

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
ODONTOLÓGICAS**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE DOIS PROGRAMAS
DO GOVERNO BRASILEIRO NA SAÚDE BUCAL DE
USUARIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO
TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Andrea Fontoura Recchi

Santa Maria, RS, Brasil
2013

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE DOIS PROGRAMAS
DO GOVERNO BRASILEIRO NA SAÚDE BUCAL DE
USUARIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO
TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL**

Andrea Fontoura Recchi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, da
Universidade Federal de Santa Maria, como parte das exigências para obtenção do título de
Mestre em Ciências Odontológicas.

Orientadora: Prof. Eliana Wendland

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós- Graduação em Ciências Odontológicas**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE DOIS PROGRAMAS DO
GOVERNO BRASILEIRO NA SAÚDE BUCAL DE USUARIOS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO TRANSVERSAL
DE BASE POPULACIONAL**

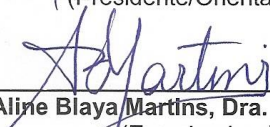
elaborada por
Andrea Fontoura Recchi

Como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências
Odontológicas**

COMISSÃO EXAMINADORA:



Eliana Wendland, Dra. (UFCSPA)
(Presidente/Orientadora)



Aline Blaya Martins, Dra. (UNIVATES)
(Examinadora)



Carlos Heitor Cunha Moreira, Dr. (UFSM)
(Examinador)

Santa Maria, 2013.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida;

A minha orientadora Eliana, pela dedicação, paciência, empenho e ensinamentos para tornar possível o desenvolvimento desse trabalho;

Aos meus pais pelo apoio, meus grandes incentivadores para que eu continue sempre estudando, pelo amor, por entenderem minhas escolhas.

Minha irmã Andressa pela amizade, pelas longas conversas na madrugada e pela grande ajuda para lidar com o computador;

Ao meu namorado, Luiz Carlos, pelo apoio, companheirismo e paciência durante esse período. É também um exemplo para mim como profissional;

Minha filha do coração Tita, por me fazer mais feliz me acompanhando há quase 10 anos. ("Cães não são nossa vida inteira, mas eles fazem nossas vidas inteiras").

A professora Juliana Hilgert pelas contribuições;

A todos os usuários das unidades de saúde que aceitaram participar desse estudo;

Especialmente as equipes da ESF Esperança Cordeiro e UBS Santa Rosa por me receberem tão bem, me fazendo sentir parte dessas equipes e as equipes da ESF São Borja e UBS São Cristóvão;

A colega que conheci no mestrado e hoje considero uma amiga, Gianna;

A secretária do Programa de Pós Graduação em Ciências Odontológicas da UFSM, em especial a Jéssica Dalcin da Silva, sempre disposta a ajudar;

A acadêmica Juliana Silvani pela colaboração na coleta dos dados;

A equipe da clínica Sorricenter, aos colegas e amigos Liziane, Bernadete, Pedro e Gustavo pela parceria que deu certo, confiança e amizade.

Minha amiga Lenise, pela amizade desde "os tempos de faculdade".

Enfim, a todos que de alguma forma colaboraram, direta ou indiretamente, para a realização do estudo, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: O estado de saúde de uma população é diretamente associado as condições sociais do local onde ela vive. Da mesma forma, a saúde bucal também é associada a determinantes sociais, especialmente a renda familiar e individual, acesso aos serviços de saúde e convívio social.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, de base populacional cuja população alvo compreende adultos acima de 18 anos, de ambos os sexos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo geral avaliar o impacto dos Programas Saúde da Família e Bolsa Família na Saúde Bucal dessa população e foi realizado no município de Porto Alegre, em Unidades de Saúde da Família e em Unidades Básicas de Saúde. Os participantes responderam a uma entrevista estruturada e tiveram sua boca examinada, após serem informados sobre a natureza do estudo e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido. A associação entre as variáveis foi calculada através de binomial negativa, usando o pacote estatístico R 3.0.1.

Resultados: O estudo foi realizado com uma amostra de 187 adultos, que compreendeu 127 (68, 2%) mulheres e 59 homens (31,7%). O CPOD aumentou na amostra de acordo com a idade, sendo 1,6 para a idade 18-19 anos e 23,5 para maiores de 74 anos. O CPOD foi igual a zero para apenas 12 participantes (6,4%). Dentes perdidos estão associados positivamente com a idade e frequência de escovação e inversamente associados com renda e fio dental. O número de dentes cariados diminuiu com a idade (RR = 0,98, IC_{95%} 0,97-0,98) e em indivíduos que pertencem ao Bolsa Família (RR = 0,89, IC_{95%} 0,79-0,98). A presença de dentes obturados é menor em pessoas que pertencem as áreas de ESF (RR = 0,74, IC_{95%} 0,52-0,95) e aumenta de acordo com a idade (RR = 1,02, IC_{95%} 1,01-1,03) e em pessoas que usam de fio dental menos de uma vez por dia (RR = 1,47, IC_{95%} 1,09-1,99). O número de dentes hígidos diminuiu com a idade (RR de 0,98, IC de 95% 0,97-0,98) e é menor em moradores de áreas adscritas a ESF (RR = 0,89, IC de 95% 0,80-0,98).

Conclusão: A saúde bucal medida pelo índice CPO-D e seus componentes está associada tanto ao tipo de modelo de cuidados de saúde primários quanto renda (renda familiar e Bolsa Família acesso). Em geral, a saúde bucal da amostra estudada é melhor do que a média nacional, demonstrado pelo maior número de dentes hígidos.

Palavras-chaves: Programa saúde da família, saúde bucal, determinantes sociais de saúde, índice CPOD.

ABSTRACT

Background: The health status of a population is directly associated with the social conditions of the place where they live. Likewise, oral health is also linked to social determinants, especially the individual and family income, access to health services and social interaction.

Methods: It is a cross-sectional population-based survey whose target population comprises adults above 18 years, of both sexes, users of the Brazilian Public Health System (BPHS). It aims to evaluate the impact of the Family Health Strategy (FHS) and *Bolsa Familia* (BF) in oral health of this population, carried in Porto Alegre, in units of the Family Health and Traditional ones. Participants answered a structured interview and had their mouth examined for investigation of oral health. The association between variables was calculated using negative binomial, using the statistical package R 3.0.1.t.

Results: A sample of 187 adults was studied, which comprised 127 (68, 2%) women and 59 men (31, 7%). The mean DMFT (decayed, missed and filled teeth) increase according with age, being 1.6 for the age 18-19 years and 23.5 for older than 74 years. DMFT was equal to zero in only 12 participants (6,4%). The number of missed teeth increase with age and brushing frequency and decrease with income and flossing. The number of decayed teeth decrease with age (RR=0.98; 95% CI 0.97-0.98) and in subjects that receive the cash transfer BF (RR=0.89; 95% CI 0.79-0.98). The presence of filled teeth decreased in subjects who live in áreas covered by FHS ($r=0.74$; 95% CI 0.52-0.95) area and increase according with age (RR=1.02; 95% CI 1.01-1.03) and in people with frequency of flossing less than once a day (RR=1.47, 95% CI 1.09-1.99). The presence of sound teeth decrease with age (RR 0.98, 95% CI 0.97-0.98) and in areas with FHS (RR=0.89, 95% CI 0.80-0.98).

Conclusions: The oral health measured by the DMFT index and its components is associated with both, type of primary healthcare model and income (family income and *Bolsa Familia* access). In general, the oral health of the studied sample is better than the nationwide mean, translated in the higher number of sound teeth.

Key Words: DMFT index, oral health, family health program, social determinants of health.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Avaliação do Impacto de dois programas do governo brasileiro na saúde bucal de usuarios do Sistema Único de Saúde: estudo transversal de base populacional”, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, em agosto de 2013. O trabalho é apresentado na ordem que segue:

1. Introdução e Revisão da Literatura
2. Artigo no formato da revista BMC Public Health
3. Conclusões e Considerações Finais

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

SUMÁRIO

Sumário

Introdução	10
Revisão da Literatura	
Determinantes sociais em saúde	11
Saúde Bucal	15
Saúde Bucal e Determinantes Sociais	17
Estratégia de Saúde da Família	18
Bolsa Família	20
Artigo	
Apresentação	23
Abstract	24
Background	26
Methods.....	27
Results.....	29
Discussion	31
Conclusion	33
Tables	34
References.....	41
Considerações Finais	46
Referências	47
Submissão do Artigo	51
Anexos	
Projeto de Pesquisa.....	52

INTRODUÇÃO

A relação entre os determinantes sociais e saúde é um desafio no momento de estabelecer quais fatores como classe social, econômica e política influenciam na saúde de uma determinada população. Ou seja, as condições de vida e trabalho estão diretamente relacionadas com a situação de saúde e, dessa forma, estabelecer essa relação entre os determinantes sociais em saúde e perfil epidemiológico da população permite que se identifique em qual âmbito devem ser feitas intervenções para reduzir as desigualdades em saúde (1).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), ter uma boca saudável é fundamental para a saúde em geral e para a qualidade de vida. É um estado de ser livre de dores bucais e faciais, câncer bucal e de garganta, infecções bucais e feridas, doença periodontal, cárie dentária, perda de dentes além de outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo em morder, mastigar, sorrir, falar, além do bem-estar psicossocial (2).

Ao realizar estudos sobre os determinantes sociais das perdas dentárias, Gilbert et al. (3) relata que afro - americanos e pessoas de nível socioeconômico mais baixo tem mais dificuldade de acesso aos serviços odontológicos. Dessa forma, quando chegam ao dentista, já não é mais possível tratar o dente, levando à perda. Nesse caso, pode-se dizer que raça e nível socioeconômico podem influenciar na perda de dentes (3).

O acesso aos serviços de saúde demonstra que a busca por serviços de saúde é também um traço de desigualdade, estando relacionada às características do território, da família e dos indivíduos (4). Existem evidências de que muitas doenças afetam os grupos socialmente mais carentes da população, o que inclui privação de acesso às políticas públicas, privação de coesão social, dentre outros e doenças bucais não são exceção (5).

Em estudo realizado por Costa et al. (6), a gravidade da cárie dentária foi associada com o perfil demográfico, comportamento relacionada à saúde, reações psicológicas, situação socioeconômica, utilização de serviços de saúde e as variáveis de capital social .

A integração entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Bolsa Família (PBF) é de grande importância para que as medidas propostas não sejam apenas compensatórias, mas que incentivem a autonomia dessas famílias que se encontram em situação mais vulnerável. Além de ser um dos objetivos do PBF, pode ser objetivo também da ESF considerar uma perspectiva ampliada de saúde, considerando a qualidade de vida das

pessoas e incentivando que eles passem da condição de sujeitos passivos para ativos (7).

REVISÃO DA LITERATURA

1. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Determinantes sociais da saúde são as condições em que uma pessoa nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece. Estas circunstâncias são marcadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível global, nacional e local (8).

Vários modelos foram propostos para explicar a associação entre os determinantes sociais e as iniquidades em saúde, sendo o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead um dos mais conhecidos (9). Ele utiliza camadas para explicar, de maneira simples, a proximidade dos diferentes determinantes sociais dos desfechos em saúde. Os indivíduos estão no centro do modelo, seguido pelo seu estilo de vida, redes sociais e comunidade. No próximo nível estão os fatores associados a condições de vida e trabalho como habitação e saneamento básico, educação, produção de alimentos e condições associados a disponibilidade de trabalho. No nível mais externo se encontram os macrodeterminantes, que exercem influência sobre todos os outros níveis, que são as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, não só a nível local, mas também global (Figura 1).

Figura 1. Modelo proposto por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Whitehead and Dahlgren (1991 apud Pellegrini Filho, 2011)(10).

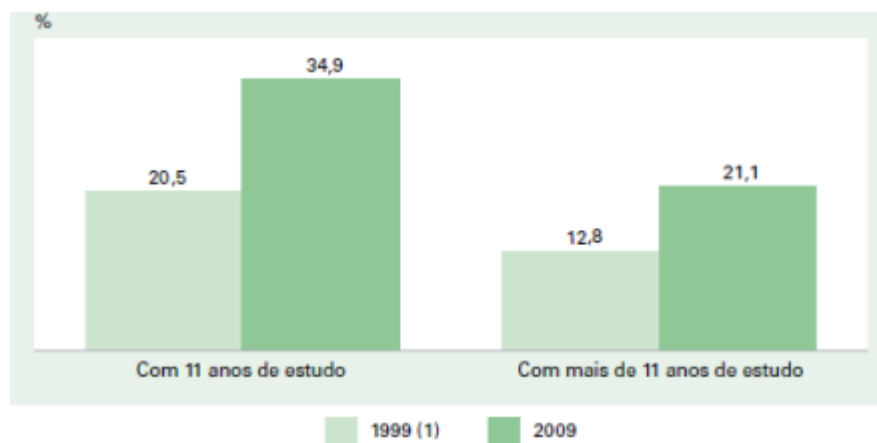
Com os avanços tecnológicos e sociais no mundo, a saúde tem progredido e se transformado e a população passa por avanços socioeconômicos. Apesar disso, o acesso a esse desenvolvimento continua restrito para as pessoas mais pobres. Assim, tem-se compreendido melhor as causas e consequências da dificuldade de acesso aos sistemas de saúde e percebido que os determinantes sociais, econômicos e políticos exercem forte influência e que trabalhar para a redução da pobreza pode ser o fator para melhorar os indicadores de saúde (11).

Em 2005, foi criada, a nível mundial, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission Social Determinants of Health). Em 2006, no Brasil, foi criada uma Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). A criação dessas comissões surge da necessidade de avaliar a influência dos determinantes sociais na saúde da população e diminuir as desigualdades por eles geradas (1).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (12), *“os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.”*

O Brasil vem apresentando, nos últimos anos, uma grande melhora em todos os indicadores sociais. O aumento da escolaridade pode ser observado pelo número de pessoas economicamente ativas que possuem 11 anos de estudo ou mais (segundo grau completo) em indivíduos acima de 25 anos – indicador do status de escolaridade de uma sociedade. A proporção de pessoas com 11 anos de escolaridade ou acima de 11 anos praticamente dobrou entre 1999 e 2009 (Figura 2) (13).

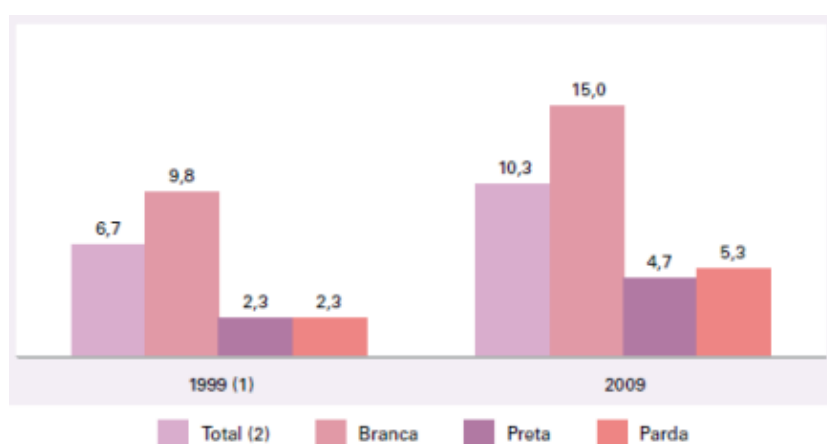
Figura 2: Proporção das pessoas de 25 a 34 anos de idade, economicamente ativas com 11 anos de estudo e com mais de 11 anos de estudo - Brasil – 1999/2009.



Fonte: IBGE, 2010.

No entanto, podemos observar que, apesar dos avanços, ainda existem iniquidades no que se refere a raça ou cor. Apesar da proporção de pretos e pardos com ensino superior completo ter mais que dobrado nos últimos anos, disparidades importantes ainda persistem e ambas as categorias ainda são em menor proporção que os brancos (figura 3) (13).

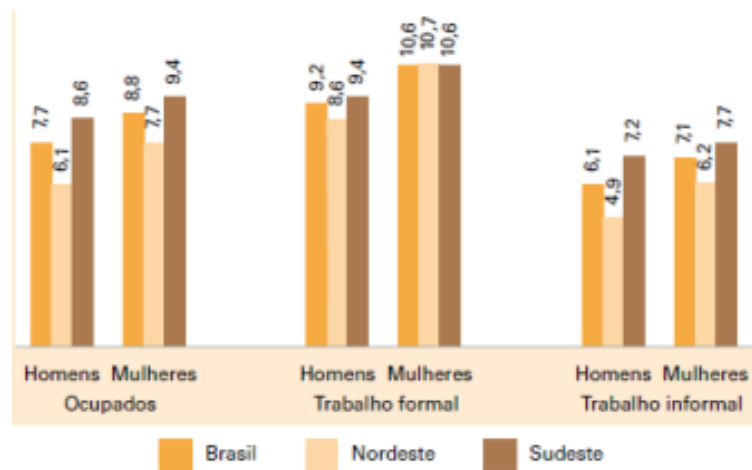
Figura 3: Proporção das pessoas de 25 anos ou mais de idade com ensino superior concluído, segundo a cor ou a raça – Brasil – 1999/2009.



Fonte: IBGE, 2010.

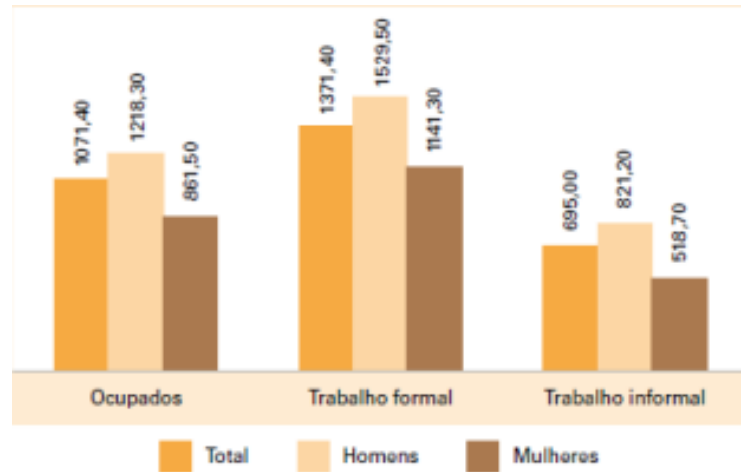
Não só as disparidades de raça ainda persistem no país, mas também por sexo. As mulheres, apesar de apresentarem, em média, uma maior escolaridade do que os homens, ainda recebem salários mais baixos e são submetidas a condições piores de trabalho. Tanto nos empregos formais como informais, as mulheres apresentam rendimentos mais baixos (Figuras 4 e 5) (13).

Figura 4: Média de anos de estudo das pessoas de 16 anos ou mais de idade, ocupadas e ocupadas em trabalhos formal e informal, segundo o sexo nas regiões Norte e Sudeste – 2009.



Fonte: IBGE, 2010.

Figura 5: Rendimento médio do trabalho principal das pessoas de 16 anos ou mais de idade, total, ocupadas e ocupadas em emprego formal e informal, por sexo. Brasil – 2009.



Fonte: IBGE, 2010.

A dificuldade dos sistemas da saúde em alcançarem um bom desempenho frente a população pode ser considerada um desafio para os cuidados de saúde e um determinante social da saúde. Os sistemas deveriam basear-se nos determinantes sociais, abordando os determinantes da saúde e a cobertura universal para realizar o planejamento para aumentar a equidade no acesso aos cuidados, melhorando assim as condições de saúde (14).

De acordo com dados do Censo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (15), o município de Porto Alegre contava com 1.409.351 habitantes. Dentre esses, 23.430 com renda per capita mensal abaixo de R\$ 70,00; ou seja, vivendo em situação de extrema pobreza(16).

2. SAÚDE BUCAL

Segundo a OMS, “a saúde bucal é um estado de ser livre de dores crônicas bucais e faciais, câncer bucal e de garganta, feridas bucais, defeitos congênitos, doença periodontal, cáries, perda de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam a cavidade oral e vem a ser um fator determinante na qualidade de vida” (11).

Visando a redução das disparidades e a construção de uma política de inclusão social, foram estabelecidas, em 2004, no Brasil, as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Essas diretrizes propõem uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, baseados no conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, com um modelo de saúde que não é centrado somente na assistência a doença. As ações do “Brasil Sorridente” visam a garantia da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, com o entendimento que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população (12).

Através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o Ministério da Saúde definiu como os principais indicadores em saúde bucal para a população a cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Como indicadores complementares, consideram-se a média de procedimentos odontológicos básicos individuais e a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Tais indicadores são considerados como instrumentos nacionais de monitoramento (17).

Um dos marcos das mudanças nas políticas de assistência saúde bucal foi 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. O primeiro levantamento em saúde bucal no Brasil foi realizado em 1986 pela Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) do Ministério da Saúde. O segundo foi realizado em 1996, dez anos depois, acontecendo novamente em 2003 e 2010, sendo chamado SB Brasil (18).

Um dos índices para avaliar presença de cárie é o CPOD que vem a ser a média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados em um grupo de pessoas e foi proposto por Klein e Palmer, em 1937 (19).

Uma das avaliações possíveis em saúde bucal é o uso e necessidade de prótese dentária para avaliar o edentulismo (20). Ao examinar uso e necessidade de prótese, alguns autores (21) encontraram como resultados que 53.5% não necessitavam de próteses superiores, porém, com 71.3% necessitando de próteses inferiores. No SB Brasil 2003, 31.7% necessitaram algum tipo de prótese superior (incluindo totais ou fixas e/ou removíveis) e quanto a necessidade de próteses inferiores o resultado foi de 32.47%.

Guiotoku et al (22), ao comparar as iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil, quanto à perda dentária, os pardos tiveram 1,4 mais dentes perdidos que os brancos, mostrando também maior necessidade de prótese total no grupo dos pardos.

Mesmo em países industrializados, a cárie é um dos problemas de saúde bucal

prevalente na população, afetando todas as faixas etárias. Porém, tal situação vem modificando, pois se tem observado declínio da doença em países desenvolvidos, provavelmente pela presença de políticas públicas de incentivo a saúde bucal e mudanças comportamentais (11).

A OMS preconizou metas em saúde bucal para o ano 2000, sendo que para os 18 anos, que 80% das pessoas tivessem 85% dos dentes ou mais. Na faixa etária 35 a 44 anos, 75% com 20 ou mais dentes e aos 64 a 75 anos, 50% com 20 ou mais dentes na boca (23).

3. SAÚDE BUCAL E DETERMINANTES SOCIAIS

Existe uma forte associação entre perdas dentárias e condições sociais, econômicas, demográficas, raciais, além de hábitos de vida. Raça e nível socioeconômico estão fortemente associados com as perdas dentárias (3). Pardos apresentam mais dentes perdidos do que os brancos (22). O número de dentes perdidos aumenta conforme aumento da idade e mulheres apresentam menos dentes perdidos do que homens (24).

Pessoas com renda familiar mais baixa e que estudaram em escolas públicas apresentam menos dentes restaurados e mais dentes perdidos e/ou cariados (25), enquanto brancos, além de apresentar maior escolaridade (mais anos estudados) e renda do que pretos e pardos, apresentam mais dentes restaurados (22). Para pessoas com ensino superior, renda familiar mais alta e que frequentaram uma escola privada foram constatados mais dentes obturados e menos dentes perdidos (25). A escolaridade dos pais também afeta a prevalência de cárie entre crianças e jovens (26,27).

Maiores médias do índice CPO-D podem ocorrer grupos com menor escolaridade, principalmente com maior componenteariado e a escolaridade mostrou-se, em alguns casos, um indicador socioeconômico mais significativo do que a renda. Brancos apresentam média do índice CPO-D maior do que pretos e pardos. Uma explicação para essa situação é que os brancos têm maior acesso a tratamento odontológico, apresentando mais dentes restaurados, o que eleva a media CPO-D (22). Existem disparidades ao comparar as médias entre as diferentes regiões do país (figura 6) (20).

Figura 6: CPO-D segundo grupo etário e regiões

	Região	Hígido		Cariado		Obt/Cariado		Obturado		Perdido		CEO-D/CPO-D		
		n	Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	IC (95%)	
													L.I.	L.S.
15 a 19 anos	Norte	1.344	23,00	3,17	56,2	0,16	2,8	1,37	24,3	0,95	16,8	5,64	5,06	6,23
	Nordeste	1.419	24,20	2,17	47,9	0,16	3,5	1,65	36,4	0,54	11,9	4,53	4,04	5,01
	Sudeste	910	24,62	1,13	29,5	0,11	2,9	2,28	59,5	0,31	8,1	3,83	3,23	4,43
	Sul	810	23,32	1,17	29,2	0,25	6,2	2,38	59,4	0,21	5,2	4,01	3,35	4,67
	Centro-Oeste	884	22,51	2,22	37,4	0,74	12,5	2,60	43,8	0,38	6,4	5,94	5,20	6,69
	Brasil	5.367	24,09	1,52	35,8	0,18	4,2	2,16	50,8	0,38	8,9	4,25	3,86	4,65
35 a 44 anos	Norte	2.520	13,22	2,59	14,8	0,49	2,8	3,60	20,6	10,83	61,9	17,51	16,76	18,25
	Nordeste	2.404	14,17	1,99	12,0	0,41	2,5	5,31	31,9	8,92	53,7	16,62	16,01	17,23
	Sudeste	1.586	13,92	1,32	8,1	0,41	2,5	7,88	48,2	6,74	41,2	16,36	15,69	17,02
	Sul	1.619	12,34	1,15	6,5	0,55	3,1	8,20	46,7	7,66	43,6	17,56	16,44	18,68
	Centro-Oeste	1.435	12,51	2,05	11,6	0,64	3,6	6,65	37,7	8,33	47,2	17,66	16,74	18,59
	Brasil	9.564	13,53	1,48	8,8	0,46	2,7	7,33	43,8	7,48	44,7	16,75	16,29	17,21
65 a 74 anos	Norte	1.722	3,19	0,81	2,9	0,11	0,4	0,54	1,9	26,81	94,9	28,26	27,64	28,88
	Nordeste	2.271	4,11	0,84	3,1	0,09	0,3	1,08	4,0	25,18	92,6	27,20	26,66	27,73
	Sudeste	1.277	3,55	0,43	1,6	0,10	0,4	1,79	6,5	25,32	91,6	27,65	26,90	28,39
	Sul	1.148	3,61	0,54	2,0	0,13	0,5	1,83	6,8	24,60	90,8	27,10	25,98	28,23
	Centro-Oeste	1.091	3,60	0,65	2,4	0,13	0,5	1,05	3,8	25,66	93,3	27,49	26,60	28,37
	Brasil	7.509	3,60	0,52	1,9	0,10	0,4	1,62	5,9	25,29	91,9	27,53	27,03	28,04

Fonte: Brasil, 2012

4. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A partir da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, foi estabelecida a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Baseia-se nos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, da equidade e da participação social (28).

A Política Nacional de Atenção Básica considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde (29).

No Brasil vem sendo desenvolvidos esforços contínuos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para adequar os serviços às necessidades da população. A partir do Programa de Agentes Comunitários iniciado no Nordeste, foi implantado o Programa de Saúde da Família em 1994, com objetivo de reorientação do modelo assistencial.

Em 2006, de acordo com a PT/MS 648/06, a nomenclatura passou de PSF - Programa de Saúde da Família para ESF - Estratégia de Saúde da Família e agora para USF - Unidade

de Saúde da Família (30).

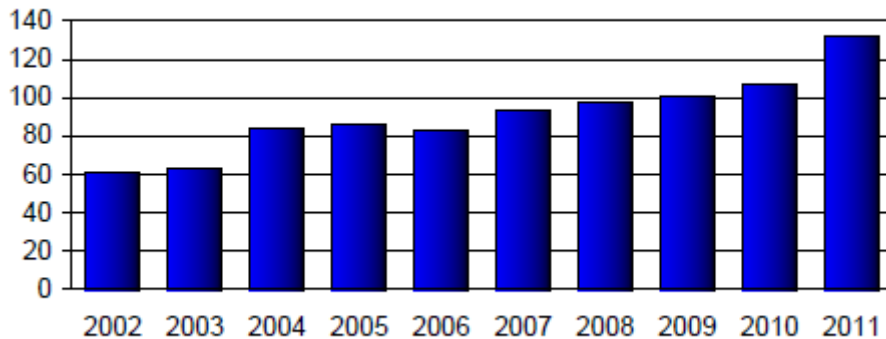
As ESF surgem no Brasil com o objetivo de reorientar os modelos assistenciais na Atenção Básica, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS introduzir um novo olhar no processo saúde-doença (31). São constituídas por uma equipe multiprofissional com foco de atuação no território, família e comunidade, no qual os profissionais desenvolvem ações de saúde do seu próprio núcleo e desenvolvem trabalho em equipe (17).

A inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na ESF foi estabelecida através da portaria GM no. 1.444, em 2000, com incentivo financeiro do governo federal para implantar 1 ESB a cada 2 ESF implantadas (32). Somente então, através dessa portaria, foi instituído o incentivo financeiro para incluir as equipes de saúde bucal (ESB) na ESF (33). Existem três tipos de ESB, sendo dividido em modalidades I (Cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal), II (Cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal)(23).

4.1. A ESF EM PORTO ALEGRE

O Sistema de Saúde em Porto Alegre é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre (34) e presta assistência a uma população que gira em torno de 1.409.351 pessoas (13) que vivem na Capital. O Programa de Saúde da Família iniciou em Porto Alegre em 1996 (34). Em 2011, a Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre contava com 76.733 famílias cadastradas e 132 equipes de ESF (Figura 6) (35). Atualmente, no município, existem 51 equipes de saúde bucal (ESB) modalidade I e 21 equipes modalidade II na Estratégia de Saúde da Família e 43 ESB em Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional (36).

Figura 6: Número de Unidades de Saúde da Família.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre, 2013.

Em 2011, foi estabelecido um convênio entre a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), criando o Distrito Docente Assistencial (DDA), junto a Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar.

O DDA tem objetivo de aperfeiçoar e qualificar a formação profissional. Ele é um território geográfico dentro do município e é integrado a estrutura dos serviços de saúde de Porto Alegre, possibilitando que acadêmicos, pós-graduandos e docentes tenham contato com a prática nas unidades de saúde (37), sendo, dessa forma, cenário do nosso estudo.

Os bairros Pedras, Sarandi e Rubem Berta formam a gerência Distrital de Saúde Norte Eixo Baltazar. O Eixo Baltazar possui em torno de 90.552 habitantes e a região Norte possui em torno de 90.932 habitantes.

A região Eixo Baltazar é composta por seis ESF: Beco dos Coqueiros, Passo das Pedras II, Planalto, Esperança Cordeiro, Santa Fé e Santa Maria e 5 UBS: Passo das Pedras I, Rubem Berta, São Cristóvão, Jardim Leopoldina (Grupo Hospitalar Conceição- GHC) e Costa e Silva. A região Norte é composta por 5 ESF: Asa Branca, Jenor Jarros, Nova Gleba, São Borja e Santo Agostinho e oito UBS: Assis Brasil, Nova Brasília, Ramos, Santa Rosa, Sarandi, Vila Elisabete, Parque dos Maias e Nossa Senhora Aparecida (GHC) (37).

5. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família (BF), instituído pela Lei n. 10.836 (38), integrando a

política do Fome Zero, consiste em um programa social de transferência de renda. Tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada e, assim, promover a segurança alimentar e nutricional, contribuindo para a conquista da cidadania para a população que se encontra mais vulnerável à fome. O Programa busca ainda integrar essas famílias com a rede de serviços públicos como a saúde, educação e assistência social, promovendo uma política de combate à fome, segurança alimentar e nutricional, para impulsionar o desenvolvimento social e econômico destas famílias.

No Programa Bolsa Família, os pais ou responsáveis assumem o compromisso, de matricular as crianças e adolescentes de 6 a 17 anos na escola, garantir a frequência escolar de pelo menos 85% das aulas para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e de 75% para os jovens de 16 e 17 anos. Além disso, devem levar as crianças para tomarem as vacinas recomendadas e ainda, pesar, medir e realizar exames se necessário.

A Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas. O programa foi criado para apoiar as famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais e garantir o direito aos serviços sociais básicos. Para isso, o Governo Federal transfere renda direto para as famílias e o saque é feito mensalmente. Além disso, faz parte do programa promover o acesso à saúde, educação e assistência social (39).

O Programa funciona através de uma transferência monetária às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza. Além disso, pretende integrar os processos de gestão e execução das ações de transferência de renda que o Governo Federal até então praticava junto a outros programas de transferência de renda mínima, em especial os Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e o Cartão alimentação.

As condicionalidades do PBF para que as famílias continuem recebendo o benefício permaneçam inscritas no programa dirigem-se especialmente ao grupo materno-infantil por ser considerado mais vulnerável. Dessa forma, como responsabilidades da área da saúde encontram-se: avaliação antropométrica das crianças com menos de sete anos, realização de vacinação, realização de pré-natal pelas gestantes e participar das atividades educativas (39).

A determinação quanto a vacinação é uma forma eficaz de realizar prevenção em saúde, principalmente quando a cobertura vacinal atinge o maior número possível de pessoas. No Brasil, as campanhas de vacinação são uma prioridade no âmbito das políticas públicas e o Ministério da Saúde tem um calendário vacinal para as crianças de 0 a 6 anos estabelecido e

gratuito e mesmo com a realização de campanhas de vacinação gratuita, ainda existem segmentos populacionais, principalmente, entre os grupos menos favorecidos, que não consegue cumprir calendário vacinal (40).

Dentre os programas de transferência de renda no mundo, o Bolsa Família é destaque como o mais abrangente, chamando a atenção de outros países (41). Existe um programa de transferência de renda semelhante nos Estados Unidos, chamado Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC), que vem a ser para muitas pessoas o primeiro contato com o sistema de saúde (42). Em maio de 2013, o PBF beneficiou 46.171 famílias no município de Porto Alegre (16).

Artigo

Artigo redigido conforme as normas da revista BMC Public Health

The impact of Family Health Strategy and money cash transfer on oral health: A cross-sectional survey

Andrea Fontoura Recchi^{1§}, Juliana Balbinot Hilgert², Eliana Wendland^{1 3}

¹ Post Graduate Program in Dental Sciences, Federal University of Santa Maria, RS, Brazil

²Department of Social Dentistry. Federal University of Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS. Brazil

³Department of Public Health. Federal University of Health Science. Porto Alegre-RS. Brazil

§Corresponding author:

Andrea Fontoura Recchi

Rua Doutor Bozano, 711/301

97015-001 Santa Maria, RS, Brasil

E-mail: andyrecchi@gmail.com

ABSTRACT

Background: The health status of a population is directly associated with the social conditions of the place where they live. Likewise, oral health is also linked to social determinants, especially the individual and family income, access to health services and social interaction.

Methods: It is a cross-sectional population-based survey whose target population comprises adults above 18 years, of both sexes, users of the Brazilian Public Health System (BPHS). It aims to evaluate the impact of the Family Health Strategy (FHS) and *Bolsa Familia (BF)* in oral health of this population, carried in Porto Alegre, in units of the Family Health and Traditional ones. Participants answered a structured interview and had their mouth examined for investigation of oral health. The association between variables was calculated using negative binomial, using the statistical package R 3.0.1.t.

Results: A sample of 187 adults was studied, which comprised 127 (68, 2%) women and 59 men (31, 7%). The mean DMFT (decayed, missed and filled teeth) sincrease according with age, being 1.6 for the age 18-19 years and 23.5 for older than 74 years. DMFT was equal to zero in only 12 participants (6,4%). Missed teeth are positively associated with age and brushing frequency and inversely associates with income and flossing. The number of decayed teeth decrease with age (RR=0.98; 95% CI 0.97-0.98) and in subjects that receive the cash transfer BF (RR=0.89; 95% CI 0.79-0.98). The presence of filled teeth decreased in subjects who live in áreas covered by FHS ($rr=0.74$; 95% CI 0.52-0.95) area and increase according with age (RR=1.02; 95% CI 1.01-1.03) and in people with frequency of flossing less than once a day (RR=1.47, 95% CI 1.09-1.99). The presence of sound teeth decrease with age (RR 0.98, 95% CI 0.97-0.98) and in areas with FHS (RR=0.89, 95% CI 0.80-0.98).

Conclusions: The oral health measured by the DMFT index and its components is associated with both, type of primary healthcare model and income (family income and *Bolsa Familia* access). In general, the oral health of the studied sample is better than the nationwide mean, translated in the higher number of sound teeth.

Key Words: DMFT index, oral health, family health program, social determinants of health.

Background

Oral health is associated with social determinants, specially familiar and individual income and access to health care and social network [1]. In a Systematic Review published in 2012, Costa et al [2] showed that the number of decayed teeth is associated with educational level, income, occupation and level of development. Racial, ethnic and socioeconomic status disparities were also associated with different rates of tooth loss. African -American and people with less than 8 years of education or income less than \$20.000 per year almost double the chance of having a dental loss, especially between those that have seeking for dental visits [3].

Brazil, despite recent advances in social area, still have a huge social disparity that are easily noted when we look at the proportion of people with university degree by race or color. The proportion of black (4,7%) and *pardos* (5,3%) together do not rich the proportion of white (15%). The inequalities are also observed in the differences of income between sex and in the proportion of people with moderate or high difficulty to reach the end of the month (39,3%) [4].

In recent years, the Brazilian government implemented two important new programs to try do diminish the inequities of income and in health. The first one is focused on primary health care and redirects the model of health care to Family Health (Family Health Strategy – FHS). The implementation of the FHS is associated with a decreased in childhood mortality [4, 5] and an increase in access to oral health treatment. Although, an inversely association with FHS implementation and restorative treatment and teeth pain as also found[6] [6]. The second program is a conditional cash transfer called *Bolsa Familia Program (BFP)*, launched in 2003, for extremely poor families and deemed poor families with children and pregnant or lactating women. A family enrolled in the program needs to comply with specific education and health conditions as vaccination and pre-natal care attendance. The BFP coverage is inversely associates with mortality under 5 years, especially the deaths resulting from malnutrition and diarrhea [7].

The conditions of life and work are directly related to the health situation and thus establish this relationship between social determinants of health and epidemiological profile of the population enables one to identify the context in which interventions should be made to reduce inequalities in health [8].

Although some studies have already investigate the impact of the implementation of the FHS on the oral health, is not cleared if the effect is due to increase in income or if the effects in the outcomes are reflecting the implementation of the new model of health assistance [7, 9, 10]. Thus, we aim to investigate the effect of the FHS and BFP in the oral health of adults, at population level.

Methods

This is an epidemiological population-based cross-sectional study. The target population was composed by subjects aged 18 years or older, of both sexes, users of the Brazilian Public Health System (SUS) from Porto Alegre, south Brazil. The research was conducted in the units where the Family Health Strategy was already implemented (Esperança Cordeiro and São Borja) and in traditional Basic Health Units (Santa Rosa and São Cristóvão). All units have dentistry assistance. We included in the sample the two units of FHS that have dentist and randomly selected two traditional units from those with dentist through raffle. Participants are invited to participate in an opportunistic way, in the welcome room of the health units.

The subjects answered an interview with questions about socioeconomic conditions, health diet, general health status, access to oral health services, oral health perception, as well as questions about health morbidity. We also ask whether the participants are part of the money cash transfer Program “*Bolsa Família*”. All participants were submitted to an oral examination to access the

prevalence of untreated dental caries (cavitation) and filled teeth; edentulism (complete absence of teeth), need for treatment (including necessity of prosthesis) and malocclusion (using the Dental Aesthetic Index). The intra-oral examinations were carried out in healthcare units, under natural light, by one trained dentist and one assistant / recorder. We used dental mirror and millimetric probes properly sterilized, according with bio-safety standards of the Ministry of Health. The calibration process of the dentist was done in previous study ($\kappa=0.82$) [11] and met the recommendations of the World Health Organization for epidemiological surveys [12] using a similar methodology applied during the national study SB Brazil [13] and aims to establish uniform standards for oral health epidemiological survey.

The main exposure of interest were the type of healthcare unit (FHS or traditional one) and being part of the cash transfer program *Bolsa Familia*. Monthly familiar income, age, sex, education, ethnicity, marital status, working status, teeth pain, time since last visit to dentist, need for prosthesis, referred gingival bleeding, brushing frequency and frequency of flossing as potential confounding factors. Before test those variables in a multivariate analysis, we tested the effect of each variable in a crude model (data not shown).

The sample size calculation was based on the Celeste et al. [14] using the mean untreated dental caries of 4.26 (SD 4.53) in the low household income and 1.28 (SD 2.58) in the high household income in subject from 35 to 44 years old. The sample size calculated for a level of significance of 5% and a power of 80% was 63 by group. We used household income because we do not are aware of any published article comparing decayed teeth and BF, and because BF is intimately associated with income.

The mean differences between quantitative variables were assessed using the Student t test. Differences between categorical variables were calculated by Chi-square. Multivariate analyzes were performed when possible. The dependent variables were the number of decayed, missing, filled and health teeth.. Model fit was assessed with deviance statistics, and the negative binomial

Poisson was well suited to handle the over-dispersion of caries counts distribution. Zero-inflated models allow for the possibility that some people as no caries or missed teeth. Zero-inflated models produce two sets of coefficients and *P*-values: one based on the probability of having no caries, as in a logistic regression, and another based on the probability of the number of counts, as in the Poisson or negative binomial regression. We used the Vuong statistical test [15] to compare the fitted zero-inflated negative binomial with the negative binomial model. The significance level used was 95% ($\alpha = 0.05$). All statistical analysis were conducted using the R statistical software package version 3.0.1.

The project was submitted to the Committee for Research Ethics of the Municipal Health Department of Porto Alegre (protocol number 792/ 001.022648.12.7). All individuals were informed about the objectives of the project and signed a consent form.

Results

The mean DMFT increases according with ages, being 1.6 for the age 18-19 years and 23.5 for older than 74 years (Figure 1), but is not different according with model of healthcare: 11.60 ± 7.39 in the traditional model versus 12.47 ± 8.37 ($p=0.45$). DMFT was equal to zero in only 12 participants (6,4%), 3 people in the group 18-19 years, 8 in group 20-34 years. and 1 person in the age group 35-44 years ($p<0.001$). When we look for the DMFT components, we observed that the increase of DMFT according to age is due to the increase in the number of missing teeth. The mean number of decayed teeth did not change with age and filled teeth increase a little in middle age and decreased subsequently (Figure 1).

Table 1 describes the sample by type of the healthcare unit assistance. A sample of 187 adults was studied, which comprised 127 (68, 2%) women and 59 men (31, 7%). There were no

significant differences in gender ($p= 0.16$), ethnicity ($p= 0.10$), income ($p= 0.70$), marital status ($p= 0.31$), work ($p= 0.39$), registered job ($p=0.30$) and age ($p= 0.33$). The proportions of people with BFP was higher in the FHS unit was higher than in traditional ones (26% vs. 14%; $p= 0.01$) and people from FHS were also less educated ($p=0.02$).

We also evaluated differences between oral health outcomes comparing areas belonging to FHS and areas with traditional units. There was no statistically significant difference for toothache ($p= 0.99$), need for prostheses ($p= 0.06$), self referred gingival bleeding ($p= 0.94$), TMJ pain ($p= 0.37$), frequency of brushing ($p= 0.38$) and flossing ($p= 0.48$). However, participants pertained to the FSH area have more missed and less filled teeth, despite having had consulted a dentist more frequently in the last year (31% vs. 17.9%; $p=0.02$) (Table 2).

We run a multivariate model to analysis weather FHS and BF were associated with missed, decayed and filled teeth. As the data distribution are obviously not normal, with an inflated number of zeros, the Poisson regression model presented overdispersion and is not therefore a good model. Than we tested and standard negative binomial model against a zero-inflated negative binomial model using the Vuong test (15). The standard negative binomial model showed to be superior for all studies outcomes (Table 4).

In the model 1 (Table 4) we tested the association of FHS and BF in the number of missed, decayed and filled teeth, adjusted for age. The number of missed teeth increases with age in subjects in the FHS area. The inclusion of a proxy of social determinant (Model 2), the mean family month income, and variables related to oral care did not changed substantially the association between type of health assistance and missed teeth (RR=1.34; 95% CI 1.03-1.76). Missed teeth increase with age and brushing frequency and decrease with income and flossing (Table 3). The number of decayed teeth decrease with age (RR=0.98; 95% CI 0.97-0.98) and in subjects who received the cash transfer BFP (RR=0.89; 95%CI 0.79-0.98). The presence of filled teeth decreased in subject who belong to FHS (RR=0.74; 95% CI 0.52-0.95) area and increase according with age (RR=1.02; 95%

CI 1.01-1.03) and in people with frequency of flossing less than once a day (RR=1.47, 95% CI 1.09-1.99). Inversely to the results above, the presence of sound teeth decrease with age (RR 0.98, 95% CI 0.97-0.98) and in areas with FHS (RR=0.89, 95% CI 0.80-0.98).

Discussion

We provide evidence for social inequalities in oral health by showing that there is an association between the model of healthcare and missed and filled teeth and between *Bolsa Familia Program* and decayed and sound teeth in the adult population of south Brazil. The association between FHS and BF are not independent, but the number of missed teeth is independently associated with either healthcare model of assistance and family income.

We used a population sample to investigate, for the first time, the impact of *Bolsa Familia* and Family Health Strategy simultaneously. In general the oral health, measured by the DMFT index, is similar to previous findings for the same city (13.71 for the age group 35-44 years and 24.34 in the age group 65-74 years) [16], and better than the nationwide mean for the 35-44 age group (16.75) [16]. This also can be noted by the accordance with the WHO goals for the year 2000 that was 75% of people with at least 20 teeth for the age group 35-44 years [6]. In our study, 82.2% of people within these ages had 20 or more teeth in their mouth. The increase in DMFT index through the age ranges is due to increase in missed teeth ($r=0.86$; $p<0.001$) (Figure 1).

Many different variables as occupational group, family and municipal income, Gini index and socioeconomic scales have been used as a proxy of socioeconomic status to access the association with DMFT index and missed teeth in different populations and age ranges [14, 17]. However, none as evaluated the influence of the model of healthcare in this association. We have shown that there is a 34% increase in the number of missed teeth and 35% increase in DMFT index

in subject assisted in the FHS areas and this association is independent of the family income (Table 4). This association is also independent of the increase of both outcomes with age, as shown in some previous articles [18–20]. The FHS was also inversely associated with filled teeth when adjusted for age, income, BF, brushing frequency flossing frequency (Table 4). The FHS strategy reorganized the primary health care in Brazil, including actions of oral health and, despite the populations of this areas have higher access to dentist (Table 2), they have higher DMFT index and missed teeth and less filled teeth. Previous studies have already reported a negative effect of the FHS in outcomes of oral health [9]. One of the possible explanations for this unexpected results are that, the higher number of missed teeth could be reflecting a higher access to an oral health care service where oral health, despite being incorporated in the FHS, did not change the traditional work process possibly because of repressed demand [10].

The higher number of people who participate in the Brazilian cash transfer program *Bolsa Familia* in the FHS area can be the motive of the absence of income differences between those two groups (Table 1). The implementation of FHS program started by the most vulnerable areas and, therefore, a low family income was expected. We found an inverse association between BF and decayed and sound teeth. One of the possible explanations is that this population have lived in worst socioeconomic and healthcare conditions, leading to higher number of missed teeth. Brazil has presented in recent years, a great improvement in all social indicators with an increase in education levels, with a significant increase in the proportion of people with 11 years of schooling or above 11 years (almost twice) [4]. Education have been associated with better oral health [2, 21] and regular visits to dentist [22]. Although subject from the traditional areas have higher educational levels (despite no difference in income), this association is not significant when the data are adjusted for income for all studies outcomes. Its important to note that the majority of our sample have less than 8 or 11 years of education.

Some limitations of this study can help to understand why the higher frequency of brushing

teeth is associated with an increased risk ratio of missed teeth and DMFT index. First of all, this is a cross-sectional study and, the oral situation detected now, cannot reflect the current oral care habits. Second we do not differentiate the motive of dental lost, therefore some subjects can have missed teeth due to orthodontic treatment. Third, we examined volunteers that come to health units to have care and the results are not reflecting the population risk. At last, a missclassification bias could have occurred. Also, we were not able do a stratified analysis by age due to the low number of subject in some data ranges.

Conclusion

The oral health measured by the DMFT index and its components is associated with both, type of primary healthcare model and income (family income and *Bolsa Familia* access). In general, the oral health of the studied sample is better than the nationwide mean, translated in the higher number of sound teeth. The FHS are located in areas more vulnerable and the presence of oral health teams at FHS is somewhat recent (just over 10 years) and the incorporation of the oral health teams in the FHS area is not sufficient to guarantee better oral health to the population. A change in the work process is mandatory to change the tendency of missing teeth according with age by improving action of health promotion. It will take a while to change the reality of people who live in these places and depend only on the public health system.

Table 1. Sample Description by type of healthcare unit

	Total	PSF N (%)	UBS N (%)	P
Gender				
Female	127	57 (63.3)	70 (72.9)	0.16
Male	59	33 (36.7)	26 (27.1)	
Ethnicity				
Black	45	24 (28.2)	21 (24.4)	0.10
Brown	30	20 (23.5)	10 (11.6)	
White	91	38 (44.7)	53 (61.6)	
Indigenous	5	3 (3.6)	2 (2.3)	
Education				
No study	11	7 (7.7)	4 (4.1)	0.02
Primary education	88	50 (54.9)	38 (39.6)	
High School	79	33 (36.2)	46 (47.9)	
Graduation	9	1 (1.0)	8 (8.3)	
Income (salaries*)				
Until one	16	9 (9.6)	7 (7.5)	0.76
Between 1 and 5	113	53 (56.4)	60 (6.5)	
Between 5 and 8	29	16 (16.7)	13 (13.9)	
More than 8	29	16 (16.7)	13 (13.9)	
Bolsa Familia				
Yes	40	26 (29.2)	14 (14.6)	0.01
No	145	63 (70.8)	82 (85.4)	
Marital status				
Single	47	21 (23.3)	26 (27.1)	0.31
Married	76	33 (36.7)	43 (44.8)	
Stable Union	46	24 (26.7)	22 (22.9)	
Widowed	9	6 (6.7)	3 (3.1)	
Divorced	8	6 (6.7)	2 (2.1)	
Work				
Employed	84	38 (41.8)	46 (47.9)	0.39
Unemployed	103	53 (58.2)	50 (52.1)	
Signed Labour Cart (Regular Employment)				
Yes	51	25 (67.6)	26 (56.5)	0.30
No	32	12 (32.4)	20 (43.5)	

For the categorical variables, the Chi-Square test was made.

The T-Test was made for the means.

*1 salary = US\$ 304.00

Table 2. Associated oral characteristics according with type of healthcare unit.

	PSF	UBS	P
	N (%)	N (%)	
Teeth pain			
Yes	25 (27.5)	26 (27.4)	0.99
No	66 (72.5)	69 (72.6)	
Last visit to the dentist			
Less than 1 year	57 (63.3)	44 (46.8)	0.02
Over 1 year	33 (36.7)	50 (53.2)	
Need for prosthesis			
Yes	60 (65.9)	75 (78.1)	0.06
No	31 (34.1)	21 (21.9)	
Gingival bleeding self referred			
Yes	63 (69.2)	66 (68.8)	0.94
No	28 (30.8)	30 (31.2)	
TMJ Pain			
Yes	30 (33.3)	38 (55.9)	0.37
No	60 (66.7)	30 (44.1)	
Frequency of daily brushing			
Once	5 (5.5)	3 (3.1)	0.38
Twice	30 (32.9)	22 (22.9)	
Three times	43 (47.3)	53 (55.2)	
More than 3 times	13 (14.3)	17 (17.7)	
Do not brush	0	1 (1.1)	
Frequency of flossing			
Once a day	53 (58.2)	51 (53.1)	0.48
Less than once a day	38 (41.8)	45 (46.9)	

For the categorical variables, the Chi-Square test was made.

The T-Test was made for the means.

Temporomandibular joint= TMJ

Table 3- Percentage of subjects with decayed, missed, filled and sound teeth.

	Mean (DP)	Mean (DP)	P
Decayed	0.72 (1.48)	0.77 (1.55)	0.84
Missed	8.66 (9.14)	5.97 (8.10)	0.03
Filled	3.04 (3.87)	4.85 (4.40)	0.003
Sound Teeth	17.05 (8.86)	18.00 (8.12)	0.45

The T-Test was made for the means.

Table 4. Negative binomial multivariate result of DMFT index and its components (decayed, missed, filled and sound teeth) with 95% confidence interval (CI) for the whole dentition.

	Missed		Decayed		Filled		Sound teeth		DMFT	
	RR	CI	RR	CI	RR	CI	RR	CI	RR	CI
Model 1										
Type of healthcare unit										
Traditional Unit	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
No	1.36	1.03-1.80	0.98	0.54-1.78	0.68	0.49-0.93	1.02	0.93-1.11	1.03	0.90-1.74
<i>Bolsa familia</i>										
Yes	Ref		Ref		Ref		Ref			
No	0.97	0.67-1.42	0.86	0.43-1.70	1.02	0.69-1.51	0.89	0.81-0.99	1.16	0.98-1.38
Model 2										
Type of healthcare unit										
Traditional unit	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
FHS	1.34	1.03-1.76	1,02	0.93-1.11	0.74	0.52-0.95	1.02	0.94-1.11	1.35	1.03-1.76
<i>Bolsa familia</i>										
In the program	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
Not in the program	1.07	0.74-1.53	0.89	0.79-0.98	0.99	0.68-1.46	0.89	0.80-0.98	1.07	0.74-1.53
Income (salaries)										

Until one	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
Between 1 and 5	0.65	0.42-0.99	1.07	0.91-1.28	1.18	0.63-2.24	1.07	0.90-1.28	0.65	0.42-0.99
Between 5 and 8	0.44	0.26-0.74	1.15	0.95-1.41	1.67	0.81-3.45	1.15	0.94-1.41	0.44	0.26-0.75
More than 8	0.69	0.42-1.17	1.03	0.85-1.26	1.15	0.56-2.37	1.03	0.85-1.26	0.70	0.41-1.17

Model 1: FHS and BF adjusted for age.

Model 2: Model 1 adjusted for income, brushing frequency and frequency of flossing.

Frequency of flossing was not added to the analysis of Decayed and Sound Teeth due to lack of fitness

DMFT = Decayed, Missed and Filled Teeth.

1 Salary = US\$ 304.00

List of abbreviations used

BFP - Bolsa familia program

CI - Confidence interval

DMFT - Decayed, missed and filled teeth

FHS - Family health strategy

RR - Risk ratio

TMJ - Temporomandibular joint

SUS - Brazilian Public Health System

WHO - World Health Organization

Competing interests

There were no competing interests in this article.

Authors' contributions

All authors contributed equally to this work.

Acknowledgements

To managers from healthcare units for allowing the study.

References

1. Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KM. **Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort.** Community Dent. Oral Epidemiol. 2004, **32**, 345–353.
2. Costa SM, Martins CC, Bonfim LCM, Zina LG, Paiva SM, Pordeus IA, et al. **A Systematic Review of Socioeconomic Indicators and Dental Caries in Adults.** Int J Environ Res Public Health. 10 de outubro de 2012;**9**(12):3540–74.
3. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. **Social determinants of tooth loss.** Health Serv Res. dezembro de 2003;**38**(6 Pt 2):1843–62.
4. Brasil, IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2010: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010.
5. Macinko J, Marinho MFS, Guanais FC, Simões CCS. **Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004.** Soc Sci Med 2007 Nov;**65**:102070-80 Epub 2007 Aug 8.
6. Brasil. OPAS. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília. 2006.
7. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. **Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities.** Lancet. 14 de maio de 2013;
8. Buss, PM, Pellegrini Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais. Saúde E Seus Determinantes Sociais PHYSIS Rev Saúde Coletiva.** 2007;**17**(1):77-93.[<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>]
9. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. **Impact of the Family Health Strategy: an analysis in cities in Northeast Brazil with more than 100,000 inhabitants.** Cad Saúde Pública. 2012;**28**(3):449–62.
10. Pereira CRS, Patrício AA R, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. **Inclusion of oral health teams in the Family Health Program and its impact on the use of dental services.** Cad Saúde Pública. 2009;**25**(5):985–96.
11. Recchi AF, Ely HC. **Percepções e Perfil de Saúde Bucal em Integrantes e não Integrantes do Bolsa Família de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre.** Monograph for the title of specialist in family health. PUCRS; 2011.
12. WHO (World Health Organization). **Calibration of Examiners for Oral Health Epidemiology Surveys.** Technical Report. Geneva: WHO. 1993.
13. Brasil. **Manual de calibração de examinadores - Projeto SB Brasil 2010,** 2009.

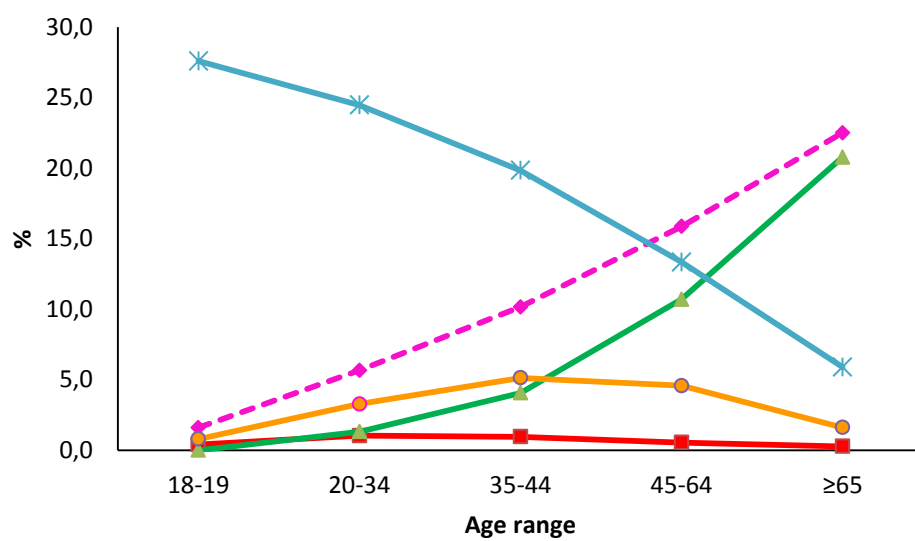
14. Celeste RK, Fritzell J, Nadanovsky P. **The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(6):1111-1120, 2011.
15. Vuong QH. **Likelihood ratio tests for model selection and non-nested hypothesis.** Econometrica. 1989;57:307–33.
16. 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.
17. Varenne B, Petersen P, Costa S. **Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa.** Int Dent J. 2006;(56):61–70.
18. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Truong NB, Creugers NH. **Oral health status of adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study.** BMC Oral Heal. 2010;10(1):2.
19. Lee H-Y, Choi Y-H, Park H, Lee S. **Changing patterns in the association between regional socio-economic context and dental caries experience according to gender and age: A multilevel study in Korean adults.** Int J Heal Geogr. 2012;11(1):30.
20. Moreira, TP., Nations, KN, Alves, MSCF. **Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007, 23(6):1383-1392.
21. Geyer S, Schneller T, Micheelis W. **Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study.** Community Dent Oral Epidemiol, 38(2):120–8.
22. Guiney H, Woods N, Whelton H, Morgan K. **Predictors of utilisation of dental care services in a nationally representative sample of adults.** Community Dent Health. 2011;28(4):269–73.

Figure Legends

Figure 1: Percentage of DMFT and Decayed, Missed, Filled and Sound Teeth by age range.

Legend: Figure 1 shows the percentage of DMFT (pink), decayed teeth (red), lost (green), filled (orange) and healthy (blue) according to age. DMFT increases as age increases because of missing teeth. Sound teeth decrease with increasing age and the number of decayed and restored remains constant.

Figure 1.



;

Considerações Finais

Através desse estudo foi possível conhecer a realidade de quatro unidades de saúde de Porto Alegre. O andamento da coleta de dados aconteceu no mesmo momento em que a Secretaria de Saúde do Município passa por uma transição da alteração do responsável pelas contratações das equipes e do começo do Instituto Municipal de Saúde da Família de Porto Alegre, o que gera certa angústia aos profissionais.

Foi muito interessante conviver por alguns dias em ,v cada unidade, sendo que em algumas fui muito bem recebida, sendo tratada como parte da equipe, participando de grupos da unidade com os pacientes, reuniões semanais de equipe, confraternização e sendo procurada pelos pacientes para tirar dúvidas em relação à saúde bucal. Por outro lado, houve locais em que nem um “bom dia” recebia e ainda enfrentamos resistência da maior parte dos membros de uma das equipes.

Quanto às equipes de saúde bucal das unidades, todos foram muito receptivos e demonstraram grande interesse no estudo relatando que "seria muito bom para a comunidade" já que poucos estudos em relação a odontologia são realizados nesses locais.

Dessa forma, foi de grande valia a realização do estudo para conhecer a situação de saúde bucal e determinantes sociais dessa parte da população da Zona Norte de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

1. BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2013.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/topics/oral_health/en/>. Acesso em 25 jun 2013.
3. GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; SHELTON, B.J. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res*. 2003 Dec;38(6 Pt 2):1843–62.
4. MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L; MOYSÉS, S.J.Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo, SP, Brasil: Artes Médicas, Divisão Odontológica; 2008. 308 p.
5. MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Bras Odontol Em Saúde Coletiva*. 2000;1:7–17.
6. COSTA, S.M.; VASCONCELOS, M.; HADDAD, J.P.A; ABREU, M.H.N. The severity of dental caries in adults aged 35 to 44 years residing in the metropolitan area of a large city in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2012;12(1):25.
7. MAGALHÃES, K.A.;COTTA, R.M.M.;MARQUES, E.S.; FRANCESCHINI, S.C.C.; SOARES, J.B.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; MAYRINK., L.L. Integração entre o Bolsa Família e o Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Biblioteca Virtual Bolsa Família*. Disponível em:<<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/17P.pdf>>. Acesso em 24 jun 2013.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social determinants of health, 2013. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html. Acesso em: 24 jun 2013.
9. WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G., GILSON, L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. ill;.- *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York:Oxford University Press; 2001:309-322. Disponível em:<<http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>>
10. PELLEGRINI FILHO, A. Intervenções individuais vs intervenções populacionais, 2011. Disponível em:<<http://dssbr.org/site/opinioes/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais>>. Acesso em: 24 jun 2013.
11. WHO. The World Oral Health Report 2003-Continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 2003.
12. BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 24 jun 2013.

13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2010: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010.
14. LAMARCA, G.; VETTORE, M. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/?p=13066&preview=true>>. Acesso em 24 jun 2013.
15. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [cited 2013 Jun 24]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431490>
16. BRASIL. Boletim Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/ead/ri/carrega_pdf.php?rel=extrema_pobreza>. Acesso em: 24 jun 2013.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17. 2008.
18. RONCALLI, A.G.; CÔRTEZ, M.I.S.; PERES, K.G. Perfis Epidemiológicos de Saúde Bucal no Brasil e os Modelos de Vigilância. Cad Saúde Pública Rio Jan 28. 2012;58–68.
19. KLEIN, H; PALMER, C.E. Dental caries in American Indian children. Public Health Bull, 1937;239:1-53.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais, 2012.
21. BATISTA, M.J.; SILVA, D.D.; SOUZA, M.L. Saúde bucal em uma população de adultos no município de Paulínia, São Paulo. Rev Odontol UNESP. 2010;39(4): 185-191.
22. GUIOTOKU, S.K.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J.; FRANÇA, B.H.S.; BISINELLI, J.C. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):135–41.
23. BRASIL. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília. 2006.
24. NGUYEN, T.C.; WITTER, D.J.; BRONKHORST, E.M.; TRUONG, N.B.; CREUGERS, N.H. Oral health status of adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study. BMC Oral Heal. 2010;10(1):2.
25. VIANA, A.R.P. et al. Prevalência de cárie dentária e condições socioeconômicas em jovens alistados de Manaus, Amazonas, Brasil. Rev Bras Epidemiol 12(4): 680-7, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v12n4/17.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2013.
26. GONÇALVES, E.R.; PERES, M.A.; MARCENES, W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública Rio Jan. 2002 Jan;18 (3):699–706.
27. MOREIRA, T.P.;NATIONS, K.N.; ALVES,M.S.C.F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad

- Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1383-1392, jun, 2007. 2007;
28. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 29. BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 25 jun 2013.
 30. BRASIL. Portaria N° 648/GM de 28 DE março de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 04 ago 2013.
 31. ROSA, W.A.G. Programa Saúde da Família: A Construção de um novo modelo de assistência. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2013.
 32. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444/GM. Cria o incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, 2000.
 33. BRASIL. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2.000. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf> Acesso em: 24 jun 2013.
 34. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=858>. Acesso em 03 ago 2013.
 35. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Anuário Estatístico - PMPA. 2011. Disponível em: <www.portoalegre.rs.gov.br/anuario>. Acesso em: 04 ago 2013.
 36. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 1o quadrimestre. 2013.
 37. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Distrito Docente Assistencial de atenção primária a saúde da UFCSPA. 2013. Disponível em: <www.ufcspa.edu.br/ufcspa/ensino/graduacao/dda.pdf>. Acesso em: 03 ago 2013.
 38. BRASIL. Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/bolsafamilia/decretos/2004/Decreto%20no%205209%20de%2017.09.2004.pdf/view?searchterm=None>>. Acesso em: 25 jun 2013.
 39. BRASIL. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 1a. ed. Brasília, DF: Editora MS; 2005.
 40. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família: sumário executivo. Brasília: MDS; Cedeplar, 2007. [Internet]. 2007 [cited 2013 Jun 25]. Available from:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/avaliacao_impacto_programa_bolsa_familia.pdf

41. LINDERT, K.; LINDER, A.; HOBBS, J.; LA BRIÈRE, B. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context. 2007.
42. LEE, J.Y; ROZIER, G.; NORTON, E.C.; KOTCCH, J.B.; VANN JR, W.F. Effects of WIC participation on Children's use of oral health services. American Journal of public health. Vol.94, No.5, 2004.

Artigo submetido a revista BMC Public Health

Article title: The impact of Family Health Strategy and money cash transfer on oral health: A cross-sectional survey

MS ID : 1261647935105833

Authors : Andrea F Recchi Recchi AF, Juliana B Hilgert Hilgert JB and Eliana M Wendland Wendland EM

Journal : BMC Public Health

Dear Miss Recchi

Thank you for submitting your article. This acknowledgement and any queries below are for the contact author. This e-mail has also been copied to each author on the paper, as well as the person submitting. Please bear in mind that all queries regarding the paper should be made through the contact author.

A pdf file has been generated from your submitted manuscript and figures. We would be most grateful if you could check this file and let us know if any aspect is missing or incorrect. Any additional files you uploaded will also be sent in their original format for review.

http://www.biomedcentral.com/imedia/1261647935105833_article.pdf

(904K)

ANEXOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
ODONTOLÓGICAS**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE DOIS PROGRAMAS
DO GOVERNO BRASILEIRO NA SAÚDE BUCAL DE
USUARIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO
TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL**

Projeto para exame de qualificação

Andrea Fontoura Recchi

Santa Maria, RS, Brasil
2012

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE DOIS PROGRAMAS DO
GOVERNO BRASILEIRO NA SAÚDE BUCAL DE USUARIOS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO TRANSVERSAL
DE BASE POPULACIONAL**

Andrea Fontoura Recchi

Projeto para exame de qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, da Universidade Federal de Santa Maria, como parte das exigências para obtenção do título de **Mestre em Ciências Odontológicas.**

**Orientadora: Prof. Eliana Wendland
Coorientadora: Prof. Juliana Hilgert**

**Santa Maria , RS, Brasil
2012**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 JUSTIFICATIVA.....	6
3 OBJETIVOS.....	7
3.1 GERAL.....	7
3.2 ESPECIFICOS.....	7
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
5.1 DELINEAMENTO.....	13
5.2 POPULAÇÃO ALVO.....	13
5.3 AMOSTRA.....	14
5.4 LOCAL DE ESTUDO.....	14
5.5 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	14
5.6 INSTRUMENTOS/PROCEDIMENTOS.....	14
5.7 ANÁLISE DE DADOS	14
5.8 CONSIDERAÇÕES ETICAS	14
6 ORÇAMENTO.....	20
7 CRONOGRAMA.....	21
REFERENCIAS.....	22
ANEXOS.....	25
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	26
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	27
ANEXO 3 - Roteiro da entrevista e ficha de exame.....	28

1 INTRODUÇÃO

Independente do indicador socioeconômico usado (renda, classe social, escolaridade ou ocupação), as desigualdades, somadas ao processo de exclusão social, exercem efeitos na saúde em geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde) e por consequência na saúde bucal, sendo que indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior renda (BRASIL 1986).

Visando a redução das disparidades e a construção de uma política de inclusão social, foram estabelecidas, em 2004, no Brasil, as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). As ações do “Brasil Sorridente” visam a garantia da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, com o entendimento que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

O acompanhamento das ações de saúde e nutrição das famílias na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) foi assumido pelos estados e municípios por meio do Pacto pela Vida conforme descrito em Portaria Ministerial (BRASIL, 2009) (GM 325 de 21 de fevereiro de 2008 e revogada na Portaria 2669 de 03 de novembro de 2009). Dessa forma, destaca-se o papel que o SUS tem na melhoria da qualidade de vida de todos, principalmente, das pessoas que se encontram dentro da linha de pobreza do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O Programa Bolsa Família (BF), instituído pela Lei n.º 10.836 (BRASIL, 2004), integrando a política do Fome Zero, consiste em um programa social de transferência de renda. Tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada e, assim, promover a segurança alimentar e nutricional, contribuindo para a conquista da cidadania para a população que se encontra mais vulnerável à fome. O Programa busca ainda integrar essas famílias com a rede de serviços públicos como a saúde, educação e assistência social, promovendo uma política de combate à fome, segurança alimentar e nutricional, para impulsionar o desenvolvimento social e

econômico destas famílias.

Um aspecto fundamental da Atenção Básica é a promoção de saúde. Trata-se de uma estratégia de articulação transversal que tem por fim melhorar a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, através da elaboração de políticas públicas saudáveis, que levem a população a melhorar seu modo de vida, englobando condições de trabalho, moradia, educação, lazer, cultura, entre outros (BRASIL, 2008).

No Brasil vem sendo desenvolvidos esforços contínuos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para adequar os serviços às necessidades da população. A partir do Programa de Agentes Comunitários iniciados no Nordeste, foi implantado o Programa de Saúde da Família em 1994, com objetivo de reorientação do modelo assistencial.

O acesso aos serviços de saúde demonstram que a busca por serviços de saúde é também um traço de desigualdade, estando relacionada às características do território, da família e dos indivíduos (RONCALLI et al, 2008).

É fundamental que exista uma integração entre o programa Bolsa Família e a USF, para que as intervenções não sejam somente a execução de medidas compensatórias, focalizadas e isoladas pois o objetivo do programa é dar mais autonomia as famílias em situação de maior vulnerabilidade, o que também deve ser objetivo da USF. Em um ponto de vista ampliado de saúde, como qualidade de vida, o indivíduo passa da condição de sujeito passivo para sujeito ativo, portador de direitos e conhecedor de suas necessidades e obrigações (MAGALHÃES et al).

Dessa forma, relacionar a qualidade de vida à saúde é de grande importância para obter-se uma avaliação integral do paciente, possibilitando que os profissionais da Odontologia avaliem não só a presença de doenças bucais, mas as condições de vida dessas pessoas (BARBOSA et al, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Um dos problemas relacionados com a saúde bucal dos brasileiros é o acesso e uso dos serviços odontológicos. Segundo o Suplemento de Saúde da Pnad 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 11,7% dos brasileiros não receberam atendimento odontológico. No município de Porto Alegre, o enfrentamento deste problema se associa aos escassos serviços e existência de poucos profissionais na área pública.

No Programa Bolsa Família, os pais ou responsáveis assumem o compromisso, de matricular as crianças e adolescentes de 6 a 17 anos na escola, garantir a frequência escolar de pelo menos 85% das aulas para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e de 75% para os jovens de 16 e 17 anos. Além disso, devem levar as crianças para tomarem as vacinas recomendadas e ainda, pesar, medir e realizar exames se necessário.

As baixas condições sociais refletem-se diretamente no aumento das necessidades de tratamento odontológico, levando ao aumento de perdas dentárias e doenças bucais nas famílias de baixa renda. Tal situação ocorre devido a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, o que aumenta a desigualdade, sendo que essa realidade poderia ser transformada se houvesse políticas de reorganização da assistência e aumento das ações preventivas, voltadas a essas famílias (MOREIRA et al, 2007).

A literatura em geral mostra evidências de que muitas doenças afetam os grupos socialmente mais carentes da sociedade, o que inclui privação de acesso às políticas públicas, privação de coesão social, dentre outros fenômenos e doenças bucais não são exceção (MOYSES, 2000).

Considerando os princípios do SUS que embasam as ações do sistema público, cabe destacar a equidade como um balizador da organização do serviço. Esse princípio possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo as Unidades de Saúde da Família a porta de entrada ao sistema de saúde, com território definido de forma que se permita realizar

planejamento e programação de maneira descentralizada (BRASIL, 2008).

Ao classificarmos a saúde em boa, má ou razoável, também definimos qualidade de vida, visto que ela surge das condições econômicas, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, ou seja, de tudo o que se relaciona à vida. Assim, as doenças se refletem de várias formas na vida de cada pessoa, pois a definição do termo saúde para cada um obtém um diferente significado de acordo com seus hábitos e maneiras que envolvem sua vida (BASTOS et al, 1996).

Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) consta que o planejamento das ações em saúde deve considerar o perfil epidemiológico da população da área bem como definir as ações de acordo com as necessidades percebidas pela população. Além disso, estabelecer uma relação entre os determinantes sociais em saúde e perfil epidemiológico da população permite que se identifique onde devem ser feitas intervenções para reduzir as desigualdades em saúde (BUSS, 2007).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar o impacto dos Programas Saúde da Família e Bolsa Família na Saúde Bucal da população usuária do SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar a prevalência de cárie, edentulismo e má oclusão na população de Porto Alegre;
 - Avaliar o impacto do programa Bolsa Família sobre a saúde bucal da população de Porto Alegre;
 - Avaliar o impacto do PSF sobre a saúde bucal da população de Porto Alegre
- Investigar a associação entre o perfil sócio-demográfico e a saúde bucal;

- Avaliar a percepção de saúde e o acesso a serviços odontológicos na população estudada.

4. REVISÃO LITERATURA

4.1 Programa bolsa família

A Portaria Interministerial n.o 2.509, de 18 de novembro de 2004, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas. O programa foi criado para apoiar as famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais e garantir o direito aos serviços sociais básicos. Para isso, o Governo Federal transfere renda direto para as famílias e o saque é feito mensalmente. Além disso, faz parte do programa promover o acesso à saúde, educação e assistência social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O Programa funciona através de uma transferência monetária às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza. Além disso, pretende integrar os processos de gestão e execução das ações de transferência de renda que o Governo Federal até então praticava junto a outros programas de transferência de renda mínima, em especial os Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e o Cartão alimentação.

As condicionalidades do PBF para que as famílias continuem recebendo o benefício permaneçam inscritas no programa dirigem-se especialmente ao grupo materno-infantil por ser considerado mais vulnerável. Dessa forma, como responsabilidades da área da saúde encontram-se: avaliação antropométrica das crianças com menos de sete anos, realização de vacinação, realização de pré-natal pelas gestantes e participar das atividades educativas. (BRASIL, 2005).

A determinação quanto a vacinação é uma forma eficaz de realizar prevenção em saúde, principalmente quando a cobertura vacinal atinge o maior número possível de pessoas. No Brasil, as campanhas de vacinação são uma prioridade no âmbito das políticas públicas e o Ministério da Saúde tem um calendário vacinal para as crianças de 0 a 6 anos estabelecido e gratuito e mesmo com a realização de campanhas de vacinação gratuita, ainda existem segmentos populacionais, principalmente, entre os grupos menos favorecidos, que não consegue cumprir calendário vacinal (BRASIL, MDS, 2007).

Ao compararem-se as diferenças entre as pessoas que possuem o benefício e as que não possuem, considerando famílias em situação de extrema pobreza, observa-se que os beneficiários apresentam um dispêndio total superior para o Brasil e a maior proporção deste é destinada para o consumo de alimentos (R\$388,22/ano). Nas famílias em situação de pobreza, observa-se que as beneficiárias do programa apresentam gastos superiores com alimentos (R\$278,12/ano) e itens de educação (BRASIL, 2007).

4.2 Estratégia da Saúde da Família

A partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96), fica estabelecido o Incentivo às Estratégias de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Trata-se de um acréscimo ao montante do Piso da Atenção Básica (PAB) que valorizou a cobertura pelo programa.

Na ESF existe um Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), um banco de dados (*Software*), em 1998, com o objetivo de agregar, armazenar e processar as informações. O SIAB é parte necessária da Estratégia Saúde da Família, pois, nele podem-se encontrar os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados. Os dados inseridos nesse banco de dados são as informações coletadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares, juntamente com as informações das atividades e procedimentos realizados por todos os profissionais da Equipe, além da notificação de algumas doenças. Para cadastramento das famílias é utilizada a Ficha A. Com a Ficha A, é possível fazer um levantamento das características da população na área de abrangência de cada agente, como o número de crianças e gestantes, etc. (RODRIGUES et al, BRASIL, 2007).

As ESF surgem no Brasil com o objetivo de reorientar os modelos assistenciais na Atenção Básica, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS introduzir um novo olhar no processo saúde-doença (ROSA, 2005).

De acordo com a legislação do programa, as famílias que recebem o benefício devem ser assistidas por uma ESF ou por Unidades Básicas de Saúde.

Dessa forma, para se efetuar a participação da ESF junto ao PBF, além das medidas legais, criou-se o Manual de Orientações sobre o programa Bolsa Família na saúde (BRASIL, 2005).

A integração entre a ESF e o programa é de grande importância para que as medidas propostas não sejam apenas compensatórias, mas que incentivem a autonomia dessas famílias que se encontram em situação mais vulnerável. Além de ser um dos objetivos do PBF, pode ser objetivo também da ESF considerar uma perspectiva ampliada de saúde, considerando a qualidade de vida das pessoas e incentivando que eles passem da condição de sujeitos passivos para ativos. (MAGALHÃES et al).

4.3 Condições de Saúde Bucal

No Brasil, o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal demonstrou que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade. Quanto à cárie dentária em dentes permanentes, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária. Até a faixa etária de 15 a 19 anos, o valor modal é 0 (zero) e passa para 32 nas faixas de 35 a 44 e 65 a 74 anos, indicando um crescimento significativo das seqüelas da cárie dentária. Com isso, é possível observar que há uma tendência de crescimento na prevalência de acordo com a idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo do CPO-D/ceo-d. As disparidades regionais também podem ser observadas em todas as idades. Na faixa etária de 18 a 36 meses, idades de 5 e 12 anos e faixa etária de 15 a 19 anos, os percentuais de CPO-D/ceo-d = 0 são sempre inferiores nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, se comparados com os das regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2004).

Neste estudo os exames foram realizados nos domicílios e nas escolas, onde foram observadas características relativas à saúde bucal: coroa e raiz dentária, necessidade de tratamento odontológico do elemento dentário, condição periodontal do sextante, oclusão dentária, uso e necessidade de prótese, fluorose dentária e

presença de alterações de tecidos mole. Também foram obtidos dados relativos a condição socioeconômica do examinado, acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal.

No Rio Grande do Sul, aconteceu uma ampliação da amostra com 85 municípios pesquisados e a coleta de dados ocorreu entre os anos 2002 e 2003. Como resultados, observou-se que 72,25% na faixa etária de 18 a 36 meses não apresentam cárie e com 5 anos de idade apenas 40,7% encontram-se livres de cárie. Aos 12 anos de idade, o estado atingiu a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de no máximo 3 dentes CPO (cariados, perdidos e obturados), apresentando baixa prevalência de cárie para essa faixa etária. Entre os adolescentes, 89,33% possuem dentes afetados e apenas 10,67% estão livres de cárie, com o valor médio do CPO atingindo 6,63 dentes, o que é considerada uma alta prevalência. Os dentes restaurados representam 56,8% desse valor, 12,2% correspondem aos dentes extraídos e 30% permanecem cariados, expressando uma necessidade não atendida. Observa-se que o valor do índice CPO nos jovens, em relação aos 12 anos de idade, tem um drástico aumento (2,7 vezes) Essa característica é comum a outras cidades brasileiras indicando a necessidade de se dar maior ênfase às ações educativas entre os adolescentes. Por outro lado, a presença de perdas dentárias significativas nesta idade, representa também a ausência de oferta de serviços mais especializados (como endodontia) nos serviços odontológicos acessíveis à população.

O CPO aumenta significativamente entre os adolescentes e a faixa de 35 a 44 anos de 6,6 para 20,71. O valor do CPO no grupo de 65-44 anos de idade é 26,94 dentes comprometidos com a cárie dentária. (ELY, LEMOS, 2003)

A doença cárie, no entanto, ainda é um problema de saúde pública a merecer atenção das autoridades sanitárias, uma vez que apenas 34,26% das crianças desta idade estão livres de cárie e cerca de 52% dos dentes atingidos pela doença se encontram sem tratamento: 6,63% já foram extraídos em decorrência da doença e 41% estão restaurados.

4.3. Determinantes Sociais em Saúde

A relação entre os determinantes sociais e saúde é um desafio no momento de estabelecer quais fatores como natureza social, econômica e política influenciam na saúde de uma determinada população. Ou seja, as condições de vida e trabalho da população estão relacionadas com sua situação de saúde. (BUSS, 2007).

O acesso aos serviços de saúde nos mostra que a procura por serviços de saúde é também um fator de iniquidade, estando relacionada às características do território, da família e dos indivíduos. (RONCALLI et al, 2008)

Um fator que pode ser levado em consideração no momento de avaliar CPOD é a escolaridade. Segundo pesquisa de Moreira (2007), que avaliou crianças em escolas públicas e particulares, alunos cujas mães apresentavam menor nível de escolaridade foram encontrados valores de CPOD mais elevados, enquanto em alunos cujas mães possuíam o ensino superior completo foram encontradas baixas médias de CPOD, com diferenças estatisticamente significativas.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

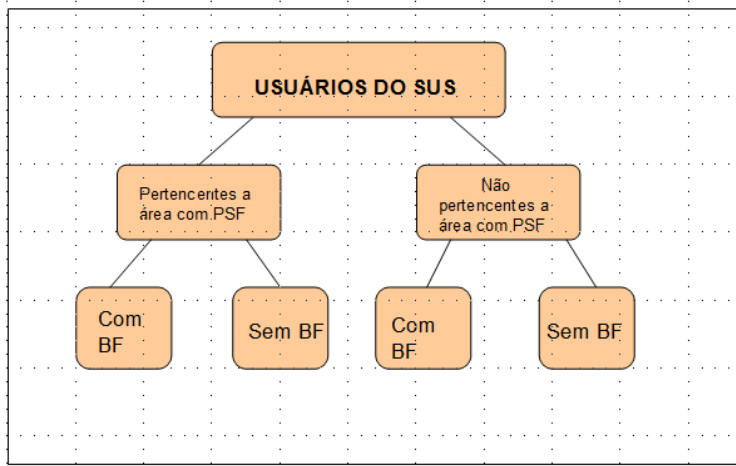
5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de base populacional.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo compreende sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.3. AMOSTRA



5.4. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa será realizada no município de Porto Alegre/RS, Distrito Docente Assistencial (DDA) – Norte/Eixo Baltazar. A pesquisa será inicialmente realizada nas Unidades de Saúde da Família e em Unidades Básicas de Saúde: Santa Rosa, São Cristóvão, Esperança Cordeiro e São Borja. Conforme o número de pacientes captados, novas unidades poderão vir a ser adicionadas, após concordância do gestor.

5.5.1 Critérios de Inclusão

Serão incluídos indivíduos de ambos os sexos e que pertençam a:

- Maiores de 18 anos
- Famílias cadastradas no Programa Bolsa Família que estejam recebendo o benefício e morem em área de ESF;
- Famílias não cadastradas no PBF na mesma área;
- Famílias cadastradas no PBF que não pertencem à área de ESF;

5.5.2. Critérios de exclusão

- Pessoas que não tiverem condições de abrir a boca para que seja realizada a avaliação bucal
- Pessoas que não aceitem participar do estudo ou apresentarem problemas auditivos ou de fala que as impossibilite de escutar ou responder ao questionário;
- Menores de 18 anos.

5.6 Instrumentos/procedimentos

5.6.1 Exame clínico

Os exames intrabucais serão realizados em unidades de saúde. A equipe será composta por um cirurgião-dentista examinador e um auxiliar – anotador sob responsabilidade do primeiro. Serão utilizados espelho bucal plano e sondas

periodontais devidamente esterilizados conforme as normas de biossegurança do Ministério da Saúde. Todos os indivíduos das idades, áreas ou instituições sorteadas para o estudo receberão informações sobre a pesquisa e na confirmação de participação, assinarão formulário específico de consentimento.

5.6.2 Entrevista

Uma entrevista estruturada com questões sobre as condições socioeconômicas, questões de acesso aos serviços de saúde bucal e sobre autopercepção relativa a condição individual será aplicada aos participantes, além de questões sobre morbidades – doenças associadas, uso de drogas lícitas e ilícitas.

5.6.3. Amostragem

Será utilizada amostragem estratificada. O cálculo amostral baseou-se no cálculo de Moreira, 2007, para CPOD aos 12 anos de idade. Serão sorteadas 66 (33 com BF e 33 sem BF) pessoas pertencentes a áreas de PSF e 66 (33 com BF e 33 sem BF) pessoas pertencentes a UBS que comparecerem para consultar, totalizando 132 + 20%, totalizando 159 pessoas. Antes, será realizado o piloto e, se necessário, a amostra será recalculada.

5.6.4 Equipe e treinamento da equipe

A equipe responsável pela coleta de dados será composta por uma cirurgiã-dentista e um auxiliar. O processo de calibração intra-examinador atenderá as recomendações da Organização Mundial de Saúde para inquéritos epidemiológicos (WHO, 1993) com uso de metodologia similar a aplicada durante o estudo nacional SB Brasil 2010 e objetiva estabelecer padrões uniformes para o exame epidemiológico em saúde bucal, determinando parâmetros aceitáveis de consistência interna do examinador. Os critérios de validação deste processo serão

avaliados pelo percentual de concordância e coeficiente Kappa.

5.6.5 Índices e Critérios de exame epidemiológico

Os critérios e índices seguirão a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)/1998 e utilizada pelo Inquérito epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde SBBrazil (BRASIL, 2010) .

Serão avaliados todos os componentes de cada família, quanto a cárie dentária, edentulismo e má oclusão. Além disso, será aplicado questionário sobre a caracterização sócio-econômica da família, escolaridade, morbidade bucal referida, uso de serviços e, ainda, autopercepção sobre saúde bucal.

5.6.6 Variáveis

5.6.6.1 Desfecho

- Prevalência de cárie;
- Edentulismo
- Acesso aos serviços de Saúde Bucal
- Necessidade de tratamento
- Percepção de saúde
- Oclusopatias

5.6.6.2 Explicativas

6. Sexo;
7. Idade;
8. Escolaridade
9. Cadastro no Programa Bolsa-Familia
10. Pertencer a uma area com PSF implementado

11. Renda

5.6.7. Logística

A entrevista e o exame serão realizados em local adequado, conforme a disponibilidade de cada unidade de saúde, após pactuação com o gestor da unidade. Havendo a disponibilidade de salas em outros espaços comunitários, os mesmos poderão ser utilizados. Nas unidades com PSF, as entrevistas poderão ser realizadas no domicílio dos entrevistados, se for mais conveniente para os mesmos.

Após consentirem em participar da pesquisa, os participantes serão convidados a realizar uma entrevista e o exame clínico. Os mesmos poderão ser realizado neste momento ou poderão ser agendados (entrevista domiciliar), dependendo da disponibilidade de cada participante.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS TRATAMENTO ESTATÍSTICO

As diferenças médias entre as variáveis quantitativas serão verificadas por meio do teste t de Student. As diferenças entre as variáveis categóricas serão calculadas por meio de qui-quadrado. Análises multivariadas serão realizadas sempre que possível, por meio de Poisson com variância robusta. O nível de significância será de 95% ($\alpha=0,05$). Os dados serão tabulados na planilha Excel e as análises realizadas no software SAS ou R.

5.7.1 Hipóteses

5.7.1.1 Nula

Não há diferença no perfil de saúde bucal de integrantes de famílias com e sem o benefício do PBF.

5.7.1.2 Alternativa

Existe diferença no perfil de saúde bucal de integrantes de famílias com e sem benefício do PBF.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo se enquadra como pesquisa de risco mínimo e, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, relativa a pesquisa em seres humanos, se torna necessária a aprovação do protocolo de pesquisa por uma CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) Institucional. Assim, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Além disso, por se tratar de pesquisa envolvendo o exame bucal de seres humanos, tal procedimento pressupõe a utilização do consentimento livre e esclarecido (ANEXOS). O termo de consentimento será exigido de todos os indivíduos participantes do estudo, sendo devidamente assinado ou identificado por impressão dactiloscópica. Os resultados obtidos serão informados aos participantes do estudo e à Unidade de Saúde sede da pesquisa, bem como será comunicado a cada participante sua condição de saúde bucal e encaminhados para o devido tratamento na Unidade de Referência.

6 ORÇAMENTO

Gestor financeiro: o pesquisador

Material	Quantidade	Total
Artigos do comut	2	R\$ 8,80
Caneta	2	R\$ 3,00
Lápis	2	R\$ 2,00
Borracha	1	R\$ 0,50
Impressões	500 folhas	R\$
Espelho bucal	10	R\$ 60,00
Sonda exploradora	10	R\$ 70,00
Sonda Periodontal	10	R\$ 150,00
Gral cirúrgico	1 rolo	R\$ 30,00
Gorro	1 caixa	R\$ 12,00
Máscara	1 caixa	R\$ 10,00
Luvas	3 caixas	R\$ 48,00
Total geral		R\$

7 CRONOGRAMA

Período	2012						2013								
	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul
Atividades															
Revisão da literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Elaboração e detalhamento do Projeto	x	x	x	x	x	x	x								
Comitê de Ética	x	x	x	x	x	x									
Desenvolvimento do projeto – coleta de dados							x	x	x	x	x				
Tabulação e análise de dados										x	x	x	x		
Redação do Artigo											x	x	x	x	
Entrega e Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso															x

REFERENCIAS

- BARBOSA, T.S., et al. **Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [1]: 283-300, 2010
- BASTOS, J.M.; SALIBA, N.A.; UNFER, B. **Considerações a respeito de SB e classes sociais**. *Rev paul odonto*, v. 38, n. 4, p. 38-41, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Universidade de Brasília; 1986
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família: sumário executivo**. Brasília: MDS; Cedeplar, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde bucal. **Cadernos de Atenção Básica, n.17**, Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
- ELY, HC. LEMOS, MR. **Condições de Saúde Bucal no Estado do Rio Grande do Sul**. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2003.
- MAGALHÃES, K.A. et al. **[Integração entre o Bolsa Família e o Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos](#)**. Universidade Federal de Viçosa (MG). Biblioteca Virtual do Bolsa Família, 2008. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/mds.do>. Acessado em 12.05.2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 3ª edição, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais**, Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010**. Brasília, 2010. Acessado em 15/12/2010, disponível em: <http://www.sbbrasil2010.org/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira. Ampliação da amostra para o Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2003.

MOREIRA, T.P. et al. **Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1383-1392, jun, 2007

MOREIRA, P.L. et al. **Prevalência de cárie em escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva., Rio de Janeiro. 12(5):1229-1236, 2007.

MOYSES, S.J. **Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza** Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, v.1, n.1, p.7-17. 2000.

RODRIGUES CG et al. **Os Sistemas de Informação em Saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais**. CEDEPLAR/Dpto. de Demografia /UFMG, 2007.

RONCALLI, A.G. et al. **Saúde Bucal no Brasil: as desigualdades entre as famílias brasileiras**. In: Moyses,S. et al. Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências. Editora Artes Médicas, 2008.

ROSA, W.A.G. **Programa Saúde da Família: A construção de um novo Modelo de Assistência**. Revista. Latino-am de Enfermagem. 13(6):1027-34, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys**. Geneva: ORH/EPID, 1993.

ANEXOS



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Eliana Wendland
Registro no CEP: 792 **Processo N.º:** 001.022648.12.7
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N.º 001.022648.12.7, referente ao projeto de pesquisa **"Avaliação do impacto de dois programas do governo brasileiro na saúde bucal de usuários do Sistema Único de Saúde: estudo transversal de base populacional"**.

De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto, em sua Reunião Ordinária realizada em 9 de outubro de 2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 22/10/2012.


Maria Mercedes Bendati
Coordenadora do CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE DOIS PROGRAMAS DO GOVERNO BRASILEIRO NA SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

Pesquisadora responsável: Eliana Wendland

Pesquisadora: Andréa Fontoura Recchi

Instituição/Departamento: Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre/Departamento de Saúde Coletiva e Universidade Federal de Santa Maria/Faculdade de Odontologia

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Objetivo do estudo: Avaliar o impacto dos Programas Saúde da Família e Bolsa Família na Saúde Bucal da população adulta usuária do SUS.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam sobre suas percepções em relação a sua saúde bucal e na realização de avaliação de sua saúde bucal por um cirurgião dentista.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado. Você será informado das suas condições bucais e caso seja detectado algum problema, será orientado a procurar atendimento odontológico junto a sua área de assistência.

Riscos: O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. (caso o tema abordado possa causar algum tipo de constrangimento ao entrevistado, o mesmo deverá ser avisado desta possibilidade). Durante o exame a sua gengiva poderá sangrar um pouco se a sua gengiva estiver inflamada. Este sangramento irá parar em alguns minutos sem oferecer riscos aos seus dentes.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido, em caso de dúvida ou novas perguntas, a pesquisadora coloca-se à disposição pelo telefone (51) 9104.4845 (Andréa Fontoura Recchi). O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, que pode ser contatado pelo (51) fone 3289.5517 ou no seu endereço na Rua Capitão Montanha, 27, 7. andar – Porto Alegre.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com o pesquisador.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

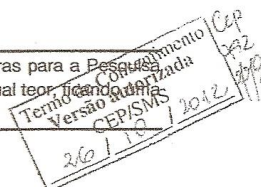
Nome

Assinatura do sujeito de pesquisa

Nome

Assinatura do Pesquisador

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, uma ficando com o participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.



Avaliação do impacto de dois programas do governo brasileiro na saúde bucal de usuários do Sistema Único de Saúde: estudo transversal de base populacional	
Data da entrevista	Entrevistador
____/____/_____ DIA MÊS ANO	_____
PSF/ UBS da entrevista:	
Entrevista	
Bom dia! Nós estamos estudando o quanto certos fatores da vida das pessoas, como o quanto ela ganha ou o tipo de posto de saúde que ela frequenta é importante para que ela tenha menos problemas na boca e nos dentes. Introduzir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
Nome do entrevistado:	
Dados Gerais	
Data de Nascimento	Telefone para contato
____/____/_____ DIA MÊS ANO	
Endereço	Email
Entrevista	
1. Qual seu estado conjugal atual?	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado legalmente <input type="checkbox"/> Tem união estável há mais de seis meses <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado ou divorciado <input type="checkbox"/> Não quis informar	
2. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos 'preta', 'parda', 'branca', 'amarela' e 'indígena' para classificar a cor ou raça das pessoas. Se o(a) Sr(a) tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça? LEIA AS ALTERNATIVAS.	
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não sabe/não quer responder	
3. A casa em que você mora é própria, alugada, cedida ou de outro tipo?	
<input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Imóvel cedido, usufruto, ocupação ou assemelhados <input type="checkbox"/> Não sabe / não quer responder	

4. Quantas pessoas além do Sr (a) residem em sua casa?
□□□□
5. Até que série o Sr(a) estudou?
<input type="checkbox"/> Não estudou <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto/1º grau incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo/1º grau completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto/2º grau incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo/2º grau completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
6. No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO COM ALTERNATIVAS.
<input type="checkbox"/> Até ½ salário mínimo (menos de 311 reais) <input type="checkbox"/> Entre ½ salário e 1 salário mínimo (entre 311 e 622 reais) <input type="checkbox"/> Entre 1 salário e 2 salários mínimos (entre 622 e 1244 reais) <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 salários mínimos (entre 1244 e 1866 reais) <input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 salários mínimos (entre 1866 e 2488 reais) <input type="checkbox"/> Entre 4 e 5 salários mínimos (entre 2488 e 3110 reais) <input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 salários mínimos (entre 3110 e 3732 reais) <input type="checkbox"/> Entre 6 e 7 salários mínimos (entre 3732 e 4354 reais) <input type="checkbox"/> Entre 7 e 8 salários mínimos (entre 4354 e 4976 reais) <input type="checkbox"/> 8 salários mínimos ou mais (4976 reais ou mais) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
7. Alguém na sua família (que resida na mesma casa que você) recebe o benefício Bolsa Família?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 09) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
8. Há quanto tempo você ou alguém da sua família recebe o Bolsa Família?
<input type="checkbox"/> menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> mais de 1 ano <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
9. O Sr/Sra trabalha ?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 13) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
10. Há quanto tempo o Sr(a) trabalha?
<input type="checkbox"/> Menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos

11. O Sr/Sra. tem carteira assinada?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
12. Qual a sua ocupação? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO COM ALTERNATIVAS.
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Trabalhador Doméstico <input type="checkbox"/> Conta <input type="checkbox"/> Trabalhador não remunerado membro da unidade domiciliar <input type="checkbox"/> Outro trabalhador não remunerado <input type="checkbox"/> Trabalhador na produção para o próprio consumo <input type="checkbox"/> Trabalhador na construção para o próprio uso
13. O Sr(a) possui plano de saúde/convênio?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (_Pular para a questão 17) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
14. Há quanto tempo o Sr(a) possui plano de saúde/convênio?
<input type="checkbox"/> Menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos
15. Seu plano de saúde/convênio possui cobertura para consultas odontológicas?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
Agora vamos conversar um pouco sobre a sua saúde bucal!
16. Qual a frequência com que o Sr(a) escova os dentes?
<input type="checkbox"/> 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> 2 vezes ao dia <input type="checkbox"/> 3 vezes ao dia <input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes ao dia <input type="checkbox"/> Não escova
17. O Sr/Sra. costuma usar pasta de dentes?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder

18. Com que frequência o Sr(a). costuma usar fio dental?
<input type="checkbox"/> 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> mais de 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por mês <input type="checkbox"/> Nunca usa
19. Com que frequência o Sr(a). costuma usar algum tipo de enxaguatório bucal?
<input type="checkbox"/> 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> mais de 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por mês <input type="checkbox"/> Nunca usa
20. Nos últimos 6 meses o (a) Sr (a) teve dor de dente?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
21. Qual a última vez que você foi ao dentista?
<input type="checkbox"/> menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 5 anos <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> 10 anos ou mais
22. Qual o motivo da sua última consulta no dentista?
<input type="checkbox"/> Revisão / prevenção <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Extração <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Tratamento ortodôntico <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Tratamento de canal <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
23. Onde foi sua ultima consulta no dentista?
<input type="checkbox"/> Serviço Público <input type="checkbox"/> Serviço Particular <input type="checkbox"/> Plano de Saúde ou Convênios <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responde
24. O Sr(a) acha que precisa consultar um dentista hoje ou nas próximas semanas?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
25. O Sr(a) sente dor na região da articulação quando dorme ou mastiga?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder

26. Tem dificuldade em abrir a boca?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
27. Ouve ou sente algum ruído quando mastiga?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
28. Sente dor nos dentes ou cansaço quando mastiga?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
29. Você está satisfeito com a aparência de seus dentes/dentaduras?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
30. Você sente/já sentiu suas gengivas sangrarem?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
31. Você já evitou rir ou sorrir por causa da aparência de seus dentes ou gengivas?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
32. Você já evitou alguém por causa de seus dentes ou gengivas?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
33. Você já perdeu algum trabalho ou oportunidade por causa da aparência dos seus dentes?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
Agora gostaríamos de conversar um pouco sobre a sua saúde em geral e seus hábitos de vida!								
34. Nos últimos 7 dias, em quantos dias o Sr(a). comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
Alimento/Bebida	Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias
Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas frescas ou salada de frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suco de frutas natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feijão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite ou iogurte integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leite ou iogurte desnatado ou semi-desnatado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolachas, biscoitos salgados ou salgadinho de pacote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolachas, biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes (não considerar os diet e light) ou suco artificial (suco de saquinho tipo TANG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne vermelha com gordura (boi, porco, cabrito, ovelha) () com gordura visível () sem gordura visível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frango / galinha () com pele () sem pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. O Sr(a) pratica alguma atividade física regular?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 37) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
36. Com qual frequência o Sr (a) pratica alguma atividade física?								
<input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> mais de 3 vezes por semana								
37. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade física pesada?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder								
38. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?								
<input type="checkbox"/> Sim, todo o trajeto. <input type="checkbox"/> Sim, parte do trajeto <input type="checkbox"/> Não								
39. Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?								
<input type="checkbox"/> Menos que 10 minutos <input type="checkbox"/> Entre 10 e 19 minutos								

<input type="checkbox"/> Em 20 e 29 minutos <input type="checkbox"/> Entre 30 e 39 minutos <input type="checkbox"/> Entre 40 e 49 minutos <input type="checkbox"/> Entre 50 e 59 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos ou mais <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
40. Alguma vez algum médico já lhe disse que o senhor tinha diabetes?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 43) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
41. O senhor toma algum remédio para diabetes?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
42. Qual?
43. E pressão alta, algum médico já lhe disse que o (a) Sr (a) tem?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 46) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
44. O senhor toma algum remédio para pressão alta?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
45. Qual?
46. O senhor tem algum outro problema de saúde?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 48) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
47. Qual?
48. Toma alguma outra medicação?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 50) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
49. Qual?
50. O Sr(a) costuma usar alguma tipo de droga tipo cocaína, crack ou maconha?
<input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder
51. O Sr(a) fuma atualmente?

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 53) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder	
52. Quantos cigarros por dia você fuma?	
_ _ _	
53. O Sr (a) disse que não está fumando no momento, mas o ser já fumou no passado?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a questão 56) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder	
54. Quantos cigarros por dia fumava?	
_ _ _	
55. Há quanto tempo o Sr(a) parou de fumar?	
<input type="checkbox"/> Menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> mais de 2 anos	
56. Alguma vez já lhe disseram que o Sr(a) tem HIV ou AIDS?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder	
57. Alguma vez já lhe disseram que o Sr(a) tem hepatite?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para a próxima etapa) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder	
58. De que tipo?	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer responder	
Agora nós vamos fazer um pequeno exame clínico no Sr, para avaliar como está a saúde da sua boca!	
Exame Clínico	
OCCLUSÃO DENTÁRIA - DAI	
DENTIÇÃO – Número de Incisivos, Caninos e Pré-molares perdidos	_ _ _

ESPAÇO																
Apinhamento na região de incisivos	<input type="text"/>															
Espaçamento na região de incisivos	<input type="text"/>															
Diastema em mm	<input type="text"/>															
Desalinhamento maxilar em mm	<input type="text"/>															
Desalinhamento mandibular em mm	<input type="text"/>															
OCUSÃO																
Overjet maxilar anterior em mm	<input type="text"/>															
Overjet mandibular anterior em mm	<input type="text"/>															
Mordida aberta vertical anterior em mm	<input type="text"/>															
Relação Molar ântero-posterior	<input type="text"/>															
Situação da Coroa Dentária e Necessidade de Tratamento																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Tratamento																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																
Tratamento																
Uso de Prótese																
Superior	<input type="text"/>															
Inferior	<input type="text"/>															
Necessidade de Prótese																
Superior	<input type="text"/>															
Inferior	<input type="text"/>															

