



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da
Estratégia Saúde da Família**

Mestranda: Catarina de Araújo Teixeira Silva

MANAUS - AM

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da
Família**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Mestranda: Catarina de Araújo Teixeira Silva

Orientadora: Dra. Janete Maria Rebelo Vieira

Coorientadora: Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo

MANAUS - AM

2014

CATARINA DE ARAÚJO TEIXEIRA SILVA

Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovado em 18 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Janete Maria Rebelo Vieira, UFAM

Presidente

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes, UFPE

Membro

Prof. Dr. Emílio Carlos Sponchiado Jr., UFAM

Membro

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, e a toda a minha família por toda a alegria e estímulo que sempre me injetaram para que eu superasse, com otimismo e dinamismo, cada etapa deste projeto, agora, enfim, concluído.

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a virtude das almas nobres”, como bem diz Esopo. Por isso, não poderia concluir essa importante etapa da minha vida sem agradecer a pessoas que foram muito importantes para que nela eu lograsse êxito.

Agradeço a todos que estiveram presentes em minha trajetória, em especial:

A DEUS,

Por me conceder inteligência, força, persistência e perseverança em cada etapa dessa jornada.

À MINHA FAMÍLIA,

Ao meu pai, Antônio Rodrigues Teixeira (*in memoriam*) pelo ensinamento de que o estudo é o único bem que nos pertence; à minha mãe, Cristina de Araújo Teixeira, por todos esses anos de companheirismo e dedicação em todos os aspectos de minha existência.

Às minhas irmãs Cristiane, Caroline e Carla, pelo apoio incondicional nos bons e maus momentos e, em especial, à Cristiane, que com paciência e boa vontade leu o meu trabalho e deu suas contribuições.

Em especial ao meu marido, Marcelo Augusto, e aos meus filhos, Fernando Augusto e Guilherme Lucas, por me incentivarem e compreenderem a minha ausência, já que meu tempo não era mais dispendido exclusivamente com eles, mas na feitura desta dissertação.

À MINHA ORIENTADORA E COORIENTADORA,

À minha orientadora, prof^a. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira e à coorientadora prof^a. Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo, pela paciência e experiência compartilhada, e por me resgatarem à vida acadêmica, contribuindo, assim, não apenas para o meu engrandecimento pessoal e profissional, mas, acima de tudo, para o benefício de toda uma comunidade na qual estou vinculada e atuo como promotora de saúde.

AOS PROFESSORES,

Ao professor Dr. Emílio Sponchiado, por ser uma pessoa admirável, prestativa e super alto astral.

À prof. Dra. Flávia Cohen, pelo acolhimento e simpatia sempre presentes.

AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA,

Não tenho palavras para agradecer aos adolescentes e aos seus pais, pela participação nesta pesquisa. Obrigada por terem doado uma parte do seu precioso tempo, para colaborar com a ciência. Vocês fazem parte do sucesso dessa pesquisa.

AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:

Obrigada a Joaquina, Abraham, Nice e Frank que me ajudaram na busca ativa dos adolescentes, bem como na obtenção das fichas cadastrais das famílias envolvidas.

À EQUIPE DE ENFERMAGEM

À minha querida enfermeira de equipe, Jocilane Vasconcelos, que esteve sempre receptiva a dar-me informações a respeito da nossa dinâmica de trabalho.

Do mesmo modo, agradeço também à sempre prestativa técnica de enfermagem Leidiane Nobre.

AOS COLEGAS

À minha futura colega de profissão, Fabíola Araújo, que nesses três anos de convivência, mostrou-se ser uma amiga para todas as horas, dispondo-se a ser minha anotadora e ficando ao meu lado na coleta dos dados durante os sete dias da semana.

Ao Pedro Henrique de Castro, pela grande ajuda no momento da calibração anterior à pesquisa de campo propriamente dita.

AOS COLEGAS DE TURMA

Aos meus colegas de turma: **Mateus Souza**, pela entrega de conhecimentos com uma espontaneidade única; **Daniely Meireles**, pela disponibilidade de estar sempre apta a ouvir e a ajudar em todos os momentos; **Glauber Palma** por ser uma pessoa muito especial, linda por dentro e por fora, confidente e que me “fazia rir nos momentos tensos”; **Maira Carvalho**, sua serenidade mascara uma capacidade infinita, só quem convive com você consegue enxergar; **Joyce Meira**, pela maturidade na tenra idade, a qual me inspirava nos seminários; **Samir Noronha**, pelo carinho, gentileza e compartilhamento de saberes; **Thiago Mendes**, por me enxergar em você e saber que não precisamos perder nunca essa ingenuidade que faz a vida ser mais prazerosa; **Gisely Naura**, fonte de inspiração, conciliadora e, sobretudo, amiga para todas as horas e à **Alessandra Salino**, pelo companheirismo nos diversos seminários por nós ministrados. A todos vocês, fica o meu registro de uma saudade já antecipada.

Enfim, agradeço aos que, de uma forma ou de outra, me acompanharam nesta jornada, ora ouvindo meus desabafos, ora respeitando meu silêncio, ora me aconselhando e, porque não também dizer, ora compartilhando sorrisos.

Dê ao mundo o melhor de você. Mas isso pode não ser o bastante. Dê o melhor de você assim mesmo. Veja você que, no final das contas, é tudo entre VOCÊ E DEUS. Nunca foi entre você e os outros.

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a associação do risco social familiar e condições bucais em indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos, em relação aos desfechos cárie dentária e doença periodontal. A amostra foi constituída por 200 indivíduos, da equipe de saúde L112, cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Ampliada (UBSFA) Dr. Silas de Oliveira Santos, município de Manaus, AM. Baseando-se na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi feita a coleta dos dados das famílias e os mesmos foram transferidos para o Escore de Pontuação de Risco Familiar do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB), instrumento de medida do risco social familiar, o qual resultou numa classificação de 85% baixo, 11,5% médio e 3,5% alto risco social familiar. Mediante esta classificação e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todos os indivíduos foram avaliados individualmente quanto à situação bucal pela Cirurgiã-Dentista da equipe de saúde bucal da unidade (concordância diagnóstica intraexaminador $\kappa= 0,996$), onde foi verificada a experiência de cárie, segundo o Índice CPO-D (quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados), a condição periodontal, segundo o índice CPI (Índice Periodontal Comunitário) e o uso e a necessidade de prótese, adotando-se os critérios utilizados no último levantamento epidemiológico em âmbito nacional - SB Brasil 2010. Concomitantemente ao exame bucal, foram feitos questionamentos sobre a frequência de dor de dente nos últimos seis meses e acesso ao dentista nos últimos doze meses. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e análises inferenciais utilizando os testes: Exato de Fisher Generalizado, Qui-Quadrado, Kruskal-Wallis conjuntamente com o teste de comparações múltiplas não paramétricas de Bonferroni. Verificou-se que a média do CPO-D foi de 3,65, com predomínio do componente obturado (57,5%). Quanto à prevalência de sangramento gengival e cálculo dentário, constataram-se valores de 85%, 78%, respectivamente, e nenhum indivíduo da população-alvo apresentou

bolsas rasas ou profundas. O acesso desses indivíduos ao cirurgião-dentista nos últimos doze meses foi de 54,5% e a frequência de dor de dente nos últimos seis meses foi de 31%. O uso de prótese não foi constatado nos adolescentes, entretanto 27% necessitavam de prótese. Observou-se no estudo que houve associação da frequência do componente “perdido” do CPO-D com o INASB ($p=0,0100$). Houve significância estatística também na associação acesso ao cirurgião-dentista e sexo ($p=0,0440$) e entre dor e microárea ($p=0,0150$). Concluiu-se que a classificação de risco das famílias proposta pelo INASB foi associada ao componente perdido do Índice CPO-D entre a classificação de médio risco com a de baixo risco, evidenciando também uma prática odontológica excludente, porém, contrastes socioambientais marcantes direcionam para a necessidade de um planejamento voltado às microáreas de maior precariedade.

Palavras-chave: saúde da família, condição social, cárie dentária, periodontia.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the association among family social risk and oral conditions in individuals aged 15-19 years in relation to the outcomes tooth decay and gum disease. The sample consisted of 200 individuals, the healthcare team L112, registered in the Basic Health Unit Extended Family (UBSFA) Dr. Silas de Oliveira Santos, at Manaus city. Based on the record of the Primary Care Information System (SIAB), it was taken to collect data from families and they were transferred to the score of the Family Risk Score of the Need for Oral Health Index (INASB) instrument measure of family social risk, which resulted in a rating of 85% low, 11.5% medium and 3.5% high family social risk. Using this classification and after signing the Informed Consent Form (ICF), all subjects were assessed individually as to the oral situation by Dental Surgeon team of oral health unit (intra-rater diagnostic agreement kappa = 0.996), which it was verified caries experience, according to the DMFT index (number of decayed, missing and filled teeth), periodontal condition, according to the CPI index (Community Periodontal index) and the use and need of dentures, adopting the criteria used in Finally nationwide epidemiological survey - SB Brazil 2010. Concomitantly to the oral examination, questions about the frequency of toothache in the last six months and access to dental care in the last twelve months were made. Data were analyzed using descriptive analysis and inferential analyzes using tests: Generalized Fisher exact, chi-square, Kruskal - Wallis test in conjunction with the non-parametric Bonferroni multiple comparison test. It was found that the mean DMFT was 3.65, with a predominance of fillings (57.5 %). The prevalence of gingival bleeding and dental calculus, values of 85%, 78 %, respectively, and no individual of the target population had shallow or deep pockets are found. The access of these individuals to the dentist in the last twelve months was 54.5% and the frequency of toothache in the last six months was 31%. The use of dentures was not observed in teens, but 27% required some type of them. It was observed in the study that there was an association of

the frequency of "lost" component of DMFT with INASB ($p = 0.0100$). There was also statistical significance in the association access to dentists and gender ($p = 0.0440$) and between pain and micro-area ($p = 0.0150$). It was concluded that the risk classification of the families proposed by INASB was associated with the missing component of the DMFT Index between the classification of medium risk to low risk, also showing an exclusionary dental practice, however, striking environmental contrasts direct to the need for a planning focused at micro-areas of greatest precariousness.

Keywords: family health, social status, dental caries, periodontal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde	24
Quadro 1 - Descrição dos critérios de risco e fatores associados em Saúde Bucal para cárie dentária	25
Quadro 2 - Dados da ficha A do SIAB e Escore de pontuação de risco.....	30
Quadro 3 - Escore de pontuação de risco familiar. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008	34
Quadro 4 - Critérios de classificação de risco para cárie dentária. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008	34
Quadro 5 - Critérios de classificação de risco para doença periodontal. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008	35
Quadro 6 – Elaboração do risco individual bucal, a partir dos critérios utilizados para classificar risco de cárie e doença periodontal. Jardim Sto Alberto, Sto André, 2008	35
Figura 2 - Mapa da territorialização da UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos	37
Figura 3 – UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos	39
Quadro 7 - Classificação do tipo de moradia (TM)	40
Quadro 8 - Classificação da educação materna (EM)	40
Quadro 9 - Classificação do INASB	41
Quadro 10 - Resumo das condições dos códigos e critérios para CPO-D	45
Quadro 11 - Códigos e critérios para necessidade de tratamento	45

Figura 4 - Sonda OMS com as devidas marcações	46
Figura 5 - Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices	47
Figura 6 - Esquema de sondagem para sangramento e presença de cálculo.....	47
Figura 7 - Esquema de sondagem para bolsa periodontal	49
Quadro 12 - Uso de prótese	50
Quadro 13 - Necessidade de prótese	51
Gráfico 1 - Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D pelo INASB...54	
Gráfico 2 - Experiência de cárie (Índice CPO-D) por sexo	55
Gráfico 3 - Média do CPO-D relacionada à idade	55
Gráfico 4 - Média do CPO-D por microárea	56
Gráfico 5 - Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D por sexo	56
Gráfico 6 - Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D por idade	57
Gráfico 7 - Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D por microárea	57
Gráfico 8 - Prevalência de sangramento gengival na população de estudo	58
Gráfico 9 - Prevalência de cálculo dentário na população de estudo	59
Gráfico 10 - Prevalência de acesso da população de estudo ao cirurgião-dentista nos últimos doze meses	61
Gráfico 11 - Prevalência de dor de dente na população de estudo nos últimos seis meses	62

Gráfico 12 - Prevalência de necessidade de prótese na população de estudo 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes e suas famílias segundo as microáreas da Equipe L112 – Manaus – outubro de 2012	38
Tabela 2 – Avaliação da associação entre as variáveis (microárea, idade e sexo) e sangramento gengival	59
Tabela 3 - Avaliação da associação entre as variáveis (microárea, idade e sexo) e cálculo dentário	60
Tabela 4 - Avaliação da associação entre acesso ao cirurgião-dentista nos últimos doze meses e as variáveis microárea, idade e sexo	62
Tabela 5 - Avaliação da associação entre presença de dor de dente nos últimos seis meses e as variáveis microárea, idade e sexo	63
Tabela 6 - Avaliação da associação entre necessidade de prótese e as variáveis microárea, idade e sexo	64
Tabela 7 - Avaliação da associação entre INASB e as variáveis qualitativas	65
Tabela 8 - Avaliação da comparação das médias das variáveis analisadas	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CPI – Índice Periodontal Comunitário

CPO-D – Índice de quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EM – Escolaridade Materna

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

ICSB – Indicador Comunitário em Saúde Bucal

INASB – Índice de Necessidade de atenção à Saúde Bucal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM – Tipo de Moradia

UBSFA – Unidade Básica de Saúde da Família Ampliada

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVOS.....	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 Fatores de Risco Social para Cárie Dentária e Doença Periodontal	23
3.2 Instrumentos Avaliativos para Risco Familiar e Bucal na ESF	29
4 METODOLOGIA	36
4.1 Desenho do estudo	36
4.2 Local de realização do estudo.....	36
4.3 População de estudo	38
4.4 Casuística	38
4.5 Instrumentos de coleta de dados	39
4.5.1 Dados secundários	39
4.5.2 Exame Clínico	41
4.6 Análise dos dados	52
4.7 Considerações éticas	53
5 RESULTADOS	54
6 DISCUSSÃO	67
7 CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	73

ANEXOS	79
ANEXO A - FICHA A - SIAB (FRENTE).....	79
ANEXO B - FICHA A- SIAB (VERSO).....	80
ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA	81
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICAEM PESQUISA DA UFAM	82
APÊNDICES	83
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES.....	84
APÊNDICE C - FICHA SIMPLIFICADA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SOCIAL E EXAME INTRA ORAL (FRENTE).....	85
APÊNDICE D - FICHA SIMPLIFICADA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SOCIAL E EXAME INTRA ORAI (VERSO).....	86

INTRODUÇÃO

Risco social tem sido considerado uma condição importante para o risco à saúde, no qual se observa uma relevância ao enfoque sociopolítico e ambiental em detrimento do enfoque médico biológico (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na área da saúde bucal coletiva tem sido descrita, em estudos, a associação entre agravos bucais, principalmente cárie dentária e doença periodontal, e condições sociais como a baixa escolaridade materna e a baixa renda familiar (NADANOVSKY, 2000; PERES et al, 2003; BOING, 2005; BASTOS et al, 2007; MENEGHIM et al, 2007; FISCHER et al, 2010).

Tal problemática pôde ser demonstrada no mais recente inquérito epidemiológico nacional de saúde bucal – projeto SB Brasil 2010, no qual, dentre os resultados obtidos, verificam-se desigualdades regionais nos componentes do Índice CPO-D (quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados), apresentando as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as maiores médias nacionais para dentes cariados e perdidos. Ressalta-se, ainda, a cárie não tratada como o principal problema em crianças e adolescentes (BRASIL, 2011). Assim, ao se reconhecer a experiência de cárie como sendo susceptível a desigualdades sociodemográficas e geográficas, o monitoramento dos contrastes em saúde bucal torna-se relevante para a programação de intervenções socialmente dirigidas a melhorias globais e ao direcionamento de recursos para grupos de população com níveis mais elevados de necessidades (ANTUNES et al, 2006).

Para tanto, faz-se necessário reduzir as diferenças sociais existentes, tratar desigualmente os desiguais, investir mais onde a carência é maior, ou seja, adotar de fato o princípio da equidade (PALMIER et al, 2012). É nessa lógica de trabalho que o Sistema Único de Saúde – SUS, desde sua criação, vem enfrentando o desafio de proporcionar à população uma assistência pautada nos princípios da universalidade e equidade.

A incorporação da saúde bucal na ESF representa a possibilidade de reorganização da odontologia na atenção básica. O diagnóstico de saúde é fundamental para a organização do processo de trabalho num contexto em que os profissionais de saúde devem apresentar uma visão ampliada da saúde, gerada pela capacidade de enxergar o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar e aptidão ao trabalho interdisciplinar (MARTELLI et al, 2010), assim como, conhecer a realidade das famílias com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, identificando as pessoas e famílias em situação de risco.

A ESF já dispõe de uma ferramenta pela qual é possível identificar situações de risco para imediato acompanhamento e tratamentos necessários: a visita domiciliar, sendo esta também responsável pela ampliação do acesso a serviços e pela criação de vínculos com a população (BRASIL, 2004).

Um instrumento disponível para análise do risco familiar, possível de ser aplicado na visita domiciliar é a escala de Coelho (COELHO; SAVASSI, 2004), possibilitando a escolha de prioridade na visita pela equipe de saúde da família. Tal escala foi revista posteriormente, sofrendo alterações que permitiram identificar um maior número de famílias de risco mínimo e orientar as diversas ações que são realizadas no cotidiano de uma Unidade de Saúde, recebendo o nome de critério UFES (NASCIMENTO et al, 2010).

Outra ferramenta que recentemente associou o risco social à situação de saúde bucal de crianças é definida como Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB). A classificação de risco familiar proposta pelo INASB ajuda na indicação das famílias que necessitam de maior atenção à saúde bucal, facilitando assim a programação da demanda com informações obtidas por instrumentos de uso cotidiano na atenção básica. Entretanto, os próprios autores apontam para a necessidade de replicação do índice em outras faixas etárias e com outros agravos à saúde bucal (CARNUT et al, 2011).

Nesse contexto, o planejamento é considerado uma ferramenta fundamental para a organização das ações e serviços de saúde, possibilitando a compreensão dos fatos, dos principais problemas e anseios da população, sendo indispensável, previamente, a realização de levantamentos epidemiológicos, de necessidades e avaliação de risco (BRASIL, 2006). No entanto, é incipiente o registro de ações e programações em saúde bucal, tomando como base a realidade da população adstrita à ESF (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Diante dessas premissas, a busca por evidências científicas, que corroborem a associação entre risco social e agravo à saúde bucal com ênfase na equidade, torna estudos com esse objetivo, de salutar importância, colaborando, assim, para uma melhor definição, dentre os usuários do SUS, aqueles que demandam maior atenção.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a associação entre risco social familiar, cárie dentária e doença periodontal em uma população na faixa etária de 15 a 19 anos.

Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil de risco social das famílias cadastradas com indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos, a partir da Ficha A-SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), utilizando o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB);
2. Verificar a experiência de cárie dentária, por meio do Índice de dentes cariados, perdidos e obturados para dentição permanente (CPO-D), e da condição periodontal, por meio do Índice Periodontal Comunitário (CPI), na população-alvo;
3. Verificar o acesso ao Cirurgião-Dentista nos últimos doze meses, as frequências de dor de dente nos últimos seis meses da população-alvo, do uso e da necessidade de prótese dentária na população-alvo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Fatores de Risco Social para Cárie Dentária e Doença Periodontal

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) elaborou documento denominado Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Essas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos “fatores que a colocam em risco”, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2004).

A incorporação de critérios de risco no diagnóstico e no tratamento das necessidades é fundamental para agilizar e otimizar recursos, assim como a avaliação do risco individual para doenças bucais é instrumento valioso na organização dos serviços (BRASIL, 2004).

Em todas as etapas da vida, fatores sociodemográficos, psicossociais e o estilo de vida adotado pelo indivíduo podem influenciar seus hábitos e comportamentos de saúde. Ademais, a adolescência exacerba a vulnerabilidade a esses fatores, pois o adolescente já não é mais beneficiado pelo cuidado e atenção dispensados às crianças, nem desfruta da proteção associada à maturidade da vida adulta (WHO, 2005a). Essa fase também tem sido considerada um período de risco para doenças bucais como cárie e doença periodontal (VALENTE, 1998).

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. São fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A importância dos determinantes sociais da saúde decorre de que repercutem diretamente na saúde, permitem prever a maior proporção das variações no estado de saúde (iniquidade sanitária), estruturam os comportamentos relacionados com a saúde e interatuam mutuamente na geração da saúde (COMISSIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008).

Na tentativa de estabelecer de um modo simples, de fácil compreensão e de clara visualização gráfica como os determinantes sociais influenciam na saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes da Saúde escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) para tal finalidade (Figura 1).



Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde
 FONTE: Dahlgren & Whitehead, 1991

Nesse modelo, os determinantes sociais da saúde proximais, oriundos de comportamentos e estilos de vida, são considerados fatores de risco, os quais são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os fatores de risco são definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde (WHO, 2005b; BRASIL, 2008).

Carvalho (1997) afirmou que para compreender como um contexto afeta a saúde de

grupos populacionais, torna-se necessário medir efeitos em nível de grupo, uma vez que medidas em nível individual não são suficientes para tal complexidade.

Contudo, entender como ocorre esse equilíbrio ou desequilíbrio entre saúde-doença é de uma complexidade ímpar, haja vista que a situação de saúde encontra-se condicionada por múltiplos e complexos processos inter-relacionados: a evolução das desigualdades sociais, as mudanças na estrutura de idade da população, os processos de urbanização, as mudanças na estrutura do mercado de trabalho e das populações trabalhadoras, as alterações na organização dos serviços, entre outros (CASTELLANOS et al, 1997).

Mendes (2011) retrata, em seu estudo, que as relações entre as condições crônicas e pobreza estão bem estabelecidas e compõem um círculo vicioso, estando a pobreza a favorecer o aparecimento das doenças crônicas e estas, por sua vez, aprofundando a pobreza.

Levando esse entendimento para o campo da saúde bucal, Frias e Fratucci (2008) descreveram critérios de risco e fatores associados para cárie dentária, tais como determinantes biológicos, contexto familiar e, determinantes socioeconômicos e culturais envolvidos no processo saúde-doença (Quadro 1).

Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência de ingestão de sacarose; • Início tardio do hábito de escovação; • Baixa frequência de escovação; • Baixa exposição de flúor (sistêmico e tópico); • Experiência passada de cárie; • Atraso escolar; • Autopercepção sobre os agravos bucais.
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa renda familiar; • Menor grau de escolaridade materna; • Desemprego dos pais ou responsáveis; • Maior concentração de habitantes por domicílio; • Falta de acesso ao creme dental com flúor; • Uso coletivo da escova; • Hábitos alimentares na família que favorecem o consumo de sacarose e carboidratos; • Exposição à violência doméstica.
Coletivo	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso à água tratada; • Acesso à fluoretação das águas de abastecimento público; • CPO-D acima da média; • Morador de município ou região com baixo índice IDH-M e alto índice de exclusão social; • Acesso a programas de Atenção em Saúde Bucal; • Hábitos culturais.

Quadro 1 – Descrição dos critérios de risco e fatores associados em Saúde Bucal para cárie dentária

FONTE: FRIAS; FRATUCCI, 2008.

Furlani (1993) e Nadanovsky (2000) verificaram uma somatização ao maior risco à doença cárie quando tanto o critério de risco familiar, baixa renda, quanto o critério de risco individual, alta frequência de ingestão de sacarose estavam presentes.

Baseados nos resultados de um levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em Florianópolis, SC, no ano de 1995, Peres et al (2000) concluíram que os principais fatores de risco para a cárie dentária foram a frequência de consumo de doces e a renda familiar, sendo a renda, o fator de risco de maior importância; além desses dois fatores, o alto grau de escolaridade do pai foi associado com baixa severidade da doença.

O grau de escolaridade dos pais (GONÇALVES et al, 2002; PERES et al, 2003), principalmente o da materna (ABREU et al, 2004; MOURA et al, 2008), tem sido investigado em diversos estudos, apresentando-se como um indicador importante para o desfecho cárie dentária.

Há consenso na literatura quanto a uma forte correlação entre a condição de saúde bucal e maior nível de ensino em geral. A educação é fator preditivo de melhores empregos, maior renda e melhores condições de moradia e posição socioeconômica. Conseqüentemente, o nível de estudo da mãe é um dos melhores indicadores da saúde das crianças (WATT, 2002; PERES et al, 2009).

Patussi et al (2001) desenvolveram um estudo abrangente para avaliar a associação entre a privação material e social, desigualdade de renda e coesão social com a prevalência de cárie dentária em 7.286 crianças de seis a doze anos de idade, de escolas públicas e privadas do Distrito Federal. Os indicadores utilizados para estudar a privação social foram os níveis de escolaridade e renda; para estudar a privação material foram observadas comodidades do lar; para estudar a desigualdade de renda foram utilizados o índice de Robin Hood e o coeficiente de Gini e, finalmente, para estudar a coesão social, os indicadores utilizados foram a participação comunitária e a violência. Os resultados mostraram que a experiência de cárie,

medida pelo Índice CPO-D, não estava correlacionada significativamente com medidas de privação. Porém, havia associações consistentes entre medidas de privação e os componentes (cariados e perdidos) do índice CPO-D. Crianças que moravam em áreas mais precárias possuíam maiores níveis de cárie não tratada e mais dentes extraídos do que as que moravam em áreas mais privilegiadas.

Assim como a cárie dentária, as doenças periodontais sofrem influência pelos determinantes sociais da saúde. Características regionais e socioeconômicas, e fatores ambientais e comportamentais podem explicar, em parte, as disparidades encontradas nos diferentes locais onde estudos são realizados (OPPERMANN, 2007; COELHO et al, 2008; HAAS et al, 2012).

Gesser et al (2001) realizaram um estudo com 3452 jovens do sexo masculino, com idade de 18 anos que se apresentaram para o alistamento militar do Exército Brasileiro de Florianópolis, SC, em 1999, com o objetivo de conhecer as prevalências das condições gengivais e periodontais e verificar a existência das associações destas com variáveis socioeconômicas. Houve associação estatística significativa entre as variáveis renda e escolaridade com cálculo e sangramento gengival. Concluíram que indicadores de doenças periodontais mais severas foram raros na população estudada, enquanto o sangramento gengival e o cálculo dentário apresentaram altas prevalências e estiveram associados negativamente à maioria dos indicadores socioeconômicos utilizados.

Souza et al (2013) encontraram associação entre a condição periodontal e as variáveis: gênero, renda, nível de higiene bucal e uso do fio dental. Concluíram que a amostra representada por 306 universitários da cidade de Teresina, PI, com idade entre 19 e 35 anos, apresentou leve condição de doença periodontal, com ausência de bolsas periodontais profundas. Indivíduos do gênero feminino, de renda acima de quatro salários, com bom nível

de higiene bucal e que usam o fio dental tiveram melhor condição de saúde periodontal.

Boing et al (2005) ratificaram que as variáveis mais frequentemente utilizadas para estratificar a população quanto à cárie e à doença periodontal são: ocupação, escolaridade e renda. Observaram também uma grande participação de estudos brasileiros sobre diferenciais socioeconômicos na distribuição de cárie e doença periodontal.

Pack (1998) ressaltou que as condições de saúde bucal também são agravadas pela pobreza, condições de vida e desinformação acerca da saúde, além de falta de financiamento e de políticas de estado para fornecer cuidados em saúde bucal.

Fernandes e Peres (2005) orientaram quanto às condições socioeconômicas das localidades e a relevância em avaliar a associação das mesmas com as condições de saúde bucal, favorecendo, desta forma, à formulação de políticas de saúde direcionadas a reduzir desigualdades em saúde, principalmente no acesso e utilização dos recursos.

É diante dessa perspectiva que a atenção em saúde bucal, no âmbito de tentar resolver os problemas de saúde-doença bucal instalados, deve interferir diretamente nos seus fatores determinantes (SILVEIRA FILHO, 2008).

3.4 INSTRUMENTOS AVALIATIVOS PARA RISCO FAMILIAR E BUCAL NA ESF

No anseio de promover saúde pública partindo-se do princípio da equidade, sendo este definido por “criar oportunidades iguais para a saúde e diminuir os diferenciais da saúde para baixo; ao nível mais baixo possível” (WHITEHEAD, 1992), enfrentam-se barreiras, a partir do momento que não contempla as diferenças nos níveis de saúde e no acesso a serviços entre os vários grupos populacionais, uma vez que as populações mais carentes têm suas escolhas limitadas pela condição social tendendo a concentrar maiores níveis de doença do que aquelas mais favorecidas, bem como têm dificuldade a acesso de serviços de saúde de qualidade (BROWN; LUMLEY, 1993).

Na mesma linha, os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Sobretudo, devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2010).

Foi com essa proposta de reorganização que o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado (BRASIL, 1997). Porém, um grande problema desse modelo se refere à demanda desordenada que continua suprimindo a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família (NASCIMENTO et al, 2010).

Coelho e Savassi (2004) construíram um instrumento capaz de identificar as necessidades e priorizar as ações – a Escala de Coelho - sendo que o mais importante, segundo os próprios autores, não é somente determinar e organizar a demanda a partir dos tipos de risco, e sim, identificar os fatores inter-relacionados à realidade de cada grupo familiar para, desta forma, propor mudanças e adaptar estes mesmos instrumentos que

validam estes mesmos riscos na comunidade a ser estudada. Vale salientar que esta Escala avalia e acompanha a situação social e econômica no contexto de vida de cada família a ser integrada e assistida no PSF.

Funciona da seguinte forma: baseando-se em informações iniciais adquiridas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) em suas visitas domiciliares, tem-se os indicadores dos riscos a que cada família está exposta para, a partir desta avaliação, procurar classificar, dentre todas as visitas, quais seriam os grupos que demandam maior atenção.

O quadro com as informações a serem preenchidas num primeiro tempo e pontuadas posteriormente é o que segue abaixo.

DADOS DA FICHA A		ESCORE
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação Morador /cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Quadro 2: Dados da ficha A do SIAB e Escore de pontuação de risco
 FONTE: COELHO; SAVASSI, 2004.

As informações aqui levantadas devem ser o estopim para as ações que, ao menos, tentarão garantir equidade, visto que este é um dos grandes problemas a serem enfrentados em termos de Saúde como um todo (GOES, 2008). Para tanto, foi criado outro instrumento, o Indicador Comunitário em Saúde Bucal (ICSB) que amenizaria as desigualdades em saúde bucal (SAINTRAIN, 2007). Para esta autora, a cárie, a doença periodontal e agravos dos tecidos moles são condições facilmente identificáveis, daí se obter, após treinamento adequado, que os próprios ACS possam, em suas visitas regulares, também colherem dados

quanto aos principais agravos de saúde bucal. A classificação para este Indicador varia de 1 a 7 e somente de posse do formulário preenchido pelo ACS, e observando-se a ordem de severidade, é que os cirurgiões-dentistas, em equipe, elaboram as medidas curativas, preventivas e educativas.

Novamente, frisa-se que mais importante que a obtenção da classificação de uma população mediante os riscos é a adequação à realidade do trabalho a ser explorado naquela comunidade. Tendo em vista que todos os ACS e cirurgiões-dentistas devem ter as mesmas diretrizes no tocante à coleta e análise dos dados que conduzirão as ações, vale dizer que, reuniões com todos os profissionais envolvidos se fazem extremamente necessárias e oportunas quando, neste encontro, as pessoas interagem, opinam e debatem, criando desta forma uma unanimidade de pensamento e conduta.

Seguindo esta prática de reorientação das atividades exercidas pelos profissionais e com o propósito de definir melhor as prioridades é que o Critério UFES foi desenvolvido, partindo também da Escala de Coelho, identificando, porém, um maior número de famílias de risco mínimo (NASCIMENTO et al, 2010).

Para Coelho e Savassi (2004), uma comunidade sem saneamento básico recebe designação de área de risco e não de risco familiar, pois envolve aspectos que extrapolam o espaço domiciliar das famílias, estando relacionada à própria construção e promoção de políticas públicas saudáveis. No entanto, as condições de higiene dessas famílias não são matéria de análise na Escala de Coelho, o que deixa a desejar, porque a presença de alérgenos, principalmente ácaros e pêlos de animais geram inflamação da mucosa respiratória e uma escala de risco deve sempre estar atenta às diversas relações para com a comunidade estudada (NASCIMENTO et al, 2010).

Seriam estas relações: econômicas (desemprego, miséria), ambientais (poluição), de

condutas pessoais (higiene, alimentação, atividade física), dimensões interpessoais (sexualidade) e criminais (violência urbana). Todas estas abordagens se apresentam na comunidade em meio a uma teia de relações e inter-relações e, por vezes, vão além dos pequenos grupos familiares de relações e se tornam o determinante sociocultural desta população. Daí fazer mais sentido abordar risco familiar sempre centrado nas múltiplas relações da casualidade e determinação social. Por exemplo, uma casa em bons aspectos de construção, onde resida apenas uma pessoa, mas esta pessoa, que não é hipertensa, nem acamada, nem diabética, mas está desempregada, é alcoólatra e usuária de drogas, passaria a ser considerada de risco considerável, e não de risco mínimo como seria se classificada apenas na Escala de Coelho (NASCIMENTO et al, 2010).

Portanto, o Critério UFES se sobressai, na medida em que abre o leque de possibilidades para que sejam vistas as nuances que diferenciarão um risco mínimo para um risco moderado, além do que já foi bastante repetido, que é a adequação à realidade e ao cotidiano da População-Alvo.

Alguns autores como Gushi et al (2008) sugeriram índices de necessidade de tratamento odontológico para auxiliar as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na programação de suas demandas, orientando o processo de atenção. No entanto, estes índices veem a doença apenas pela ótica biomédica em detrimento do conceito ampliado de saúde, utilizando para isto, apenas o diagnóstico clínico normativo.

Outro instrumento criado a fim de proporcionar também uma maior equidade nas ações em saúde bucal é o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB). Este índice toma por base as informações presentes na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dá um enfoque a duas das variáveis – Tipo de Moradia (TM) e Escolaridade Materna (EM) – para construir um algoritmo que vise a classificar uma família

como de alto risco sempre que a condição de maior vulnerabilidade social estiver presente. Por exemplo: mãe analfabeta ou mora em casa construída com material reciclado, classificaria esta família como de alto risco, mesmo que se faça presente outra condição menos vulnerável. Basta ter um dos extremos das duas variáveis ditas de peso para a obtenção do INASB, para resultar em alto risco à classificação (CARNUT et al, 2011).

Segundo Cheachire et al (2013), a relevância na aplicação de instrumentos e critérios que classifiquem e, por fim, priorizem grupos de risco em saúde bucal está na administração “objetiva” dos dados que, devidamente estruturados a partir da aplicação destes mesmos instrumentos e critérios, irão denotar com mais fidelidade a realidade em saúde a ser assistida e melhorada. Ainda, segundo os autores, faz-se salutar ampliar a visão estabelecida por critérios já existentes em prol de uma identificação maior com a população-alvo. Dito isto, tem-se a experiência relatada na Unidade de Saúde da Família Jardim Santo Alberto, em Santo André, município de São Paulo, que primeiramente elaborou a estrutura informacional com base na Escala de Coelho, acrescentando outras variáveis extraídas da ficha-A do SIAB e dos indicadores do Pacto da Saúde, tratando-se de um estudo transversal com utilização de dados secundários. Estes tendo sido coletados a partir dos prontuários das famílias cadastradas na Unidade de Saúde da Família, observando que todas as famílias adscritas já estavam cadastradas.

O instrumento “Escore de Pontuação de Risco Familiar” foi desenvolvido pelos profissionais de Santo André, embora os critérios de avaliação bucal individual, adotado para cárie e doença periodontal, fossem os elaborados pela Secretaria do Estado de São Paulo. Segundo os quadros 3, 4, 5 e 6 a seguir.

Variável	Escore
Criança menor de 1 ano	1
Criança menor de 1 ano, com baixo peso ao nascer	1
Criança menor de 4 meses, sem aleitamento materno exclusivo	1
Gestante	1
Gestação na adolescência (de 10 a 19 anos)	1
Óbito de mulher de 10 a 49 anos	2
Hipertenso	1
Diabético	1
Tabagismo	1
Etilismo	1
Tuberculose	2
Hanseníase	1
Acamados	3
Deficiência mental	3
Deficiências física e sensorial	3
Psiquiátrico	3
Idoso acima de 60 anos	1
Idoso acima de 60 anos e mora sozinho	3
Casa que não é de alvenaria	1
Número de moradores maior que o número de cômodos	3
Domicílio sem saneamento básico (água, esgoto e lixo)	3
Algum componente da família desempregado	2
Analfabetismo (qualquer idade)	1
Criança até 14 anos, fora da escola	2
Escova de dente comum na casa	1
Criança menor de 2 anos, com vacinação em atraso	2
Criança com menos de 5 anos, internada por IRA e/ou diarreia, no último ano	1
Internação por complicações de diabetes, no último ano	1
Recebe Bolsa-Família	1
TOTAL	48

Quadro 3: Escore de pontuação de risco familiar. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008
 FONTE: CHEACHIRE et al, 2013.

Classificação	Grupo	Situação Individual
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha ativa
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Quadro 4: Critérios de classificação de risco para cárie dentária. Jardim Sto Alberto, Santo André, 2008
 FONTE: CHEACHIRE et al, 2013.

Classificação	Códigos	Critérios
Baixo risco	0	Elemento com periodonto sadio
	X	Ausência de elementos no sextante
Risco moderado	1	Elemento com gengivite
	2	Elemento com cálculo supragengival
	B	Sequela de doença periodontal anterior
Alto risco	6	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

Quadro 5: Critérios de classificação de risco para doença periodontal. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008
 FONTE: CHEACHIRE et al, 2013.

Risco Individual Bucal	Risco de cárie						Risco periodontal		
	Baixo	Médio		Alto			Baixo	Médio	Alto
	A	B	C	D	E	F	0/X	1	2
Alto				x	x	x			x
Médio		x	x					x	
Baixo	x						x		

Quadro 6: Elaboração do risco individual bucal, a partir dos critérios utilizados para classificar risco de cárie e de doença periodontal. Jardim Santo Alberto, Santo André, 2008.
 FONTE: CHEACHIRE et al, 2013.

Com o que foi explanado, constata-se que, fazer uso de tais instrumentos no cotidiano da ESF possibilita, não só que os profissionais de saúde tenham conhecimento da realidade e trabalhem no contexto social dos indivíduos e de suas famílias, como também validem suas ações e seus planejamentos de forma objetiva.

4 METODOLOGIA

4. 1. Desenho do Estudo

Foi desenvolvido um estudo descritivo-analítico de corte transversal.

4. 2. Local da Realização do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Manaus, o qual, atualmente, é assistido por cinco Distritos Saúde, designados por Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural (MANAUS, 2012).

A implantação dos Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste) foi aprovada pela Lei Municipal n. 590, de 23 de março de 2001, com o objetivo de descentralizar as ações de saúde, administrativas e financeiras da Rede Municipal de Saúde, e pelo Decreto n. 6.008, que dispõe sobre a reestruturação organizacional da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Destaca-se que, apesar da lei citada acima ser de 2001, a implantação dos Distritos de Saúde somente foi iniciada em 2005 (MANAUS, 2012).

O Distrito de Saúde Leste possui dezesseis Equipes de Saúde Bucal (ESB) integradas à ESF, dentre as quais a Unidade Básica de Saúde da Família Ampliada (UBSFA) Dr. Silas de Oliveira Santos foi referência para realização desse estudo (BRASIL, 2012).

A UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos foi inaugurada em 26 de novembro de 2007, sendo conhecida, a priori, como Módulo de Saúde da Família. Esta denominação se deu ao fato de apresentar uma estrutura diferenciada, na qual foi concebida para receber três equipes de saúde, a saber: equipe L111, equipe L112 e equipe L138 (MANAUS, 2012).

A equipe L112 é composta por uma cirurgiã-dentista, um médico, uma enfermeira, uma auxiliar em saúde bucal (ASB), duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS). Com a territorialização de 2012 e mudanças administrativas, o Módulo

tornou-se UBSFA e sua área de abrangência foi redimensionada para que se pudesse ter um quantitativo de pessoas conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em outubro de 2012, a equipe L112 era responsável por 3.870 pessoas, com um total de 1068 famílias, onde existiam 187 hipertensos cadastrados, 46 diabéticos, 14 gestantes, 179 usuários no planejamento reprodutivo, 61 no programa Bolsa Família, 131 idosos e 357 adolescentes (15 a 19 anos), podendo sofrer alterações mensais baseadas na dinâmica populacional. Dentro deste perfil situacional, a equipe L112 presta cobertura às áreas territorializadas do Conjunto Castanheira e parte da Cidade do Leste (Figura 2) (MANAUS, 2012).

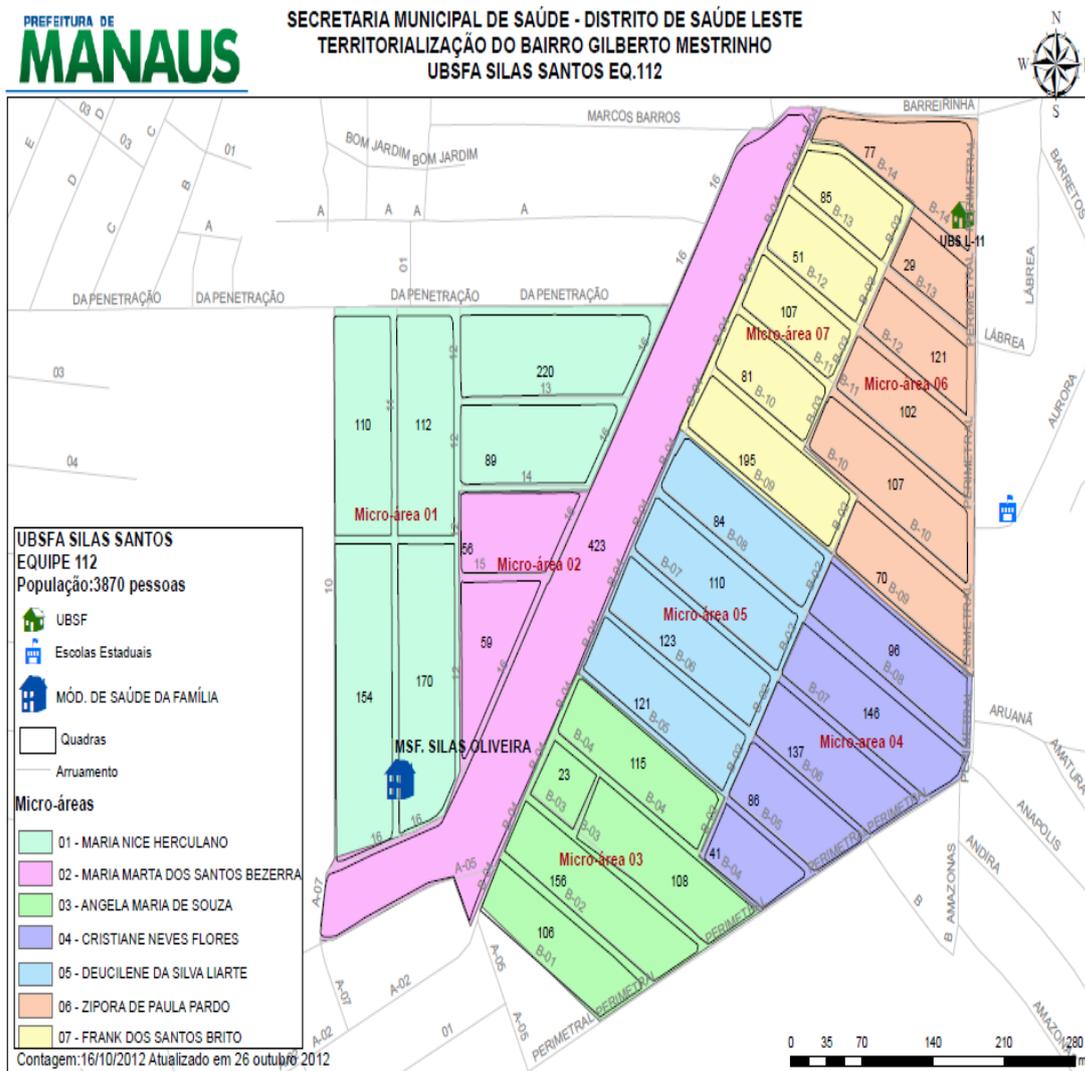


Figura 2 – Mapa de Territorialização da UBSFA Dr. Silas de O. Santos
 FONTE: MANAUS, 2012

Essa assistência se dá a partir da divisão do território de abrangência por microáreas. Na tabela a seguir é apresentada a distribuição dos adolescentes e de suas famílias de acordo com as sete microáreas.

Micro áreas	Adolescentes	Número de Famílias
1	55	33
2	58	36
3	54	32
4	49	28
5	36	24
6	52	30
7	53	31
Total	357	214

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes e suas famílias segundo as microáreas da Equipe L112 – Manaus – outubro de 2012

FONTE: DISA – out/2012

4. 3. População de Estudo

No estudo, a meta foi trabalhar com toda população de 15 a 19 anos de idade cadastrada na equipe L112 da UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos, no município de Manaus, AM.

No mês de julho de 2013, realizou-se um censo das famílias que possuíam indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos. Porém, pelo fato de alterações impostas pela dinâmica populacional, o quantitativo de adolescentes verificado no momento da coleta de dados foi de 292, redução de 18,8% em relação ao observado em outubro de 2012. Destes indivíduos, obteve-se o valor amostral de 200 participantes oriundos dos critérios de inclusão.

4. 4. Casuística

Critérios de inclusão:

- a) Adolescentes de 15 a 19 anos completos;
- b) Ser cadastrado na unidade;

- c) Família ter sido classificada segundo o risco social familiar;
- d) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente preenchido e assinado pelo próprio adolescente, se maior de idade, ou pelo responsável legal, caso contrário (Apêndices A e B).

CrITÉRIOS de exclusÃO:

- a) IndivÍduos com necessidades especiais que tenham comprometimento no entendimento do instrumento de avaliaçÃO;
- b) Uso de aparelho ortodôntico;

4. 5. Instrumentos de coleta de dados

4. 5. 1. Dados secundários

A primeira etapa consistiu na verificaçÃO dos dados secundários, contidos na Ficha A do SIAB (Anexos A e B), preenchidos previamente pelos ACS de cada microárea que compõe a área sob a responsabilidade da equipe L112 da UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos (Figura 3).



Figura 3 - UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos
FONTE: AUTORA, 2012

Tendo como base a Ficha A do SIAB, essas famílias foram classificadas, segundo o algoritmo do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal – INASB, em três grupos denominados de alto risco, médio risco e baixo risco. Essa classificação foi obtida a partir do cruzamento das informações sobre o tipo de moradia e escolaridade materna presentes na própria Ficha A.

Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal – INASB

O INASB foi desenvolvido por Carnut et al (2011) com o objetivo de classificar as famílias de áreas adstritas à Estratégia Saúde da Família. Para tanto, utiliza informações sociais da Ficha A do SIAB como tipo de moradia e escolaridade materna. Estas variáveis têm sido relacionadas às condições de saúde bucal em diversos estudos. Nos Quadros 7, 8 e 9 está explicitada a construção do INASB.

Tipo de moradia	Material reciclado	Madeira	Taipa não revestida	Taipa revestida	Tijolo
Alto risco	X	X			
Médio risco			X	X	
Baixo risco					X

Quadro 7 – Classificação do tipo de moradia (TM)

FONTE: CARNUT et al, 2011.

Educação materna	Analfabeta	Alfabetizada	1° ao 5° ano	6° ao 9° ano	Ensino médio em diante
Alto risco	X	X			
Médio risco			X		
Baixo risco				X	X

Quadro 8 – Classificação da educação materna (EM)

FONTE: CARNUT et al, 2011.

INASB	TM	EM
Alto	Alto risco Alto risco Alto risco Médio risco Baixo risco	Alto risco Médio risco Baixo risco Alto risco Alto risco
Médio	Médio risco Médio risco Baixo risco	Médio risco Baixo risco Médio risco
Baixo	Baixo risco	Baixo risco

Quadro 9 – Classificação do INASB
 FONTE: CARNUT et al, 2011.

4. 5. 2. Exame clínico

Durante os meses de julho e agosto de 2013, os indivíduos na faixa etária entre 15 a 19 anos foram convidados a participar da pesquisa. De posse da autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguiu-se para a coleta de dados primários epidemiológicos de cárie dentária, condição periodontal, uso e necessidade de prótese dentária.

Com vistas à confiabilidade dos dados primários a serem coletados, a Cirurgiã-Dentista foi treinada e calibrada antes da coleta desses dados, utilizando-se o Índice de Concordância Kappa. Foram selecionados 20 indivíduos na mesma faixa etária e com as mesmas características da amostra. Examinava-se um indivíduo por vez até completar o número de 20 examinados. Ao término do vigésimo, seguia-se para o reexame (calibração intraexaminador) do primeiro. Em razão da ótima concordância (0,996 para o Índice CPO-D e 0,90 para o CPI), seguiu-se para os próximos passos.

Os dados clínicos foram obtidos a partir de visitas às famílias, sendo avaliados: a experiência de cárie dentária, a condição periodontal e o uso e necessidade de prótese dentária da população de 15 a 19 anos de idade. A Cirurgiã-Dentista examinou a cavidade bucal do paciente, sob a luz natural, utilizando espelho bucal plano e a sonda OMS (sonda CPI) para

levantamentos odontológicos, estando tanto o examinador como a pessoa examinada, sentados, e uma auxiliar em saúde bucal fazia a anotação dos dados.

É válido constar que no decorrer da coleta dos dados, a cada dez indivíduos examinados, foi feito um reexame (calibração intraexaminador), tendo uma concordância Kappa de 0,95 para o Índice CPO-D e de 0,89 para o CPI.

Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento

A experiência de cárie dentária foi medida pelo índice CPO-D seguindo a ficha adotada pelo SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009). Este índice mede o ataque de cárie na dentição permanente, bem como a prevalência da mesma, permitindo comparações entre regiões (PINTO, 2008).

Foram anotados dois aspectos em cada espaço dentário, a saber: as condições da coroa, categorizadas de 0 a 9, e a necessidade de tratamento (WHO, 1997; BRASIL, 2009).

Códigos e Critérios para Cárie Dentária

0 – Coroa Hígida

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.

1 – Coroa Cariada

Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda OMS deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, deve-se adotar, como regra de decisão, considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado. Entretanto, este enfoque epidemiológico não implica admitir que haja necessidade de uma restauração.

2 – Coroa Restaurada, mas Cariada

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

3 – Coroa Restaurada e sem Cárie

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7.

Nota: Com relação aos códigos 2 e 3, apesar de ainda não ser uma prática consensual, a presença de ionômero de vidro em qualquer elemento dentário será considerada, neste estudo, como condição para elemento restaurado.

4 – Dente Perdido Devido à Cárie

Um dente permanente foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. Em algumas idades pode ser difícil distinguir

entre dente não irrompido (código 8) e dente perdido (códigos 4 ou 5). Fazer relações (cronologia da erupção, experiência de cárie etc.) pode ajudar na tomada de decisão.

5 – Dente Perdido por Outra Razão

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6 – Selante

Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 (cárie).

Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície oclusal, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.

7 – Apoio de Ponte ou Coroa

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados como 4 ou 5.

8 – Coroa Não Erupcionada

Quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção.

Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

T – Trauma (Fratura)

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie. Restaurações decorrentes de fratura coronária devem ser registradas como Trauma (T).

9 – Dente Excluído

Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Nos Quadros 10 e 11 está explicitado o resumo das condições dos códigos e critérios para CPO-D, e códigos e critérios para a necessidade de tratamento.

CÓDIGO	CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES PERMANENTES	
COROA	
0	HÍGIDO
1	CARIADO
2	RESTAURADO, MAS COM CÁRIE
3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
4	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
5	PERDIDO DEVIDO A OUTRAS RAZÕES
6	APRESENTA SELANTE
7	APOIO DE PONTE OU COROA
8	NÃO ERUPCIONADO
T	TRAUMA (FRATURA)
9	DENTE EXCLUÍDO

Quadro 10 - Resumo das condições dos códigos e critérios para CPO-D
 FONTE: BRASIL, 2009.

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	SEM INFORMAÇÃO

Quadro 11 – Códigos e critérios para necessidade de tratamento
 FONTE: BRASIL, 2009.

Condição Periodontal

Foi avaliada por meio do Índice Periodontal Comunitário (CPI), o qual permite avaliar a higidez, o sangramento e a presença de cálculo ou bolsa.

Na realização do exame foi utilizada uma sonda específica, denominada sonda OMS (Figura 4), com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento.

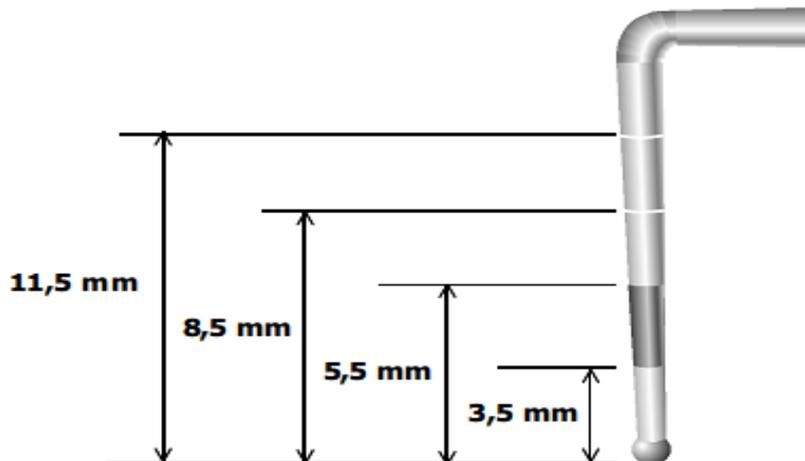


Figura 4 – Sonda OMS com as devidas marcações
 FONTE: BRASIL, 2009

Sextantes – A boca é dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28, 38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, por exemplo, um único dente presente).

Nota: Não se considera o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 15 a 19 anos. Caso se detecte a presença de um dente e o terceiro molar nesta faixa etária, o sextante será excluído.

Dentes-Índices (Figura 5) – São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares):

- Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.

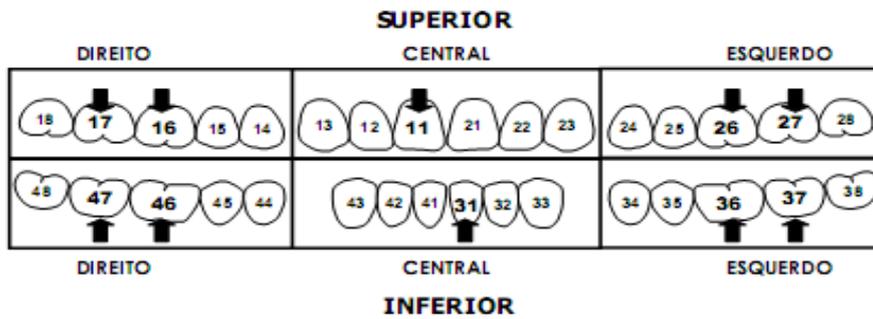
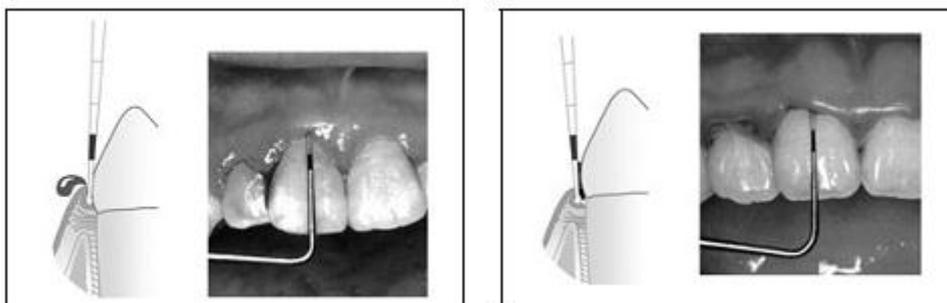


Figura 5 – Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices
FONTE: BRASIL, 2009

Exame – Pelo menos seis (6) pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular (Figura 6).



A

B

Figura 6 – Esquema de sondagem para sangramento e presença de cálculo. (A) Presença de Sangramento Gengival; (B) Presença de Cálculo Dentário
FONTE: BRASIL, 2009

Registros – Considerar que:

- embora 10 dentes sejam examinados, apenas seis anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para

extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Códigos e Critérios

O registro das condições deve ser feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, do seguinte modo.

Sangramento:

0 – Ausência

1 – Presença

X – Sextante excluído (presença de menos de dois dentes funcionais no sextante)

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Cálculo Dentário:

0 – Ausência

1 – Presença

X – Sextante excluído (presença de menos de dois dentes funcionais no sextante)

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Bolsa Periodontal:

0 – Ausência

1 – Presença de Bolsa Rasa: Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.

2 – Presença de Bolsa Profunda: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.

X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante).

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão).

Do mesmo modo feito para a detecção de sangramento gengival e cálculo dentário, procede-se para a sondagem de bolsa periodontal (Figura 7).

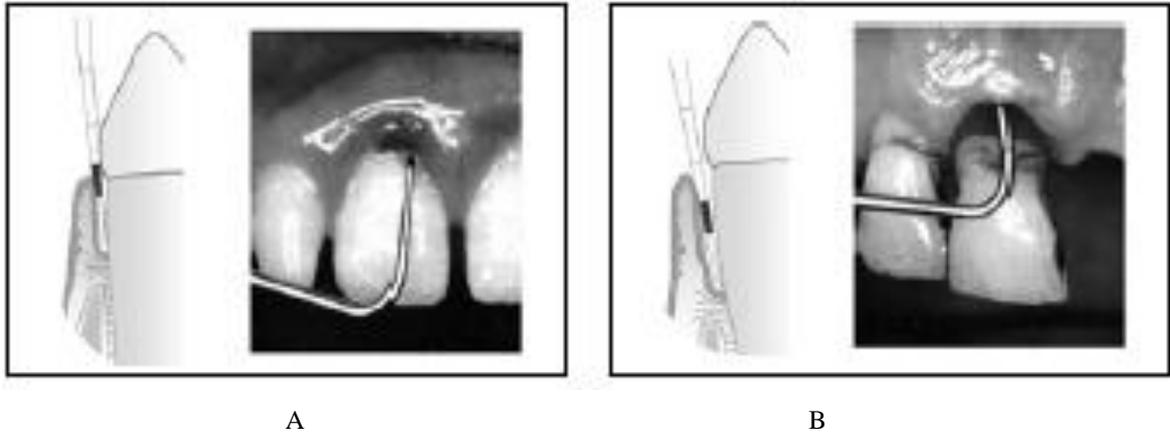


Figura 7 - Esquema de sondagem para bolsa periodontal. (A) Presença de Bolsa Rasa (4 a 5 mm); (B) Presença de Bolsa Profunda (6 mm ou mais)
 FONTE: BRASIL, 2009

Uso e Necessidade de Prótese Dentária

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais têm como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar de prótese(s). A análise foi feita para os arcos superior e inferior quanto ao uso e à necessidade.

A verificação, quanto ao uso e à necessidade de próteses, levaram em conta os códigos e critérios ilustrados nos quadros 12 e 13 a seguir (BRASIL, 2009).

Código	Critério	Exemplos		
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético	 Desdentado parcial, mas sem prótese presente	 Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior	 Uma ponte fixa anterior	
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)		
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior		
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior	 Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores	
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total		
9	Sem informação			

Quadro 12: Uso de Prótese
 FONTE: BRASIL, 2009.

Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes</p>  <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p>  <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento	 <p>Espaço protético unitário anterior</p>  <p>Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p>  <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

Quadro 13: Necessidade de Prótese
 FONTE: BRASIL, 2009.

Acesso ao serviço odontológico e relato de dor de dente

Concomitantemente ao exame clínico, realizado no próprio domicílio da população-alvo, ratificou-se as informações contidas na ficha A do SIAB (TM e EM), bem como foram feitos questionamentos a respeito do acesso ao cirurgião-dentista nos últimos doze meses e dor de dente nos últimos seis meses, obtendo-se respostas dicotomizadas.

Foi estipulado um número de, pelo menos, três visitas domiciliares na busca ativa dessa população-alvo, inclusive aos finais de semana. O período de coleta ocorreu nas férias escolares desses adolescentes, conseguindo diminuir a grande dificuldade de encontrá-los nas suas residências.

Todos os dados referentes à classificação do INASB, à experiência de cárie e doença periodontal, uso e necessidade de prótese, além dos questionamentos sobre dor dental nos últimos seis meses e acesso ao dentista nos últimos doze meses, foram alocados numa Ficha Simplificada para Caracterização de Risco Social e Exame Clínico Intra-Oral (Apêndices C e D) para posterior análise estatística.

4. 6. Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados no software R, na versão 3.0.1, por meio de análise descritiva e inferencial. Na análise descritiva foram feitas as distribuições de frequências das variáveis, cálculo de porcentagens e construção de gráficos e tabelas. Na análise inferencial foram testadas as associações e diferença entre as variáveis considerando o nível de significância de 5%.

Primeiramente, foram construídas análises descritivas e inferenciais das variáveis (sangramento gengival, cálculo dentário, acesso ao Cirurgião-Dentista nos últimos doze meses, dor de dente nos últimos seis meses e necessidade de prótese) segundo os seguintes estratos: microárea, idade e sexo. Para tanto, foram utilizados os teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher Generalizado.

No segundo momento, a variável dependente foi o INASB e as variáveis independentes foram sexo, idade, dor de dente nos últimos seis meses, acesso ao Cirurgião-Dentista nos últimos doze meses, necessidade de prótese, os componentes cariados, perdidos e obturados do Índice CPO-D e as condições periodontais do CPI (sangramento gengival, cálculo dentário e bolsa periodontal). Nesse caso, foram utilizados os Testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher Generalizado para verificar evidências de associação entre as variáveis envolvidas.

A terceira etapa foi realizada para testar diferenças entre os níveis do INASB em relação ao índice CPOD e seus componentes. Nessas análises foi empregado o teste de Kruskal-Wallis e, uma vez verificada diferença, utilizou-se o teste de comparações múltiplas não paramétricas de Bonferroni.

4. 7. Considerações Éticas

Previamente ao início do estudo, o mesmo foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, sendo autorizado através do Termo de Anuência (Anexo C) e, em seguida, avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sendo aprovado em 25/04/2013, sob o parecer nº 256.164 (Anexo D).

5 RESULTADOS

A população de estudo foi composta por 200 adolescentes, sendo 49% do sexo feminino e 51% do sexo masculino. De acordo com o algoritmo do INASB, os adolescentes foram classificados como baixo risco (85%), médio risco (11,5%) e alto risco (3,5%).

A prevalência de cárie dessa população foi de 75,5%. A experiência de cárie, medida pelo Índice CPO-D, atingiu a média de 3,65. Contudo quando se atribuiu os valores para as categorias de alto, médio e baixo risco, o CPO-D foi 3,71; 4,96 e 3,47, respectivamente. Pode-se visualizar, no Gráfico 1, essas médias e suas dissociações pelos componentes cariado, perdido e obturado do CPO-D.

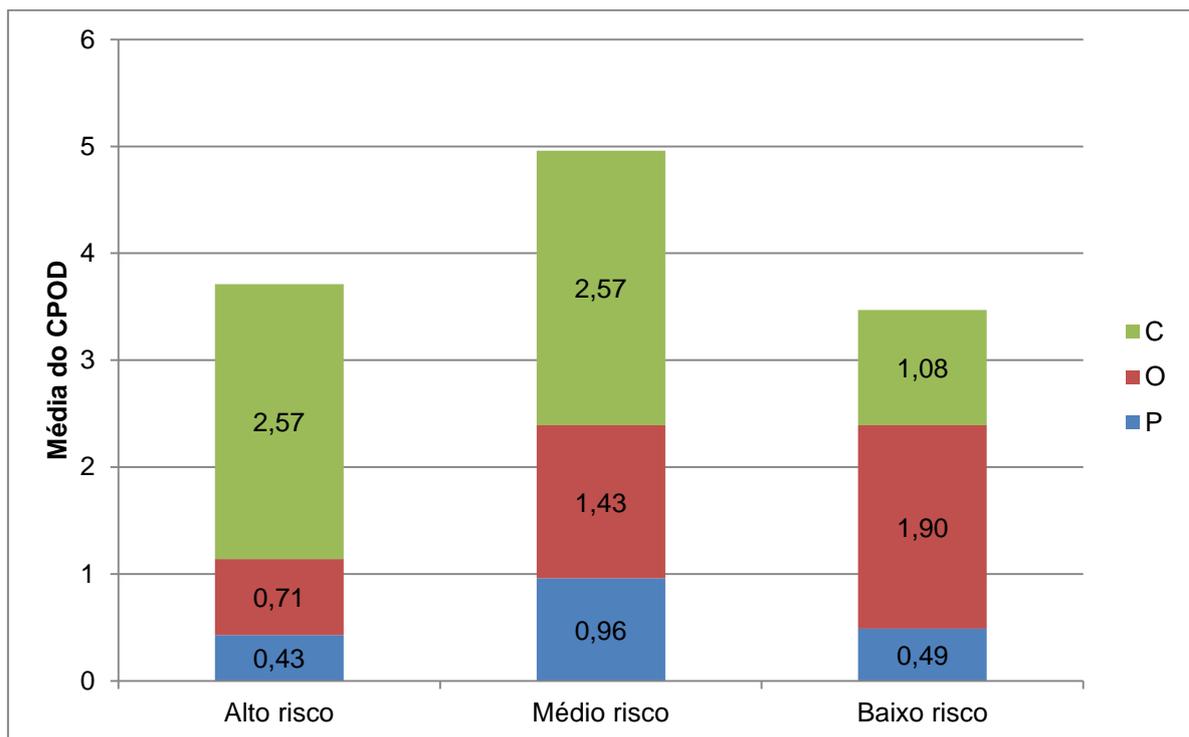


Gráfico 1 – Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D pelo INASB
 FONTE: AUTORA, 2013.

Os dados referentes à experiência de cárie por sexo são apresentados no Gráfico 2.

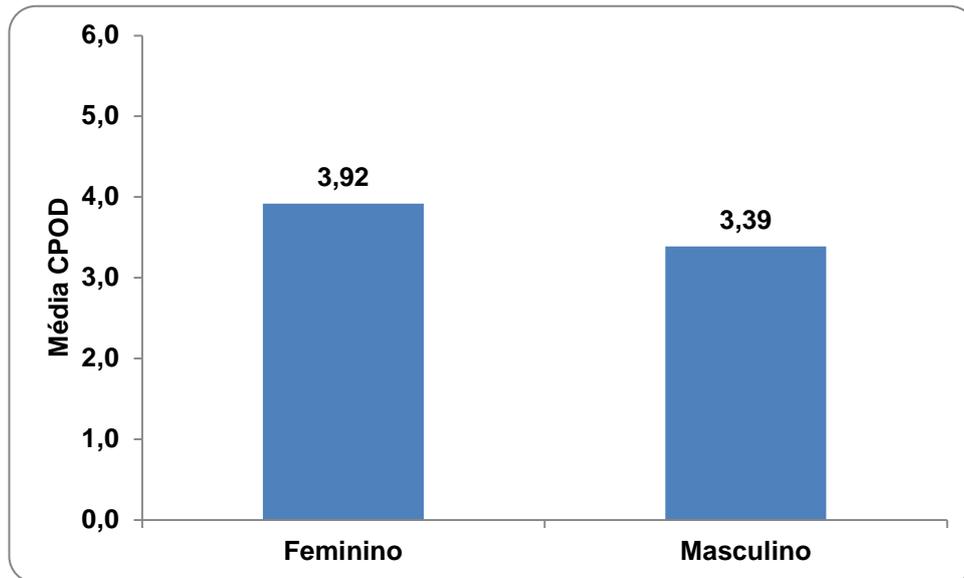


Gráfico 2 – Experiência de cárie (Índice CPO-D) por sexo
 FONTE: AUTORA, 2013.

A média do CPO-D, relacionada à idade, como esperado, apresentou um aumento gradativo com o passar dos anos (Gráfico 3).

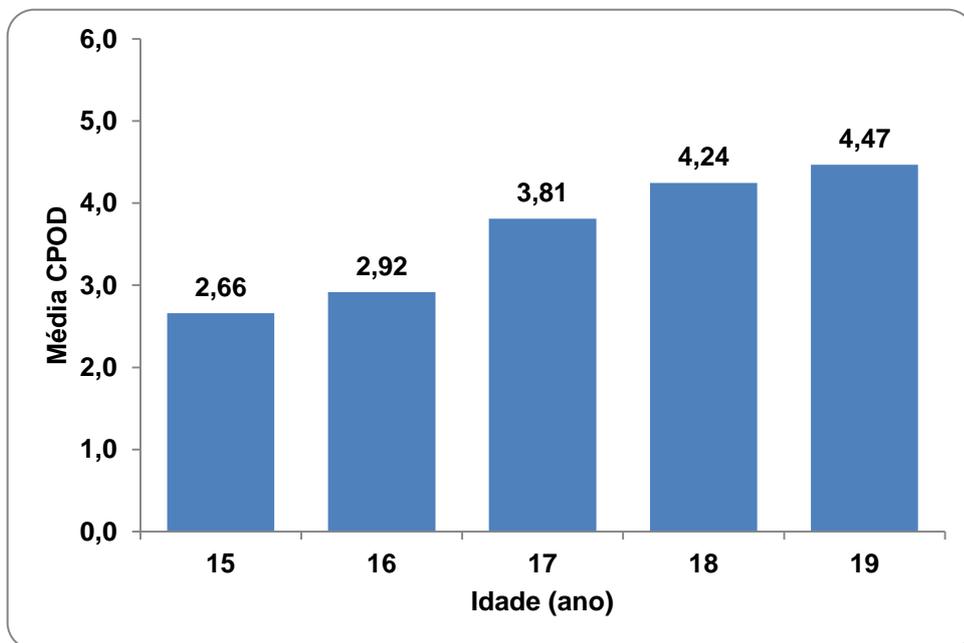


Gráfico 3 – Média do CPO-D relacionada à idade
 FONTE: AUTORA, 2013.

Pelo fato do território de abrangência ser dividido em microáreas, obteve-se a distribuição do CPO-D em cada uma delas. Dessa forma, no Gráfico 4, visualizam-se as médias das sete microáreas adstritas à equipe L112.

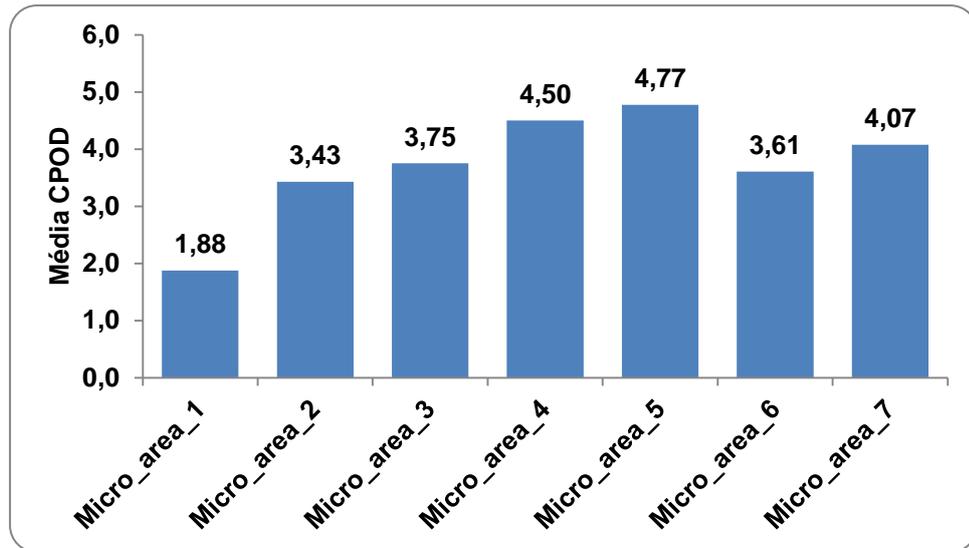


Gráfico 4 – Média do CPO-D por microárea
 FONTE: AUTORA, 2013.

Para melhor caracterizar o Índice CPO-D, seus componentes foram avaliados separadamente. No Gráfico 5, pode-se visualizar essa dissociação referente ao sexo. Constatase, em valores absolutos, que a diferença encontrada ocorreu, principalmente, pelo componente obturado.

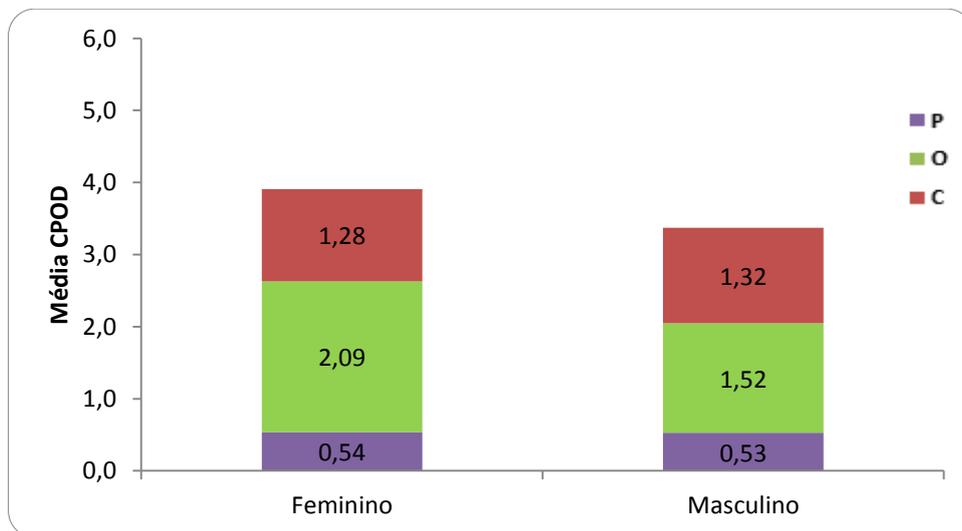


Gráfico 5 – Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D por sexo
 FONTE: AUTORA, 2013.

No Gráfico 6, esses componentes são apresentados em relação à idade. Foi observado, em todas as idades, um predomínio do componente obturado na composição do índice.

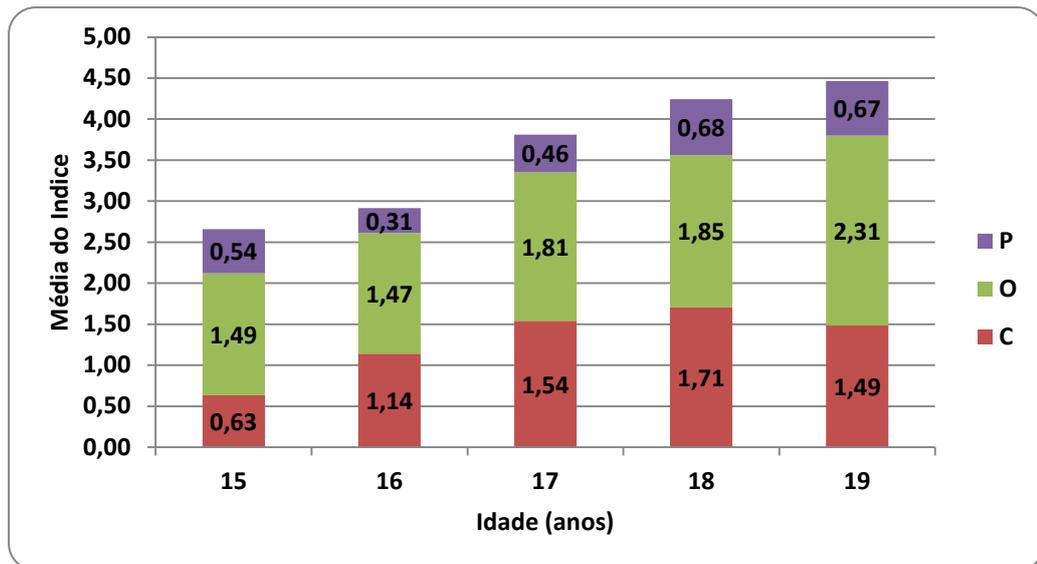


Gráfico 6 – Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D por idade
 FONTE: AUTORA, 2013.

Finalizando os resultados com relação aos componentes do índice CPO-D, tem-se um detalhamento de cada item por microárea (Gráfico 7).

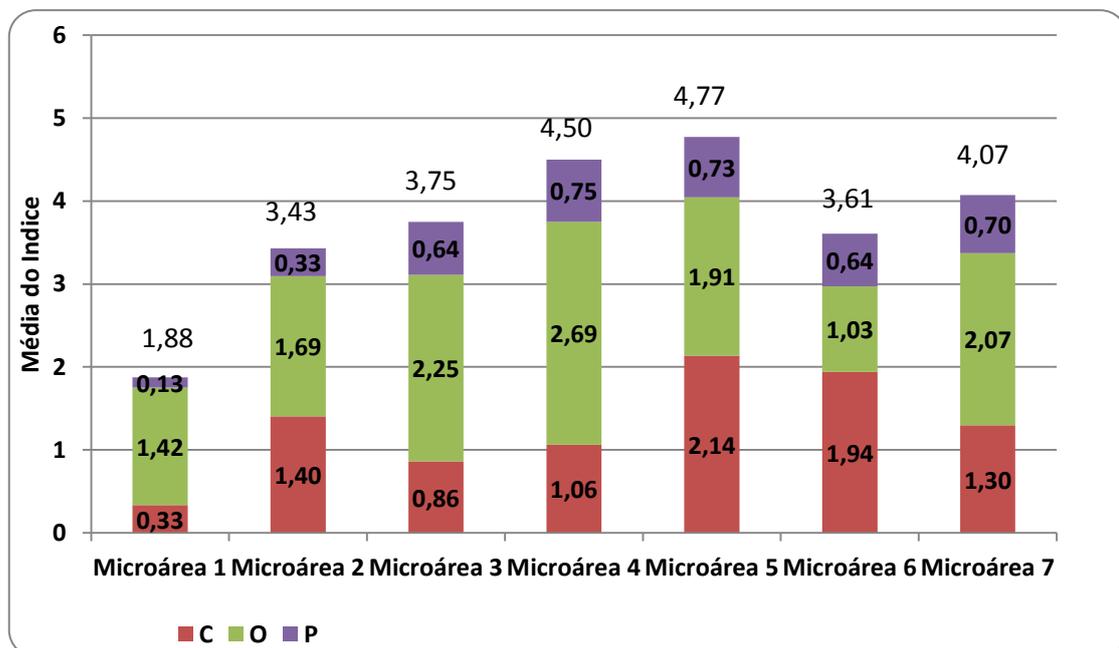


Gráfico 7 – Componentes cariado (C), perdido (P) e obturado (O) do CPO-D por microárea
 FONTE: AUTORA, 2013.

Os resultados sobre a condição periodontal mostraram que 85% dos adolescentes apresentaram sangramento gengival em pelo menos um sextante (Gráfico 8).

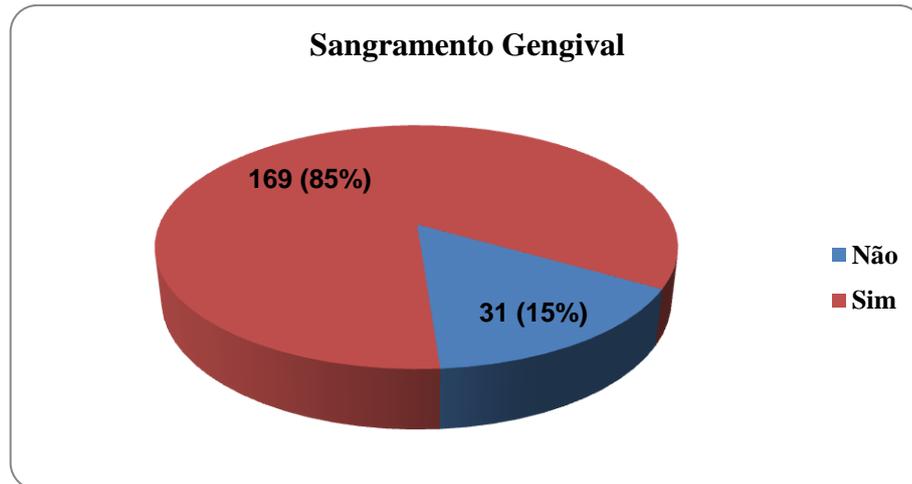


Gráfico 8 – Prevalência de sangramento gengival na população de estudo
FONTE: AUTORA, 2013.

A Tabela 2 mostra, mais detalhadamente, essa condição para as variáveis microárea, idade e sexo, bem como, a existência ou não de associação com significância estatística (p-valor $\leq 0,05$).

Variáveis	Sangramento Gengival			P-valor*
	Não	Sim	Total	
	N=31 (%)	N=169 (%)	N=200	
Microárea				
Micro_area_1	3 (12,5)	21 (87,5)	24	0,6440**
Micro_area_2	8 (19)	34 (81)	42	
Micro_area_3	8 (22,2)	28 (77,8)	36	
Micro_area_4	2 (12,5)	14 (87,5)	16	
Micro_area_5	1 (4,5)	21 (95,5)	22	
Micro_area_6	4 (12,1)	29 (87,9)	33	
Micro_area_7	5 (18,5)	22 (81,5)	27	
Idade				
15	7 (17,1)	34 (82,9)	41	0,6060*
16	6 (16,7)	30 (83,3)	36	
17	7 (18,9)	30 (81,1)	37	
18	3 (7,3)	38 (92,7)	41	
19	8 (17,8)	37 (82,2)	45	
Sexo				
Feminino	16 (16,3)	82 (83,7)	98	0,9040*
Masculino	15 (14,7)	87 (85,3)	102	

*Teste Quiquadrado

**Teste Exato de Fisher Generalizado

(%) porcentagem por linha

Tabela 2 – Avaliação da associação entre as variáveis (microárea, idade e sexo) e sangramento gengival

FONTE: Autora, 2013

No Gráfico 9, verifica-se a segunda condição periodontal investigada, o cálculo dentário. A maior área (78%) corresponde ao percentual de indivíduos que apresentaram o cálculo dentário em pelo menos um sextante.

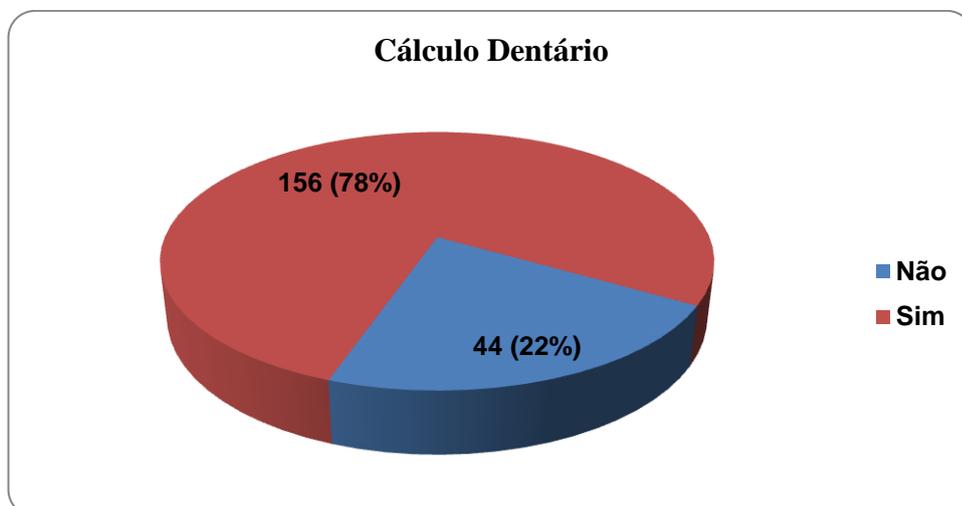


Gráfico 9 – Prevalência de cálculo dentário na população de estudo

FONTE: AUTORA, 2013.

Na Tabela 3, estão expressos os resultados da análise de associação entre as variáveis (microárea, idade e sexo) e cálculo dentário.

Variáveis	Cálculo Dentário			P-valor*
	Não	Sim	Total	
	N=44 (%)	N=156 (%)	N=200	
Microárea				
Micro_area_1	6 (25)	18 (75)	24	0,7740*
Micro_area_2	11 (26,2)	31 (73,8)	42	
Micro_area_3	10 (27,8)	26 (72,2)	36	
Micro_area_4	2 (12,5)	14 (87,5)	16	
Micro_area_5	3 (13,6)	19 (86,4)	22	
Micro_area_6	6 (18,2)	27 (81,8)	33	
Micro_area_7	6 (22,2)	21 (77,8)	27	
Idade				
15	11 (26,8)	30 (73,2)	41	0,1150*
16	12 (33,3)	24 (66,7)	36	
17	9 (24,3)	28 (75,7)	37	
18	4 (9,8)	37 (90,2)	41	
19	8 (17,8)	37 (82,2)	45	
Sexo				
Feminino	19 (19,4)	79 (80,6)	98	0,4820*
Masculino	25 (24,5)	77 (75,5)	102	

*Teste Quiquadrado
(%) porcentagem por linha

Tabela 4 – Avaliação da associação entre as variáveis (microárea, idade e sexo) e cálculo dentário
FONTE: Autora, 2013

No Gráfico 10, está expresso o acesso dos adolescentes ao Cirurgião-Dentista nos últimos doze meses.



Gráfico 10 – Prevalência de acesso da população de estudo ao CD nos últimos doze meses
FONTE: AUTORA, 2013.

A Tabela 4 apresenta a análise de associação entre o acesso ao Cirurgião-Dentista nos últimos doze meses e as variáveis microárea, idade e sexo. Os resultados obtidos apresentaram associação apenas para a variável sexo.

Variáveis	Acesso ao CD nos últimos doze meses			P-valor*
	Não	Sim	Total	
	N=91 (%)	N=109 (%)	N=200	
Microárea				
Micro_area_1	12 (50)	12 (50)	24	0,5630*
Micro_area_2	18 (42,9)	24 (57,1)	42	
Micro_area_3	13 (36,1)	23 (63,9)	36	
Micro_area_4	5 (31,2)	11 (68,8)	16	
Micro_area_5	12 (54,5)	10 (45,5)	22	
Micro_area_6	16 (48,5)	17 (51,5)	33	
Micro_area_7	15 (55,6)	12 (44,4)	27	
Idade				
15	13 (31,7)	28 (68,3)	41	0,1890*
16	14 (38,9)	22 (61,1)	36	
17	18 (48,6)	19 (51,4)	37	
18	22 (53,7)	19 (46,3)	41	
19	24 (53,3)	21 (46,7)	45	
Sexo				
Feminino	37 (37,8)	61 (62,2)	98	0,0440*
Masculino	54 (52,9)	48 (47,1)	102	

*Teste Qui-Quadrado

Valor em negrito indica significância estatística ao nível de 0,05

(%) porcentagem por linha

Tabela 4 – Avaliação da associação entre acesso ao CD nos últimos doze meses e as variáveis microárea, idade e sexo

FONTE: Autora, 2013

Quanto ao relato de dor de dente nos últimos seis meses, os resultados estão expressos no Gráfico 11.

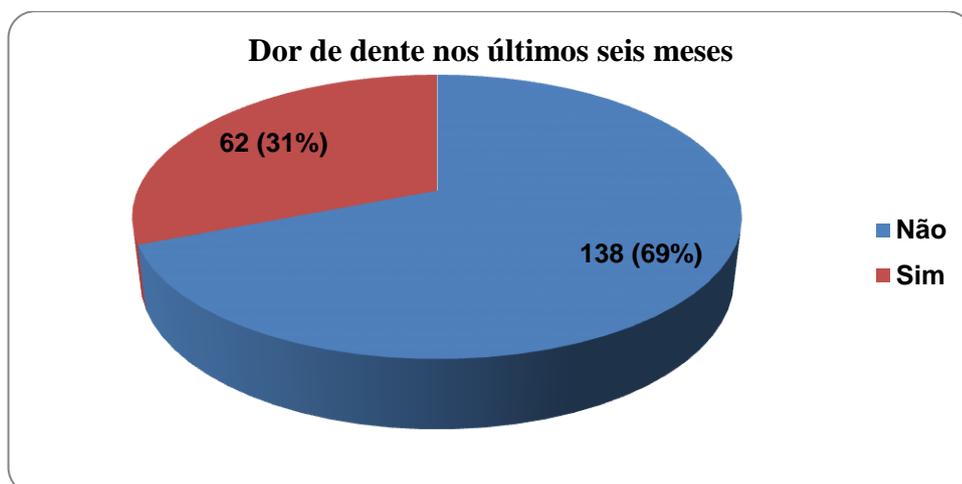


Gráfico 11 – Prevalência de dor de dente na população de estudo nos últimos seis meses

FONTE: AUTORA, 2013.

A Tabela 5 apresenta análise de associação entre presença de dor de dente nos últimos seis meses e as variáveis microárea, idade e sexo. Na microárea 5, 54,5% de adolescentes apresentaram dor de dente nos últimos seis meses ($p=0,0150$).

Variáveis	Dor de dente nos últimos seis meses			P-valor*
	Não	Sim	Total	
	N=138 (%)	N=62 (%)	N=200	
Microárea				
Micro_area_1	23 (95,8)	1 (4,2)	24	0,0150*
Micro_area_2	29 (69)	13 (31)	42	
Micro_area_3	27 (75)	9 (25)	36	
Micro_area_4	9 (56,2)	7 (43,8)	16	
Micro_area_5	10 (45,5)	12 (54,5)	22	
Micro_area_6	22 (66,7)	11 (33,3)	33	
Micro_area_7	18 (66,7)	9 (33,3)	27	
Idade				
15	32 (78)	9 (22)	41	0,1300*
16	29 (80,6)	7 (19,4)	36	
17	22 (59,5)	15 (40,5)	37	
18	28 (68,3)	13 (31,7)	41	
19	27 (60)	18 (40)	45	
Sexo				
Feminino	65 (66,3)	33 (33,7)	98	0,5170*
Masculino	73 (71,6)	29 (28,4)	102	

*Teste Qui-Quadrado

Valor em negrito indica significância estatística ao nível de 0,05

(%) porcentagem por linha

Tabela 5 – Avaliação da associação entre presença de dor de dente nos últimos seis meses e as variáveis microárea, idade e sexo

FONTE: Autora, 2013

O último critério avaliado foi quanto ao uso e à necessidade de prótese dentária. Nenhum adolescente examinado era portador de prótese. Porém, sua necessidade atingiu o valor de 27% (Gráfico 12).

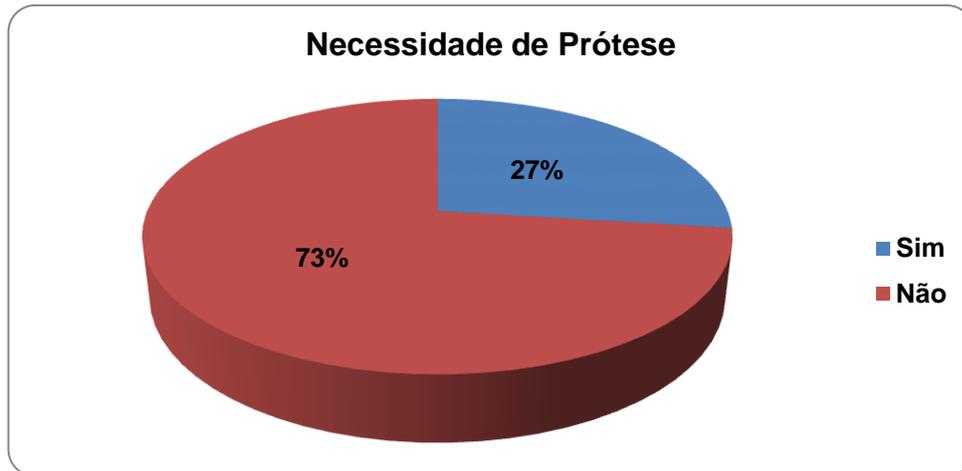


Gráfico 12 – Prevalência da necessidade de prótese na população de estudo
 FONTE: AUTORA, 2013.

Na Tabela 6, estão expressos os resultados da análise de associação entre necessidade de prótese e as variáveis microárea, idade e sexo.

Variáveis	Necessidade de prótese			P-valor*
	Não N=146 (%)	Sim N=54 (%)	Total N=200	
Microárea				
Micro_area_1	22 (91,7)	2 (8,3)	24	0,1930*
Micro_area_2	32 (76,2)	10 (23,8)	42	
Micro_area_3	28 (77,8)	8 (22,2)	36	
Micro_area_4	10 (62,5)	6 (37,5)	16	
Micro_area_5	13 (59,1)	9 (40,9)	22	
Micro_area_6	23 (69,7)	10 (30,3)	33	
Micro_area_7	18 (66,7)	9 (33,3)	27	
Idade				
15	33 (80,5)	8 (19,5)	41	0,1610*
16	28 (77,8)	8 (22,2)	36	
17	29 (78,4)	8 (21,6)	37	
18	24 (58,5)	17 (41,5)	41	
19	32 (71,1)	13 (28,9)	45	
Sexo				
Feminino	71 (72,4)	27 (27,6)	98	0,9900*
Masculino	75 (73,5)	27 (26,5)	102	

*Teste Quiquadrado
 (%) porcentagem por linha

Tabela 6 – Avaliação da associação entre necessidade de prótese e as variáveis microárea, idade e sexo.
 FONTE: Autora, 2013

Em relação ao objetivo geral do trabalho, a Tabela 7 do INASB com as variáveis qualitativas (dor de dente nos últimos seis meses, acesso ao CD nos últimos 12 meses, necessidade de prótese, sangramento gengival, cálculo dentário e frequência dos componentes cariado, perdido e obturado), foi observada a associação significativa ($p=0,0100$) somente com a frequência do componente perdido do CPO-D.

Variáveis	Classificação INASB				P-valor*
	Baixo	Médio	Alto	Total	
	N=170 (%)	N=23 (%)	N=7 (%)	N=200 (%)	
Dor de dente nos últimos seis meses					0,3880
Sim	50 (80,65)	10 (16,13)	2 (3,23)	62 (31)	
Não	120 (86,96)	13 (9,42)	5 (3,62)	138 (69)	
Acesso ao dentista nos últimos 12 meses					0,0890
Sim	96 (88,07)	12 (11,01)	1 (0,92)	109 (54,5)	
Não	74 (81,32)	11 (12,09)	6 (6,59)	91 (45,5)	
Necessidade de prótese					0,9362
Sim	45 (83,33)	7 (12,96)	2 (3,70)	54 (27)	
Não	125 (85,62)	16 (10,96)	5 (3,42)	146 (73)	
Sangramento gengival					0,4440
Sim	144 (85,21)	18 (10,65)	7 (4,14)	169 (84,5)	
Não	26 (83,87)	5 (16,13)	0 (0,0)	31 (15,5)	
Cálculo dentário					0,4997
Sim	131 (83,97)	18 (11,64)	7 (4,49)	156 (78)	
Não	39 (88,64)	5 (11,36)	0 (0,0)	44 (22)	
Frequência do componente <i>Cariado</i> (CPO-D)					0,3970
C = 0	102 (87,93)	11 (9,48)	3 (25,9)	116 (58)	
C ≥ 1	68 (80,95)	12 (14,29)	4 (4,76)	84 (42)	
Frequência do componente <i>Perdido</i> (CPO-D)					0,0100
P = 0	127 (89,44)	10 (7,04)	5 (3,52)	142 (71)	
P ≥ 1	43 (74,14)	13 (22,41)	2 (3,45)	58 (29)	
Frequência do componente <i>Obturado</i> (CPO-D)					0,1510
O = 0	73 (85,88)	7 (8,24)	5 (5,88)	85 (42,5)	
O ≥ 1	97 (84,35)	16 (13,91)	2 (1,74)	115 (57,5)	

*Teste exato de Fisher Generalizado

Valor em negrito indica significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$);

Percentual por linha.

Tabela 7 – Avaliação da associação entre INASB e as variáveis qualitativas

FONTE: Autora, 2013

Na Tabela 8, apresentam-se as médias das variáveis CPO-D e seus componentes analisados. Verificou-se que o componente “perdido” (CPO-D) apresentou diferença significativa entre as classes do INASB. Sendo que essa diferença deu-se, principalmente, entre os riscos baixo e médio.

Variáveis	Classificação INASB			P-valor*
	Baixo	Médio	Alto	
	Média ± Erro Padrão Mediana (Intervalo)	Média ± Erro Padrão Mediana (Intervalo)	Média ± Erro Padrão Mediana (Intervalo)	
CPOD	3,47 ± 0,28 2 (0 - 5,8)	4,96 ± 0,91 5 (1 - 7,5)	3,71 ± 1,52 2 (0,5 - 6,5)	0,2260
Componente Cariado - C	1,08 ± 0,14 0 (0 - 2)	2,57 ± 0,80 1 (0 - 3,5)	2,57 ± 1,41 1 (0 - 3,5)	0,1710
Componente Perdido - P	a 0,49 ± 0,08 0 (0 - 0,8)	b 0,96 ± 0,20 1 (0 - 2)	a 0,43 ± 0,29 0 (0 - 0,5)	0,0130
Componente Obturado - O	1,90 ± 0,20 1 (0 - 3)	1,43 ± 0,34 1 (0 - 2)	0,71 ± 0,47 0 (0 - 1)	0,3940

*Teste Kruskal-Wallis

Valor em negrito indica significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$);

Letras distintas diferem ao nível de significância de 5%.

Tabela 8 – Avaliação da comparação das médias das variáveis analisadas

FONTE: Autora, 2013

6 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou uma classificação de risco social atribuída às famílias através do INASB de 3,5% alto risco, 11,5% médio risco e 85% baixo risco. Para a mesma classificação, o estudo de Carnut et al (2011) apresentou valores de 15% alto risco, 23,3% médio risco e 61,7% baixo risco, mantendo a mesma ordem entre os graus de risco, porém indicando que os percentuais obtidos apresentam maior homogeneidade.

De acordo com os dados coletados pelo instrumento utilizado para a classificação do risco social familiar, a maior parte dos adolescentes se enquadraram no baixo risco. Isso se deve, principalmente, ao tipo de moradia (tijolo) dessa população adscrita à UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos. Constatou-se que a moradia investigada, mesmo em condições precárias, com apenas um cômodo, mas pelo fato de ser de tijolo, classificou a família como baixo risco. Segundo Rigo et al (2011), morar em residências que têm seis ou mais número de cômodos na casa foi considerado um fator de proteção para cárie dentária nos escolares. No estudo de Baldani et al (2002) foi utilizada a aglomeração domiciliar (porcentagem da população vivendo em domicílios com mais de dois moradores por dormitório), encontrando correlações positivas entre níveis piores de saúde e maior aglomeração.

Verificou-se uma média de 3,65 para o Índice CPO-D, valor esse, abaixo da média para o município de Manaus, Amazonas (4,85), com base no último levantamento epidemiológico de 2010 (BRASIL, 2011), apresentando diferenças também quanto aos componentes cariados (42% - 46,6%) e obturados (57,5% - 36,1%). Tais dados demonstram uma melhora do perfil de saúde bucal. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo em Bauru, São Paulo, em 2012, (MONTEIRO, 2013), cujo CPO-D médio foi de 3,09 com maior expressividade do componente obturado (2,45). Em contrapartida, valores distintos foram verificados em um estudo realizado em Manaus no ano de 2007, com a mesma faixa

etária, encontrando um CPO-D médio de 5,16 e uma média de dentes cariados de 4,41(FONSECA et al, 2009), no qual os autores apontaram a necessidade de implantação de estratégias de atenção à saúde bucal, considerando a realidade desta população em desvantagem socioeconômica.

Observou-se, ainda, que os indivíduos na idade de 19 anos obtiveram os maiores valores do CPO-D, constatando que esse índice aumenta com a idade e corroborando com outros estudos (NORO et al, 2009; CRISPIM et al, 2010; TAMBELINI et al, 2010). A prevalência de cárie dentária de 75,5% na população do presente estudo sugere necessidade de reforço ou implantação de ações de promoção de saúde bucal e prevenção da cárie dentária.

A condição periodontal mais prevalente foi o sangramento gengival (85%), mas a presença de cálculo dentário também foi alta (78%), diferentemente do encontrado por Monteiro (2013) que apresentou 51,17% dos adolescentes com alterações periodontais, sendo que 32,03% tinham cálculo dental. Antunes et al (2008), em seu estudo no estado de São Paulo, verificaram que 34,30% dos adolescentes tinham alterações na condição gengival em um ou mais sextantes da boca e destes, 21,50% apresentavam sangramento gengival à sondagem em ao menos um sextante e, 19,40% apresentavam cálculo dentário em ao menos um sextante.

Em relação à frequência de visitas ao serviço de saúde bucal, é preconizado que seja definida de acordo com cada situação, mas a recomendação de visitas anuais justifica-se pela maior probabilidade de detecção precoce de doenças bucais (BRASIL, 2006b). Estudos constataram a associação entre melhores níveis socioeconômicos com variável acesso ao dentista no último ano (CANGUSSU et al, 2002; FREDDO et al, 2008).

A prevalência do acesso ao Cirurgião-Dentista nos últimos 12 meses da população-alvo foi de 54,5%, com predomínio do sexo feminino (62,2%) em relação ao masculino

(47,1%), o que confere validade ao estudo, por estar em consonância com outros estudos da literatura (BUCKET; CURTIS, 1986; BELAND, 1988; COSTA; FACCHINI, 1997; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; ROCHA; GOES, 2008; DAVOGLIO et al, 2009).

O fato da população de alto risco ter tido um acesso seis vezes menor que a população de baixo risco vai de encontro à lei do cuidado inverso. Tal teoria formulada em 1971 apontava que “*a disponibilidade de bom atendimento médico tende a variar inversamente com a necessidade da população servida*”. Em outras palavras, o autor descreve uma perversa relação entre a necessidade de cuidados de saúde e a sua utilização efetiva, destacando que indivíduos com pior condição socioeconômica têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade (HART, 1971).

Dessa forma, vê-se, claramente, que os principais determinantes para o consumo dos serviços de saúde se associam aos grupos sociais mais privilegiados, ou seja, aos indivíduos de maior escolaridade, de acesso a seguro saúde, a água, a esgoto, a luz, a coleta de lixo, assim como também, estão associados a fatores que apontam para a capacidade de geração de oferta desses serviços no país (NERI; SOARES, 2002).

Essa dimensão elitista do tratamento odontológico leva a população, enquadrada na tríade pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço, a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais (MOREIRA et al, 2007).

O relato de dor de dente foi realizado por 31% dos adolescentes, valor esse, semelhante aos encontrados nos estudos de Monteiro (2013) que obteve 32,42% e de Goes et al (2007) em escolares de 14 e 15 anos, em Recife, que foi de 33,6%. É interessante ressaltar, quanto à dor dental, o valor obtido na microárea 5 (54,5%), que também conseguiu reunir a maior parte das enfermidades do estudo (CPO-D, componente cariado e necessidade de prótese). Assim, caberia uma reflexão para avaliar se essa população recebe a devida atenção por parte dos profissionais de saúde, em consonância com o estudo de Carvalho et al (2011)

que enfocou o fato de adolescentes moradores da área onde somente tratamento odontológico é oferecido serem mais propensos à dor dental de maior intensidade em relação àqueles moradores da área onde predominam ações de promoção de saúde, ou se há, de fato, outros fatores determinando essa desvantagem.

A frequência mais elevada de dor nos dentes para o sexo feminino (33,7%) em relação ao sexo masculino (28,4%), corrobora com o estudo de Borges et al (2008), o qual também verificou que acomete mais as meninas (37,8%) que os meninos (32,6%).

Conforme o padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Federação Dentária Internacional (FDI), para o ano de 2010, 100% das pessoas com 18 anos deveriam estar com todos os dentes presentes na cavidade bucal (OMS; FDI, 1993). No presente estudo foi verificado que 71% dos indivíduos apresentaram todos os dentes. Nenhum indivíduo era portador de prótese dentária e 27% precisavam repor alguma perda dentária. Diferentemente do constatado pelo estudo de Barbato e Peres (2009), ao analisar 16.833 adolescentes de 15 a 19 anos do estudo epidemiológico nacional de saúde bucal, realizado em 2002/2003, obtendo um valor de 38,9% de adolescentes com perdas dentárias.

Neste estudo, apesar de oferecer uma contribuição relevante no tocante à prática odontológica no município de Manaus, os resultados devem ser analisados considerando suas especificidades e limitações metodológicas. Nesse caso, pode-se mencionar o fato da utilização de uma amostra por conveniência, a dificuldade na realização do INASB com a população-alvo selecionada e, principalmente, ser a área delimitada (abrangência) caracterizada por contrastes socioambientais que repercutiram em resultados bem diferenciados.

Enfim, o presente estudo demonstrou associação significativa ($p= 0,0100$) com a frequência do componente perdido do CPO-D. Ademais, tal associação ocorreu entre o médio

risco e o baixo risco, contrariando o esperado o qual seria entre o alto risco e baixo risco. Diferentemente do estudo de Carnut et al (2011), o qual verificou associações entre a classificação de risco social atribuída às famílias através do INASB e os componentes cariados do ceo-d ($p=0,03$) e do CPO-D ($p=0,01$), o acesso ao dentista nos últimos doze meses ($p=0,001$) e o componente obturado do ceo-d ($p=0,05$).

7 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que a classificação de risco das famílias proposta pelo INASB esteve associada ao componente perdido do Índice CPO-D entre a classificação de médio risco com a de baixo risco.

A prática odontológica excludente foi evidenciada, principalmente, pela variável acesso ao cirurgião-dentista nos últimos doze meses.

O uso desse instrumento foi válido, pois contrastes socioambientais marcantes foram verificados nas microáreas, predispondo a necessidade de um planejamento voltado para as de maior precariedade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.16, n. 5, p. 334-44, 2004.
- ANTUNES, J. L. F. et al. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 79-87, 2006.
- ANTUNES, J. L. F. et al. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 42, nº 2, p. 191-199, 2008.
- BALDANI, M. H.; NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 155-163, Jun. 2002.
- BARBATO, P. A.; PERES, M. A. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 13-25, 2009.
- BASTOS, J. L. D. et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1611-1621, Dez. 2007.
- BELAND, F. Utilization of health services as events: an exploratory study. 1988. **Health Serv Res**, v. 23, p. 295-310, 1988.
- BOING, A. F. et al. Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da população na década de 90. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 673-678, Jun. 2005.
- BORGES, C. M. et al. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-BRASIL 2002-2003. **Cad Saúde Pública**, v. 24, nº 8, p. 1825-1834, 2008.
- BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde. Brasília; 1997.
- BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília; 2004.
- BRASIL. **Sistema de planejamento do SUS**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. 52 p.
- BRASIL. **Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Ministério da Saúde. Brasília, SVS/SAS/SE/INCA/ANS/MS, 2008.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SB-Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto Técnico**. Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010. Condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **DATASUS**. CNESNet.2012.

BROWN, S.; LUMLEY, J. Antenatal Care: a case of the inverse care law? **Aust J. Public Health**, v. 17, p. 95-103, 1993.

BUCKET, D.; CURTIS, S. Socio demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning, 1986. **Soc Sci Med**, v. 23, p. 737-44, 1986.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CANGUSSU, M. C. T. et al. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, nº 4, p. 379-384, 2002.

CARNUT, L. C. et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3083-3091, Jul. 2011.

CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE, M. V. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.10, Oct. 2011.

CARVALHO, M. S. Aplicação de método de análise espacial na caracterização de áreas de risco à saúde (tese). Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE; 1997.

CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 1997.

CHEACHIRE, L. A. et al. Associação entre Risco Social Familiar e Risco à Cárie Dentária e Doença Periodontal em Adultos na Estratégia de Saúde da Família. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 101-10, Jan./mar., 2013.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

COELHO, R. D. S; GUSMÃO, E. S.; JOVINO-SILVEIRA, R. C.; CALDAS, A. D. F. J. Profile of periodontal conditions in a Brazilian adult population. **Oral Health Prev Dent**. v. 6, n. 2, p. 139-45, 2008.

COMISSIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD - **Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, CDSS, 2008.

COSTA, J. D.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Rev Saúde Pública**, v. 31, p. 360-9, 1997.

CRISPIM, M. G. A. et al. Saúde bucal e sua associação com o estado nutricional e a condição socioeconômica em adolescentes. **RGO**, v. 58, n. 1, p. 41-6, 2010.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stoclm, Institute for Future Studies, 1991.

DAVOGLIO, R. S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização e serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 655-667, mar, 2009.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930-6, 2005.

FISCHER, T. K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n.1, p.126-138, mar, 2010.

FONSECA, T. G. G. et al. Experiência de cárie em adolescentes de uma região metropolitana da Amazônia brasileira. **Rev Odonto Cienc.** v. 24, n.4, p. 349-353, 2009.

FREDDO, S. L. et al. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 1991-2000, set, 2008.

FRIAS, A. C.; FRATUCCI, M. V. B. Os contornos sociais da cárie dentária. In: PORTO, C. L. A.; PEREIRA, J. C.; ANAUATE NETTO, C. (Org.). **Cariologia**. 1. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2008, p. 211-228.

FURLANI, P. A.; Influências dos aspectos sociais e culturais na prevalência da cárie dentária em escolares de Jaraguá do Sul (monografia). Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 1993.

GESSER, H. C.; PERES, K. G. A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 289-293, 2001.

GOES, P. S. A. et al. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 year old Brazilian schoolchildren. **Community Dent Health**, v. 24, n. 4, p. 217-224, 2007.

GOES, P. S. A. Vigilância à saúde bucal para o nível local – uma abordagem integrada para as equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família. In: Moysés ST, Kriger L; Moysés SJ. **Saúde Bucal das Famílias**. São Paulo: Artes Médicas; p. 258-287, 2008.

- GUSHI, L. L. et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 480-486, 2008.
- HAAS, A. N. et al. Pattern and rate of progression of periodontal attachment loss in an urban population of South Brazil: a 5-years population-based prospective study. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 1, p. 1-9, 2012.
- HART, J. T. The inverse care law. *Lancet*. v. 1, p. 405-412, 1971.
- LORETTO, N. R. M. et al. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. **Rev ABO Nac.** v. 8, n. 1, p. 45-9, 2000.
- MANAUS, SEMSA. Diagnóstico Situacional da UBSFA Dr. Silas Santos Equipe L112, 2012.
- MARTELLI, P. J. L. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 3243-3248, Out. 2010.
- MARTINS, M. D.; ARAÚJO, R. G. D.; VELOSO, N. F. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. **J Brase Odontoped odontol. Bebê**, v. 2, n. 6, p. 132-6, 1999.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasília; 549 p., 2011.
- MENEGHIM, M. C. et al. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 523-529, Abr. 2007.
- MONTEIRO, A. X. Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes. (tese). Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.
- MOREIRA, T.P; NATIONS, M.K; ALVES, M.S.C.F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, June 2007.
- MOURA, C. et al. Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade, Campina Grande, Paraíba, Brasil: enfoque socioeconômico. **Rev. odonto ciênc.**, v. 23, n. 3, p. 256-262, 2008.
- NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: Pinto VG (Org.) **Saúde bucal coletiva**. 4ª ed. São Paulo: Santos; p. 341-51, 2000.
- NASCIMENTO, F. G. et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, Ago. 2010.

- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 2002.
- NORO, L. R. A. et al. Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 783-90, 2009.
- OMS; FDI. 4º Congresso Internacional de Odontologia Preventiva, Umea, Suécia, 3-5 set, 1993.
- OPPERMANN, R. V. Overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America. **Braz Oral Res**. v. 21, (Spec Issue 1), p. 8-15, 2007.
- PACK, A. R. C. Dental services and needs in developing countries. **Int Dent J**, v. 48, n. 3, supl 1, p. 239-247, 1998.
- PALMIER, A. C. et al. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Rev Panam Salud Publica**, v.32, n.1, p. 22-9, 2012.
- PATUSSI, M. P. et al. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. **Soc Sci Med**. v. 53, p. 915-25, 2001.
- PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 402-408, Aug. 2000.
- PERES, K. G. A. et al. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. **Health Qual Life Outcomes**, v. 7, p. 95, 2009.
- PERES, M. A. et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 293-306, Dez. 2003.
- PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. M. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 15, p. 487-96, 1999.
- PINTO, V. G. et al. **Saúde Bucal Coletiva**. 5ª ed. São Paulo: Santos; 650 p., 2008.
- RIGO, L. et al. Programa de Saúde da Família (PSF), Experiência de Cárie Dentária e Fatores Associados em Escolares. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.11, n. 3, p. 407-15, jul./set., 2011.
- ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, Dec. 2008.
- SAINTRAIN, M. V. L. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 20, n. 3, p. 199-204, 2007.

SILVEIRA FILHO, A. D. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da estratégia saúde da família. In Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas; p. 65-80, 2008.

SOUZA, C.H.C. et al. Fatores de risco relacionados à condição de saúde periodontal em universitários. **Rev Odontol UNESP**. v. 42, n. 3, p. 152, 2013.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, Nov. 2007.

TAMBELINI, C. A. et al. Cárie dentária entre adolescentes e sua relação com o excesso de peso e fatores sociodemográficos em Londrina, PR, Brasil. **Rev. odonto ciênc.**, v. 25, n. 3, p. 245-249, 2010.

VALENTE M. S. G. Adolescencia y salud bucal. **Adolesc Latinoam**, v. 1, p. 170-4, 1998.

WATT, R.G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p. 241-7, 2002.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys, basic methods**. 4^a ed. Geneva; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development**. Geneva:World Health Organization; (WHO Discussion Papers on Adolescence). 2005a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005b.

ANEXO B – Ficha A-SIAB (Verso)

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO			
TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA AGUA NO DOMICILIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE AGUA	
Outro - Especificar:		Rede publica	
Numero de comodors / peças		Poço ou nascente	
Energia eletrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguem da familia possui Plano de Saude?		Numero de pessoas cobertas por Plano de Saude	
Nome do Plano de Saude _____			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITARIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saude		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Radio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	
A familia é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsavel	

A familia está inscrita no Cadastro Unico de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA



Saúde



Manaus, 01 de abril de 2013

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **“Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família”** de responsabilidade da pesquisadora **Catarina de Araújo Teixeira Silva** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

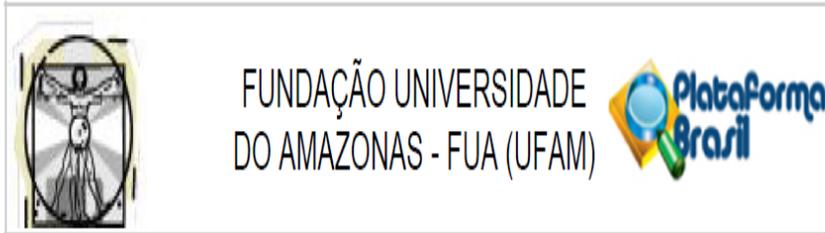
Esse procedimento busca orientar-se com o item VII. 14, da Res. CNS n.º 196/96, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no CONEP.


Nora Ney Rodrigues

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa
COEP/SEMSA

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFAM**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Catarina de Araújo Teixeira Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15498913.8.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 256.164

Data da Relatoria: 24/04/2013

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, _____, para participar da Pesquisa *Risco social familiar e agravo à saúde bucal em um área da Estratégia Saúde da Família*, sob responsabilidade da pesquisadora Janete Maria Rebelo Vieira, e assistente de pesquisa Catarina de Araújo Teixeira Silva. Essa pesquisa pretende avaliar a associação entre as condições sociais (tipo de moradia e escolaridade materna), cárie dentária e doença periodontal, em adolescentes de 15 a 19 anos, cadastrados na UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos.

A participação é voluntária e se dará por meio do seu exame bucal, em sua casa. O exame é uma observação da boca, feita com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. O exame não representa riscos, nem desconforto para quem será examinado, ao contrário, facilitará o diagnóstico precoce da cárie dentária e doença periodontal para imediato tratamento pela cirurgiã-dentista avaliadora.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a organização no atendimento da sua unidade de saúde, pois teremos meios de planejar melhor as ações, para darmos uma maior assistência aos pacientes que mais necessitam.

Se depois de consentir na sua participação e quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa, nem ao seu atendimento odontológico. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Janete Maria Rebelo Vieira, ou a pesquisadora assistente Catarina de Araújo Teixeira Silva, no endereço Av. Ayrão, n. 1503, Bairro Praça 14, CEP. 69020-205, Manaus-AM, e-mail: fe.cats@hotmail.com e pelo telefone (92) 3305-4907; ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES

Convidamos seu filho(a), _____, para participar da Pesquisa *Risco social familiar e agravo à saúde bucal em um área da Estratégia Saúde da Família*, sob responsabilidade da pesquisadora Janete Maria Rebelo Vieira, e assistente de pesquisa Catarina de Araújo Teixeira Silva. Essa pesquisa pretende avaliar a associação entre as condições sociais (tipo de moradia e escolaridade materna), cárie dentária e doença periodontal, em adolescentes de 15 a 19 anos, cadastrados na UBSFA Dr. Silas de Oliveira Santos.

A participação é voluntária e se dará por meio do exame bucal do(a) adolescente, em sua casa. O exame é uma observação da boca, feita com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. O exame não representa riscos, nem desconforto para quem será examinado, ao contrário, facilitará o diagnóstico precoce da cárie dentária e doença periodontal para imediato tratamento pela cirurgiã-dentista avaliadora.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a organização no atendimento da sua unidade de saúde, pois teremos meios de planejar melhor as ações, para darmos uma maior assistência aos pacientes que mais necessitam.

Se depois de consentir na participação de seu filho(a), o Sr(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa, nem ao atendimento odontológico de seu filho(a). O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade e a do seu filho (a) não serão divulgadas, sendo guardadas em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Janete Maria Rebelo Vieira, ou a pesquisadora assistente Catarina de Araújo Teixeira Silva, no endereço Av. Ayrão, n. 1503, Bairro Praça 14, CEP. 69020-205, Manaus-AM, e-mail: fe.cats@hotmail.com e pelo telefone (92) 3305-4907; ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo na participação de meu filho(a) no projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Responsável Legal

Impressão dactiloscópica

APÊNDICE C – FICHA SIMPLIFICADA PARA CARACTERIZAÇÃO DE RISCO SOCIAL E EXAME CLÍNICO INTRA-ORAL (FRENTE)

Ficha Simplificada para Caracterização de Risco Social e Exame Clínico Intra-oral																																																																																																								
<p>1- Dados Gerais</p> <p> <input type="checkbox"/> Ficha SIAB <input type="checkbox"/> N° Indivíduo <input type="checkbox"/> N° Microárea </p> <p> Nome: _____ Data: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Responsável: _____ Telefone: _____ Endereço: _____ </p>																																																																																																								
<p>2 - Caracterização de Risco Social</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p>Tipo de Moradia <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Material reciclado 2 - Madeira 3 - Taipa revestida 4 - Taipa não revestida 5 - Tijolo</p> </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p>Risco <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Alto 2 - Médio 3 - Baixo</p> </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p>Escolaridade Materna <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Analfabeta 2 - Alfabetizada 3 - 1° ao 5° ano 4 - 6° ao 9° ano 5 - Ensino médio em diante</p> </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p>Risco <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Alto 2 - Médio 3 - Baixo</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <p>INASB <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>TM</th> <th>EM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Alto</td> <td>Alto risco Alto risco Médio risco Baixo risco</td> <td>Alto risco Médio risco Baixo risco Alto risco</td> </tr> <tr> <td>2) Médio</td> <td>Médio risco Médio risco Baixo risco</td> <td>Médio risco Baixo risco Médio risco</td> </tr> <tr> <td>3) Alto</td> <td>Baixo risco</td> <td>Baixo risco</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>			<p>Tipo de Moradia <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Material reciclado 2 - Madeira 3 - Taipa revestida 4 - Taipa não revestida 5 - Tijolo</p>	<p>Risco <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Alto 2 - Médio 3 - Baixo</p>	<p>Escolaridade Materna <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Analfabeta 2 - Alfabetizada 3 - 1° ao 5° ano 4 - 6° ao 9° ano 5 - Ensino médio em diante</p>	<p>Risco <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Alto 2 - Médio 3 - Baixo</p>			<p>INASB <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>TM</th> <th>EM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Alto</td> <td>Alto risco Alto risco Médio risco Baixo risco</td> <td>Alto risco Médio risco Baixo risco Alto risco</td> </tr> <tr> <td>2) Médio</td> <td>Médio risco Médio risco Baixo risco</td> <td>Médio risco Baixo risco Médio risco</td> </tr> <tr> <td>3) Alto</td> <td>Baixo risco</td> <td>Baixo risco</td> </tr> </tbody> </table>			TM	EM	1) Alto	Alto risco Alto risco Médio risco Baixo risco	Alto risco Médio risco Baixo risco Alto risco	2) Médio	Médio risco Médio risco Baixo risco	Médio risco Baixo risco Médio risco	3) Alto	Baixo risco	Baixo risco																																																																																		
<p>Tipo de Moradia <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Material reciclado 2 - Madeira 3 - Taipa revestida 4 - Taipa não revestida 5 - Tijolo</p>	<p>Risco <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Alto 2 - Médio 3 - Baixo</p>	<p>Escolaridade Materna <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Analfabeta 2 - Alfabetizada 3 - 1° ao 5° ano 4 - 6° ao 9° ano 5 - Ensino médio em diante</p>	<p>Risco <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Alto 2 - Médio 3 - Baixo</p>																																																																																																					
		<p>INASB <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>TM</th> <th>EM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Alto</td> <td>Alto risco Alto risco Médio risco Baixo risco</td> <td>Alto risco Médio risco Baixo risco Alto risco</td> </tr> <tr> <td>2) Médio</td> <td>Médio risco Médio risco Baixo risco</td> <td>Médio risco Baixo risco Médio risco</td> </tr> <tr> <td>3) Alto</td> <td>Baixo risco</td> <td>Baixo risco</td> </tr> </tbody> </table>			TM	EM	1) Alto	Alto risco Alto risco Médio risco Baixo risco	Alto risco Médio risco Baixo risco Alto risco	2) Médio	Médio risco Médio risco Baixo risco	Médio risco Baixo risco Médio risco	3) Alto	Baixo risco	Baixo risco																																																																																									
	TM	EM																																																																																																						
1) Alto	Alto risco Alto risco Médio risco Baixo risco	Alto risco Médio risco Baixo risco Alto risco																																																																																																						
2) Médio	Médio risco Médio risco Baixo risco	Médio risco Baixo risco Médio risco																																																																																																						
3) Alto	Baixo risco	Baixo risco																																																																																																						
<p>3 - Exame Clínico</p> <p>3.1 - CPO-D</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>Coroa</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trat.</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>Coroa</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trat.</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28	Coroa	<input type="checkbox"/>	Trat.	<input type="checkbox"/>		48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38	Coroa	<input type="checkbox"/>	Trat.	<input type="checkbox"/>																																																												
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28																																																																																								
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38																																																																																								
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
<p>3.2 - CPI</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <p>17/16</p><input type="checkbox"/> <p>11</p><input type="checkbox"/> <p>26/27</p><input type="checkbox"/> <p>36/37</p><input type="checkbox"/> <p>31</p><input type="checkbox"/> <p>46/47</p><input type="checkbox"/> <p>SANGRAMENTO GENGIVAL</p> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <p>→ CPI →</p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>CÁLCULO DENTÁRIO</p> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <p>15-19, 35-44 e 65-74 anos</p> <p>USO DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>→</p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>BOLSA PERIODONTAL</p> </td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			<p>17/16</p> <input type="checkbox"/> <p>11</p> <input type="checkbox"/> <p>26/27</p> <input type="checkbox"/> <p>36/37</p> <input type="checkbox"/> <p>31</p> <input type="checkbox"/> <p>46/47</p> <input type="checkbox"/> <p>SANGRAMENTO GENGIVAL</p>	<p>→ CPI →</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>CÁLCULO DENTÁRIO</p>	<p>15-19, 35-44 e 65-74 anos</p> <p>USO DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>→</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>BOLSA PERIODONTAL</p>																																																																																																		
<p>17/16</p> <input type="checkbox"/> <p>11</p> <input type="checkbox"/> <p>26/27</p> <input type="checkbox"/> <p>36/37</p> <input type="checkbox"/> <p>31</p> <input type="checkbox"/> <p>46/47</p> <input type="checkbox"/> <p>SANGRAMENTO GENGIVAL</p>	<p>→ CPI →</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>CÁLCULO DENTÁRIO</p>	<p>15-19, 35-44 e 65-74 anos</p> <p>USO DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																						
<p>→</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>BOLSA PERIODONTAL</p>																																																																																																								
<p>4 - Dor de dente nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>																																																																																																								
<p>5 - Acesso ao CD nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>																																																																																																								

