendo validados pelo Conselho Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2006).

Segundo Werneck (2009), os protocolos são considerados importantes ferramentas para subsidiar as tomadas de decisões nos diversos problemas detectados no processo de trabalho. São elaborados a partir das diretrizes política, organizacional e técnica, baseados em evidências científicas.

Paim (2004) sugeriu o uso de protocolos assistenciais no processo de trabalho dos profissionais para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população pelo sistema de saúde do Brasil.

O protocolo de saúde bucal da SMSA/BH orienta a realização do levantamento de necessidades em todos os locais, ou grupos onde se pretende atuar, priorizando o atendimento das pessoas com os maiores códigos (BELO HORIZONTE, 2006a). Já é rotina o levantamento nas instituições públicas de ensino, com priorização na agenda para o atendimento das crianças e adolescentes que apresentarem mais necessidades. A decisão de quem deve ser priorizado vem das demandas levadas aos profissionais pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas reuniões de equipe que ocorrem semanalmente. O ACS em suas visitas já identifica pessoas mais vulneráveis

ou vivendo situações de maior vulnerabilidade, como no caso de assentamentos, aglomerados, e isso ajuda no planejamento de atendimento das equipes (BELO HORIZONTE, 2008).

O levantamento de necessidades em saúde bucal é um instrumento de vigilância epidemiológica que mensura as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Refere-se a um recurso de planejamento local, criado pelos trabalhadores da rede SUS BH nos anos 90 e aprimorado ao longo do tempo. É um exame visual da cavidade bucal e registro dos dados em um formulário para a posterior análise e tomada de decisões. É utilizado com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, subsidiando o agendamento para o atendimento individual e orientando a frequência da participação dos usuários nos procedimentos coletivos. É uma classificação individual que gera um panorama coletivo. Esta ferramenta possibilita uma configuração quantificada e qualificada das necessidades de atenção dos grupos, dividindo as necessidades da população em categorias de acordo com a complexidade e o tipo de recurso humano requerido (BELO HORIZONTE, 2008b).

Em Belo Horizonte a SMSA convencionou chamar as crianças até seis anos de idade classificadas como código 3, de Evento Sentinela em saúde bucal (BELO HORIZONTE, 2009b).

A partir dos resultados do levantamento de necessidades é possível identificar as pessoas com maior vulnerabilidade e que mais demandam de atendimento odontológico individual. O QUADRO 1 apresenta os códigos e critérios de classificação do levantamento de necessidades em saúde bucal.

QUADRO 1: Códigos e critérios de classificação do Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal.

CÓDIGO	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO
00	Livre da experiência de cárie. 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 9 ou mais dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração
4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada
5	Apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como o maior problema
*	Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda

Fonte: SMSA/BH/Coordenação de Saúde Bucal

A operacionalização da vigilância epidemiológica possui funções específicas desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia (BRASIL, 2009).

No levantamento de necessidades em saúde bucal da SMSA/BH, a coleta de dados é feita por auxiliares e técnicos em saúde bucal a partir de formulários padronizados. A avaliação visual ocorre em usuários das instituições públicas e conveniadas de ensino (creches), nos grupos operativos, nas campanhas de vacinação, em visitas domiciliares e na demanda espontânea dos centros de saúde.

O processamento dos dados coletados é feito em forma de consolidados por centro de saúde, distrito sanitário e coordenação municipal. A análise e

interpretação dos dados processados nem sempre se dá no nível local e distrital, mas sempre ocorre no nível municipal (BELO HORIZONTE, 2008a).

A recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas no nível local se dá por meio de encaminhamentos e orientações repassadas para o usuário ou responsável. A relação das crianças evento sentinela em saúde bucal é acompanhada pela equipe de saúde bucal. A gerente é informada e articula com os demais profissionais do centro de saúde para que façam a visita domiciliar e o acompanhamento da família. Quando possível a assistente social do Centro de Saúde acompanha a visita. A equipe de saúde da família (ESF)[b] é a responsável pelas ações de prevenção e controle necessários. Se acaso uma criança que pertença a outro território é identificada, a equipe faz contato com o centro de saúde responsável e repassa o nome, endereço, escola onde estuda para que sejam tomadas as medidas necessárias. No nível distrital são agrupadas todas as crianças "evento sentinela" e repassadas as informações para a Coordenação de Saúde Bucal. No nível central o consolidado municipal é acompanhado nominalmente. São estabelecidos contatos com os profissionais dos distritos e centros de saúde no sentido de acompanhar as ações desenvolvidas. Quando necessário, a Secretaria de Educação é acionada. Se uma criança residente em outro município for identificada em escolas de Belo Horizonte como "evento sentinela", são feitos contatos telefônicos com o coordenador de saúde bucal do município vizinho, para que as medidas adequadas de acompanhamento e controle sejam feitas. Em muitos casos o atendimento odontológico destas crianças é realizado em Belo Horizonte por não conseguirem em seus municípios (BELO HORIZONTE, 2008).

A promoção das ações de prevenção e controle acontece no território por meio das ações de escovação diária, orientações para o autocuidado e atendimento odontológico individual (BELO HORIZONTE, 2006).

A avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas é mensurada por meio de gráficos e tabelas, mas sem um tratamento estatístico dos resultados.

A divulgação de informações pertinentes ocorre por meio de relatórios internos, apresentação de resultados em fóruns de gestão e em congressos. O levantamento de necessidades em saúde bucal da SMSA/BH corresponde ao

procedimento Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica (por participante) - código 0101020040 da tabela de procedimentos do sistema de informações em saúde /TABNET do Ministério da Saúde. O exame também foi incluído nas atribuições dos profissionais auxiliares pela Lei 11.889/2008 sancionada pela Presidência da República em 24/12/2008 que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). No Art. 9º destaca-se que compete ao Auxiliar em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal (TSB): inciso XIII - realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal (BRASIL, 2008). Ainda assim o código brasileiro de ocupações de ASB e TSB ainda não foi incluído nas atribuições deste procedimento.

Um dos princípios doutrinários SUS é a equidade, que busca incluir nas ações de atenção à saúde as pessoas excluídas do sistema. Segundo Faria (2013) a equidade se dá a partir da territorialização da saúde, que é uma técnica, mas também uma política de estado.

A equidade, princípio doutrinário do SUS, garante que quem precisa mais receberá mais. É o princípio da justiça social que oferece mais a quem precisa mais independentemente de raça, cor ou credo. A prática da equidade diminui as desigualdades sociais (BRASIL, 1990). O levantamento de necessidades em saúde bucal é uma das ferramentas usadas nos serviços de Belo Horizonte para favorecer o acesso ao atendimento individual com equidade (BELO HORIZONTE, 2008).

Em abril de 2008, diante do grande número de crianças com mais de oito dentes com cavidades consideradas evento sentinela em saúde bucal identificadas nos levantamentos realizados pelo Programa Sorriso de Criança nas creches conveniadas com a PBH, foi definida uma ação de apoio junto aos profissionais dos centros de saúde. Este apoio ocorreu por meio de visitas locais com a participação de uma técnica da Coordenação de Saúde Bucal e uma referência técnica dos Distritos Sanitários. O propósito foi melhorar o acesso destas crianças ao atendimento individual e discutir estratégias para o enfrentamento desta situação.

O Programa Sorriso de criança foi criado em parceria com a Associação Municipal de Assistência Social (AMAS), em 1993 com o objetivo de melhorar a saúde bucal das crianças em vulnerabilidade social. O atendimento era realizado em uma unidade móvel. Em 2013 o convenio acabou, mas as ações por ele desenvolvidas se tornaram política do município para a atenção às crianças da educação infantil de BH (BELO HORIZONTE, 2007).

Inicialmente as visitas aos centros de saúde eram agendadas apenas com os profissionais das equipes de saúde Bucal. No momento da visita o gerente era convidado a participar, caso estivesse disponível. Nas visitas discutia-se sobre as crianças identificadas como Evento Sentinela nos Levantamentos de Necessidades, realizados pelas equipes no território. Os levantamentos de necessidades eram feitos em creches, nas Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI), nas turmas de Educação Infantil das Escolas Municipais e nas Escolas Municipais exclusivas de Educação Infantil (EMEI). As visitas ocorriam em até cinco centros de saúde por dia. À medida que o número de visitas aumentava, aumentava também a percepção de que era preciso um roteiro de abordagem. Também ficou evidente a importância da presença do gerente nestes encontros de equipes, bem como de representantes de outros profissionais da ESF[a]. Considerando que muitos profissionais entram em contato com a criança com evento sentinela em saúde bucal antes do cirurgião dentista, era importante sensibilizar estes profissionais para esta situação. Quando a criança chega ao atendimento odontológico, ela já foi avaliada várias vezes por outros profissionais da ESF[b]. Daí a necessidade de identificar a criança com necessidades em saúde bucal o mais cedo possível. O ideal seria intervir a partir da gravidez. Desta forma, todos teriam que participar deste movimento: o ACS, o grande aliado dos serviços de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos, assistentes sociais.

Com as visitas de abordagem ao controle de Evento Sentinela, vários outros temas também foram abordados. As discussões giravam em torno do planejamento local, intersetorialidade, organização de agenda, promoção de saúde, controle de doenças, avaliação dos serviços, busca ativa, dentre outros. Desta forma, foram visitados todos os centros de saúde com equipe de saúde

bucal, tendo a participação dos profissionais de saúde, gerentes e sempre que possível representante da ESF[b]. (BELO HORIZONTE, 2012b).

Foi criada uma sequência de perguntas para facilitar a abordagem às ESB, diminuindo assim a possibilidade de esquecimento de algum tema importante no acompanhamento do Evento Sentinela, o que tornou as visitas mais produtivas. Esta sequência de perguntas se transformou em um roteiro que passou a ser usado nas visitas. Os bons resultados alcançados, como maior aproximação com a (ESF)[b], busca ativa das crianças com evento sentinela, a inclusão na agenda do tempo para planejar a assistência, apropriação de alguns gerentes sobre o evento sentinela, entre outros, contribuíram para ratificar junto aos demais profissionais da Coordenação de Saúde Bucal a necessidade de uma aproximação maior com as equipes dos Centros de Saúde (CS). Neste período, a Coordenação de Saúde Bucal sistematizou e deu início ao monitoramento do processo de trabalho local junto aos trabalhadores e gerentes dos centros de saúde.

Com as visitas aos Centros de saúde a captação de eventos sentinelas começou a ser feita por mais profissionais nas consultas e nas campanhas de vacinação. As buscas ativas no território foram intensificadas e o monitoramento destas crianças passou a ser feito também pela CSB nas visitas de monitoramento (BELO HORIZONTE, 2013).

Em 2009, foi construído um formulário de Notificação do Evento Sentinela. Também foi definido um fluxo, de forma que todas as crianças atendidas nos consultórios odontológicos fossem acompanhadas pelas ESF[b] e pelas Assistentes Sociais. Os profissionais de saúde bucal foram orientados a conversar com os ACS, para que ficassem mais atentos durante as visitas às casas onde havia uma criança evento sentinela em saúde bucal. Era preciso que os ACS vissem o que não era mostrado e observassem o que não era dito. Havia indícios de que aquelas crianças poderiam estar expostas a situações de violência. Os ACS foram treinados, capacitados, sensibilizados para utilizar este olhar vigilante.

A adesão dos profissionais da ESF[a] ao movimento de identificação da Criança Evento Sentinela foi crescente. As equipes de saúde bucal realizavam

conversas e apresentações para os profissionais das ESF[b] sobre o evento sentinela e sobre o fato de serem os primeiros a ter contato com estas crianças, bem como a importância do encaminhamento para o atendimento odontológico individual. (BELO HORIZONTE, 2009).

O fluxo de notificação do Evento Sentinela em Saúde Bucal possui vários desdobramentos. Se o evento sentinela é identificado no levantamento de necessidades em saúde bucal, imediatamente é preenchido, pela ASB ou TSB, o formulário de notificação. Este formulário é entregue à equipe de saúde bucal do centro de saúde. Um membro da equipe encaminha o formulário preenchido para a Referência Técnica em Saúde Bucal do Distrito Sanitário e esta para a CSB.

A ESB do centro de saúde identifica os dados da criança evento sentinela e verifica a qual equipe ela pertence. Em seguida comunica-se com a equipe de saúde da família para que toda a família seja avaliada. O ACS faz a busca ativa da criança e família para que recebam atenção, inclusive em saúde bucal. No caso da criança pertencer a outro CS fora da área de abrangência da instituição onde estuda, a própria ESB faz contato com a equipe do CS de referência da família. A equipe que fez o levantamento de necessidade comunica que foi encontrado um evento sentinela e repassa todas as informações para que o fluxo seja seguido.

O examinador que identifica a criança evento sentinela também preenche o formulário de encaminhamento para o atendimento individual no centro de saúde e entrega à coordenadora da instituição. Este formulário é entregue aos pais da criança ou responsáveis, para que estes agendem o atendimento no centro de saúde de referência da família.

Com as visitas aos Centros de saúde a captação de eventos sentinelas começou a ser feita por mais profissionais nas consultas e nas campanhas de vacinação. As buscas ativas no território foram intensificadas e o monitoramento destas crianças passou a ser feito também pela CSB nas visitas de monitoramento (BELO HORIZONTE, 2013).

Em 2010, muitos profissionais das equipes de Saúde Bucal da APS ainda enfrentavam dificuldades de compreensão e aplicação das diretrizes e protocolos apresentados. Este fato, bem como a experiência exitosa das visitas realizadas em 2008, levou a Coordenação de Saúde Bucal ao início do monitoramento local junto aos trabalhadores e gerentes dos centros de saúde. Os objetivos do monitoramento foram conhecer o processo de trabalho das ESB no nível local, avaliar as condições concretas em que acontece o trabalho, definir prioridades locais, padronizar condutas, promover a integração das ações individuais e coletivas da saúde bucal com as outras áreas da assistência. Foi construído um roteiro de orientação para as visitas, com instruções do que trabalhar em cada um dos temas definidos para o monitoramento. Este roteiro incluiu a temática do acolhimento/ acesso, planejamento/ organização de agendas, integração com ESF[a]/, gestão participativa, atendimento clínico, ações coletivas / promoção de saúde, controle social, organização técnica/administrativa, educação permanente. À medida que as visitas aos centros de saúde iam acontecendo as instruções eram aprimoradas. Todos os centros de saúde foram visitados e a cada visita um relatório da situação atual era gerado, sendo as propostas de mudanças construídas pelas equipes para melhorar o processo de trabalho e os resultados locais (BELO HORIZONTE, 2013a).

Em 2011 surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) torando as equipes mais preparadas para o processo avaliativo e pactuaram com os gerentes dos respectivos centros de saúde, os pontos que seriam monitorados, acompanhados e avaliados.

“O PMAQ é um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde”. (BRASIL, 2011, p.4).

A terceira visita do monitoramento local do processo de trabalho das equipes de SB permitiu uma primeira aproximação com os indicadores do PMAQ e os indicadores pactuados nas oficinas de qualificação da APS em BH. Para esta fase foi criado um documento de apoio baseado no Contrato Interno de Gestão para ser usado nas visitas (MINAS GERAIS, 2010).

Atualmente existe uma tendência maior das equipes em seguir os protocolos assistenciais, comparado ao período anterior ao monitoramento. No entanto mesmo tendo indicadores e parâmetros para acompanhar e monitorar, as equipes apresentam resultados ainda abaixo do esperado. Como grande desafio, é reconhecido que as ESB ainda não têm o hábito de buscar conhecer e analisar as informações disponíveis no território e no sistema de informação da SMSA/BH com vistas a subsidiar o planejamento de suas ações. Nem mesmo o levantamento de necessidades em saúde bucal realizado anualmente nos espaços coletivos da área de abrangência do centro de saúde é considerado para o planejamento local (BELO HORIZONTE, 2013b).

Em 2014, a SMSA/BH definiu um conjunto de indicadores, para serem monitorados em todos os centros de saúde, distritos sanitários e município. Dentre os indicadores, foi possível incluir um indicador de saúde bucal para ser monitorado. Trata-se da proporção de usuários classificados no levantamento de necessidades com o código 3 em relação ao total de primeiras consultas. Este indicador consta na relação de indicadores elencados em 2014 pela Coordenação de Saúde Bucal para serem acompanhados pelas equipes locais (BELO HORIZONTE, 2015).

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão bibliográfica foi concomitante às ações descritas anteriormente. As Bases bibliográficas consultadas foram Público/editora MEDLINE(PUBMED) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com publicações referentes ao período de 1976 a 2016.

Inicialmente foram realizadas buscas utilizando as palavras chave *Sentinel event and health* no portal Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes), para conhecer a concepção existente sobre evento sentinela. Em seguida buscou se por *Sentinel event and oral health*. As palavras chave usadas a seguir foram acrescentadas àquelas utilizadas no projeto de pesquisa, buscando subsídio teórico para a análise das variáveis do estudo. As buscas foram feitas usando-se as palavras chave correspondente a cada variável na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando o conector *booleano AND*. As buscas foram feitas nos grupos: *Race/color and dental cárie*, *Income and dental cárie*, *Social Vulnerability and dental cárie*, *Family allowance and dental cárie*, *Bolsa Família Program and dental carie* e *Access to health services and oral health*.

2.1 Panorama da cárie dentária em crianças de cinco anos no Brasil, em Minas Gerais e em Belo Horizonte

No Brasil foram realizados quatro importantes levantamentos epidemiológicos em saúde bucal para conhecer o perfil da distribuição das doenças bucais na população. O Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana de 1986 e o Levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1996 contribuíram para o início da construção de uma base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira, e que vem sendo aprimorado, como mostram os relatórios de 2003 e 2010. O esperado destas pesquisas é que seus resultados sejam utilizados para fazer a vigilância em saúde bucal e a criação de políticas públicas coerentes com as necessidades da população, como o caso da Política Nacional "Brasil Sorridente". A criação de uma série histórica do perfil de saúde bucal irá

permitir verificar tendências, planejar e avaliar os serviços públicos (BRASIL, 2012).

A idade índice de cinco anos é usada internacionalmente para aferição do ataque de cárie em dentes decíduos. Nos levantamentos epidemiológicos dos anos de 1986 e 1996, a idade de cinco anos não foi contemplada, mas foi incluída nos inquéritos de 2003 e 2010. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais realizou, junto com o movimento da pesquisa Nacional, a pesquisa Estadual para conhecer as condições de saúde bucal da população mineira, incluindo a idade de cinco anos. Os dados relativos à capital foram colhidos na pesquisa nacional do SB BRASIL 2010 (MINAS GERAIS, 2013).

Os resultados da pesquisa Condições de Saúde Bucal da População Brasileira de 2003 mostraram que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentavam em média pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie e aos cinco anos essa proporção foi de quase 60%. O componente cariado aos cinco anos representou mais de 80% do índice ceo-d, que mede o número de dentes cariados, extraídos e obturados na dentição decídua, e mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses. A pesquisa mostrou que há também uma tendência de crescimento da prevalência em função da idade, um fato comum devido ao caráter cumulativo. Em relação às regiões do Brasil, a Norte, Centro Oeste e Nordeste apresentaram maior prevalência em relação à Sul e Sudeste. Em 2003, na faixa etária de cinco anos, as crianças livres de cárie representavam 40,6 % em relação aos resultados relativos ao Brasil e 44,9% em relação ao Sudeste, bem distante da meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 50% livres de cárie no ano 2000 (BRASIL, 2004).

A pesquisa de 2010 mostrou em seus resultados um pequeno aumento no percentual de crianças livres de cárie aos cinco anos, sendo 51,9 % na região Sudeste e 46,6 % no Brasil. O percentual de crianças sem necessidade de tratamento no Sudeste e Brasil foi respectivamente 91,3% e 89,5%. A média do ceo-d aos cinco anos no Brasil foi de 2,4 dentes; na região sudeste 2,10 e em BH 2,4. O resultado de BH na idade de cinco anos foi diferente dos resultados esperados quando se compara interior e capital, que normalmente o interior tem piores resultados. (BRASIL, 2012).

Os dados do SB Brasil 2010 na faixa etária de cinco anos, em Minas Gerais identificam que 50,5 % das crianças estão livres de carie. Este achado está bem próximo da situação de saúde bucal da região Sudeste (51,9%) e melhor que a média do Brasil (46,6%). Neste levantamento, Belo Horizonte apresentou pior resultado que as demais cidades (45,4% livres de cárie). Quanto ao percentual de crianças com pelo menos um dente com cárie aos cinco anos de idade, Belo Horizonte apresentou o pior resultado (49,8%) em relação ao estado (41,7%), região Sudeste (41,7%) e ao Brasil (47,7%). Aos cinco anos os dentes com cárie são o principal componente do índice ceo-d em Belo Horizonte representando 78,3%. No Estado o componente cariado representou 71,1% do índice ceo-d como pode ser observado no Quadro 2 (BRASIL, 2012).

QUADRO 2: Situação de saúde bucal das crianças de cinco anos de idade nos Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal realizados no Brasil em 2003 e 2010

ANO	2003	2010			
LOCAL	Brasil	Brasil	Sudeste	MG	BH
Livres de cárie	40,6%	46,6%	51,9%	50,5%	45,4%
Cariado	2,3	2,0		1,5	1,9
Obturado/cariado	0,1	0,1		0,1	0,1
Obturado	0,4	0,3		0,5	0,4
Perdido	0,1	0,1		0,1	0,0
ceo-d	2,9	2,4	2,1	2,1	2,4

Fonte: SB BRASIL2003 / SB BRASIL 2010 e SB MINAS GERAIS 2013

2.2 Conceito de Evento Sentinela

Indicadores de evento sentinela são utilizados para avaliar a qualidade dos sistemas de saúde e eficácia da assistência à saúde. Rutstein *et al.* (1976)

em seus estudos para implementar um novo método clínico com o objetivo de medir a qualidade da assistência médica considerou como evento sentinela da qualidade da assistência a ocorrência de doenças desnecessárias, invalidez ou mortes evitáveis. Ainda segundo Rutstein *et al.* (1976) os eventos sentinela são situações que poderiam ser evitadas se os serviços de saúde funcionassem como deveriam. Assim que uma ocorrência do evento é encontrada, é necessário fazer uma investigação para a descoberta de falhas ou de determinantes que o tornaram possível, e assim implantar medidas corretivas, para garantir o funcionamento correto do sistema de saúde. As vantagens do uso dos indicadores evento sentinela (indicadores quantitativos negativos da saúde), para a avaliação da qualidade da atenção à saúde se devem ao fato de serem mais simples, mais definitiva, e menos dispendioso em tempo, dinheiro e pessoal, do que a abordagem global de observação de populações inteiras para a ocorrência de fatores que prejudicam a saúde.

Wigglesworth (1980), em seu artigo “Monitoramento da mortalidade perinatal” cria uma classificação com base nas causas e momento dos óbitos perinatais e as possibilidades de sua prevenção. Enfoca que as causas de morte perinatal devem ser claramente definidas e métodos de eliminação de cada causa descobertos. Utiliza o conceito de evento sentinela, introduzido por Rutstein *et al.* (1976), que se refere a uma situação negativa que poderia ser evitada, mas que acontece porque o serviço de saúde não está equipado para atender as necessidades da população.

Penna (1995), em seu texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto de Gerenciamento de Unidade de Saúde (GERUS): “Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde” utilizou um conceito ampliado de evento sentinela em relação à definição proposta por Rutstein *et al.* (1976) . Considerou o evento sentinela como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente e que a partir da sua ocorrência uma investigação deve ser realizada para identificar e corrigir as falhas que tornaram o evento possível, para melhorar o funcionamento adequado do sistema de saúde. A autora fez um comparativo entre as técnicas, condição marcadora e evento sentinela e citou algumas vantagens da utilização do evento sentinela para avaliação da qualidade da atenção médica,

como o menor custo em relação à coleta de dados, clareza do papel dos serviços de saúde em relação às necessidades da população a ser atendida por ele e ser capaz de identificar fatos na população não coberta pelos serviços de saúde.

Hartz *et al.* (1996), desenvolveu estudo em duas cidades do nordeste brasileiro para construir o perfil do que seria mortalidade infantil evitável. Classificou a mortalidade infantil como um evento sentinela da qualidade da assistência à saúde. Refere-se às mortes evitáveis como mortes consentidas das crianças. Lembra que no conceito de todo evento sentinela deve se realizar a pesquisa para cada ocorrência tida como evitável no nível local ou coletivo e propor as intervenções necessárias para modificar a situação.

De acordo com Lansky *et al.* (2002) a mortalidade infantil é um evento sentinela da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. Os eventos sentinela são óbitos considerados evitáveis, se considerarmos a capacidade dos serviços de saúde e da tecnologia médica disponível produzir resultados satisfatórios relacionados ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 2006 define Evento Sentinela como todo acontecimento que possa causar danos para os serviços de saúde, usuários e ou profissionais deste serviço. Considera a ocorrência de um evento sentinela um sinalizador que os serviços de saúde precisam ser melhorados e que estruturas e falhas nos processos assistenciais podem colocar vidas em risco.

Puccini e Cornetta (2008) em pesquisa realizada em prontos socorros do interior de São Paulo utilizou ocorrências nosológicas que pudessem ser usadas como indicadores evento sentinela no monitoramento da qualidade da rede básica de saúde. Com base no conceito de evento sentinela, as ocorrências identificadas como negativas seriam relacionadas com possíveis falhas ou insuficiências dos serviços básicos de saúde e consequentemente contribuiria para o gestor local no acompanhamento cotidiano da situação dos serviços.

Silvino *et al.* (2012), no estudo “Operacionalização de Evento Sentinela para Vigilância do Uso de Drogas de Abuso” realizado com jovens atendidos

em um hospital de ensino e cadastrados em um Centro de Assistência Toxicológica (CAT) no Noroeste do Paraná em 2010, utilizou o conceito de evento sentinela proposto por Rutstein *et al.* em 1976.

O evento sentinela mortalidade infantil perinatal é considerado mundialmente um marcador da qualidade de vida da população nos países desenvolvidos.

Embora o termo evento sentinela seja muito utilizado na medicina, na odontologia são poucos os trabalhos publicados. Em Belo Horizonte o evento sentinela em saúde bucal - cárie dentária é usado para fazer a vigilância da saúde bucal das crianças menores de seis anos desde 2006. Os eventos sentinelas apontam para situações que precisam ser monitoradas e investigadas com necessidade de intervenções. Estas intervenções vão além do sujeito, normalmente os determinantes sociais do processo saúde doença precisam ser desvendados para que se tornem passíveis de atuação tanto multidisciplinar como multissetorial para melhorar a qualidade de vida da criança. A seguir, para melhor compreender a determinação da cárie dentária, serão abordados os conceitos dos aspectos analisados neste trabalho.

2.3 Renda e cárie dentária

As pesquisas vêm mostrando uma forte relação entre renda e condições de saúde bucal. Segundo Guiotoku *et al.* (2012) a distribuição de renda parece desempenhar um papel importante na vulnerabilidade das populações para os problemas de saúde bucal. As condições de vida de população com baixa renda dificultam o acesso aos serviços de saúde bucal e levam ao acúmulo de necessidades de cuidados odontológicos. A baixa renda causa um aumento da prevalência da cárie precoce nas crianças e dificulta o acesso a serviços efetivos (DODD *et al.*, 2014). A renda familiar e o acesso aos serviços são importantes para se entender as doenças da boca (SANTOS *et al.*, 2011). Populações de baixa renda e famílias que vivem na pobreza têm mais necessidade de atendimento odontológico, maior probabilidade de ter uma saúde bucal ruim e necessidades de tratamento acumulada (DUNCAN, 2014; THOMPSON *et al.*, 2014). Pessoas com baixa renda procuram mais os serviços

públicos de saúde (PINTO *et al.*, 2014). Estudos mostraram que a condição econômica dos pais influencia a saúde bucal das crianças e a baixa renda tem sido associada à atividade de cárie (CELEPKOLU *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2016). Pesquisa realizada no sul do Brasil mostrou que a frequência de consumo de açúcar e renda familiar foram os fatores de risco para alta severidade de cárie, e renda familiar foi o fator socioeconômico de maior importância (PERES *et al.*, 2003). Na Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira - SB Minas Gerais realizado em 2012, observou-se que a renda tem uma influência marcante no acesso ao tratamento odontológico. A pesquisa mostrou que, de modo geral, grupos com menor renda têm metade ou menos dentes tratados, em relação a grupos de maior renda. Foram observadas diferenças significativas na gravidade da cárie em dentes decíduos entre as diferentes faixas de renda. O acesso aos serviços odontológicos é fortemente mediado pela renda e afeta, também, a prevalência e severidade da cárie, principalmente em dentes decíduos (MINAS GERAIS, 2013).

2.4 Vulnerabilidade social e cárie dentária

O termo vulnerabilidade se originou em outras áreas e era usado para caracterizar grupos ou indivíduos fragilizados, incapazes de exercerem seus direitos à cidadania. Ao longo das últimas décadas o conceito de vulnerabilidade se modificou e se ampliou em função de sua aplicabilidade. Na saúde seu uso começou por volta do aparecimento dos primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos anos 80. Houve momentos em que risco e vulnerabilidade eram usados com o mesmo sentido. Inicialmente a sua aplicação tinha um sentido mais limitado, se referindo às fraquezas e possibilidades do homem adoecer diante de determinada situação. Pensava-se na responsabilidade do indivíduo se cuidar para não adoecer. Depois foi usada para falar dos grupos vulneráveis e finalmente chegou à população geral e ao entendimento do que vem a ser vulnerabilidade social. A luta pela cura da AIDS e o movimento dos direitos humanos trouxe para a saúde pública o termo vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade se torna importante e usado a partir do momento que permite ampliar os horizontes no

sentido de melhorar as condições para evitar o adoecimento das pessoas (AYRES *et al.*, 2013).

O grau de vulnerabilidade pode ser medido avaliando se a interação entre os elementos raça, idade, etnia, pobreza, escolaridade, sexo, apoio social, renda, estilo de vida, presença ou não de agravos à saúde e a capacidade de enfrentamento do indivíduo ou de populações. Esta avaliação é útil para identificar estratégias de enfrentamento de iniquidades individuais e coletivas sofridas pelos mais vulneráveis (NICHIATHA *et al.*, 2008).

Em relação à carie dentária, estudos mostram que pessoas e grupos de baixa renda, negros, pobres, sem estudos, sem acesso a serviços de saúde bucal, com dietas ricas em açúcar, são mais vulneráveis (CANGUSSU *et al.*, 2016). A experiência de cárie na dentição decídua é considerada como um forte preditor da doença na dentição permanente (MENDES *et al.*, 2016).

2.5 Acesso aos serviços de saúde e saúde bucal

A relação entre as condições gerais de saúde e saúde bucal é reconhecida no cotidiano do trabalho, bem como nas publicações científicas. A saúde bucal da população se reflete na saúde integral e na qualidade de vida das pessoas. No Brasil - país de muitos contrastes - o cuidado em saúde bucal ainda permanece à margem da saúde geral (PARRO e GUERRERO, 2016).

Mesmo sabendo que as doenças bucais podem causar restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, os investimentos na área não são suficientes para responder às necessidades da população. O impacto psicológico causado por uma saúde bucal ruim reflete na qualidade de vida, levando o indivíduo a ter sintomas de depressão, desarmonia nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional. A perda dos dentes pode levar o indivíduo a se sentir desamparado, impotente e baixa autoestima, entre outros (PARRO e GUERRERO, 2016).

A pouca importância atribuída à saúde bucal pelos governantes é vista no fato de ainda existirem municípios sem água de abastecimento público fluoretada. A melhoria nas condições de saúde bucal está vinculada aos

valores que a população dá a ela, e parece existir uma baixa auto percepção desses valores, até mesmo por falta de conhecimento. A postura do profissional de saúde pode ser uma aliada no momento em que este passa a ter uma conduta educadora e de valorização da saúde bucal. Os problemas de saúde bucal precisam de políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, responsabilidade de todos os segmentos sociais e compromisso do Estado (PARRO e GUERRERO, 2016).

A Política Nacional de Saúde Bucal adotada a partir de 2004 trouxe grandes avanços na qualidade e abrangência da atenção. A inserção das equipes de saúde bucal na ESF[a] e a abertura de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) têm possibilitado aumentar o leque de serviços ofertados à população, com aumento da resolutividade prestada. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal propõem a ampliação do acesso a todas as faixas etárias e o atendimento integral em todos os níveis de atenção. No entanto, em muitos municípios brasileiros, a proporção de ESB em relação às ESF[b] ainda não atingiu a meta desejada (SCARPARO *et al.*, 2015).

Nas últimas décadas, houve uma expressiva melhora na condição de saúde bucal dos brasileiros (NASCIMENTO, S. *et al*, 2013). Entretanto grande parte da população não utiliza os serviços odontológicos como deveria por falta de acesso ou desconhecimento. Estudos mostram que cerca de 15% da população brasileira nunca foi ao dentista. A procura pelos serviços de saúde bucal é maior entre jovens, mulheres, mais ricos, residentes em áreas urbanas, pessoas com maior escolaridade, maior índice de desenvolvimento humano, maior renda e menor desigualdade de renda, residentes em área com água fluoretada e com maior oferta de serviços odontológicos (PINHEIRO *et al.*, 2006). Os serviços de saúde bucal são menos procurados por homens, idosos, não brancos, os mais pobres, os de menor escolaridade, os sem planos de saúde, os residentes em áreas rurais e em regiões mais pobres, de menor estrutura e de menor oferta de serviços odontológicos. O acesso a serviços de qualidade pode suavizar condições desfavoráveis de saúde em populações. Além da oferta de serviços é importante a percepção das necessidades de saúde bucal pelos indivíduos para que busquem pelos serviços. Aumentar o número de serviços odontológicos e o número de dentistas tem um efeito

protetor na saúde bucal, o que justifica maiores investimentos em saúde para melhorar o acesso de indivíduos de uma maneira geral. A odontologia é uma das áreas da saúde onde mais se encontra a exclusão social (PINHEIRO *et al.*, 2006).

No estado de Minas Gerais, quando o tipo de serviço é considerado, (público *versus* privado), pessoas negras, residentes em casas com quatro ou mais pessoas, menor renda familiar, moradores de municípios com menos de 10 mil habitantes e com maior número de dentes necessitando de tratamento há associação com maior utilização do serviço público do que do privado (PINTO *et al.*, 2014)

O Ministério da Saúde orienta que os serviços devem procurar incluir as crianças nos programas de saúde bucal no máximo a partir dos seis meses de idade, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais (BRASIL, 2004).

Outra linha de análise sobre o acesso aos serviços de saúde bucal é o uso adequado das agendas. De acordo com Melo *et al* (2016) a organização das agendas de saúde bucal com participação da comunidade, comissão local, das ESF[b] com vistas à reorganização do processo de trabalho melhora o acesso da população aos serviços de saúde bucal. Estas agendas devem ser construídas com as prioridades definidas de acordo com o diagnóstico do território.

2.6 Programa Bolsa família e cárie dentária

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em setembro de 2004 pela Lei n.o 10.836, e regulamentado pelo Decreto n.o 5.209, de setembro de 2004 (BRASIL, 2010), e faz parte do Plano Brasil Sem Miséria desde 2011, (BRASIL, 2005).

O PBF envolve a transferência de renda do Governo Federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 154 mensais, que associa a transferência do benefício financeiro ao acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e

assistência social. Através do PBF o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas. As famílias devem cumprir alguns compromissos que têm como objetivo reforçar o acesso à educação, à saúde e à assistência social. O poder público, em todos os níveis, tem o compromisso de assegurar a oferta de tais serviços.

Embora estudos tenham mostrado vários benefícios do PBF, em um estudo realizado por Santos (2013), no nordeste brasileiro com crianças de famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, observou-se, no que se referia à saúde bucal que estas crianças, apresentaram quase o dobro de agravos em relação à média regional. O acompanhamento da saúde bucal poderia ser um fator de proteção, mas ainda não faz parte das condicionalidades do programa. Em BH as famílias beneficiadas pelo PBF recebem um cuidado diferenciado, principalmente em relação ao acesso aos serviços e produtos. Entre as ações dedicadas a eles está a disponibilização de insumos de higiene bucal e prioridade no atendimento (ANDRADE, 2009; BELO HORIZONTE, 2006).

O PBF aumenta a possibilidade das famílias terem acesso garantido a uma alimentação suficiente para uma vida saudável, proporcionando uma situação de segurança alimentar (CAMELO *et al.*, 2009) . Entretanto alguns estudos mostraram aumento do consumo de alimentos muito calóricos, com pouco valor nutritivo que podem trazer danos à saúde e sugere que sejam acrescentadas ações de promoção de alimentação saudável (COTA *et al.*, 2013).

2.7 Raça/cor e cárie dentária

No Brasil, mesmo com toda a miscigenação de raça/cor, os negros, pardos e os indígenas são os que mais sofrem com a discriminação. Estudos mostram que os negros e pardos são os mais vulneráveis aos agravos à saúde e à saúde bucal, em comparação aos brancos. Os negros têm menos acesso às políticas públicas de distribuição de renda, cuidados com a saúde, o que leva a um baixo índice de desenvolvimento humano, baixa escolaridade, desemprego, baixa renda (GUIOTOKU *et al.*, 2012).

Frias (2007) constatou que ser negro ou pardo, morar em zona rural e não estar matriculado em alguma instituição de ensino são fatores de risco para cárie dentária. Estas condições refletem as iniquidades socioeconômicas sofridas por alguns grupos étnicos no Brasil.

Segundo Almeida *et al.* (2013), crianças que vivem em família com baixa renda, baixa escolaridade e pais desempregados, estão mais predispostas a terem problemas bucais. Isso porque, os pais ou cuidadores com problemas financeiros, acabam tendo problemas mentais comuns, como insônia, depressão, ansiedade, o que acaba deixando-os em menos condições para cuidar da criança de maneira adequada.

3 PROBLEMA

Apesar da SMSA/PBH monitorar o evento sentinela desde 2008 ainda não foi feita uma análise do perfil destas crianças. Sendo assim, para compreender este problema, os aspectos a seguir foram investigados:

- a. Idade das crianças
- b. Sexo
- c. Raça/cor
- d. Índice de Vulnerabilidade à Saúde do território
- e. Inclusão no Programa Bolsa Família.
- f. Acompanhamento pela ESF[a].
- g. Residência em áreas do BH Cidadania –
- h. Distritos Sanitários de residência.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar as características demográficas e sócio-econômicas das crianças identificadas como evento sentinela em saúde bucal, a partir dos levantamentos de necessidades em saúde bucal, realizados na rede própria da educação infantil da Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte (SMED), nas creches conveniadas e nas campanhas de vacinação da criança, em 2016; disponibilizadas pela SMSA/PBH.

4.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a concepção do termo evento sentinela em saúde bucal para a SMSA/BH;
- b) Criar um protocolo para a criança evento sentinela e um formulário para notificação;
- c) Conhecer o perfil das crianças identificadas como evento sentinela em saúde bucal na SMSA/PBH, em 2016;
- d) Analisar a distribuição do evento sentinela em Belo Horizonte, por distrito sanitário.

5 HIPÓTESES

Com base na revisão de literatura, acredita-se que os eventos sentinelas predominam em crianças negras, beneficiadas pelo programa de bolsa família, da área do BH cidadania, residem em área de maior índice de vulnerabilidade à saúde e as crianças das creches conveniadas são mais suscetíveis do que as que estudam em instituições da rede própria.

6 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo, analítico, exploratório e de análise documental, desenvolvido na rede SUS-BH. Foram utilizados dados de 545 crianças de zero a seis anos identificadas como evento sentinela em saúde bucal no período de janeiro a outubro de 2016. Os bancos de dados utilizados para busca de informações são próprios da Prefeitura de Belo Horizonte. Na SMSA/BH foi utilizado o Sistema de Informação de Saúde em Rede (SISREDE), na SMED o Sistema de Gestão Escolar (SGE) e na Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) o Sistema de Informação e Gestão de Políticas Sociais (SIGPS). Os dados referentes às crianças evento sentinela foram coletados por meio de um formulário eletrônico criado especificamente com esta finalidade no Formulário do Sistema Único de Saúde (FormSUS) preenchido pelas ESB dos Centros de Saúde responsáveis pelo acompanhamento das escolas da área de abrangência. Outros documentos consultados foram disponibilizados pela Coordenação de Saúde Bucal da SMSA/BH.

O FormSUS é um serviço disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). É usado para a criação de formulários na *web*, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar e disseminar dados por meio eletrônico. Possibilita acompanhar em tempo real o levantamento de dados e seus resultados (BRASIL, 2016).

6.1 Crianças que participaram do estudo

O início do monitoramento da criança evento sentinela, em Belo Horizonte, ocorreu em 2008 e a partir daí formou-se um banco com quase 2.000 crianças que seria a população deste estudo. Entretanto, diante da precariedade das informações nesse banco, se mostrou mais adequado utilizar o banco de dados do FormSus para o desenvolvimento desta pesquisa, no período de janeiro a outubro de 2016.

Inicialmente o relatório extraído do FormSus, em 2016, continha 722 crianças. Foram excluídas do estudo as residentes em outros municípios, as captadas em anos anteriores a 2016, as nascidas antes de primeiro de janeiro de 2009 e as duplicidades. Após as exclusões ficaram 545 crianças aptas a participarem do estudo.

Dentre as variáveis citadas algumas delas são utilizadas especialmente em Belo Horizonte tais como IVS, BH cidadania, natureza da instituição escolar e regiões administrativas.

O município de Belo Horizonte utiliza desde 1998 o IVS com o propósito de apreender as realidades locais para nortear políticas públicas de saúde e priorizar alocação de recurso. O IVS é um indicador composto que utiliza diferentes variáveis, a partir do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre elas: saneamento, habitação, escolaridade, renda dentre outras. Para este estudo foi utilizado o IVS 2012 (BELO HORIZONTE, 2012a).

Em 2002, Belo Horizonte implantou o programa social BH Cidadania. Estruturado a partir dos princípios da descentralização, intersetorialidade, territorialidade e participação cidadã contemplando as nove regionais de saúde da cidade. O foco do programa são pessoas que residem em áreas de grande vulnerabilidade social, identificadas por meio de diversos indicadores sociais, gerando o Mapa de Áreas Prioritárias para Inclusão Social. O BH Cidadania integra as ações das Secretarias de Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional, Direitos de Cidadania, Esporte e Lazer, Educação, Saúde, da Fundação Municipal de Cultura e da Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (Prodabel). Atua com foco na família e não no indivíduo, isoladamente. Belo Horizonte conta, com 33 núcleos do BH Cidadania, beneficiando cerca de 165 mil famílias. São espaços que funcionam como um ponto de apoio para as famílias atendidas disponibilizando atividades como telecentros e oficinas de cultura. Também conta com o programa Segundo Tempo (parceria do Ministério do Esporte, Secretaria Municipal de Esportes e Lazer e Secretaria Municipal de Educação). É destinado a democratizar o acesso à prática e à cultura do Esporte de forma a promover o

desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida, priorizando as áreas de vulnerabilidade social. As famílias do BH Cidadania também são beneficiadas com as Academias da Cidade. A rede de academias, desenvolvida pela Secretaria Municipal da Saúde, tem o objetivo de promover atividade física e contribuir para melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Cada academia possui professores formados e estagiários em Educação Física. Os usuários do BH Cidadania ainda são acompanhados por outros profissionais, como nutricionistas e fisioterapeutas, do NASF. Um dos eixos do programa é o investimento em ações de prevenção em saúde, buscando promover mudanças efetivas dos hábitos e condições de vida (BELO HORIZONTE, 2002).

A natureza da instituição onde a criança foi captada se refere à dependência administrativa da escola, se é estadual, municipal, ou conveniada com a Prefeitura de Belo Horizonte; e ao local e forma de captação da criança evento sentinela.

Em 1983, Belo Horizonte foi dividida em nove regiões administrativas e em cada uma há um distrito sanitário correspondente. Funciona como uma gestão descentralizada de toda a organização do município. Em 2011 houve, pela primeira vez, uma alteração de território para equilibrar o número de habitantes entre as regiões. Cada distrito se subdivide em áreas de abrangência e tem mapeado o IVS desta população (BELO HORIZONTE , 2012a).

6.2 Variáveis e fontes de dados

As variáveis estudadas foram: Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), raça/cor, idade, sexo, ser beneficiário do Programa Bolsa Família, acompanhamento pela Estratégia da Saúde da Família, residir na área do BH Cidadania, natureza da instituição escolar à qual a criança está vinculada e região de residência da criança.

As variáveis extraídas do SISREDE e fornecidas pela Gerência de Tecnologia e Informação de Saúde (GTIS) da SMSA/BH foram: se a criança é

acompanhamento pela ESF[b], se é beneficiário do Programa Bolsa Família, Raça/Cor, data de nascimento, endereço, índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) e sexo. Outro banco de dados consultado foi Sistema de Gestão Escolar (SGE) da SMED para as variáveis: natureza da instituição escolar, mãe ou responsável pela criança, Raça/Cor, data de nascimento e endereço das crianças não encontrados no SISREDE.

Para a variável pertencimento ao BH Cidadania foi consultado o Sistema SIGPS da SMPS.

Os dados não encontrados nestes bancos citados foram resgatados nos Centro de Saúde de referência da criança com a ESB responsável pelo seu acompanhamento.

As variáveis estudadas foram descritas em números absolutos e em percentuais e o programa utilizado foi o SPSS versão 20.0.

O presente estudo cumpriu todos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais com o registro CAAE - 61341716.2.0000.5149.

7 RESULTADOS

CATEGORIA DO ARTIGO: ORIGINAL

ESPECIALIDADES OU ÁREA DA PESQUISA: CÁRIE

Evento sentinela em saúde bucal: experiência com crianças de até seis anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte

Sentinel event in oral health: experience with children with up to six years of age, users of the Unified Health System in Belo Horizonte

Evento sentinela em saúde bucal em Belo Horizonte

Sentinel event in oral health in Belo Horizonte

Nora Nei Reis Pereira¹, Saul Martins Paiva², Eliana Maria de Oliveira Sá³,
Rafaela da Silveira Pinto⁴, Simone Dutra Lucas⁵.

¹Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Saúde Bucal. Av. Afonso Pena, 2336, 4º andar, Funcionários, CEP: 30.130-007, Belo Horizonte, MG, Brasil. Telefone: (31) 3277-7795, (31) 99971-5544 e-mail: noranrpereira@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia. Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP: 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil. Telefone: (31) 3409-2470, e-mail: smpaiva@uol.com.br

³Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Assistência à Saúde. Av. Afonso Pena, 2336, 5º andar, Funcionários, CEP: 30.130-007, Belo Horizonte, MG, Brasil. Telefone: (31) 3277-7792, e-mail: elianamariasas@pbh.gov.br

⁴Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Coordenação de Saúde Bucal. Edifício Minas, Rodovia Papa João Paulo II, Serra Verde, 4143, CEP: 31630-900. Belo Horizonte, MG, Brasil. Telefone: (31) 3915-9948,

e-mail: rafaelasilveirapinto@gmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP: 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil. Telefone: (31) 3409-2434, e-mail: simonedlucas@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO:

Conhecer o perfil das crianças identificadas como evento sentinela em saúde bucal pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

MÉTODOS:

Um estudo quantitativo, analítico, exploratório e de análise documental, foi desenvolvido em Belo Horizonte, Brasil, envolvendo 545 crianças de zero a seis anos de idade. Os dados dos eventos sentinela foram coletados por meio de um formulário eletrônico criado no Formulário do Sistema Único de Saúde e preenchido pelas equipes de saúde bucal municipais. Também foram consultados sistemas de informação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. As variáveis estudadas foram: Índice de Vulnerabilidade à Saúde, raça/cor, idade, sexo, ser beneficiário do Programa Bolsa Família, ser acompanhado pela Estratégia da Saúde da Família, residir na área do BH Cidadania, natureza da instituição escolar e regional de residência. A análise estatística foi realizada no programa SPSS versão 20.0.

RESULTADOS:

A maior parte das crianças reside em áreas de média e elevada vulnerabilidade à saúde, são pardas, têm de cinco a seis anos de idade, são do sexo masculino, não beneficiárias do Programa Bolsa família, não são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, não residem em território do Programa BH cidadania e estudam em instituições próprias da rede municipal de ensino. O evento sentinela está presente em toda a cidade de Belo

Horizonte, com maiores prevalências nas regionais Venda Nova, Nordeste, Oeste, Leste e Barreiro.

CONCLUSÃO:

O estudo demonstra como a adoção de políticas sociais abrangentes pode influenciar a situação de saúde bucal.

Termos de indexação: Saúde Pública, Vigilância de evento sentinela, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal, Criança, Cárie Dentária.

ABSTRACT

OBJECTIVE:

To know the profile of children identified as Sentinel Event in oral health by the Municipal Health Department of Belo Horizonte.

METHODS:

A quantitative, analytical, exploratory and documentary analysis study was developed in Belo Horizonte / MG, Brazil, involving 545 children, with a range of ages from zero to six years old. Sentinel event data were collected through an electronic form created in the Single Health System Form and filled by the municipal oral health teams. Information systems of the city council were consulted. The variables studied were: Health Vulnerability Index, race/color, age, sex, being a beneficiary of the Bolsa Família Program (Social Program sponsored by government), to be monitored by the Strategy of the Family Health Program, reside in the BH Citizenship Program area, nature of the school and region of residence. Statistical analysis were performed in the SPSS software, 20th version.

RESULTS:

Most children live in areas of medium and high social risk, they are brown, have five to six years old, are male, do not benefit from the Bolsa Família program, are not accompanied by the Strategy of the Family Health Program, do not reside in the territory of the BH Citizenship Program, and study in institutions of the municipal education network. The sentinel event is present in the nine regions of Belo Horizonte, with a higher prevalence in the regions of Venda Nova, Northeast, West, East and Barreiro.

CONCLUSION:

The study demonstrates how the adoption of comprehensive social policies can influence the oral health situation.

Index terms: Public Health, Sentinel Event Surveillance, Primary Health Care, Oral Health, Child, Dental Caries.

INTRODUÇÃO

Em 1976, o evento sentinela foi conceituado como situações que ocorrem, como doenças desnecessárias, incapacidades e mortes prematuras desnecessárias, que poderiam ser evitadas se os serviços de saúde funcionassem como deveriam¹. Assim que uma ocorrência de evento sentinela é encontrada, é necessário fazer uma investigação cuidadosa para a descoberta de falhas ou de determinantes que o tornaram possível, e assim implantar medidas corretivas, para garantir o funcionamento correto do sistema de saúde¹. O evento sentinela é um indicador negativo de saúde, mas seu uso para avaliar a qualidade da atenção à saúde é mais simples e mais barato do que uma abordagem global de observação de populações inteiras para a ocorrência de fatores que prejudicam a saúde ².

Trabalhos em diversas áreas como medicina, enfermagem, epidemiologia, gestão dos serviços de saúde foram desenvolvidos utilizando o conceito de evento sentinela proposto em 1976 ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9}.

O evento sentinela em saúde bucal, em Belo Horizonte, refere-se às crianças de até seis anos de idade, com mais de oito dentes com lesões cáries cavidadas ¹⁰. Entretanto, em revisão de literatura utilizando os termos evento sentinela e cárie dentária (em português e inglês), nas bases de dados *Pubmed*, *Scielo*, *Lilacs* e *BBO*, não foi encontrado nenhum artigo científico.

Este estudo tem o objetivo conhecer o perfil das crianças identificadas como evento sentinela em saúde bucal pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

MÉTODOS

Este é um estudo quantitativo, analítico, exploratório e de análise documental, desenvolvido na rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUSBH). Utilizou-se dados de um censo onde foram identificadas as crianças de 0 a 6 anos matriculadas nas escolas públicas de Belo Horizonte classificadas como evento sentinela de acordo com a definição da Secretaria Municipal de Saúde. Para este estudo foram consideradas 545 crianças de zero a seis anos identificadas como evento sentinela em saúde bucal no período de janeiro a outubro de 2016. Os bancos de dados utilizados para busca de informações são todos da Prefeitura de Belo Horizonte. Na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) foi utilizado o Sistema de Informação de Saúde em Rede (SISREDE), na Secretaria Municipal de Educação (SMED) o Sistema de Gestão Escolar (SGE) e na Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) o Sistema de Informação e Gestão de Políticas Sociais (SIGPS). Os dados referentes às crianças evento sentinela foram coletados por meio de um formulário eletrônico criado especificamente com esta finalidade no Formulário do Sistema Único de Saúde (FORMSUS) preenchido pelas equipes de saúde bucal (ESB) dos 150 Centros de Saúde responsáveis pelo acompanhamento das escolas da área de abrangência. Outros documentos consultados foram disponibilizados pela Coordenação de Saúde Bucal da SMSA.

O FormSUS é um serviço disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). É

usado para a criação de formulários na *web*, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar e disseminar dados pela *Internet*. Ele possibilita acompanhar em tempo real o levantamento de dados e seus resultados¹¹.

Inicialmente o relatório extraído do FormSus continha 722 crianças. Foram excluídas do estudo as residentes em outros municípios, as captadas em anos anteriores a 2016, as nascidas antes de primeiro de janeiro de 2009 e as duplicatas. Após as exclusões foram identificadas 545 crianças aptas a participarem do estudo.

As variáveis estudadas foram: Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), raça/cor, idade, sexo, ser beneficiário do Programa Bolsa Família, ser acompanhado pela Estratégia da Saúde da Família, residir na área do BH Cidadania, natureza da instituição escolar à qual a criança está vinculada e região de residência da criança.

Dentre as variáveis citadas faz-se necessário explicar algumas especialmente utilizadas em Belo Horizonte tais como IVS, BH cidadania, natureza da instituição escolar e regiões administrativas.

O município de Belo Horizonte utiliza desde 1998 o IVS com o propósito de apreender as realidades locais para nortear políticas públicas de saúde e priorizar alocação de recurso. O IVS é um indicador composto que utiliza diferentes variáveis, a partir do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre elas: saneamento, habitação, escolaridade, renda dentre outras¹². Para este estudo foi utilizado o IVS 2012.

Em 2002, Belo Horizonte implantou o programa social BH Cidadania. Estruturado a partir dos princípios da descentralização, intersectorialidade, territorialidade e participação cidadã contemplando as nove regionais de saúde da cidade. O foco do programa são as áreas de grande vulnerabilidade social, identificadas por meio de diversos indicadores sociais, gerando o Mapa de Áreas Prioritárias para Inclusão Social. O BH Cidadania integra as ações das Secretarias de Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional, Direitos

de Cidadania, Esporte e Lazer, Educação, Saúde, da Fundação Municipal de Cultura e da Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (Prodabel). Atua com foco na família e não no indivíduo, isoladamente. Belo Horizonte conta, hoje, com 33 núcleos, beneficiando cerca de 165 mil famílias. São espaços que funcionam como um ponto de apoio para as famílias atendidas disponibilizando atividades como telecentros, oficinas de cultura, programa Segundo Tempo, Academias da Cidade, entre outros. Um dos eixos do programa é o investimento em ações de prevenção em saúde, buscando promover mudanças efetivas dos hábitos e condições de vida¹³.

A natureza da instituição de captação da criança se refere à dependência administrativa da escola, se é estadual, municipal, ou conveniada com a Prefeitura de Belo Horizonte; e ao local e forma de captação da criança evento sentinela.

Em 1983, Belo Horizonte foi dividida em nove regiões administrativas e em cada uma há um distrito sanitário correspondente. Funciona como uma gestão descentralizada de toda a organização do município. Em 2011 houve, pela primeira vez, uma alteração de território para equilibrar o número de habitantes entre as regiões. Cada distrito se subdivide em áreas de abrangência e tem mapeado o IVS desta população.

As análises estatísticas descritivas das variáveis incluídas no estudo foram realizadas no programa SPSS versão 20.0.

O presente estudo cumpriu todos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais com o registro CAAE - 61341716.2.0000.5149.

RESULTADOS

Fez parte deste estudo um total de 545 crianças até seis anos de idade usuárias do SUSBH, classificadas como evento sentinela. Todas as variáveis com os resultados podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das crianças evento sentinela

Variável		N	%
IVS	Baixo	46	8,4
	Médio	222	40,7
	Elevado	196	36,0
	Muito Elevado	81	14,9
Raça/Cor	Amarela	3	0,6
	Branca	109	20,0
	Parda	375	68,8
	Preta	57	10,5
	Não declarada	1	0,2
Idade	Dois	6	1,1
	Três	39	7,2
	Quatro	95	17,4
	Cinco	159	29,2
	Seis	181	33,2
	Sete	65	11,9
Sexo	Feminino	243	44,6
	Masculino	302	55,4
Beneficiária do Bolsa Família	Não	432	79,3
	Sim	113	20,7
Acompanhada pela ESF	Não	301	55,2
	Sim	244	44,8
Beneficiária do BH Cidadania	Não	328	60,2
	Sim	217	39,8
Local de captação do Evento Sentinela	Escola estadual	45	8,3
	Escola municipal	331	60,7
	Escola parceira	165	30,3
	Demanda espontânea	4	0,7
Regional de Residência	Barreiro	63	11,6
	Centro Sul	41	7,5
	Leste	71	13,0
	Nordeste	82	15,0
	Noroeste	49	9,0
	Norte	50	9,2
	Oeste	73	13,4
	Pampulha	32	5,9
	Venda Nova	84	15,4

Fontes: SMSA/SISREDE; SMED/SGE; Centros de Saúde; FormSUS, 2016

Em relação ao IVS a maior parte das crianças era de médio e de elevado risco, residentes nos distritos sanitários de Venda Nova, Nordeste, Oeste, Leste e Barreiro como pode ser observado na Figura 1.

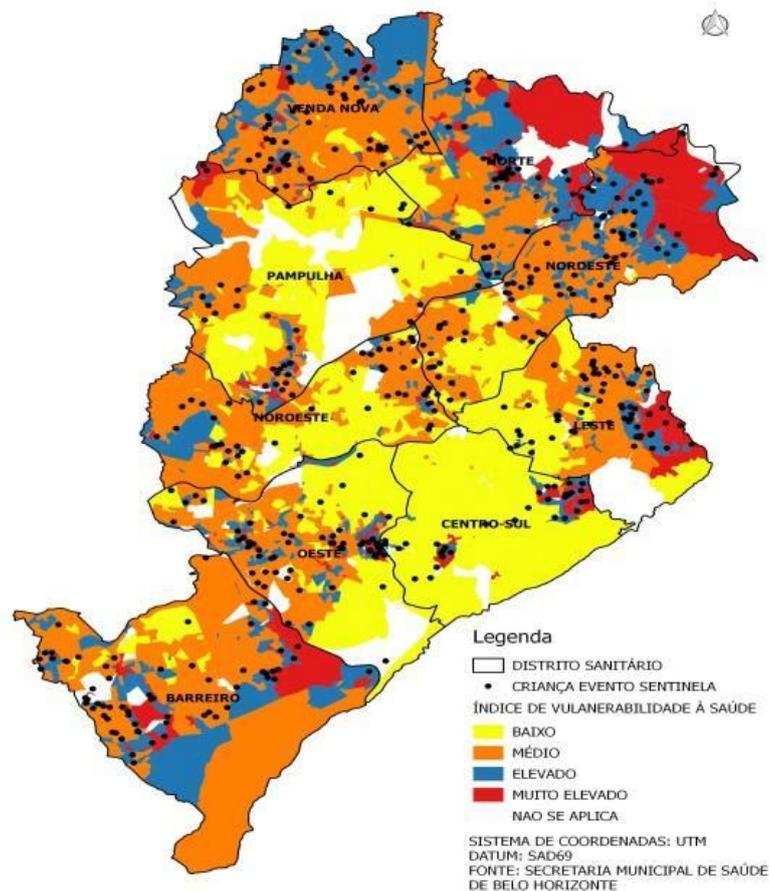


Figura 1: Distribuição das crianças evento sentinela em saúde bucal por IVS e Distrito Sanitário em Belo Horizonte

Fontes: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2012; FormSUS, 2016.

No que se refere à raça/cor a maioria das crianças era parda. Em relação à idade há mais crianças de cinco e seis anos como pode ser observado na Figura 2.

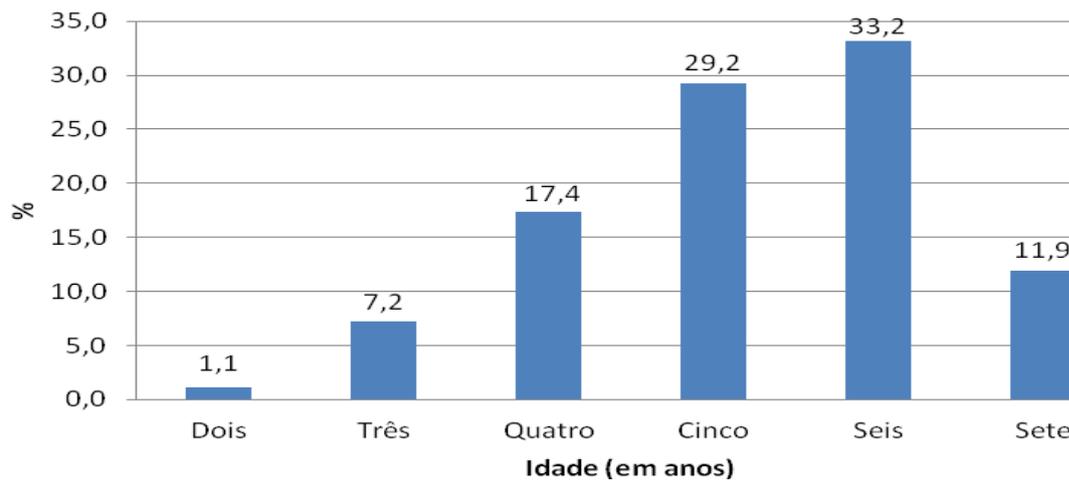


Figura 2: Distribuição das crianças evento sentinela segundo idade

Fonte: FormSUS, 2016

A diferença entre os sexos foi muito pequena com um ligeiro predomínio do sexo masculino. Em relação aos programas sociais observa-se que a maioria das crianças não é beneficiária do Programa Bolsa Família, não é acompanhada pela Equipe de Saúde da Família, e, também, não é residente na área do Programa BH Cidadania como pode observado na Figura 3.

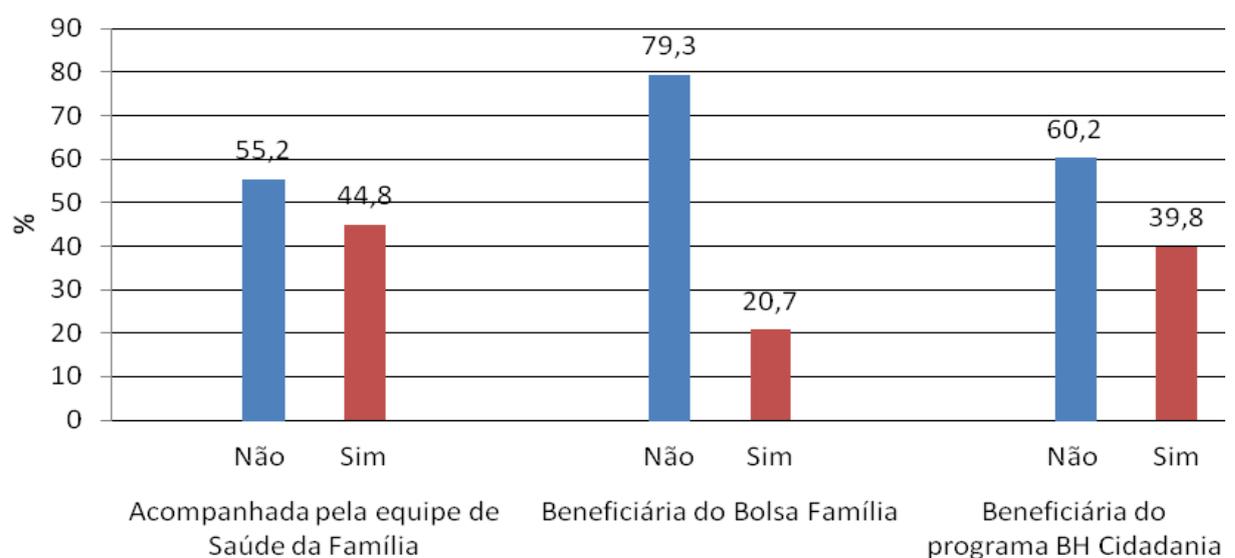


Figura 3: Distribuição dos eventos sentinela segundo acompanhamento por

programas sociais

Fontes: SMSA/SISREDE; SMED/SGE; Centros de Saúde; FormSUS, 2016

No que se refere à natureza da instituição a maioria das crianças foram captadas nas escolas da rede municipal. O maior número de crianças evento sentinela foi encontrado na rede própria municipal de educação infantil, seguida pelas instituições parceiras da prefeitura. Isso pode ser explicado pelo número de matrículas abertas à população. Compõem a rede própria municipal as Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI), Escolas Municipais Exclusivas de Educação Infantil (EMEEI) e Escolas Municipais com turmas de Educação Infantil (EMEF). Em 2016 foram realizadas pela Secretaria Municipal, 26.359 matrículas na educação infantil. Deste total, 57,3% foram nas UMEI, 5,9% das EMEEI, 2,1% das EMEF e 34,7% das creches conveniadas.

DISCUSSÃO

A distribuição das crianças evento sentinela em saúde bucal predominou em territórios de médio e elevado risco à saúde. Era esperada uma maior distribuição destes casos em setores censitários de muito elevado risco à saúde. Esta ideia vinha, sobretudo, do depoimento de profissionais da Equipe de Saúde da Família no acompanhamento de casos. Nos relatórios de acompanhamento do evento sentinela existem registros que também apontavam para esta expectativa. Nestes registros, há evidências de que as crianças evento sentinela estão (ou estiveram) sob algum tipo de violência (psicológica, física, sexual), desnutrição e abandono. O fato do maior número de crianças estarem distribuído no agrupamento de Médio Risco contraria uma das hipóteses deste trabalho.

A Raça/cor predominante no evento sentinela foi a parda. Entre as camadas mais pobres da população, há um grande número de pessoas negras. Como esta informação é auto declarada, provavelmente devido a uma discriminação racial, as mães se neguem a reconhecer os seus filhos como negros. Estudos mostram que a cor dos filhos, cujos pais têm a combinação com a cor preta, é

declarada com resultados mais claros e as combinações com pardo tendem a gerar resultado pardo. No Censo de 1980, houve uma preferência evidente de declarar as crianças menores de um ano como sendo de cor branca, mesmo com a mãe sendo de outra cor ¹⁴. Em estudo desenvolvido em 2012 encontrou-se que os negros e pardos são os mais vulneráveis aos agravos à saúde e à saúde bucal, em comparação aos brancos¹⁵. Os negros têm menos acesso às políticas públicas de distribuição de renda, cuidados com a saúde, baixa escolaridade e mais desemprego.

Em relação à idade observa-se a predominância de crianças evento sentinela de seis anos, seguida pelas crianças de cinco anos. Isso provavelmente se dá pela pelo caráter cumulativo da doença ^{16, 17}. As crianças de cinco e seis anos estão mais expostas há mais tempo aos fatores cariogênicos; isso explicaria porque o maior número de crianças evento sentinela nestas duas idades. A chance de crianças de cinco e seis anos apresentarem maiores problemas relacionados à doença cárie é maior que para as crianças de idades menores, independentemente de outras variáveis, como demonstra outro estudo sobre a experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte ¹⁸. As crianças evento sentinela que aparecem com sete anos, nesta pesquisa, são aquelas que ao exame possuíam mais de seis anos, ainda não tinham sete anos completos e que na data da análise já haviam completado esta idade.

Ser um evento sentinela em saúde bucal apresentou ligeira predominância em relação ao sexo masculino. Vários estudos mostram pouca ou nenhuma relação do sexo com atividade de cárie ^{19, 20}. Entretanto estudo com pré-escolares encontrou meninos com maior experiência de carie aos cinco anos e a proporção de dentes perdidos nos meninos foi maior do que nas meninas ²¹. Alguns autores ^{22, 23} consideraram ser do sexo feminino fator de proteção para cárie.

Um resultado que contraria a expectativa inicial deste estudo foi o fato de somente 20% das crianças evento sentinela serem beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. A possível explicação para este resultado é que o programa, ao desenvolver atividades de educação em saúde e promoção à saúde tem um

efeito protetor, para o desenvolvimento da cárie dentária nestas crianças ²⁴. Desde 2006, como previsto no “Protocolo de Atenção Básica em Saúde Bucal” é feita a distribuição de escova, fio dental e creme dental fluoretado em formato de *Kit* de higienização, sobretudo para a população beneficiada pelo programa ²⁵. O acesso aos benefícios do flúor de baixa concentração e alta frequência podem ter relação com os resultados encontrados neste estudo.

Outro aspecto analisado é que a maioria das crianças evento sentinela não são acompanhadas pela Estratégia da Saúde da Família, que é outra política que propicia a proteção da criança no sentido da promoção de saúde. Há que se considerar que muitas crianças cadastradas nos centros de saúde não recebem visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde. Dessa forma mesmo usando algum serviço da atenção primária não são acompanhadas pelas equipes locais da ESF. É possível que existam crianças evento sentinela nestas condições, sobretudo no baixo risco.

Em relação ao BH Cidadania, que teve apenas 40% das crianças evento sentinela residentes em áreas onde o programa atua. Quando se faz a análise dos programas sociais, observa-se que houve um benefício das crianças que eram do BH cidadania, que representavam as mais pobres, e das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família. Se por um lado parece contraditório não ter encontrado muitas crianças de IVS muito elevado, por outro, BH vem desenvolvendo programas sociais que têm um efeito protetor.

Em relação às escolas estaduais o pequeno número de crianças evento sentinela encontrado está condizente com o pequeno número de crianças matriculadas na educação infantil estadual de Belo Horizonte. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação define ser de responsabilidade do Estado a garantia do atendimento gratuito em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade. O EducaCenso 2015 mostra que foram realizadas em Minas Gerais apenas 495 matrículas na educação infantil estadual²⁶. Não estar matriculado em alguma instituição de ensino e não frequentar a pré-escola são fatores de risco à cárie ^{19, 27}. O fato da captação da maioria das crianças evento sentinela ter sido no espaço escolar reforça a necessidade e a importância do Programa Saúde na Escola para as ações de promoção e

proteção à saúde da criança. Em Belo Horizonte, todas as escolas municipais e algumas estaduais estão incluídas no Programa no que se refere às ações de saúde bucal. Isto explica a maior captação das crianças evento sentinela nas escolas municipais²⁸. A pequena captação do evento sentinela na demanda espontânea do centro de saúde denota fragilidade na inserção da saúde bucal no trabalho integrado com a ESF. A participação das Equipes de Saúde Bucal nos eventos como as campanhas de vacinação contribui muito para identificar crianças evento sentinela que estão fora da escola e de programas sociais. As campanhas de vacinação, além disso, têm adquirido uma importância estratégica nas ações de diagnóstico e vigilância em saúde, na medida em que ampliam o acesso de toda a população de determinada faixa etária ou condição no ciclo de vida aos serviços de saúde²⁹. Esta estratégia faz parte da política municipal de saúde bucal de Belo Horizonte.

Em áreas de baixo risco o esperado era que fossem encontradas menos crianças evento sentinela. Ainda assim elas apareceram nas regionais Centro Sul e Pampulha que apresentam um poder aquisitivo melhor. Isso provavelmente ocorre porque há menos investimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em áreas de menor vulnerabilidade à saúde.

Outras pesquisas sobre esta temática devem ser desenvolvidas para o aprimoramento de políticas públicas que possam prevenir tão grave situação de saúde bucal.

CONCLUSÕES

O estudo demonstra que a adoção de políticas sociais abrangentes pode influenciar a situação de saúde bucal como é o caso do Programa Bolsa Família, Estratégia Saúde da Família e BH Cidadania. Fica evidente que para resolver os eventos sentinela em saúde bucal, vários setores precisarão trabalhar juntos para planejar e avaliar as políticas públicas de saúde bucal que estão sendo desenvolvidas. No entanto, faz-se necessário o desenvolvimento de outro estudo com este mesmo delineamento envolvendo crianças até seis anos de idade que não são evento sentinela, para fins de comparação. Um

ponto relevante desta pesquisa foi a constatação da necessidade de organização, sistematização, divulgação e análise dos dados existentes. Este estudo aponta a importância de se desenvolver pesquisa qualitativa sobre o tema que possa apreender outros aspectos, observados no cotidiano do trabalho, tais como a violência e o abandono em que vivem estas crianças.

REFERÊNCIAS

1. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG 3rd, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care, a clinical method. *N Engl J Med.* 1976; 294:582-8. PMID: 942758 doi:10.1056/nejm197603112941104.
2. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS. In: Projeto GERUS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde;1995;121-128.
3. Abreu D, César CC, França EB. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(5):282-291.
4. Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev. Saúde Pública.* 1996; 30(4):310-318. [acesso em 21 set. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000400004&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000400004>.
5. Lansky SM, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública.* 2002;36(6):759-772.
6. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* 2007;12(3):765-776.
7. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(9):2032-2042.

8. Silvino MCS, Rosa NM, Santos JAT, Selegim MR, Ballani TSL, Oliveira MLF. Operacionalização de evento sentinela para vigilância do uso de drogas de abuso. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*. 2012;3(2):59-66.
9. Wigglesworth JS. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. *Lancet*. 1980; 2(8196):684-686.
10. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. RAG - Relatório Anual de Gestão de 2009:p65. Publicado em 21/02/2011.65 [acesso em 12/11/20016] Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=44694&pIdPlc=&app=salanoticias>
11. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva/ Departamento de Informática do SUS – DATASUS / Coordenação Geral de Disseminação de Informação em Saúde - CGDIS. Equipe FormSUS. FormSUS: Manual do Gestor. Rio de Janeiro. Abril de 2016. 92p.
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de Vulnerabilidade à Saúde, 2012. [acesso em: 28/11/16] Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/prps001555/Meus%20documentos/Downloads/ivsauce-risco2012.pdf>
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Programa BH Cidadania: Programa de Desenvolvimento Integrado[acesso em 28/11/2016]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=politicassociais&tax=8962&lang=pt_BR&pg=5567&taxp=0&
14. Piza E, Rosemberg F. Cor nos censos brasileiros. *Revista USP*.1999;40:122-137.
15. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):135–41. [acesso 28/11/2016 em] Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a07v31n2.pdf>.
16. Rodrigues AP, Matias F, Ferreira MM. Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação da efetividade de um projeto de saúde oral. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(3):244–249. [acesso em 12/12/2016] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.06.002>
17. Almeida TF, Vianna MIP, Cabral MBBS, Cangussu MCT, Floriano FR. Contexto familiar e a incidência de cárie dentária em crianças pré-escolares que vivem em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em

- Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(6):1183-1195. [acesso em 19 de setembro de 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600017&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600017>.
18. Bonanato K, Scarpelli AC, Goursand D, Mota JPT, Paiva SM, Pordeus IA. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. *Rev. Odonto Cienc*. 2008; 23(3):251-255.
 19. 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 transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2003;6(4):293-306. [acesso em 28/11/2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2003000400004>.
 20. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev. Saúde Pública*. 1996;30(5):413-420. [acesso em 19 de setembro de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000500003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000500003>.
 21. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada R S. Saúde bucal dos pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*. 1999;37(2):247-253. [acesso em 28/11/2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
 22. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(1):79-87. [acesso em 28/11/2016] Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100015>.
 23. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman EA. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(2):78-84.[acesso em 28/11/2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000200002>.

24. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, Programa Bolsa Família. 2004. [acesso em 19/09/2016] Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>
25. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para atenção básica em saúde bucal - junho/2006. [acesso em 12/12/2016] disponível em http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=25601
26. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Educação. Educacenso.2015. [acesso em 28/11/2016]. Disponível em: <https://www.educacao.mg.gov.br/images/documentos/Educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Minas%20Gerais%20-%20Educacenso%202015.pdf>.
27. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(4):279-285. [acesso em 28/11/2016] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000900008&lng=en.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo Programa Saúde na Escola/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. [acesso em 12/12/2016] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf
29. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de gestão 2012. p118 [acesso em 11/12/16] Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15436&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&

8 DISCUSSÃO

A existência de crianças evento sentinela em saúde bucal predominou em territórios de médio e elevado risco à saúde. Era esperada uma maior distribuição destes casos em setores censitários de muito elevado risco à saúde. Esta ideia vinha, sobretudo, do depoimento de profissionais da Equipe de Saúde da Família no acompanhamento de casos. Nos relatórios de acompanhamento do evento sentinela existem registros que também apontavam para esta expectativa. Nestes registros, há evidências de que as crianças evento sentinela estão (ou estiveram) sob algum tipo de violência (psicológica, física, sexual), desnutrição e abandono. O fato do maior número de crianças estar distribuído no agrupamento de Médio Risco contraria uma das hipóteses deste trabalho.

A Raça/cor predominante no evento sentinela foi a parda. Entre as camadas mais pobres da população, há um grande número de pessoas negras. Como esta informação é autodeclarada, provavelmente devido a uma discriminação racial, as mães se neguem a reconhecer os seus filhos como negros. Estudos mostram que a cor dos filhos, cujos pais têm a combinação com a cor preta, é declarada com resultados mais claros e as combinações com pardo tendem a gerar resultado pardo. No Censo de 1980, houve uma preferência evidente de declarar as crianças menores de um ano como sendo de cor branca, mesmo com a mãe sendo de outra cor (PIZA e ROSEMBERG, 1999). Guiotoku *et al* (2012) encontrou que os negros e pardos são os mais vulneráveis aos agravos à saúde e à saúde bucal, em comparação aos brancos. Os negros têm menos acesso às políticas públicas de distribuição de renda, cuidados com a saúde, baixa escolaridade e mais desemprego.

Em relação à idade observa-se a predominância de crianças evento sentinela de seis anos, seguida pelas crianças de cinco anos. Isso provavelmente se dá pela pelo caráter cumulativo da doença (ALMEIDA *et al.* 2012; RODRIGUES *et al.* 2016). As crianças de cinco e seis anos estão mais expostas há mais tempo aos fatores cariogênicos; isso explicaria porque o maior número de crianças evento sentinela nestas duas idades. A chance de

crianças de cinco e seis anos apresentarem maiores problemas relacionados à doença cárie é maior que para as crianças de idades menores, independentemente de outras variáveis, como demonstra outro estudo sobre a experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte (BONANATO *et al.* 2008). As crianças evento sentinela que aparecem com sete anos, nesta pesquisa, são aquelas que ao exame possuíam mais de seis anos, ainda não tinham sete anos completos e que na data da análise já haviam completado esta idade.

Ser um evento sentinela em saúde bucal apresentou ligeira predominância no sexo masculino. Vários estudos mostram pouca ou nenhuma relação do sexo com atividade de cárie (PERES *et al.* 2003; TOMITA *et al.* 1996). Entretanto estudo com pré-escolares encontrou meninos com maior experiência de carie aos cinco anos e a proporção de dentes perdidos nos meninos foi maior do que nas meninas (CYPRIANO *et al.* 1999). Diversos autores consideraram ser do sexo feminino fator de proteção para cárie dentária (Antunes *et al.* 2006; Mello *et al.* 2008).

Um resultado que contraria a expectativa inicial deste estudo foi o fato de somente 20% das crianças evento sentinela serem beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. A possível explicação para este resultado é que o programa, ao desenvolver atividades de educação em saúde e promoção à saúde tem um efeito protetor, para o desenvolvimento da cárie dentária nestas crianças (BRASIL, 2004). Desde 2006, como previsto no “Protocolo de Atenção Básica em Saúde Bucal” é feita a distribuição de escova, fio dental e creme dental fluoretado em formato de *Kit* de higienização, sobretudo para a população beneficiada pelo programa (BELO HORIZONTE, 2006). O acesso aos benefícios do flúor de baixa concentração e alta frequência podem ter relação com os resultados encontrados neste estudo.

Outro aspecto analisado é que a maioria das crianças evento sentinela não é acompanhada pela Estratégia da Saúde da Família, que é outra política que propicia a proteção da criança no sentido da promoção de saúde. Há que se considerar que muitas crianças cadastradas nos centros de saúde não recebem visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde. Dessa forma mesmo usando algum serviço da atenção primária não são acompanhadas

pelas equipes locais da ESF[b]. É possível que existam crianças evento sentinela nestas condições, sobretudo no baixo risco.

Em relação ao BH Cidadania, apenas 40% das crianças evento sentinela residentes em áreas onde o programa atua. Quando se faz a análise dos programas sociais, observa-se que houve um benefício das crianças que eram do BH cidadania, que representavam as mais pobres, e das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família. Se por um lado parece contraditório não ter encontrado muitas crianças de IVS muito elevado, por outro, BH vem desenvolvendo programas sociais que têm um efeito protetor.

O maior número de crianças evento sentinela foi encontrado na rede própria municipal de educação infantil, seguida pelas instituições parceiras da prefeitura. Isso pode ser explicado pelo número de matrículas abertas à população. Compõem a rede própria municipal as Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI), Escolas Municipais Exclusivas de Educação Infantil (EMEEI) e Escolas Municipais com turmas de Educação Infantil (EMEF). Em 2016 foram realizadas pela Secretaria Municipal, 26.359 matrículas na educação infantil. Deste total, 57,3% foram nas UMEI, 5,9% das EMEEI, 2,1% das EMEF e 34,7% das creches conveniadas.

Em relação às escolas estaduais o pequeno número de crianças evento sentinela encontrado está condizente com o pequeno número de crianças matriculadas na educação infantil estadual de Belo Horizonte. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação define ser de responsabilidade do Estado a garantia do atendimento gratuito em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade. O EducaCenso 2015 mostra que foram realizadas em Minas Gerais apenas 495 matrículas na educação infantil estadual (MINAS GERAIS, 2015). Não estar matriculado em alguma instituição de ensino e não frequentar a pré-escola são fatores de risco à cárie (FRIAS *et al.* 2007; PERES *et al.* 2003). O fato da captação da maioria das crianças evento sentinela ter sido no espaço escolar reforça a necessidade e a importância do Programa Saúde na Escola para as ações de promoção e proteção à saúde da criança. Em Belo Horizonte, todas as escolas municipais e algumas estaduais estão incluídas no Programa no que se refere às ações de saúde bucal. Isto explica a maior captação das crianças evento sentinela nas escolas municipais (BRASIL,

2011). A pequena captação do evento sentinela na demanda espontânea do centro de saúde denota fragilidade na inserção da saúde bucal no trabalho integrado com a ESF[b]. A participação das ESB nos eventos como as campanhas de vacinação contribui muito para identificar crianças evento sentinela que estão fora da escola e de programas sociais. As campanhas de vacinação, além disso, têm adquirido uma importância estratégica nas ações de diagnóstico e vigilância em saúde, na medida em que ampliam o acesso de toda a população de determinada faixa etária ou condição no ciclo de vida aos serviços de saúde (BELO HORIZONTE, 2012b). Esta estratégia faz parte da política municipal de saúde bucal de Belo Horizonte.

Em áreas de baixo risco o esperado era que fossem encontradas menos crianças evento sentinela. Ainda assim elas apareceram nas regionais Centro Sul e Pampulha que apresentam um poder aquisitivo melhor.

Outras pesquisas sobre esta temática devem ser desenvolvidas para o aprimoramento de políticas públicas que possam prevenir tão grave situação de saúde bucal.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que a adoção de políticas sociais abrangentes, tais como o Programa Bolsa Família, Estratégia Saúde da Família e BH Cidadania, podem influenciar a situação de saúde bucal dos indivíduos. Fica evidente que para resolver os eventos sentinela em saúde bucal, vários setores precisarão trabalhar juntos para planejar e avaliar as atuais políticas públicas de saúde bucal. No entanto, faz-se necessário o desenvolvimento de outro estudo com este mesmo delineamento envolvendo crianças de até seis anos de idade que não são evento sentinela, para fins de comparação. Um ponto relevante desta pesquisa foi a constatação da necessidade de organização, sistematização, divulgação e análise dos dados existentes. Este estudo aponta a importância de se desenvolver pesquisa qualitativa sobre o tema que possa apreender outros aspectos, observados no cotidiano do trabalho, tais como a violência e o abandono em que vivem estas crianças.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, T. F. *et al.* Contexto familiar e a incidência de cárie dentária em crianças pré-escolares que vivem em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p.1183 -1195, Junho de 2012.
doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600017.
2. ANDRADE, D. S. Evento Sentinela: O Retrato da Iniquidade em Saúde. 2009. 52 fls. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
3. ANTUNES, J. L. F. *et al.* Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006;11(1):79-87
doi.org/10.1590/S1413-81232006000100015.
4. AYRES, J. R. C. M., FRANÇA JUNIOR, I., CALAZANS, G. J., SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., Freitas, C. M. (orgs) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-139, 2003.
5. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Programa BH Cidadania: Programa de Desenvolvimento Integrado. 2002. [acesso em 28/11/2016]. Disponível em:
http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=politicassociais&tax=8962&lang=pt_BR&pg=5567&taxp=0&.
6. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Sorriso de Criança. 2007. Disponível em:
<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/contents.do?evento=conteudo&chPlc=36952>
7. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo para atenção básica em saúde bucal*. 2006. Disponível em:
<<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/protocoloatencaobasica.pdf>>. Acesso em 02. Set. 2015.
8. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte. HMP Comunicação, 2008. 432p.
9. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. O Levantamento de necessidades em saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2008. Acesso em 18/12/2016 Disponível em:
<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/levantamentodeneecessidade semescolasespeciais.pdf> .
10. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Documento da coordenação de saúde Bucal, 2009. 63 p.
11. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. RAG - Relatório Anual de

12. <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=44694&pldPlc=&app=salanoticias>
13. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de Vulnerabilidade à Saúde, 2012. [acesso em: 28/11/16] Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/prps001555/Meus%20documentos/Downloads/ivsauce-risco2012.pdf>
14. BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de gestão 2012. p118 [acesso em 11/12/16] Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=sauade&tax=15436&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&
15. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de saúde bucal. O monitoramento em saúde bucal na rede SUS de Belo Horizonte, resumo encaminhado para a EXPOGET/2013.
16. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão de 2013*. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=153549&chPlc=153549&pldPlc=&app=salanoticias>. Acesso em: 02. set. 2015.
17. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão de 2015. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=sauade&tax=15436&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&. Acesso em : 17/12/2016.
18. BONANATO, K. *et al.* Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. *Rev Odonto Cienc.* v. 23, n. 3, p. 251-255, 2008.
19. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
20. BRASIL, Ministério da Saúde, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 02. set. 2015.
21. 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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Manual de Orientações sobre o Bolsa Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n.º 17. Série Normas e Manuais Técnicos.
24. BRASIL. LEI Nº 11.889, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Brasília, DF, 2008.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo Programa Saúde na Escola/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.2011 [acesso em 12/12/2016] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf
27. BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2011. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/345/?Programa_de_Qualidade_da_Aten%C3%A7%C3%A3o_B%C3%A1sica_-_PMAQ>. Acesso em: 02. Set. 2015.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p.
29. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva/ Departamento de Informática do SUS – DATASUS / Coordenação Geral de Disseminação de Informação em Saúde - CGDIS. Equipe FormSUS. FormSUS: Manual do Gestor. Rio de Janeiro. Abril de 2016. 92p.
30. CAMELO, R. S. *et al.* Alimentação, Nutrição e saúde em Programas de Transferência de Renda: evidências para o Programa Bolsa Família. *Rev Economia*, v. 10, n. 4, p. 685 -713, 2009.
31. CANGUSSU, M. C. *et al.* Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador - BA. *Rev Bras Saude Materno Infantil*, Recife , v. 16, n. 1, p. 57-65, 2016.
32. CELEPKOLU, T. *et al.* A Microbiological Assessment of the Oral Hygiene of 24-72-Month-Old Kindergarten Children and Disinfection of Their Toothbrushes. *BMC Oral Health*, 14-94, 2014.
33. COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*, v. 33, n. 1, p. 54-60, 2013.
34. CYPRIANO, S. *et al.* Saúde bucal dos pré-escolares. *Rev Saúde Pública*, 37(2), 247-253. 1999.

35. DODD, V. J. *et al.* Perceptions of oral health, preventive care, and care-seeking behaviors among rural adolescents. *The Journal of School Health*, v. 84, n.12, p. 802–809, 2014.
36. DUNCAN, L.M. A., BONNER, A. M. Sc. Efeitos da cobertura de renda e seguro odontológico sobre a necessidade de assistência odontológica no Canadá. *Journal of the Canadian Dental Association* 80: e6. 2014
37. FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.
38. FRIAS A. C. *et al.* Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 22(4):279-285, 2007.
39. GUIOTOKU, S. K. *et al.* Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.31, n. 2, p. 135-141, 2012.
40. HARTZ, Z. M. A. *et al.* Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, 1996.
41. LANSKY, S. M. *et al.* Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002.
42. MENDES, H. J. , MATOS, P. E. S., BASTO, J., R, M., (2016). Cárie dentária e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Revista Saúde. Com*, v. 12 n. 1, p. 454-462, 2016.
43. MELLO TRC. *et al.* Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 23(2):78-84. 2008.
44. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Educação. Educacenso.2015. [acesso em 28/11/2016]. Disponível em: <https://www.educacao.mg.gov.br/images/documentos/Educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Minas%20Gerais%20-%20Educacenso%202015.pdf>.
45. MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Belo Horizonte: Oficina VI - 6. Belo Horizonte, 2010. A Agenda das Equipes de Saúde e os Contratos Internos de Gestão. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. – Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Guia do Participante 96p.
46. 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/ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal. - Belo Horizonte: SES-MG, 2013. 73 p.

47. NASCIMENTO, S. *et al.* Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Rev Saúde Pública*, 47(Supl. 3), 69–77, 2013.
48. NICHATA, L.Y.I. *et al.* A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 16, n. 5, p. 923-8, 2008.
49. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. Manual Brasileiro de Acreditação. Glossário de termos técnicos: Evento sentinela. 2006 p.7. <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manual/glossario.pdf>>. Acesso em: 02. Set. 2015.
50. PAIM, J. S. Atenção à Saúde no Brasil. In: Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. – Brasília. DF. p. 15 a 44..2004.
51. PARRO, Y. M., GUERRERO, A. V. P. O Direito humano ao sorriso: uma análise do arcabouço legislativo sobre a saúde bucal *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília*, 5(2):108-129, 2016.
52. PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1995.
53. PERES, M. A. *et al.* Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 6(4):293-306. 2003.
54. PINHEIRO, R. S. *et al.* Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.
55. PINTO, R. S. *et al.* Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil. *BMC Oral Health.* 14:100, 2014.
56. PIZA E, ROSEMBERG F. Cor nos censos brasileiros. *Revista USP.* 40:122-137,1999.
57. PUCCINI, P.T; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2032-2042, 2008.
58. RIBEIRO, G. L. *et al.* . O potencial impacto financeiro dos problemas bucais na família de pré-escolares. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1217-1226, 2016.
59. RODRIGUES, A.P. *et al.* Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação da efetividade de um projeto de saúde oral. *Rev Port Saúde Pública.* 34(3), 244–249, 2016.
60. RUTSTEIN, D. D. *et al.* Measuring the quality of medical care, a clinical method. *N Engl J Med.* 294:582-8. 1976.
61. SANTOS, G.M. *et al.* Contexto familiar e condições de saúde bucal entre crianças de 2 a 5 anos em Salvador, Bahia: uma análise descritiva. *Revista Baiana de Saúde Pública.* v.35, n. 2, p.277– 288, 2011.

62. SANTOS Jr, V. E. *et al.* O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Passo Fundo*, RS, v. 18, n. 1, p. 61- 66, 2013.
63. SCARPARO, A. *et al.* Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet.*, v. 23, n. 4, p. 409-415, dez. 2015.
64. SILVINO, M. S. *et al.* Operacionalização de Evento Sentinela para Vigilância do Uso de Drogas de Abuso. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, Santa Catarina, Brasil. v.3, n.2, p.59 – 66, 2012.
65. TEIXEIRA, M. G. *et al.* *O Coletivo de Uma Construção: O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Rona, 2012; vol. 1. 169 p.
66. THOMPSON, B. *et al.* The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population-based study. *BMC Oral Health*, 14:78, 2014. doi:10.1186/1472-6831-14-78.
67. TOMITA, N. E. *et al.* Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(5):413-420.
68. WERNECK, M. A. F.. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, Coopmed, 2009.84p. Acesso em: 02. set. 2015.
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>
69. WIGGLESWORTH JS. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. *Lancet* 1980; 27:684-6.

APENDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA

PRODUTO TÉCNICO

O Formulário do Sistema Único de Saúde (FormSUS) é um serviço disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). É usado para a criação de formulários *online*, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar e disseminar dados pela *Internet*. Ele possibilita acompanhar em tempo real o levantamento e seus resultados. Além disso, permite ao usuário do sistema desenvolver seus formulários sem depender de analistas e programadores, armazena os dados coletados de forma organizada e gera relatórios rapidamente. Devido à necessidade do contínuo aperfeiçoamento e gerenciamento interno de suas bibliotecas e ferramentas e da associação de suas funcionalidades ao sistema de comunicação (servidor de *e-mail*), o sistema não está ainda disponível para instalação em outros ambientes institucionais. Os formulários criados no FormSUS ficam residentes no ambiente de servidores do DATASUS. O serviço consiste em oferecer às instituições do SUS uma ferramenta que lhes dê autonomia para criação e disseminação de dados em um ambiente seguro. O FormSUS oferece aos responsáveis pelo formulário a autonomia para criação e alteração (BRASIL, 2016).

No período de 2008 a 2014, a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA PBH) usava os dados oriundos de um registro consolidado das crianças identificadas como evento sentinela em saúde bucal a partir de um formulário criado especificamente para este fim no programa *word*, utilizado pelas equipes quando realizavam o trabalho de campo para fazer o levantamento de necessidades. Esses formulários eram consolidados em planilha de *Excel*.

Em 2015, visando uma melhor organização do banco de dados existente na Coordenação de Saúde Bucal da SMSA PBH e para fins da pesquisa desenvolvida no mestrado profissional de odontologia em saúde pública, tomou-se conhecimento e foi feito o primeiro contato junto à plataforma FormSUS. A partir do cadastro no sistema, criou-se um formulário para registro das crianças evento sentinela em saúde bucal. A elaboração do formulário foi feita num curto espaço de tempo, a partir do estudo do "FormSUS - Manual do Gestor – setembro de 2015" e de orientações de técnicos de outras áreas da SMSA PBH que usavam esta ferramenta. Ainda que tenha sido feita a inscrição na capacitação ofertada pelo Ministério da Saúde, não foi possível compatibilizar a participação nesta capacitação com os prazos necessários para criação do formulário e o tempo de execução desta pesquisa.

A criação no FormSUS do formulário “NOTIFICAÇÃO DO EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL” surgiu como uma possibilidade de diminuir horas de trabalho das pessoas que montavam as planilhas em *Excel*, usadas até outubro de 2014, além de diminuir também o número de pessoas envolvidas no repasse das informações do nível local para o distrital e central, o que poderia gerar perda de dados neste fluxo.

Os *prints* do formulário estão apresentados nas Figuras 4 e 5. As planilhas com os registros de 2008 a 2014, onde se encontravam os registros do público alvo inicial da pesquisa, estavam com muitos problemas dentre eles o grande o número de crianças com registros incompletos ou duplicados e pouca disponibilidade das equipes locais da ESF[a], para localizarem as informações corretas.

FIGURA 4 - Print da tela inicial do formulário “NOTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DO EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL”

formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23075

FormSUS
versão 3.0

Acesso NOTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DO EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL Formulário Resultado Busca Ficha Altera Ficha Imprimir Formulário

Noraph
Sair

Opções
Dados Pessoais
Formulários
Campos
Noticia
Cores e Estilos
LOG

FormSUS
Sobre FormSUS
Manual

FORMULÁRIO II - EVENTOS SENTINELA DA SAÚDE BUCAL NA REDE SUS-BH

Conceito de Evento sentinela: ocorrência de doença, invalidez ou morte evitáveis (Rutstein et all.,1976).

A partir deste evento, deve-se produzir uma investigação pelo serviço, para determinar como eventos similares podem ser prevenidos no futuro, implementando medidas corretivas.

Procedimentos mínimos: promover junto aos outros profissionais da equipe da saúde da família uma avaliação global da criança (crescimento e desenvolvimento, anemia, desnutrição, parasitoses, vacinação, entre outros) e da família. Se possível, encaminhar também para avaliação do assistente social.

Monitoramento pela Equipe de Saúde Bucal, até que a criança saia deste quadro de vulnerabilidade.

*** Preenchimento Obrigatório**
Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Perfil de atendimento

1) TIPO DE EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL: *

Criança de 0 a 6 anos com código 3
 Adolescente de 10 a 19 anos que possuem perda dentária anterior e não usam prótese odontológica

Dados Pessoais

2) Nome: *

3) Endereço residencial: *

4) Data de nascimento: *

5) Nome da mãe: *

6) Telefones de contatos: *
Procure colocar mais de um contato para facilitar a busca ativa

7) Sexo: *

Fonte: Ministério da Saúde/DATA SUS/FormSUS

FIGURA 5 - Print da segunda tela do formulário “NOTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DO EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL”

← → C formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23075

Informações Adicionais

8) Inclusão em programas sociais/saúde: *

Beneficiário do Bolsa Família

Residente na área do BH Cidadania

Acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Não se aplica

Dados Institucionais

9) Distrito Sanitário da instituição onde a criança foi identificada: *

10) Instituição Escolar: *

11) Centro de saúde de referência da instituição escolar: *

12) Centro de saúde da área de abrangência da residência da família: *

MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES REALIZADAS COM A CRIANÇA OU ADOLESCENTE

13) Situação atual da criança/ADOLESCENTE: *

AGENDADO

NÃO COMPARECEU AO AGENDAMENTO

SOLICITADO BUSCA ATIVA

EM ATENDIMENTO

ESCOVAÇÃO COLETIVA PARA PREPARO PSICOLÓGICO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

ENCAMINHADO PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

NÃO PERTENCE À ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE

ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO EM OUTRO CENTRO DE SAÚDE

TRATAMENTO COMPLETADO - TC

Outros Dados

14) Observações:

20:09
14/11/2016

Fonte: Ministério da Saúde/DATA SUS/FormSUS

O FormSUS do Evento Sentinela foi apresentado e discutido com as referências técnicas de saúde bucal dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte. A orientação dada foi que este processo de discussão e apropriação da ferramenta fosse reproduzido junto às equipes locais de saúde bucal. O acesso ao *link* do FormSUS foi disponibilizado para que os registros fossem feitos de forma descentralizada. Na prática o movimento de replicar a capacitação para o preenchimento do formulário não foi homogêneo no município e muitos problemas surgiram no lançamento dos dados no formulário. Nesse período também foram identificados problemas no formato do formulário e foram feitas as primeiras alterações para permitir acompanhar e monitorar a situação de cada criança.

Durante algum tempo, enquanto eram feitos os ajustes no banco de dados de 2008 a 2014, para fins desta pesquisa, simultaneamente o FormSUS era alimentado pelas equipes locais. Esgotado todo o esforço para correção do referido banco (2008 a 2014) e com resultados insatisfatórios, optou-se por usar os dados das crianças lançadas em 2016 no FormSUS. Hipoteticamente, este banco deveria estar completo e seria suficiente para o alcance dos objetivos previstos na pesquisa. Entretanto não foi o que aconteceu.

Ao extrair do FormSUS os primeiros relatórios havia inúmeros equívocos, como endereço sem padronização, incompletos, crianças lançadas mais de uma vez, falta de informação importante para conhecer o perfil destas crianças, como raça/cor, Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), situação atual da criança, etc. Tais problemas só foram resolvidos após consultas aos centros de saúde, uso de mensagens de *WhatsApp*, *e-mails*, consultas a bancos de dados extensos como o banco de enturmação da Secretaria Municipal de Educação (SMED), que é um arquivo com todas as informações referentes aos alunos matriculados na escola. A busca de informações complementares demandou cerca de seis meses.

Quando da criação do formulário de notificação do evento sentinela em saúde bucal, não se procurou saber da existência de regras e formatos para fazer as perguntas e o melhor modo de registro das respostas. Todas as secretarias que poderiam fornecer dados das variáveis necessárias para o

banco da pesquisa usavam registrar as informações do endereço em até oito colunas, para registro do código do logradouro, tipo de logradouro, nome do logradouro, número do imóvel, bairro, complemento, CEP, telefone, cidade.

Com todo este movimento foi possível identificar os ajustes necessários ao produto técnico (FormSUS):

1 - Fazer as alterações necessárias no formulário atual, modificando o formato de alguns campos existentes com vistas a melhorar os relatórios. No campo dos dados pessoais devem ser incluídas as variáveis: IVS, raça/cor. Na criação do FormSUS, no campo endereço não foi observado o formato usado pela Gerência de Tecnologia e Informação de Saúde (GTIS) da SMSA, SMED e Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS). Isso foi um grande dificultador na busca das variáveis que não estavam no formulário do evento sentinela.

2 - Qualificar as equipes de saúde bucal para o preenchimento do formulário. Vários campos têm sido mal interpretados e com isso a informação muitas vezes fica incorreta. Como o formulário em uso foi lançado sem uma capacitação sistematizada pelo nível central, a proposta é deflagrar outras ações de educação permanente por meio de oficinas e videoconferências.

REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva/ Departamento de Informática do SUS – DATASUS / Coordenação Geral de Disseminação de Informação em Saúde - CGDIS. Equipe FormSUS. FormSUS: Manual do Gestor. Rio de Janeiro. Abril de 2016. 92p.

ANEXO A**Parecer do comitê de ética em pesquisa**

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

Projeto: CAAE – 61341716.2.0000.5149

Interessado(a): Profa. Simone Dutra Lucas
Departamento de Odontologia Social e
Preventiva
Faculdade de Odontologia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 26 de outubro de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "**O evento sentinela em saúde bucal: experiência com crianças menores de seis anos usuárias do sistema único de saúde de Belo Horizonte**".

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

Prof. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B

Normas de submissão da Revista RGO

RGO – REVISTA GAÚCHA DE ODONTOLOGIA

Submissões Online

Já possui um login/senha?

[Faça a autenticação para acesso às funcionalidades da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia.](#)

Deseja cadastrar um login/senha?

[Cadastre-se agora mesmo!](#)

Cadastro e acesso são necessários para submeter itens online e verificar o status de submissões atuais.

Diretrizes para o autor

Escopo e política

A RGO – Revista Gaúcha de Odontologia é um periódico de periodicidade trimestral que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações das várias áreas às quais se dedica a pesquisa odontológica, proporcionado à comunidade científica nacional e internacional, um canal formal de comunicação, contribuindo desta forma para o avanço do conhecimento.

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, se os artigos forem considerados inadequados ao escopo da revista ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa.

Especial: artigos a convite sobre temas atuais.

Revisão: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema.

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas.

Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Pesquisas envolvendo seres vivos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres vivos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.

Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais do paciente.

Nos **experimentos com animais** devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

Registros de ensaios clínicos

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de ensaios clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Procedimentos editoriais

Avaliação

Os **originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, serão sumariamente devolvidos** antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua

publicação. A devolução será acompanhada de um ofício contendo o código do item desrespeitado.

Recomenda-se fortemente que os autores busquem assessoria lingüística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeterem originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. **Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa do singular “meu estudo...”, ou da primeira pessoa do plural “percebemos....”,** pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Os manuscritos aprovados quanto à forma de apresentação serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores *ad hoc* previamente selecionados pelo Conselho. Cada manuscrito será enviado para dois relatores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação.

Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores *ad hoc*, não forem considerados convenientes para publicação na RGO – Revista Gaúcha de Odontologia serão devolvidos aos autores em caráter definitivo.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise com alterações; c) recusa

integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. No caso de manuscritos aceitos, estes poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de efetuar os ajustes que julgarem necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para que sejam realizadas as devidas alterações. O trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

Conflito de interesse

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc. Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas

A prova tipográfica será enviada ao autor de correspondência por meio de correio eletrônico em formato PDF para aprovação final. As provas devem retornar a Editoração da revista na data estipulada. Se não houver retorno da prova na data estipulada, o Editor-Chefe considerará como final a versão sem alterações, e não serão permitidas maiores modificações. Apenas modificações, correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do manuscrito.

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração de responsabilidade, declaração de concordância com a cessão de direitos

autorais e carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática e as principais contribuições do estudo para a área

Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. **Os autores deverão enviar apenas a última versão do trabalho.** O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, os autores deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados.

A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Disposição dos elementos constituintes do texto

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, **evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações a cerca de...”, “estudo exploratório”**; b) short title com até 50 caracteres em português (ou espanhol) e inglês.

Nome dos autores: a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão

vinculados os autores); b) será aceita uma única afiliação por autor. Os autores deverão, portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgarem a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, **com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras**. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos **originais, os resumos devem ser estruturados** destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os

procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à **análise estatística**, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação. Ao relatar **experimentos com animais**, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do

estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. **Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel.**

Os autores se responsabilizam pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); **não é permitido o formato paisagem**. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecível nas imagens.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. **Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.**

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. **Não devem ser usadas no título e no resumo.**

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no *estilo Vancouver*

Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus*(<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Não serão aceitas citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **dissertações**, **teses** e de **textos não publicados** (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em **ordem numérica**, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se

ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo com mais de seis autores

Tetsumura A, Nakamura S, Yoshino N, Watanabe H, Kuribayashi A, Nagumo K, et al. USPIO-enhanced MRI of highly invasive and highly metastasizing transplanted human squamous cell carcinoma: an experimental study. Dentomaxillofac Radiol. 2012;41(1):55-63.

Artigo com um autor

Scott RA. Capital allowances for dentists. Br Dent J. 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218.

Artigo em suporte eletrônico

Gimenes ACR, Pontes ERJC. Prevalência de cárie dentária e condições periodontais de escolares. RGO - Rev Gaúcha Odontol [periódico na Internet]. 2011 Dez [acesso 2012 jan 15]; 59(4):577-82. Disponível em: .

Livro

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia bucomaxilofacial contemporânea. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2012.

Capítulos de livros

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). Estética em odontopediatria: considerações clínicas. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

Texto em formato eletrônico

World Health Organization. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from:

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver)

LISTA DE CHECAGEM

- Declaração de responsabilidade, Declaração de cessão de direitos autorais e contribuição(ões) do artigo assinada por todos os autores.
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras Arial, corpo 12, entrelinhas 1,5 cm e com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).
- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.

- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.
- Incluir título do manuscrito, em português e inglês.
- Incluir título abreviado (*short title*), com 50 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.
- Contribuição de cada um dos autores na elaboração do manuscrito.
- Incluir resumos estruturados para trabalhos originais e narrativos para manuscritos que não são de pesquisa, com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação.
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver e listadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto e se todas estão citadas no texto.
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.
- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de responsabilidade, (2) Transferência de direitos autorais e (3) Contribuições do artigo, nos quais constarão:

- Título do manuscrito
- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito)
- Autor responsável pelas negociações
- Data

1. Declaração de Responsabilidade: Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, não omitindo quaisquer ligações ou acordos de

financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

2. Transferência de Direitos Autorais: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a RGO - Revista Gaúcha de Odontologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.

3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere.

Diretrizes para submissão (Todos os itens obrigatórios)

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word e todas as URL no texto (ex: www.revistargo.com.br) estão ativas
- Manuscrito: formatado de acordo com as Diretrizes para Autores, encontradas na seção "Sobre" a revista. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas.
- 1. Declaração de Responsabilidade: deve ser assinada por todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo original do trabalho. 2. Transferência de Direitos Autorais: Deve conter declaração expressa de

transferência de direitos em caso de aceitação do trabalho e de existência ou não de conflito de interesses. 3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere.

- Enfim, encontro-me ciente da responsabilidade de o texto submetido encontrar-se em conformidade com os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes do autor, encontradas na seção "Sobre" a revista

Aviso de Copyright

A revista se reserva o direito de efetuar, nos originais, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores. As provas finais serão enviadas aos autores.

Deve ser consignada a fonte de publicação original. Os originais não serão devolvidos aos autores.

As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.

Cada autor receberá um exemplar da revista.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

ANEXO C

Comprovante da submissão do artigo



RGO - Revista Gaúcha de Odontologia

ISSN 0103-6971

E-ISSN 1981-8637

Indexada nas bases de dados *Index to Dental Literature; BBO; Lilacs; Latindex; Portal de Periódicos Nacionais da CAPES; PubMed; Ulrich's Periodicals Directory, DOAJ, EmCare, Chemical Abstracts, EBSCO Publishing; SciELO Brasil*
Qualis (CAPES) B3

Campinas, 15 de dezembro de 2016.

Prezados autores,

Venho pelo presente agradecer o envio do manuscrito “*EVENTO SENTINELA EM SAÚDE BUCAL: EXPERIENCIA COM CRIANÇAS ATÉ SEIS ANOS DE IDADES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE*” autoria de Nora Nei Reis PEREIRA, Saul Martins PAIVA, Eliana Maria de Oliveira SÁ, Rafaela da Silveira PINTO, Simone Dutra LUCAS para publicação na RGO - Revista Gaúcha de Odontologia. Para toda a correspondência futura relativa a este trabalho, por favor, refira-se ao número 3336.

O Conselho Editorial procederá à tramitação regular ao processo de avaliação do manuscrito que podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, se os artigos forem considerados inadequados ao escopo da revista ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista, entendendo que o mesmo não foi publicado anteriormente e que não estará sendo submetido a outro periódico durante o período de revisão. Tão logo quanto possível, V.Sa. será notificada a respeito do processo de avaliação do trabalho.

Novamente grato por seu interesse na revista RGO - Revista Gaúcha de Odontologia,

expresso nossas saudações.

Atenciosamente

p/

Prof. Dr. Ney Soares de Araújo

RGO - Revista Gaúcha de Odontologia

