JULIE SILVIA MARTINS

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS PERDAS DENTÁRIAS EM ADULTOS DA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

São Paulo

2009

Julie Silvia Martins

Análise dos fatores associados às perdas dentárias em adultos da zona leste do município de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo

São Paulo

2009

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Martins, Julie Silvia
Análise dos fatores associados às perdas dentárias em adultos da zona leste do município de São Paulo / Julie Silvia Martins; orientador Maria Ercília de Araújo. -- São Paulo, 2009.
265p. : fig., tab.; 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Perda de dente – Adultos – São Paulo (zona leste) 2. Saúde bucal – São Paulo 3. Odontologia Social

CDD 614.1
BLACK D585

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Martins JS. Análise dos fatores associados às perdas dentárias em adultos da zona leste do município de São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

São Paulo, ___/___/2009

Banca Examinadora

1)Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2)Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3)Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

4)Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

5)Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos filhos **Silvia Helena Martins e Paulo Henrique Martins**
Luzes da minha vida, e estímulo da minha existência, dedico cada uma destas palavras com muito amor.

Ao meu querido marido **Paulo Roberto Carvalho Martins**
Companheiro de todas as horas, que com amor, compreensão, respeito, carinho e dedicação ilumina cada momento de minha vida. Agradeço o esforço em compreender a minha ausência, acreditando na minha capacidade. Todo o meu amor, carinho e respeito.

Aos meus pais **Erna Liblik Kuusberg e Harry Kuusberg**
Pelo grande exemplo de vida, pelo esforço, dedicação e amor dispensados na criação dos filhos e, acima de tudo, pela retidão das atitudes durante toda a caminhada. O meu amor e a minha gratidão.

À minha avó **Mia Liblik**
Que sempre acreditou na minha capacidade e incentivou as minhas iniciativas, sempre se colocando na minha retaguarda. Todo o meu amor e admiração.

Aos meus **avós, irmãos, cunhadas, sobrinhos e tios** por todo amor, carinho e compreensão que sempre tiveram comigo.

E a todos os meus amigos...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela saúde, pela família, pela concretização dos sonhos e pela proteção ao longo da minha vida. Em especial neste momento por ter me fornecido força e esperança para enfrentar esta jornada, me indicando os caminhos a serem percorridos para alcançar os meus objetivos.

À minha orientadora **Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo** pelo acolhimento nesta casa, pela oportunidade de estudo e pelo aprendizado compartilhado. Sua serenidade, competência e paciência diante das minhas ansiedades, permitiram a realização deste trabalho. A minha admiração e profundo reconhecimento.

À **Profa. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre** pelo inestimável auxílio para a realização das análises estatísticas, sempre com muita competência e paciência. Minha admiração e profundo reconhecimento.

À **Irmã Monique Marie Marthe Bourget, Profa. Ms. Vilma Rodrigues Venâncio** e **Prof. Dr. Paulo Cobellis Gomes**, coordenadores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina, que sensíveis à questão, incentivaram a realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal, inserido na Residência Multiprofissional, que originou os dados trabalhados na presente pesquisa, dando todo o apoio, demonstrando o interesse das instituições, no desenvolvimento de pesquisas, e a preocupação com as questões sociais.

Aos meus amigos **Silvio Carlos Coelho de Abreu, e Marcus Vinícius D. Grigoletto**, que juntos ousamos desenvolver o levantamento epidemiológico que originou os dados para o presente trabalho, agradeço por todo o carinho, paciência e companheirismo.

Ao **Prof. Dr. Paulo Capel Narvai** e **Profa Dra. Simone Rennó Junqueira**, que com carinho tanto contribuíram na minha "Qualificação".

Ao querido amigo **Prof. Dr. Antônio Carlos Frias** por todo carinho, compreensão, amizade e paciência que teve comigo, sempre pronto a me ajudar.

Ao querido amigo **Prof. Dr. Celso Zilbovicius**, que tanto me incentivou a fazer o doutorado, e tanto apoio tem me dado no decorrer destes anos.

Ao querido amigo **Adilmo Henrique do Nascimento,** por toda a amizade e disposição em me ajudar a trabalhar com as bases de dados do SIAB.

Aos cirurgiões-dentistas preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que orientaram os residentes durante todas as fases de desenvolvimento da pesquisa **Alice Ostapiuck, Flávio Luís Osório, Helder Inocêncio Paulo de Souza, Henri Menezes Kobayashi, Janaína Duarte, Luciano D'Arcádia, Valderice Inês, Vera Lúcia Gago Pêra, Vivian Ribeiro Fuzeti.**

Aos cirurgiões-dentistas residentes **Adriana de Almeida Jecks, Angela Libert Alves, Daniel Cardeal Ramos, Daniela Helena de Lima Oda, Eloiza Helena da Silva Brandão, Fabio Moraes Moriyama, Fernanda Vallim Leao, Maria**

Carolina Ribeiro da Silva, Maria Claudia Galbiatti Abreu, Mariane da Nobrega Medeiros, Melina Mayumi Watanabe, Sabrina Kuraoka Oda, Suzana Maria Velloso Dutra, Talice Peixoto Melo, Tatiane de França Santos, que participaram de todas as fases do levantamento e digitação dos dados que deram origem à presente pesquisa, agradeço o empenho e a competência.

Às minhas queridas amigas **Fernanda Lúcia de Campos e Edna Cézar Balbino** que sempre amigas, muito me incentivaram para a realização do presente trabalho e de muitos outros durante todos esses anos que lutamos juntas.

À todos os cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal que trabalham nas Unidades de Saúde envolvidas na pesquisa cuja contribuição para a realização desta pesquisa foi muito valiosa. Agradeço o empenho e a dedicação.

À todos os **Agentes Comunitários de Saúde** das Unidades envolvidas na pesquisa pela colaboração para realização deste estudo.

À todos os **professores e funcionários do Departamento de Odontologia Social da FOUSP** que me acolheram com tanto carinho, sempre incentivando e apoiando todo o transcorrer desta jornada.

À todos **os colegas do Departamento de Odontologia Social**, pela convivência alegre e divertida, sempre com carinho, todos procurando se ajudar mutuamente, sem vaidades ou indiferenças, mas como uma grande família.

À todos **os funcionários da Biblioteca**, em especial à Maria Aparecida Pinto e Glauci E.D. Fidelis, mas todos sempre muito atenciosos e solícitos favoreceram o desenvolvimento deste trabalho.

Aos **usuários cadastrados** que concordaram em participar desta pesquisa, agradeço sinceramente, pois sem a colaboração deles não seria possível a realização deste trabalho.

À minha fiel secretária **Aparecida Mesquita Santiago,** que não poupou esforços em me ajudar para que eu tivesse tempo para realizar este trabalho.

À todos aqueles que participaram direta ou indiretamente da elaboração deste trabalho, a minha sincera gratidão. Considero que este trabalho é fruto de um esforço coletivo, onde cada qual contribuiu com sua parte, restando-me organizar, sistematizar e redigir as informações obtidas. Tendo em vista a qualidade dos profissionais envolvidos, aumenta a minha responsabilidade de realizar um trabalho que efetivamente venha a contribuir nesta nossa investida à procura de caminhos, objetivando a eqüidade em saúde, vista como justiça social.

“Em relação a todos os atos de iniciativa e de criação existe uma verdade fundamental, cujo desconhecimento mata inúmeras idéias e planos esplêndidos: a de que no momento em que nos comprometemos, a Providência move-se também.

Toda espécie de coisas ocorrem e acontecem para nos ajudar, que de outro modo não teriam ocorrido. Toda uma corrente de acontecimentos brota da decisão, fazendo surgir a nosso favor, toda sorte de incidentes, encontros e assistência material que nenhum homem sonharia que viesse em sua direção.

O que quer que você possa fazer ou sonha que possa, faça-o.

Coragem contém genialidade, poder e magia.

Comece-o agora !”

Goëthe

Martins JS. Análise dos fatores associados às perdas dentárias em adultos da zona leste do município de São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

Introdução - As perdas dentárias em adultos, configuram-se em um problema de saúde pública. Dada a relevância da problemática a Organização Mundial de Saúde propôs como meta para o ano 2000, que 75% dos adultos entre 35 e 44 anos de idade apresentassem 20 dentes ou mais funcionais. **Objetivo** – Estudar a influência das variáveis de nível individual, familiar e de contexto na ocorrência de perdas dentárias superiores a 12 dentes em adultos de 40 anos de idade. **Métodos** – Utilizando-se dados obtidos de um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 9 Unidades Básicas de Saúde, que desenvolvem a estratégia Saúde da Família, localizadas na zona leste do município de São Paulo, associados aos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram desenvolvidas análises estatísticas pelo teste de associação do qui-quadrado, e análise multinível, tendo como variável dependente a ausência de mais de 12 dentes, baseando-se no componente P (perdido) do índice CPO-D (P≤ 12 e P>12). As variáveis independentes foram obtidas de 3 níveis. As relativas ao nível I envolvem aspectos demográficos; socioeconômicos; características da família, dos domicílios, da ocupação, da saúde geral dos indivíduos e do núcleo familiar; hábitos e cuidados com a saúde bucal; autopercepção da saúde bucal; acesso a serviços odontológicos, e características relativas à saúde bucal. No segundo e terceiro nível, trabalhou-se com 23 indicadores, construídos a partir do banco de dados do SIAB de cada uma das Unidades de Saúde envolvidas na pesquisa. Tais indicadores

referem-se às características das moradias, aspectos socioeconômicos, demográficos e relativos à saúde geral dos indivíduos cadastrados nas respectivas Áreas e Microáreas. O modelo multinível foi construído através do procedimento *Stepwise Forward Selection Procedure.* **Resultados** - A amostra foi constituída de 241 indivíduos, sendo que 58,9% apresentavam 20 dentes ou mais. Os fatores de risco independentes para a ocorrência de perdas dentárias superiores a 12 dentes foram: renda familiar mensal inferior à 170 dólares (OR=3,32 p= 0,001); densidade no domicílio superior a um indivíduo por cômodo (OR= 2,15 p=0,032); ser negro ou pardo (OR=2,07 p=0,032); nenhum membro da família ter plano de assistência médica (OR=2,20 p=0,046); residir em uma microárea onde 4,5% ou mais dos indivíduos com 15 anos ou mais são analfabetos (OR=2,45 p=0,012); residir em uma microárea com prevalência igual ou superior a 1,25% de alcoolismo entre os indivíduos com 15 anos ou mais (OR=2,30 p=0,020). **Conclusão** - Considerando que os dentes, ou a ausência deles têm o atributo de manter um registro permanente das ocorrências passadas, as perdas dentárias podem ser entendidas como seqüelas não apenas das doenças bucais, mas também do processo de exclusão social, econômica e cultural no decorrer da vida. Tal processo se materializa nas condições de vida, renda, moradia, trabalho, educação, entre outros, que só podem ser superadas "mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1998), conforme determina o texto constitucional, de forma a garantir o direito à saúde.

Palavras-Chave: Perda de dente; Políticas públicas de saúde; Saúde da família; Saúde bucal; Epidemiologia; Desigualdades em saúde; Análise socioeconômica; Fatores socioeconômicos; levantamentos de saúde bucal; adulto.

Martins JS. Analysis of the factors related to dental losses in adults of the eastern area of the City of São Paulo, Brazil [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

ABSTRACT

Introduction: The dental losses in adults are configured as a problem of public health. Given the relevance of the problem the World Organization of Health proposed as goal for the year 2000, that 75% of the adults between 35 and 44 years of age presented 20 teeth or more functional. **Objective**: to study the influence of the variables of individual, family level and of context in the occurrence of dental looses of more than 12 teeth in 40 year-old adults. **Methodology:** Through data obtained from an epidemical survey in oral health accomplished in 9 Basic care units of the Brazilian Public Health System located in the city of São Paulo, that develop the strategy of family health, associated to data of the Basic care National Data System of the national public health system, statistical analysis trough the qui-square test and multilevel analysis with a dependent variable the absence of more than 12 teeth based on M (missing) component of DMFT index (M ≤ 12 and M > 12). Independent variables were obtained from 3 levels: level I are related to demographic aspects, socio-economical, family profile, housing, occupation, general health state of individuals and families, habits and oral health care; oral health self perception, access to oral health care and characteristics related to oral health. In second and third level 23 indicators were used based on the data of National Health System Data System from each care unit included in the research. These indicators are related to housing characteristics, socio-economical aspects, demographic and

related to general health profile of individuals registered in the area and subareas. The multilevel model was set up through the S*tepwise Forward Selection Procedure.* **Results** - the sample was constituted of 241 individuals, and 58.9% presented 20 teeth or more. The independent risk factors for the occurrence of dental losses of 12 teeth or more were: monthly family income inferior to US$ 170 (OR=3.32 p = 0.001); demographic density in the home to an individual or more per room (OR = 2.15 p=0.032); belonging to black race or brown (OR=2.07 p=0.032); no member of the family to have private medical insurance (OR=2.20 p=0.046); to live in a micro region where 4.5% or more of the individuals with 15 years or more is illiterate (OR=2.45 p=0.012); to live in a micro region with percentile equal or superior to 1.25% of individuals with 15 old or more are alcoholic (OR=2.30 p=0.020). **Conclusion** - Considering that teeth or their absence has the attribute of maintaining a permanent record of previous incidents, the dental losses can be understood as the registration of the process of social, economical and cultural exclusion in elapsing of these people's life. Such process is materialized, in the life conditions, income, home, work and education that only can be overcome "by social and economical politics that seek to the reduction of the risk of disease and of other grievances and to the universal and equalitarian access to the actions and services for it promotion, protection and recovery"(BRASIL, 1998), as it determines the constitutional text, in order to guarantee the right to health.

Keywords: Tooth loss; Health Public Policy ; Family Health; Oral health; Epidemiology; Inequalities in health; Socioeconomic analysis; Socioeconomic factors; Surveys in oral health; adults.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4.1 - Mapa da zona leste da cidade de São Paulo, com localização das Unidades de Saúde que participaram do estudo. São Paulo, 2009..... 118

Figura 4.2 - Mapa do município de São Paulo, com o ranking relativo ao índice de Saúde do ano de 2005, com a posição de cada uma das subprefeituras. Em destaque a zona leste de São Paulo, 2009 119

Figura 4.3 - Esquema elucidativo dos 3 níveis que compõem a análise 152

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países das Américas, 2009 95

Tabela 2.2 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da Oceania, 2009 95

Tabela 2.3 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da África, 2009 96

Tabela 2.4 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da Ásia, 2009 97

Tabela 2.5 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da Europa, 2009 98

Tabela 4.1 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS AE Carvalho, São Paulo, 2009 141

Tabela 4.2 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Curuçá Velha, São Paulo, 2009 142

Tabela 4.3 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Dom João Nery, São Paulo, 2009 143

Tabela 4.4 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Jaraguá, São Paulo, 2009..... 144

Tabela 4.5 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Jardim Campos, São Paulo, 2009 145

Tabela 4.6 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Parque Santa Rita, São Paulo, 2009 146

Tabela 4.7 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Dr. Thérsio Ventura, São Paulo, 2009 147

Tabela 4.8 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Vila Nova Curuçá, São Paulo, 2009 148

Tabela 4.9 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. UBS Fanganiello, São Paulo, 2009 149

Tabela 5.1 - Distribuição do número de cadastrados, número de examinados e proporção (%) de examinados em relação aos cadastrados de 40 anos de idade, de acordo com a Unidade de Saúde. São Paulo, SP, 2.005 183

Tabela 5.2 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo características demográficas e Unidade Básica de Saúde. São Paulo, SP ,2005 184

Tabela 5.3 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com o acesso a serviços odontológicos. São Paulo, SP 2005 185

Tabela 5.4 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com algumas características relativas à saúde bucal. São Paulo, SP,2005 186

Tabela 5.5 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o índice CPO-D. São Paulo, SP,2005 187

Tabela 5.6 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o componente cariado (C) do índice CPO-D. São Paulo, SP,2005 188

Tabela 5.7 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o componente perdido (P) do índice CPO-D. São Paulo, SP, 2005 189

Tabela 5.8 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o componente obturado (O) do índice CPO-D. São Paulo, SP,2005 190

Tabela 5.9 - Estatística descritiva do índice CPO-D e componentes na população estudada. São Paulo, SP, 2.005 190

Tabela 5.10 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com a Unidade onde a pessoa está cadastrada, sexo e grupo étnico. São Paulo, SP, 2.005 191

Tabela 5.11 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características socioeconômicas. São Paulo, SP, 2.005 193

Tabela 5.12 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características do domicílio. São Paulo, SP, 2.005 195

Tabela 5.13 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com as características da família. São Paulo, SP, 2.005 196

Tabela 5.14 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características da ocupação. São Paulo, SP, 2005 197

Tabela 5.15 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características relativas à saúde geral do indivíduo. São Paulo, SP, 2005 198

Tabela 5.16 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características relativas à saúde do núcleo familiar. São Paulo,SP, 2005 199

Tabela 5.17 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com os hábitos e cuidados com a saúde bucal. São Paulo, SP, 2005 200

Tabela 5.18 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e a autopercepção da saúde bucal. São Paulo, SP, 2.005.....201

Tabela 5.19 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características relativas ao acesso aos serviços odontológico. São Paulo, SP, 2.005 202

Tabela 5.20 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características relativas à saúde bucal. São Paulo, SP, 2.005 203

Tabela 5.21 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características das residências localizadas nas Microáreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2.005 205

Tabela 5.22 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características socioeconômicas e demográficas das Microáreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2.005 206

Tabela 5.23 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Microáreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2.005 208

Tabela 5.24 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características das residências adscritas às Áreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2.005 210

Tabela 5.25 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias de acordo com algumas características socioeconômicas e demográficas das Áreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2.005 212

Tabela 5.26 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Áreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2.005 213

Tabela 5.27 - Relação das variáveis do nível I, selecionadas para serem testadas no modelo multinível, ordenadas de acordo com a significância estatística. São Paulo, SP, 2.009 214

Tabela 5.28 - Relação das variáveis do nível II, selecionadas para serem testadas no modelo multinível, ordenadas de acordo com a significância estatística. São Paulo, SP, 2.009 215

Tabela 5.29 - Relação das variáveis do nível III, selecionadas para serem testadas no modelo multinível, ordenadas de acordo com a significância estatística. São Paulo, SP, 2.009 215

Tabela 5.30 - Análise multinível. Modelo final para os fatores associados ao parâmetro definido de perdas dentárias (P>12 dentes) em indivíduos de 40 anos de idade cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da zona leste do município de São Paulo, participantes da pesquisa. São Paulo, SP, 2.009 217

Quadro 4.1 - Códigos e critérios utilizados para a classificação de risco à cárie... 131

Quadro 4.2 - Variáveis de nível I de acordo com a fonte de obtenção dos dados..153

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CADAIS	Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAE	Departamento de Assistência ao Escolar
ERSA	Escritórios Regionais de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OD	Odds Ratio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAB-A	Piso da Atenção Básica Ampliada
PIASS	Progr. de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PRAOD	Programa de Reorientação da Assistência Odontológica
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SESI	Serviço Social da Indústria
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SNFO	Serviço Nacional de Fiscalização Odontológica
SNOS	Serviço Nacional de Odontologia Sanitária
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

p.

1 INTRODUÇÃO 23

2 REVISÃO DA LITERATURA 27

2.1 Políticas públicas de saúde no Brasil a partir da década de 1950 27

2.2 Estudos epidemiológicos envolvendo adultos 68

3 PROPOSICÃO 113

4 MATERIAL E MÉTODOS 115

4.1 Descrição do local do estudo 115

4.2 Casuística 127

4.3 Metodologia 127

4.4 Construção do banco de dados para as análises estatísticas 139

4.5 Variáveis de estudo 150

4.6 Análises estatísticas 180

4.7 Comitê de ética em pesquisa 182

5 RESULTADOS 183

6 DISCUSSÃO 218

7 CONCLUSÕES 246

REFERÊNCIAS 247

ANEXOS 259

1 INTRODUÇÃO

Tomando como objeto de trabalho as perdas dentárias na população de 40 anos, como um problema de saúde pública relevante, evidenciado por diversos autores no transcorrer do trabalho, procurou-se envolver diversas dimensões relacionadas à questão.

Inicia-se a revisão da literatura com as políticas públicas de saúde a partir da década de 1950 do século XX. Tal iniciativa reside no fato de procurar compreender o contexto vivido pelos sujeitos da pesquisa desde o início de suas vidas, uma vez que as perdas dentárias são resultado de um conjunto de fatores individuais e familiares, no decorrer da vida, influenciadas grandemente pelo contexto histórico, político, social e cultural em que vivem.

A decisão por se iniciar a revisão da literatura pela trajetória histórica das políticas públicas de saúde se justifica em decorrência da opção de se trabalha nos marcos teóricos da epidemiologia social, conforme definidos por Barata (2005) e Moysés e Moysés (2006) e não na perspectiva da epidemiologia dos fatores de risco. Neste sentido Moysés e Moysés (2006) apresentam a metáfora proposta por Krieger em 1994 da “teia de aranha” fazendo referência à epidemiologia dos fatores de risco que apresenta um conjunto de fatores causais, autônomos entre si, sem que a relação entre eles seja observada sob uma perspectiva mais abrangente, de determinação do processo, ao que referem uma “teia sem aranha”. Sob este olhar, as políticas públicas adquirem uma dimensão importante de análise, permitindo entender grande parte da problemática a ser discutida e portanto, foram amplamente exploradas no presente trabalho.

Em seguida, buscou-se dados epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal da população de 35 a 44 anos no Brasil, na região Sudeste, no estado de São Paulo, na cidade de São Paulo, bem como de outros países, para que pudesse servir de parâmetro de comparação com a situação de saúde bucal encontrada no presente estudo.

A revista da literatura também incluiu estudos analíticos, que procuravam indicar associações das perdas dentárias com as condições de vida das pessoas, observando-se poucos estudos envolvendo este grupo etário. Estudos relativos a autopercepção das pessoas a respeito da saúde bucal também foram envolvidos, uma vez que se julgou importante, até para um melhor entendimento da questão, como os indivíduos percebem a falta dos dentes.

Utilizando-se dados obtidos de um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 9 Unidades Básicas de Saúde, que desenvolvem a estratégia Saúde da Família, localizadas na zona leste do município de São Paulo, associados aos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram desenvolvidas análises estatísticas pelo teste de associação do qui-quadrado, para cada uma das variáveis, tendo como variável dependente a presença ou não de 20 dentes, baseando-se no componente P (perdido) do índice CPO-D ($P \leq 12$ e $P > 12$). Ressalta-se que tal parâmetro foi utilizado tendo em vista a meta 4 proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 (FÉDÈRATION DENTAIRE INTERNATIONALE, 1982) para os indivíduos de 35 a 44 anos. Tal meta propunha que 75% dos indivíduos de 35 a 44 anos tivessem 20 dentes ou mais em condições funcionais. A utilização deste parâmetro ($P \leq 12$; $P > 12$) nas análises, teve o objetivo de avaliar quais seriam as

variáveis que poderiam explicar os motivos pelos quais os indivíduos de 40 anos não apresentavam a situação esperada.

As variáveis independentes foram obtidas de 3 níveis. O primeiro nível se refere às características dos indivíduos, obtidas tanto do questionário realizado durante o levantamento epidemiológico, como de variáveis disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). As variáveis desse nível envolveram aspectos demográficos; socioeconômicos; características da família, dos domicílios, da ocupação, da saúde geral dos indivíduos e do núcleo familiar; hábitos e cuidados com a saúde bucal; autopercepção da saúde bucal; acesso a serviços odontológicos, e características relativas à saúde bucal, que pudessem estar envolvidas com as perdas dentárias observadas.

No segundo e terceiro nível, trabalhou-se com 23 indicadores, construídos a partir do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de cada uma das Unidades de Saúde envolvidas na pesquisa. Tais indicadores referiam-se às características das moradias, aspectos socioeconômicos, demográficos e relativos à saúde geral dos indivíduos cadastrados nas respectivas Áreas e Microáreas. Os cálculos de tais indicadores foram realizados para cada uma das 45 Microáreas e 9 Áreas, de forma a compor os dados agregados do nível II e III da análise.

A partir da identificação das variáveis que se apresentaram associadas ao parâmetro definido de perdas dentárias, procedeu-se à análise multinível, de forma a se obter um modelo explicativo para a questão das perdas dentárias dos indivíduos de 40 anos residentes nas Áreas participantes da pesquisa.

A opção por realizar-se análise multinível surgiu da possibilidade de envolver variáveis agregadas relativas ao contexto em que as pessoas vivem, abrindo-se

como nova possibilidade de análises (BARATA, 2005; DIEZ-ROUX, 1998; HOX, 1995; MOYSÉS; MOYSÉS, 2006; RASBASH et al., 2009).

A partir do referencial teórico encontrado na literatura e das análises relativas aos dados obtidos na presente pesquisa, realizou-se a discussão sobre os determinantes envolvidos com as perdas dentárias nos indivíduos de 40 anos residentes nas Áreas participantes da pesquisa, de forma a subsidiar os profissionais das Equipes de Saúde da Família, na busca da equidade em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil a partir da década de 1950

Uma vez que o foco do trabalho é analisar os fatores que podem estar envolvidos com as perdas dentárias em adultos de 40 anos de idade, passa a ser imperativo resgatar o percurso histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, principalmente, as relativas à saúde bucal, a partir da década de 60, de forma a conhecer, que iniciativas governamentais foram desenvolvidas durante este período, capazes de produzir algum tipo de impacto, seja positivo ou negativo, na saúde bucal destas pessoas.

É interessante ressaltar, que, embora não tivesse sido propósito do presente estudo, os indivíduos examinados nasceram no período de 1.º de abril de 1964 e 30 de março de 1965, coincidentemente, no momento em que se instalou o regime militar no Brasil. Os indivíduos participantes do estudo passaram portanto, sua infância e adolescência submetidos ao impacto das medidas adotadas pelo regime militar, iniciando sua vida adulta durante o processo de redemocratização do país e construção do Sistema Único de Saúde. Narvai e Frazão (2006), enfatizando o impacto da supressão das liberdades democráticas durante o período do regime militar, na distribuição da cárie dentária, mencionam a importância de se “explorar, desenvolver e aprofundar as relações entre epidemiologia, política e saúde bucal coletiva”. (NARVAI; FRAZÃO, 2006 p.360)

Cabe ressaltar, que embora se tivesse a intenção de apresentar os fatos em uma ordem cronológica, a própria dicotomia em que se desenvolveu o sistema de saúde no Brasil, e a intenção de não se separar os acontecimentos específicos da área de saúde bucal dos demais acontecimentos da área de saúde como um todo, o contexto histórico, político e social, o texto por muitas vezes percorre caminhos tortuosos, mas não mais complexos que a própria realidade que se pretende desvelar, considerando que fatos e acontecimentos nestas diversas dimensões da realidade acabam se sobrepondo.

Como o propósito do presente capítulo é trazer à tona as Políticas Públicas de Saúde, é oportuno procurar entender qual a definição que se tem deste objeto.

Paim (2003) ressalta que na língua inglesa a palavra *politics*, refere-se à existência e ao exercício do poder, e a palavra *policy*, refere-se ao plano de ação. Na língua portuguesa, a palavra "política" equivale a vários termos, tanto pode ser usada fazendo referências ao poder, quanto às diretrizes e intervenções planejadas. Assim, Paim (2003) esclarece que *Política de Saúde*, "[...] enquanto disciplina acadêmica do campo da Saúde Coletiva, abrange tanto o estudo das relações e do exercício do poder como, também, a formulação e a condução de políticas de saúde" (PAIM, 2003 p. 588).

Paim e Teixeira (2006 p. 74) refere Política de Saúde como:"[...] a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente". Incluindo também a "relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento."

Por tal definição, pode-se verificar, que se trata de um campo muito vasto, ao qual se pretende apenas uma rápida aproximação no sentido de entender o que se processou durante estes anos que possa ter alguma influência na saúde bucal dos sujeitos da pesquisa.

Narvai (1997), constatou que a produção científica na área de políticas públicas de saúde e sistema de saúde, relativas à saúde bucal é muito restrita, mesmo considerando o período imediatamente após o término do regime militar (1986 a 1993), oportunidade esta, que segundo o autor "[...]reabriu no meio acadêmico as possibilidades de abordar livremente temas até então, por razões políticas, preteridos ou mesmo evitados" (NARVAI; ALMEIDA, 1998 p. 514).

"A dramática situação de 'saúde bucal' dos brasileiros neste final de milênio[...]" (NARVAI, 1994 p.13) foi o que motivou o autor a se aprofundar no estudo dos caminhos percorridos pela odontologia brasileira no período compreendido entre 1952 e 1992, oferecendo preciosos subsídios para o desenvolvimento do tema.

O sistema de saúde brasileiro conviveu ao longo do século XX com uma dicotomia entre as ações preventivas e as curativas. Por um lado, a saúde pública, que era de responsabilidade do Ministério da Saúde, desenvolvendo programas para o controle de endemias e epidemias, com ações de vacinação e educação em saúde, além de outras consideradas de interesse coletivo (NARVAI; FRAZÃO, 2008), por outro lado, as ações assistenciais, estavam vinculadas às Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões, que na "*medida dos recursos disponíveis*" (NARVAI; FRAZÃO, 2008 p.9 – grifo do autor) tinham a incumbência de prestar assistência aos trabalhadores a elas vinculados e seus dependentes (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Até a década de 1930 do século XX, a Saúde Pública teve um papel marcante nas políticas sociais do Estado brasileiro, com o objetivo de viabilizar a economia agro-exportadora da época, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Com tais objetivos, o poder público desenvolveu campanhas sanitárias, programas de saneamento ambiental que resultaram no controle da varíola, febre amarela, febre tifóide entre outras (FRAZÃO, 1998). Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), postos de saúde foram implantados, que além de desenvolverem programas para o controle das doenças epidêmicas ou endêmicas, também desenvolviam atividades de pré-natal e puericultura voltadas à saúde materno-infantil, mas com cobertura populacional bastante restrita, priorizando crianças e gestantes de baixa renda (FRAZÃO, 1998).

No que se refere à ações do poder público na área de saúde bucal, segundo Narvai e Frazão (2008), há registros da existência de cirurgiões-dentistas atuando em escolas desde as primeiras décadas do século XX. Mas, tais atividades prescindiam de uma lógica de programação, controle e avaliação (MEDEIROS JÚNIOR, 2004).

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, mantido por Acordo de Cooperação Técnica entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, com apoio da Fundação Rockefeller (NARVAI, 1994; NARVAI; FRAZÃO, 2008) e principalmente, a partir de 1951, com a criação da seção de odontologia no SESP (MEDEIROS JÚNIOR, 2004), tiveram início, em 1952, os primeiros programas desenvolvidos pelo setor público na área odontológica (NARVAI, 1994, 2006). Embora tivessem surgido como uma prática complementar e secundária (NARVAI, 1994), foi um marco importante sob a perspectiva de política pública de saúde, pois tinham o propósito de proteger a saúde bucal da população,

por meio de ações preventivas e curativas, de acordo com o conhecimento teórico da época, introduzindo inclusive inovações, como o emprego de pessoal auxiliar e uso de substâncias fluoradas (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Tais programas se baseavam no sistema incremental, que teve sua primeira experiência no Brasil em Aimorés (MG) (NARVAI, 1994).

O sistema incremental se caracterizou como um método de trabalho que buscava o completo atendimento odontológico de uma determinada população, eliminando inicialmente as necessidades acumuladas e procurando manter o controle no decorrer do tempo. Foi empregado no atendimento de escolares por quatro décadas (NARVAI, 1994; MEDEIROS JUNIOR, 2004), tornando-se quase "[...]sinônimo de *programa odontológico escolar"* (NARVAI, 1994 p. 95 – grifo do autor).

O sistema incremental sofreu algumas variações no decorrer dos anos, mas na maioria das vezes, envolvia os escolares de 6 a 14 anos (NARVAI 1994; NARVAI; FRAZÃO, 2008). As críticas ao sistema incremental foram muitas, mas entre elas destaca-se o fato de utilizar apenas um único método preventivo e não um sistema de prevenção; ser excludente; admitir como inevitável o "acúmulo de necessidades"; ter enfoque individual e não coletivo (NARVAI, 1994). Botazzo (1994 p.55) enfatiza: "O reducionismo curativista da proposta é evidente".

Por um outro lado, caracterizando a dicotomia do sistema de saúde brasileiro, a partir da Lei Elói Chaves (1923), começaram a surgir as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas, de acordo com o seu porte e capital, geridas por empregados e empregadores, com a finalidade de oferecer assistência médica aos trabalhadores, aposentadoria e alguns outros benefícios. Os recursos

advinham das contribuições dos trabalhadores, dos empresários e da União (MEDEIROS JUNIOR; RONCALLI, 2004).

Na década de 1930, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), reunindo trabalhadores de acordo com os setores da atividade econômica: bancários (IAPB), marítimos (IAPM), industriários (IAPI) e outros (MEDEIROS JUNIOR; RONCALLI, 2004).

Com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1967, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (NARVAI 1994; NARVAI; FRAZÃO, 2008) o órgão ficou responsável tanto pelas aposentadorias e pensões como pela assistência médica dos segurados da previdência e seus familiares. Em 1973, através do Funrural, o governo estendeu a cobertura da medicina previdenciária aos trabalhadores rurais (PAIM, 2003).

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Por meio da Lei 6.229/75 o governo criou o Sistema Nacional de Saúde, definindo as atribuições dos ministérios envolvidos com as questões relativas à saúde, e as responsabilidades da União, dos estados e dos municípios. A partir da referida Lei, o governo concentrou sua intervenção política em um conjunto de programas verticais. Em 1977 o governo Geisel criou o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PAIM, 2003).

As ações desenvolvidas pelo INAMPS, se caracterizavam pelo atendimento aos trabalhadores com uma inserção formal no mercado de trabalho, marcado por um caráter curativo/assistencial, excludente, hospitalocêntrico, medicalizador, mercantil, centrado no médico e pouco produtivo (RONCALLI; ARAÚJO, 2004).

A partir da década de sessenta, principalmente após a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (1967), a expansão da assistência odontológica no setor

estatal foi crescente, principalmente nos anos do “milagre econômico” (1968 a 1973 de acordo com Paim, 2003), com inúmeros credenciamentos e convênios com a iniciativa privada para compra de serviços, que não estavam sujeitos à nenhuma coordenação ou fiscalização de suas atividades (NARVAI, 1994). Tal expansão, como adverte Narvai (1994 p.81) “[...] não deve, porém, ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal”.

Em 5 de maio de 1967, o Serviço Nacional de Fiscalização Odontológica (SNFO) propôs a transformação do SNFO em Serviço Nacional de Odontologia Sanitária (SNOS), tendo as atribuições de coordenar e orientar as ações de controle das doenças bucais de uma forma articulada com os órgãos federais, estaduais e municipais de saúde e entidades particulares, visando melhorar as condições de saúde bucal da população. Mas as propostas da odontologia sanitária não prosperaram, sem conseguir que o Estado assumisse a assistência odontológica o SNFO definhou até ser extinto em 1975 (NARVAI,1994).

Por um outro lado, as bases do movimento sanitário tem suas origens na articulação de vários departamentos de Medicina Preventiva de Faculdades no Estado de São Paulo, efervescendo em 1963, durante a 3.ª Conferência Nacional de Saúde, cujo o tema era a municipalização, antes da instituição do regime militar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006e).

O movimento sanitário ainda manteve uma certa força durante os primeiros anos do regime militar, mas com o endurecimento do regime, a partir de 1968, as iniciativas de mudanças nos setores sociais perderam forças (MS, 2006e).

De uma forma ou de outra, mesmo durante o regime militar, militantes do movimento sanitário, ocupavam postos no Ministério da Saúde, o que lhes permitia,

de uma certa maneira, influenciar as políticas propostas, de acordo com os ideais reformistas (MS, 2006e).

Em 1975, ocorre a 5.ª Conferência Nacional de Saúde, na qual, o movimento de medicina comunitária influenciou a aprovação da Lei 6.229 que criava o Sistema Nacional de Saúde e a implementação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (NARVAI, 1994) que embora fossem experiências que traziam influências de Alma Ata, da atenção básica, dos cuidados primários à saúde, se limitavam a ações básicas, direcionadas para a população excluída do sistema previdenciário (MS, 2006e).

Em relação à fluoretação das águas de abastecimento público, considerada nos Estados Unidos como uma das 10 maiores conquistas da saúde pública no século XX, iniciou-se no Brasil em Baixo Guandu (ES) em 1953 (NARVAI; FRAZÃO, 2006)

No Estado de São Paulo, o primeiro município a adotar o método de fluoretação das águas de abastecimento público foi Marília em 1956 (NEDER; MANFREDINI, 1991). Mas em 1958, a Lei 4.687, tornou obrigatória a fluoretação em todo o estado. Em 1985 com a fluoretação das águas da capital e de vários municípios do interior do Estado, houve um aumento significativo de pessoas beneficiadas (NEDER; MANFREDINI, 1991). Os autores apontam que aproximadamente 24 milhões de pessoas no Estado, na época, tinham acesso à este benefício (NEDER; MANFREDINI, 1991).

A nível nacional, a fluoretação das águas de abastecimento público tornou-se obrigatória em todos os locais onde houvesse estação de tratamento de água por meio da Lei 6.050 de 24 de maio de 1974 (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Houve uma grande expansão da cobertura da fluoretação das águas durante a segunda metade do século XX, sendo fortemente impulsionada na década de 80 (entre 1982 e 1989), cobrindo aproximadamente 62,5 milhões de brasileiros em 1995 (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Porém, há indícios de ter havido interrupção na fluoretação das águas de abastecimento público entre os anos 60 e 80 (durante a vigência do regime militar) em várias regiões (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Experiências inovadoras relativas à vigilância sanitária dos teores de flúor nas águas de abastecimento público (NEDER; MANFREDINI, 1991), começaram a ser implementadas no Município de São Paulo a partir de janeiro de 1990 (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Dados de 1992, apontam que 91% da população do estado de São Paulo, era beneficiada pela água fluoretada, sendo que a água servida para 45% da população do estado era fluoretada e estava sujeita ao hetero-controle dos teores de flúor (ARAÚJO, 2000).

Em 1996, nove capitais brasileiras ainda não tinham adotado o método de fluoretação das águas de abastecimento público (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Entre 24 e 28 de março de 1980, ocorreu a 7.ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” (CNS,1980), onde um grupo ficou encarregado de discutir o subtema n.º 7: ”Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde”. Os Anais da conferência registram a conclusão a que o grupo chegou: “o atual modelo de prática e assistência odontológica caracteriza-se, em traços gerais pela: INEFICÁCIA”, “INEFICIÊNCIA”, “DESCOORDENAÇÃO”, “MÁ DISTRIBUIÇÃO”, “BAIXA COBERTURA”, “ALTA COMPLEXIDADE”, “ENFOQUE CURATIVO”, “CARÁTER MERCANTILISTA”,

“CARÁTER MONOPOLISTA”, “INADEQUAÇÃO NO PREPARO DOS RECURSOS HUMANOS” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE , 1980 p. 176).

Em 1980 a partir das discussões realizadas na 7.ª Conferência Nacional de Saúde, e em decorrência de recomendações da Organização Mundial de Saúde (MS, 2006e) foi elaborado o PREVSAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), propondo a reorientação do sistema de saúde, a partir de uma integração entre os ministérios da Saúde e Previdência Social e das secretarias estaduais e municipais de saúde (LAVOR et al., 2008). O PREVSAÚDE apresentava um conjunto de diretrizes que procurava reforçar a atenção primária, a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização dos serviços, a integração de ações preventivas e curativas, o sistema de referência e contra-referência, entre outras (MS; MPAS, 1980) no entanto não chegou a ser implantado, em decorrência da forte pressão do setor privado e de dirigentes do INAMPS (PAIM, 2003; MS, 2006e).

O PREVSAÚDE procurou dar outras dimensões ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que não apenas a assistência às populações marginalizadas (NARVAI, 1994), propondo expandir a atenção odontológica a todas as camadas da população e reduzir a incidência dos problemas de saúde bucal de maior prevalência por meio de “*prevenção maciça*”, propondo também a implantação de 3.917 novos consultórios odontológicos e a implementação para a utilização plena dos 4.073 consultórios existentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1980), porém, não prosperou (NARVAI, 1994).

Na década de 1980, quando ampliavam-se as discussões em torno da redemocratização, a nível mundial, aprofundava-se a crise econômica, que já vinha

se arrastando desde a década de 1970. O foco das críticas eram as políticas de bem-estar social, propondo-se a redução de custos sociais (RONCALLI; ARAÚJO 2004).

Com o agravamento da crise estrutural da Previdência e a extinção do PREVSAÚDE, é criado, em 1981, o Conasp – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. O Conasp, era um espaço que articulava empresários, sindicatos e previdência, contando também com membros do movimento sanitário (MS, 2006e).

Entre as medidas propostas pelo Conasp, para conter a crise financeira da Previdência, foi estabelecer convênio do INAMPS com estados e municípios. Desta forma, a partir de 1982, estados e municípios passam a ser os novos vendedores de serviços ao INAMPS, uma vez que este, até aquele momento, praticamente só comprava serviços do setor privado (MS, 2006e). Embora os valores pagos pelo INAMPS aos estados e municípios fossem praticamente a metade daqueles pagos à iniciativa privada, estados e municípios praticamente duplicaram seus orçamentos em saúde (MS, 2006e).

O Plano do Conasp possibilitou por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) o acesso aos serviços previdenciários para a população não segurada (PAIM, 1987).

Também em 1982, o presidente do INAMPS, por meio da Portaria INAMPS n.º 855/82, institui comissão para realizar estudo e propor a adoção de uma nova política de assistência odontológica por parte do INAMPS, dando origem ao Programa de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD). Ao analisar o documento do PRAOD, é possível obter-se informações importantes a respeito das ações desenvolvidas pela Previdência Social nos anos anteriores, considerando que

o INAMPS se constituía no principal agente público prestador de serviços odontológicos do País, responsabilizando-se por 58,5% dos gastos públicos realizados no setor em 1981 (INSTITUTO NACIONAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 1983).

O PRAOD, ao fazer o diagnóstico da situação que se colocava naquele momento, reconheceu que a assistência odontológica sempre foi incipiente se comparada à assistência médica, com forte predominância das ações assistenciais, de caráter mutilador, referindo-se literalmente às extrações dentárias, em detrimento das ações preventivas (INAMPS, 1983). O documento aponta que, apesar da assistência odontológica prestada na área urbana, por serviços próprios ou contratados, desde o início da década de 70, da criação da Coordenadoria de Assistência Odontológica no INPS em 1976 e do fato do segurado da Previdência Social e seus dependentes terem direito aos cuidados odontológicos, essa assistência sempre se mostrou insuficiente tanto em termos de qualidade como em termos de cobertura populacional (INAMPS, 1983). O PRAOD reconheceu que a grande quantidade de extrações era decorrente das dificuldades financeiras que a maioria das pessoas tinham em custear o tratamento recuperador de que necessitavam, reconhecendo que a oferta de serviços odontológicos se dava basicamente na clínica particular (INAMPS, 1983).

Os serviços odontológicos previdenciários eram oferecidos por meio de sete modalidades diferentes: serviços próprios; credenciamento de pessoas físicas; credenciamento de pessoas jurídicas; convênios na zona urbana com empresas e sindicatos; convênios com instituições de ensino; convênios com instituições públicas e convênios na zona rural (INAMPS, 1983).

Os serviços próprios se caracterizavam pelo atendimento de urgências por livre demanda, onde se observava filas e descontentamento em decorrência da limitada capacidade de cobertura dos serviços disponíveis. Em relação aos procedimentos realizados, dados apresentados no PRAOD referentes à 1980, indicam que foram realizados durante o ano 2,2 milhões de extrações e 1,8 milhões de restaurações para uma população adulta atendida por livre demanda (INAMPS, 1983).

O credenciamento de pessoas físicas se caracterizava pelo credenciamento de cirurgiões-dentistas, para o atendimento em seus consultórios particulares, de beneficiários encaminhados pelos órgãos administrativos do INAMPS, com um teto de atendimento de 150 pacientes por mês. Entre os problemas identificados relativos à esta modalidade, o PRAOD identifica a ausência de uma norma orientadora sobre os procedimentos a serem realizados, resultando portanto, na quase totalidade das vezes em extrações dentárias (INAMPS, 1983).

O credenciamento de pessoas jurídicas caracterizava-se pelo credenciamento e compra de serviços de clínicas organizadas, que se propunham ao atendimento de pessoas encaminhadas pelos órgãos administrativos do INAMPS. Tais serviços, além de limitarem-se a tratamentos radicais (extrações) e restaurações, não estavam sujeitas a um teto máximo de atendimento, variando de acordo com a capacidade instalada de cada serviço (INAMPS, 1983).

No convênio urbano com empresas e sindicatos, a assistência odontológica era inserida de uma maneira complementar, de forma a cumprir as exigências contratuais, aos quais o PRAOD identifica que as extrações correspondiam quase à totalidade dos procedimentos realizados (INAMPS, 1983).

Em relação ao convênio com instituições de ensino, apesar da importância da integração com os aparelhos formadores, o INAMPS mantinha convênio com apenas sete instituições de ensino odontológico. O PRAOD faz referência neste tópico às ações preventivas, desenvolvidas pelas instituições de ensino, mas identifica como problema a dificuldade de comunicação inter-institucional (INAMPS, 1983) .

Os convênios com outros órgãos públicos foram referidos pelo PRAOD como satisfatórios, indicando que talvez o principal problema referente a esta modalidade seria a “não utilização” (grifos do autor) da ampla rede das Secretarias Estaduais de Saúde e Educação para a extensão da cobertura odontológica do INAMPS (INAMPS, 1983).

Os convênios com sindicatos rurais promoveram um processo de interiorização da atenção odontológica. Dados de 1977 apontam que esta modalidade já incluía 2.890 convênios odontológicos, mas da mesma forma que as demais modalidades, o que se observava era o atendimento pela livre demanda e predomínio das atividades curativas. Para se ter uma idéia da magnitude desta problemática, evidencia-se os dados de 1981 referentes à esta modalidade, onde foram registrados 10,8 milhões de consultas, resultando em 7,8 milhões de extrações e 5,6 milhões de restaurações (INAMPS, 1983).

Feito o diagnóstico, o PRAOD propôs: a implementação de medidas preventivas em massa em conjunto com o Ministério da Saúde e do Interior (fluoretação das águas de abastecimento público); desenvolvimento de programas educativos; prioridade às crianças de 6 a 12 anos utilizando o sistema incremental com incorporação de pessoal técnico auxiliar; assistência ao adulto, com maior carência econômica e às gestantes (note que não se faz alusão à medidas

preventivas para esta população); integração inter-institucional de forma a atingir os objetivos propostos. (INAMPS, 1983).

O PRAOD aponta também, além da necessidade de integração inter-institucional, a necessidade de descentralização do processo decisório e administrativo, a articulação programática e a necessidade de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (INAMPS, 1983).

Pinto (1983) apresenta aspectos importantes do contexto odontológico da época. Em relação ao financiamento, Pinto (1983) apresenta a estimativa de gastos públicos e privados em saúde geral e saúde bucal relativos ao ano de 1981, onde pode-se observar que a maior fonte de recursos públicos é advinda do Ministério da Previdência e Assistência Social, seguida pelos recursos disponibilizados por estados e municípios e finalmente recursos advindos do Ministério da Saúde. Do total de recursos disponibilizados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, 3,1% eram destinados à área de saúde bucal. Dos recursos disponibilizados pelos estados e municípios para a área da saúde, 5,5% foram dirigidos para a área de saúde bucal e dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, apenas 0,3% foram dirigidos para questões relativas à saúde bucal (PINTO, 1983).

No setor privado, no ano de 1981, do montante gasto em saúde, 5,3% foram destinados à área de saúde bucal. Observando-se o montante de gastos, públicos e privados despendidos na área de saúde bucal, nota-se que os gastos do setor privado, correspondem quase que o dobro dos gastos realizados pelo setor público (Cr$ 33. 450,00 no setor privado, contra Cr$ 18.815,00 no setor público), o que fez o autor concluir que pela escassez de serviços odontológicos eficazes em quantidade suficiente, as pessoas são obrigadas a custear o tratamento de que necessitam (PINTO, 1983).

Pinto (1983) salientou que as atividades odontológicas do setor público encontravam-se na época, fundamentalmente sob a responsabilidade da previdência social, realizando através do INAMPS, aproximadamente 40 milhões de consultas odontológicas ao ano, porém sem uma coordenação. Em relação à participação dos estados no setor odontológico, a maior parte dos recursos eram destinados ao desenvolvimento de programas dirigidos a escolares, desenvolvidos pelas Secretarias de Educação, considerados inovadores na época, porém raros. O autor salienta ainda que, dos gastos realizados com a área de saúde bucal, apenas 0,5% foram destinados à fluoretação das águas de abastecimento público (PINTO, 1983).

Em relação ao modelo de oferta de serviços, Pinto (1983) evidencia o forte predomínio do setor privado, que por sua vez era formado por duas vertentes, o formal, representado pela clínica privada com atendimento realizado por cirurgiões-dentistas e o informal, realizado pelos práticos para a população de baixa renda. Em relação ao setor público, os serviços eram desenvolvidos pelas esferas federal, estadual e municipal, com "[...] forte ênfase terapêutica; uso de tecnologia sofisticada e escassa utilização de pessoal técnico e auxiliar qualificado" (PINTO, 1983 p.324). O autor ressalta que a população mais pobre, que não conseguia acesso ao serviço público, recorria aos dentistas práticos, apresentando dados estimados no Encontro Nacional de Dentistas Práticos realizado em Goiânia em 1979, a existência de aproximadamente 25.000 dentistas práticos atuando em todo o país (PINTO, 1983).

Em março de 1985, depois da luta pelas eleições diretas, que mobilizaram todo o país, conquistou-se a instauração de um governo civil, eleito de forma indireta, demarcando o encerramento do período de ditadura militar. Com a morte de Tancredo Neves, José Sarney assume a Presidência da República. Em 1986, instala-se uma Assembléia Nacional Constituinte (MS, 2006e).

Na área da saúde, a Nova República encontra um movimento sanitário articulado e mobilizado, com um acúmulo histórico de lutas e propostas já bem discutidas de projetos alternativos ao modelo assistencial, com membros do movimento sanitário inseridos nos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Tais condições tornaram possível a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MS, 2006e).

Com a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre os quais 1.000 delegados, a 8.ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1987), realizada de 17 a 21 de março de 1986, se configurou como a "'Constituinte da Saúde', demarcando um novo período na história da saúde no país" (MS, 2006e p. 47). Em linhas gerais, as deliberações apontadas em seu relatório final foram: conceito ampliado de saúde; direito à saúde e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, bem como ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional; criação do Sistema Único de Saúde, completamente desvinculado da Previdência, coordenado por um único ministério, que atenda aos princípios da descentralização, integralidade das ações (superando a dicotomia entre ações preventivas e curativas), regionalização, hierarquização, participação popular, fortalecimento do papel dos municípios, introdução de práticas complementares, de acesso universal, equânime e integral, prevendo o tratamento digno dos recursos humanos; aponta em linhas gerais as atribuições de cada nível de governo; aponta a necessidade de estabelecer uma nova relação com os estabelecimentos privados que prestam serviços ao setor público, devendo ser regidos pelos princípios do direito público; maior participação do setor público como prestador de serviços; desenvolvimento de ações de vigilância sanitária; reformulação das Ações

Integradas de Saúde; constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde; constituição de conselhos em nível local, municipal, regional e estadual; garantia do acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços; criação de grupo executivo da reforma sanitária para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar bases para a Reforma Sanitária Nacional; e questões relativas ao financiamento do setor (CNS, 1987).

As deliberações da 8.ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1987) foram acolhidas na Assembléia Nacional Constituinte e contempladas na Constituição Federal (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005; MS, 2006e; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Desta forma, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) reconheceu a saúde como um:

> [...]direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

O mandamento constitucional reconhece os determinantes sociais do processo saúde-doença, quando impõe como garantia a implementação de medidas políticas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, e prevê a atenção em todos os níveis, incluindo a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988)

Ao estabelecer o atendimento integral ao indivíduo (art.198, inciso II), exigindo prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL,1988), torna imperativa a visão de que o indivíduo deverá ser entendido como um ser indivisível sob os aspectos biológico, psicológico e social, levando-se em conta toda a complexidade e interação desses aspectos no processo saúde-doença, para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde (MS, 1990a).

Com a promulgação da Constituição de 1988 a concepção ampliada de saúde define a necessidade de políticas públicas intersetoriais, envolvendo tanto a área econômica como os setores sociais, no sentido de reduzir riscos e não apenas danos (PAIM, 2003).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL,1990a), regulamentou as questões da saúde, permitindo um aprofundamento e melhor entendimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, prevendo-se a sua construção pelo conjunto da sociedade, dentro de um processo democrático e participativo, cujo objetivo maior era alcançar melhores condições de vida e saúde para o conjunto da sociedade. Porém, é preciso considerar que a referida Lei, recebeu diversos vetos do presidente Collor, impondo várias restrições aos avanços propostos pela Reforma Sanitária (CNSB, 2005).

Os conselhos de saúde foram regulamentados pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 com poder deliberativo, sendo constituídos, de forma paritária, por representantes de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços (BRASIL, 1990b). Desta maneira, procurou-se dar aos Conselhos de Saúde poder para direcionar as políticas públicas de saúde para que as mesmas sejam construídas de acordo com as necessidades e anseios da sociedade.

Segundo Garrafa (1993), a legislação brasileira atual, no que se refere à saúde, é uma das mais avançadas do mundo, tornando-se desafio a "*implementação prática das conquistas legais*". A consecução dessas condições exige uma reorganização social, política e econômica do país, com uma forte participação popular, para que os seus objetivos sejam alcançados (GARRAFA,1993).

É importante lembrar que em 1986, além do marco histórico que foi a 8.ª Conferência Nacional de Saúde, também ocorreu entre 10 e 12 de outubro a 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB, 1986), precedida por conferências estaduais de saúde bucal.

O relatório final da 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, inicia afirmando: "A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação" (CNSB,1986) e continua: "A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção" (CNSB,1986).

Em relação ao "Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil" a 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB,1986) aponta entre outros aspectos:

> O modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador.

Em linhas gerais, o relatório final da 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal procurou dar ênfase: saúde como direito de todos e dever do estado; diagnóstico da precariedade da saúde bucal no Brasil; a reforma sanitária e a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde e; financiamento do setor de saúde bucal (CNSB,1986).

No período pós-conferência, enquanto se processavam os entendimentos políticos dos preceitos defendidos pela Reforma Sanitária na Assembléia Constituinte, o Ministério da Saúde desenvolvia sua prática campanhista e o INAMPS garantia expansão das Ações Integradas de Saúde (AIS) para mais de

2.000 municípios (PAIM, 2003). A transformação das AIS nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) se deu mediante o decreto presidencial 94.657 de 20 em julho de 1987 (PAIM, 2003).

O SUDS pode ser entendido como uma estratégia de transição para o Sistema Único de Saúde, que desconcentrou recursos e descentralizou parte do processo decisório para o âmbito estadual. Em relação ao processo Paim (2003 p. 593) refere o “esvaziamento estrategicamente planejado do INAMPS” que ocorreu mediante a fusão das estruturas administrativas do INAMPS nos estados com as das secretarias estaduais de saúde e com a extinção de suas superintendências e substituição por escritórios regionais. O SUDS tinha como propósito a participação popular e a ampliação da cobertura de serviços para todos os cidadãos, inclusive em hospitais, laboratórios e clínicas contratadas pela Previdência Social (PAIM, 2003).

Porém, Narvai e Frazão (2008) apontam que ao invés do governo federal descentralizar as ações para que cada município pudesse planeja-las, conforme reivindicado na 8.ª CNS e 1.ª CNSB, o Ministério da Previdência e Assistência Social criou em 1988 um Departamento de Odontologia no INAMPS, o qual propôs o “Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor” (INAMPS, 1988) de modo vertical e centralizado (NARVAI; FRAZÃO, 2008; NEDER; MANFREDINI, 1991).

Em 1989, a Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde e a Coordenadoria de Supervisão e Auditoria de Odontologia do INAMPS elaboraram em conjunto um documento definindo os princípios, diretrizes e prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 1989). O documento assinala a gravidade do quadro epidemiológico e a ausência de uma política setorial, propondo a priorização do atendimento das crianças de 6 a 12 anos com expansão gradativa para o grupo

etário de 13 a 19 anos, seguido do grupo etário de 2 a 5 anos e por fim os adultos. Entre os objetivos específicos, o documento indica a redução dos níveis de edentulismo e do número de extrações na população de jovens e adultos. Entre os serviços propostos, aponta prioritariamente a necessidade de dar acesso a todos em serviços emergenciais. Como segunda prioridade, indica a necessidade de universalizar as ações preventivas e educativas em Saúde Bucal. E em terceiro lugar, define as atividades curativas, prioritariamente ao grupo etário de 6 a 12 anos. O documento explicita que: "A população de baixa renda e os grupos especiais (idosos, deficientes físicos, que não têm acesso aos serviços privados) deverão ser atendidos nas unidades do setor público" (MS, 1989 p. 22) [mas o acesso universal já não seria um direito constitucional?]

Em relação à estas duas iniciativas do governo federal, Narvai e Frazão (2008 p.11) observam que: "[...] foram definidos em absoluta contraposição à unificação e à descentralização do sistema de saúde que, naquele contexto, passavam a se constituir em exigência claramente fixada pela nova Constituição da República, a 'Carta Magna'".

Botazzo (1994) ao apresentar e sistematizar as situações enfrentadas durante sua permanência no Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde (CADAIS) da Secretaria de Estado da Saúde, no período de 1988 a 1990, evidencia a situação caótica que a saúde bucal vivia na época. "[...] a assistência era prestada por inúmeras instituições em vários níveis de competência, freqüentemente descoordenadas entre si" (p.14). Segundo Botazzo (1994), a assistência odontológica ambulatorial era prestada pelos municípios, pelos serviços do INAMPS, pelos serviços das Secretarias de Estado da Promoção Social, da Justiça e Segurança Pública, além do Departamento de Assistência ao Escolar

(DAE) da Secretaria de Estado da Educação e da Secretaria de Estado da Saúde através da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. No conjunto, segundo Botazzo (1994), os dois últimos, garantiam uma cobertura em torno de 13% da população de 7 a 14 anos e 1/5 das consultas de urgência à população acima de 3 anos de idade, representando não mais que 1% da população adulta acima de 15 anos.

Com as Ações Integradas de Saúde (AIS), instituídas em 1983, mas que passaram a se efetivar a partir de 1986, tornou-se possível repensar a assistência odontológica no Estado de São Paulo, a partir de algumas experiências municipais. O programa de saúde bucal proposto à partir de 1986, previa a universalização do acesso à urgência, o atendimento às crianças a partir dos 3 anos de idade e atividades preventivas em massa (BOTAZZO, 1994).

Botazzo (1994) salienta que o avanço no processo de municipalização, a reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde em 65 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), a extinção do Departamento de Assistência ao Escolar e o esvaziamento da Superintendência Estadual do INAMPS ocorreram praticamente de uma forma simultânea e em um curto espaço de tempo, provocando grandes desarranjos na organização do trabalho e forte oposição da categoria odontológica às mudanças institucionais. Entre as questões que geravam maior resistência por parte dos profissionais, Botazzo (1994) identifica 3 eixos principais: a incorporação do atendimento de adultos, a incorporação de novas tecnologias em saúde bucal e a incorporação de pessoal auxiliar aos serviços, que na realidade impunham-se como resistência às reformulações da saúde bucal no Estado de São Paulo. Que segundo Botazzo (1994 p. 27) eram o: “[...] modo que tinham para objetivar suas resistências ao SUS”.

De forma a se ter uma visão da prática odontológica nos serviços públicos neste período, Botazzo (1994 p.57) salienta: “Aliviar o sofrimento humano cuidando da urgência – não importa, então, qual a faixa etária e via de regra através de práticas mutiladoras - e colocar a criança como sua prioridade, constitui-se no escopo da prática odontológica”.

Segundo o Ministério da Saúde[1] (1988, apud NARVAI, 1994 p.26) no documento intitulado “Perfil da odontologia brasileira”, além dos gastos insuficientes do setor público em relação à saúde bucal, os recursos apresentavam problemas de distribuição, sendo que aproximadamente 52% destinavam-se à atenção terciária da população urbana e 6% à população rural em sistemas de atendimento por livre demanda, sem qualquer programação. Dos 35% alocados a programas de cuidados básicos a grupos prioritários (escolares de 6 a 14 anos), apenas 2% eram destinados a ações coletivas de prevenção.

Em 1990, o novo governo, Fernando Collor de Mello, pôs fim ao “Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor” e a “Política Nacional de Saúde Bucal” (NARVAI; FRAZÃO, 2008) e definiu sua proposta para a área da saúde no documento: “Plano Qüinqüenal de Saúde 1990-1995 – A Saúde do Brasil Novo” (MS, 1990b), apresentando metas a serem atingidas relativas ao câncer de orofaringe, cárie dentária e doença periodontal e as atividades a serem desenvolvidas para alcançá-las, mas não especificando uma política para a área de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Entre as ações do governo Collor, a Portaria MS 1.437/90 de 14 de dezembro de 1990, propunha o “Programa Nacional de Controle da Cárie pelo Método de Fluoração do Sal”, que encontrou forte resistência dos técnicos e especialistas da

[1] - Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Perfil da odontologia brasileira. DNSB – Doc. Téc. 01/88. Brasília, mimeo, 1988. 23 p.

área (NEDER; MANFREDINI,1991) e do Conselho Nacional de Saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Narvai e Frazão (2008) evidenciam que durante o governo Collor, o INAMPS foi extinto, mas a lógica do financiamento por procedimentos foi mantida. Nesse contexto, foram criados os “Procedimentos Coletivos” por meio da Portaria n.º 184 de 9 de outubro de 1991. Não que fosse suficiente, mas tendo em vista que no período eram financiadas somente ações intersetoriais de fluoretação das águas e ações de assistência odontológica individual, tal medida criou condições para que medidas educativas e preventivas, tais como bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado pudessem ser financiadas pelo Fundo Nacional de Saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Segundo Garrafa (1993), a saúde bucal dentro do plano das políticas públicas sempre ficou relegada à um segundo plano. Entre 1985 e 1992 não se observou o menor interesse nem o menor compromisso de se “colocar as ações odontológicas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as recomendações da 8.ª Conferência Nacional de Saúde e da 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal ”. (GARRAFA, 1993 p. 52)

Paim (2003) relata que o governo Collor reduziu em quase 50% os recursos para a saúde.

Em 1992, com o *impeachment* de Collor, Itamar Franco assume a presidência, e o que se observou durante o seu governo, no âmbito federal, foi um declínio nas ações de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Segundo Roncalli e Araújo (2004), no início da década de 1990, início da implantação do novo modelo assistencial, baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a sua implementação acaba sendo prejudicada por

questões de financiamento e gestão, em decorrência da conjuntura política desfavorável, lembrando que os modelos assistenciais são determinados pelos contextos políticos, econômicos e sociais.

Em 1993, articulada à 9.ª Conferência Nacional de Saúde, realizou-se a 2.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2.ª CNSB), com o tema: “Saúde bucal é direito de cidadania”, em um ambiente marcado pela ameaça de uma ampla revisão constitucional, que colocava em risco o direito garantido à saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008). No contexto nacional, o momento se caracterizava por uma política econômica recessiva, a privatização do Estado, altas taxas de desemprego, arrocho salarial, fome, miséria, falta de saneamento básico e de moradia, refletindo-se drasticamente nos indicadores de vida da população (CNSB, 1993).

No plano mais geral, o foco das atenções se voltavam na resistência do governo em garantir a participação democrática da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS e de não avançar em direção à descentralização das ações e serviços (CNSB, 1993).

A partir do tema central, o relatório final da 2.ª CNSB, fruto do processo de construção coletiva, reafirmou a saúde como direito de cidadania; apresentou os pressupostos do modelo de atenção em saúde bucal; apontou as áreas prioritárias de desenvolvimento tecnológico; apresentou propostas de financiamento; questões relativas aos recursos humanos e; relativas ao controle social (CNSB, 1993).

O descontentamento com as políticas públicas relativas à saúde bucal, podem ser evidenciada no relatório final: “Demonstram a falência do sistema, os vergonhosos indicadores de saúde e de morbidade bucal existentes, traduzidos pelos elevados índices de mutilações, cáries dentárias, doenças periodontais, câncer

bucal, má oclusão e anomalias congênitas que colocam o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal no mundo" (CNSB, 1993).

Também evidencia a indignação pelo não cumprimento da lei: "É inadmissível o comportamento adotado pelo poder público quanto a fluoretação das águas de abastecimento público, condenando 70% da população brasileira a sobreviverem sem esse benefício" (CNSB, 1993 p.8).

Mas aponta caminhos (CNSB, 1993 p.8):

> As políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica, através da incorporação de pessoal auxiliar e de novas tecnologias, e o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não será possível obter impacto na cobertura da população e nem alterar suas características epidemiológicas.

Identifica grupos excluídos (CNSB, 1993 p.9): "A insuficiência de cobertura assistencial odontológica à população, bem como a falta de oferta de horários compatíveis para atendimento ao trabalhador".

Barbosa (1993), preocupado com os rumos que a Saúde Bucal vinha tomando no Sistema Único de Saúde, após cinco anos de promulgada a Constituição considera (BARBOSA, 1993 p. 71):

> Tão pouco, pode-se aceitar passivamente que os programas odontológicos de clientela fechada e/ou dirigidos a segmentos populacionais restritos sejam o limite das ações de saúde bucal no SUS; confundindo-se prioridade de assistência a uma parcela da população com exclusividade, rompendo-se desta forma com o princípio da universalidade.

Mendes et al.,[s.d] ressaltam que para garantir o direito à saúde, qualquer solução passa necessariamente pela existência de recursos financeiros. De acordo com Sophia (2002), as Normas Operacionais Básicas 91, 93, 96 e, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), tiveram por objetivo, oferecer orientações específicas e pactuadas, para reorganizar o modelo de gestão, alocar recursos, promover a integração entre as esferas de governo e promover a

transferência para estados e municípios das responsabilidades do Sistema Único de Saúde.

A Norma Operacional Básica (NOB), editada em 1991, conhecida como NOB 91, mantinha a gestão ainda muito centralizada, colocando os municípios na condição de meros prestadores de serviços (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES-SP, 2001).

A partir de maio de 1993 o Ministério da Previdência Social deixou de repassar para o Ministério da Saúde recursos da previdência social, criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária. Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela falta de uma fonte de financiamento que garantisse recursos para honrar os seus compromissos (MS, 2002a).

O processo de municipalização e a habilitação dos municípios nas práticas de gestão do Sistema tiveram início com a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93). A implantação e implementação da NOB 93 e, posteriormente da NOB 96, desencadearam um processo intenso de descentralização, transferindo aos estados e, principalmente aos municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SES-SP, 2001).

A NOB 96 produziu um grande impacto com a implantação do PAB (Piso da Atenção Básica), passando a financiar a atenção básica com pagamentos "*per capita"* e não mais apenas por procedimentos realizados (MS,1996), proporcionando um grande avanço em termos de gestão e planejamento, de acordo com a realidade local (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

O período de implementação da NOB 96, compreendido entre os anos 1998 e 2000, foi marcado por uma série de importantes avanços do processo de

descentralização do Sistema Único de Saúde. No que se refere ao modelo assistencial e da organização dos serviços, a NOB 96 permitiu a implementação de experiências inovadoras de atenção no nível local e avanços, tanto na organização da atenção básica, como na rede de referências, em vários municípios e estados, bem como a expansão da estratégia Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (MS, 2002a).

A partir de 1991, houve uma grande expansão de sistemas de prevenção em escolas e outros espaços sociais, principalmente em decorrência da Portaria 184 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, instituindo os procedimentos coletivos, criando condições para que as atividades educativas e preventivas da área de Saúde Bucal pudessem ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FRAZÃO, 1998). Narvai e Frazão (2008) também fazem referência aos inúmeros trabalhos apresentados em Encontros de Técnicos e Administradores de Serviços Públicos Odontológicos, indicando experiências públicas variadas, envolvendo diferentes populações-alvo e em contextos sociais diversificados, que ocorreram durante esse período, alertando porém que a grande limitação que sempre se colocava era em relação à integralidade da atenção.

Na apresentação do relatório do levantamento epidemiológico de base estadual (SES-SP; FSP-USP, 1999), Narvai e Fernandez, coordenadores da pesquisa salientam:“[...] a descentralização das ações e serviços de saúde, dentre eles os odontológicos, tornando possível o surgimento e consolidação de inúmeros programas municipais inovadores orientados à promoção da saúde bucal” (SES-SP; FSP-USP, 1999). Vários autores reconhecem que a década de noventa possibilitou um notável aumento no número de serviços odontológicos públicos, promovendo

iniciativas de educação em saúde, prevenção das doenças bucais e tratamentos curativos para crianças (ANTUNES et al., 2006).

Araújo (2000), apresentando dados relativos aos procedimentos coletivos no Estado de São Paulo, aponta um aumento de cobertura em torno de 35%, no período de 1992 a 1998. Em relação aos procedimentos individuais, Araújo (2000) observou que na rede de atendimento municipalizada, houve uma redução na proporção de procedimentos cirúrgicos, passando de 32,0% dos procedimentos realizados em 1987, para 14,4% dos procedimentos individuais realizados em 1998, com conseqüente aumento dos procedimentos conservadores, apontando na direção da inversão do modelo (ARAÚJO, 2000).

Porém, a nível nacional, de acordo com Narvai e Frazão (2008) "[...] foram poucos os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal sob os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1994 - 2001)." (NARVAI; FRAZÃO, 2008 p.13)

Barros e Bertoldi (2002) a partir dos dados do PNAD/1988 realizaram um estudo onde observaram que 4,4% dos indivíduos de 20 a 49 anos, nunca tinham ido ao dentista, variando de 0,7% para o quintil com melhores condições socioeconômicas e 11,3% para o quintil com piores condições socioeconômicas. Os autores observaram também que dos atendimentos odontológicos realizados no Brasil, apenas 24% eram realizados pelo SUS, enquanto que dos atendimentos não odontológicos realizados no país, 52% eram realizados pelo SUS.

No ano de 2000, através da Emenda Constitucional 29, foi estabelecida a obrigatoriedade da União aplicar no setor saúde valor equivalente ao empenhado no ano de 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado passou a ser calculado com base no "valor apurado no ano anterior", corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Para os estados e municípios

ficou estabelecida a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 7% da receita de impostos no ano 2000 e nos anos seguintes, esse percentual deveria ser acrescido, anualmente, à razão de um quinto, até atingir, em 2004, o percentual mínimo de 12% para as receitas estaduais e de 15% para as receitas municipais. (MS, 2003a)

Segundo Paim (2003), a Emenda Constitucional 29 procurou equacionar um dos maiores problemas do SUS, o financiamento, definindo responsabilidades mínimas para a união, estados e municípios.

Em 2001, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/01, fruto de longo processo de negociação, tinha como objetivo geral: “promover maior eqüidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Tendo seu foco principal na regionalização, como estratégia para a hierarquização, propôs estratégias para atingir os seus objetivos, que em linhas gerais poderiam ser resumidas: elaboração do Plano Diretor de Regionalização; fortalecimento das capacidades gestoras do SUS (por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação); amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica e propõe a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-los coerentes com o conjunto de mudanças propostas (MS, 2002b). Após algumas reformulações, a NOAS 01/01 foi reeditada em fevereiro de 2002, passando a ser reconhecida como NOAS 01/02 (MS, 2002b).

Na NOAS 01/02, a saúde bucal está entre as áreas de atuação estratégicas mínimas, sendo que as ações descritas a seguir, deveriam ser assumidas por todos

os municípios brasileiros, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica. (MS, 2002b).

Responsabilidades e Atividades mínimas a serem desenvolvidas:

- Prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes, prevendo a realização de procedimentos individuais preventivos e procedimentos coletivos (levantamento epidemiológico, evidenciação de placa, escovação supervisionada, bochechos com flúor e educação em saúde bucal);
- Tratamento dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes, prevendo a realização de consulta e outros procedimentos individuais curativos;
- Atendimento a urgências odontológicas prevendo a realização de consulta não agendada.

A NOAS 01/02 propôs a inclusão de restauração com ionômero de vidro, necropulpectomia em dentes decíduos e permanentes, glossorrafia e ulectomia (que faziam parte dos procedimentos especializados) para compor o Piso da Atenção Básica Ampliada (PAB-A)(MS, 2002b).

No final de 2000, uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal foi aberta, por meio da Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2.000 (NARVAI; FRAZÃO, 2008), estabelecendo incentivos financeiros para a incorporação das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo Programa, respeitando os seus princípios

organizativos e operacionais, estimulando dessa forma, a reorganização das ações de Saúde Bucal na atenção básica (MS, 2000a).

A Portaria 1.444 estabeleceu a relação de 1 Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada 2 equipes de Saúde da Família (ESF), devendo atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes. A Portaria n.º 267, de 6 de março de 2.001 (MS, 2001a), regulamenta a Portaria 1.444/2000, reafirmando os princípios do SUS e as estratégias de implantação do PSF, definidas anteriormente na Portaria 1.886/97, além de identificar as atribuições de cada um dos profissionais da equipe de Saúde Bucal, atribuindo, inclusive ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), atividades relativas à saúde bucal.

Em 2003, com a posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em uma nova conjuntura política (CNSB, 2005; NARVAI; FRAZÃO, 2008), forças democráticas que lutavam pela saúde bucal como um direito de cidadania, aglutinaram-se num projeto comum (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Logo no início de seu governo é editada a portaria 396/GM de 4 de abril de 2003, que promove um reajuste de 20% nos valores dos incentivos financeiros pagos pelo Ministério da Saúde aos municípios, para as equipes de saúde, para o programa de agentes comunitários e para as equipes de saúde bucal, sem alterar o valor dos recursos adicionais de implantação (MS, 2003b).

Também em 2003, por meio da portaria 673 de 3 de junho de 2003 altera a relação de 1 equipe de saúde bucal para cada 2 equipes de saúde da família, estabelecendo que poderão ser implantadas quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, desde que não ultrapassem o número de equipes de saúde da família (MS, 2003c), procurando desta forma, estimular os municípios, por meio de

incentivos financeiros, a implantarem uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família.

Em 2004, por meio da Portaria MS/GM 74 de 20 de janeiro o Ministério da Saúde reajusta os valores dos incentivos financeiros para as equipes de saúde bucal, oferecendo um percentual de reajuste um pouco maior para as equipes de modalidade II, que incluem os Técnicos em Higiene Dental, procurando estimular este tipo de modalidade . A referida portaria oferece 1 equipo odontológico completo para as equipes modalidade II implantadas, para a atuação do Técnico em Higiene Dental (THD), determinando que as equipes modalidade II que vierem a ser implantadas devem adquirir 2 equipamentos odontológicos completos. A portaria também oferece um incentivo financeiro adicional para todas as equipes já implantadas, para a compra de materiais permanentes utilizados nas fases clínicas para a confecção de prótese, reajustando o valor dos incentivos financeiros de implantação em igual valor, fazendo referência à compra de equipamentos e materiais permanentes para a confecção de prótese (MS, 2004a).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apresentadas em 2004 pela equipe de coordenação de saúde bucal do ministério da Saúde (MS, 2004b p.3) apontam para:

> [...] uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do 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 intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

As Diretrizes apresentam como pressupostos: a qualificação da atenção básica; atenção básica articulada com toda a rede de serviços; integralidade nas ações de saúde bucal; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território p/ subsidiar o planejamento; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por

meio de indicadores adequados; centrar a atuação na “Vigilância à Saúde”, incorporando práticas de avaliação e acompanhamento dos danos e risco, prevendo ações intersetoriais e sobre o território para enfrentamento dos problemas; incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia para a reorganização da atenção básica; definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal e formação imediata de pessoal auxiliar; estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações, visando à reorientação do modelo de atenção; definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal (MS, 2004b).

Entre os princípios norteadores, as diretrizes apontam: a universalidade; a integralidade; a eqüidade; a gestão participativa; a ética; o acesso (buscar o acesso universal para a assistência); o acolhimento (humanização); o vínculo (como resultado das ações do acolhimento e das respostas recebidas pelo usuário); a responsabilidade profissional (garantia de respostas resolutivas, respeito à identidade do usuário e conhecimento do seu contexto familiar e laboral) (MS, 2004b).

Entre as ações de promoção e proteção à saúde, as diretrizes apontam: a fluoretação das águas como uma prioridade governamental, inclusive a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis; a educação em saúde; a higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor, levando em consideração a situação epidemiológica (risco) (MS, 2004b).

Em relação às ações de recuperação (MS, 2004b p. 4):

> No âmbito da assistência as diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

E ainda advertem: “O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores — entendidos como todos aqueles executados para *manutenção dos elementos dentários — invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos*” (MS, 2004b p.11 grifo nosso).

As diretrizes, em relação às ações de recuperação, apontam também a necessidade de inclusão nas rotinas dos serviços, de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (biópsias e outros exames complementares) e a garantia do atendimento nos níveis de maior complexidade (MS, 2004b).

No que se refere à ampliação e qualificação da atenção básica, as diretrizes recomendam a realização de: prevenção e controle do câncer bucal; implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento; inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica; inclusão da reabilitação na atenção básica e ampliação do acesso (MS, 2004b).

Quanto aos adultos, as diretrizes consideram (MS, 2004b p.14):

> [...] os adultos em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo.

Recomendando também: “Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos” (MS, 2004b p. 14; CNSB, 2005).

As diretrizes apontam também que a oferta de serviços públicos odontológicos estão restritos praticamente aos procedimentos da atenção básica, sendo que apenas 3,5% dos procedimentos odontológicos produzidos pelo setor público, são procedimentos especializados. Desta forma as diretrizes propõem investimentos do Ministério da Saúde para a ampliação da oferta de procedimentos

de atenção secundária, através da implantação e/ou implementação de Centros que ofereçam atendimento especializado de forma a construir uma rede de atenção secundária e terciária que dê suporte adequado à atenção básica (MS, 2004b).

A 3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal ocorreu entre 29 de julho e 1.º de agosto de 2004, com a participação de 883 delegados(as), sendo 447 representantes de usuários, 228 representantes de trabalhadores e 208 representantes de prestadores e gestores dos serviços de saúde. A consecução das etapas municipal, estadual e nacional envolveu aproximadamente 90 mil pessoas (CNSB, 2005).

A partir do tema central: "Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social", as discussões foram desenvolvidas envolvendo quatro eixos temáticos: Educação e Construção da Cidadania; Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (CNSB, 2005).

O Relatório Final da 3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal traz uma enorme riqueza de percepções e reflexões, indicando os rumos a serem seguidos, mas particularmente algumas colocações, pela sua pertinência ao tema que se pretende discutir, não podem deixar de ser citados em sua íntegra:

> As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social (CNSB, 2005 p. 7)

E assim...

> [...] dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República. (CNSB, 2005 p. 7-8)

Esclarece (CNSB, 2005 p. 20):

> As desigualdades sociais, independente do indicador socioeconômico usado (renda, classe social, escolaridade ou ocupação, dentre outros), somadas ao processo de exclusão social exercem efeitos nefastos observados na saúde em geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde) e por conseqüência na saúde bucal, sendo que indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior renda.

E portanto propõem (CNSB, 2005 p. 116):

> Assegurar e ampliar o acesso às ações integrais de saúde bucal em todo o SUS, estendendo-a a todas as faixas etárias, segundo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), levando-se em conta os dados epidemiológicos regional.

Em 2006, após intensas discussões envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite em 26 de janeiro de 2006, e no Conselho Nacional de Saúde em reunião, no dia 9 de fevereiro de 2006 o "Pacto pela Saúde em 2006 - Consolidação do Sistema Único de Saúde", publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (MS,2006a) que apresenta o Pacto firmado entre os gestores do SUS: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (MS, 2006b).

Em relação à Atenção Básica à Saúde o pacto considera: "Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)" (MS,2006a p.39).

A Portaria 648 de 28 de março de 2006 (MS, 2006c) aprovou a "*Política Nacional de Atenção Básica*", revogando grande parte das Portarias apresentadas anteriormente (Portaria 1.882/GM de 18 de dezembro de 1997; Portaria 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997; Portaria 267/GM de 6 de março de 2001; Portaria

396/GM de 4 de abril de 2003; Portaria 673/GM de 3 de junho de 2003; Portaria 74/GM de 20 de janeiro de 2004). Entende-se que a Portaria 648 de 28 de março de 2006 revogou todas as Portarias supracitadas entre outras não citadas, para que todas as questões referentes à Atenção Básica fizessem parte de um documento único.

Na Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é referido "como a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil;" (MS, 2006c p. 71).

Na Portaria MS/GM 650 de 28 de março de 2006, entre outras questões relativas à estratégia saúde da família, o Ministério da Saúde reajusta o valor do incentivo adicional de implantação das equipes de saúde bucal, indicando que o recurso se destina a investimentos nas Unidades de Saúde e realização do Curso Introdutório (MS, 2006d).

No final do governo de Fernando Henrique Cardoso (dez. de 2002), no Brasil como um todo, os números apresentados pelo Ministério da Saúde apontavam a existência de 4.261 equipes de saúde bucal (MS, 2009). Ao final do primeiro mandato do governo Lula (2003 –2006), já eram 15.086 equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família (MS, 2009).

Em dezembro de 2002, aproximadamente 25,5% das Equipes de Saúde da Família tinham profissionais de saúde bucal. Em dezembro de 2005, essa proporção chegou a 51,3%, indicando um aumento na proporção de equipes de saúde bucal em relação às equipes de saúde da família (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

. Desde o lançamento do Programa Brasil Sorridente, até dezembro de 2005, foram implantados, 336 Centros de Especialidades Odontológicos, em 268 municípios distribuídos em 25 estados e no Distrito Federal. Nestes Centros, entre

janeiro e outubro de 2005, foram realizados, mais de 2,9 milhões de procedimentos especializados (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Costa, Chagas e Silvestre (2006) apontam que até o início de 2003, pouco mais de 70 milhões de brasileiros contavam com o benefício da água fluoretada. Dada a política de incentivo a fluoretação das águas de abastecimento público do governo federal (Brasil Sorridente), dados de dezembro de 2005 indicam que foram implantados, neste período (2003 – 2005), 205 novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento público, em 106 municípios de seis estados.

Em relação aos investimentos, dados de 2002, indicam que foram gastos R$ 56 milhões, na área de saúde bucal. Em 2003, foram investidos R$ 84 milhões, registrando um aumento de 46% de gastos na área. Em 2004, o investimento foi de R$ 184 milhões. Para 2005, foram mobilizados R$ 427 milhões para investimentos em saúde bucal, e a previsão é que, em 2006, fossem investidos R$ 545 milhões, o que corresponde a um aumento de quase dez vezes em relação ao valor investido em 2002 (COSTA; CHAGAS;SILVESTRE, 2006).

De forma a se ter uma idéia em linhas gerais dos caminhos percorridos pelas políticas públicas de saúde bucal desde a metade do século XX até o momento atual, percebe-se que a opinião dos diversos autores convergem para um mesmo ponto.

Medeiros Júnior(2004 p. 280):

> [...] entre os anos 1950 e fins dos anos 1980, a assistência odontológica pública no Brasil ficou caracterizada pelo fato de ter um modelo predominantemente de assistência a escolares(na maioria das vezes, com Sistema Incremental)e, para o restante da população, a assistência se dava pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as secretarias estaduais de saúde e entidades filantrópicas.

Costa, Chagas e Silvestre (2006) referem que a prestação de serviços odontológicos, na área pública, no Brasil, caracterizou-se, historicamente, por ações de baixa complexidade, em sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito. Os autores salientam que a maioria dos municípios brasileiros desenvolviam ações dirigidas aos escolar, de 6 a 12 anos, enquanto que os adultos e os idosos tinham acesso somente a serviços de urgência, em sua grande maioria mutiladores.

Roncalli (2006 p.217) lembra: "Historicamente, as políticas públicas de saúde bucal se pautaram por modelos de atenção que excluíam pacientes adultos e idosos e, por outro lado, trabalhavam na perspectiva de ignorar o tratamento reabilitador como uma atribuição do setor público."

Em relação ao setor privado, segundo Narvai (1994 p.91) :

> O notável desenvolvimento e expansão da odontologia de mercado, consolidado e impulsionado após o golpe de Estado de 1964, reafirmou a hegemonia das suas proposições de prática odontológica. Tal hegemonia mantém-se inalterada até os dias atuais, por várias razões: entre outras pela sua estreita vinculação com os detentores do poder político-econômico e sua perfeita adaptação à ideologia liberal-privatista.

No início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros ainda reproduz, sem qualquer critica, de uma forma mecânica, os modelo de prática odontológica do setor privado (NARVAI, 2006).

E por fim, Narvai e Frazão (2006) apontam que nos anos mais recentes, a política tem conseguido financiamento público para oferecer "[...]ações que vão além da atenção básica[...]", "[...] tem enfrentado o desafio da universalização da atenção, fazendo com que a atenção à saúde bucal no Brasil rompa finalmente o círculo que a tem mantido limitada ao atendimento de escolares e pré-escolares", reconhecendo o "direito de todos à saúde bucal" (NARVAI; FRAZÃO, 2006 p. 360).

O Programa Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011 apresenta os eixos de intervenção, as diretrizes, as medidas e metas prioritárias do governo federal

para o período de 2008 a 2011(MS, 2007). Em seu eixo 2 – “Atenção à saúde” propõe: “Qualificar e ampliar a rede de serviços de atenção básica garantindo, de forma compartilhada com estados e municípios, a expansão e a sustentabilidade financeira para a estratégia de saúde da família cobrindo a população usuária do SUS de forma integrada aos projetos sociais do governo federal”. Nesse mesmo eixo propõe ampliar das atuais 27.000 equipes de saúde da família para 40.000 até 2011. Em relação às equipes de saúde bucal, propõe ampliar das 16.500 para 24.000 até 2011. Quanto aos incentivos financeiros para as equipes de saúde bucal, propõe um acréscimo de aproximadamente 28% até 2011. O referido documento também apresenta em seu eixo 4 – “Força de trabalho em saúde” a proposta de promover a especialização de 65% dos profissionais de nível superior que atuam na estratégia Saúde da Família até 2011 (MS, 2007).

2.2 - Estudos epidemiológicos envolvendo adultos

2.2.1 - Estudos de prevalência de abrangência nacional

Pela inexistência de dados relativos às condições de saúde bucal a nível nacional na época, Pinto (1983) agregou dados de vários estudos (realizados nos estados da Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Distrito Federal), salientando porém que o maior volume de dados foi proveniente de São Paulo. Desta forma estimou o CPO-D

para os grupos etários 6 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59 anos. Pode-se observar que a divisão dos grupos etários são diferentes dos utilizados atualmente.

Aos 12 anos o CPO-D médio observado foi de 7,25, com 4,22 dentes em média cariados, 1,78 dentes restaurados, 0,78 dentes perdidos e 0,47 com sua extração indicada (PINTO, 1983).

Os dados relativos ao grupo etário de 15 a 19 anos, podem de certa forma, revelar as condições de saúde bucal dos jovens nesta idade, na época. Sendo assim, os dados apresentados por Pinto (1983), mostram um CPO-D médio para o grupo etário de 15 a 19 anos de 14,5 , com uma média de 7,54 dentes cariados, correspondendo à 52,0% na composição do índice, 2,21 dentes restaurados, correspondendo à 15,2% na composição do índice, 3,07 dentes extraídos, correspondendo à 21,2 % na composição do índice e 1,68 dentes com extração indicada, correspondendo à 11,6% na composição do índice.

Para o grupo etário de 30 a 39 anos, o estudo de Pinto (1983) revelou um CPO-D médio de 21,36, sendo que a média de dentes perdidos foi 12,26, correspondendo a 57,4% do índice, e no grupo etário de 40 a 49 anos o CPO-D médio encontrado foi 24,71, com média de 16,78 dentes perdidos, correspondendo a 67,91% do índice (PINTO, 1983).

O primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal de base nacional realizado no Brasil foi em 1986 desenvolvido pelo Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal (MS, 1988).

A pesquisa foi realizada em 16 capitais estaduais, consideradas como representativas das cinco macro-regiões brasileiras (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul). Foram examinados indivíduos dos grupos etários de 6 a 12, 15 a

19, 35 a 44 e 50 a 59 anos de idade, totalizando 21.960 exames em todo o Brasil (NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999). Os dados estão disponíveis para as 5 macro-regiões do Brasil e para a cidade de São Paulo (MS, 1988).

As pessoas até 19 anos foram examinadas nas escolas selecionadas, acima desta idade os exames foram realizados nos domicílios. Os critérios utilizados são apresentados no relatório final, cabendo salientar que todos os dentes ausentes foram considerados como perdidos por cárie, independentemente do motivo que levou à extração (doença periodontal, motivos ortodônticos, trauma, entre outros) (MS, 1988).

Os dados apresentados a seguir são referentes ao Brasil como um todo. Os dados referentes ao município de São Paulo serão apresentados no tópico referente aos estudos de abrangência municipal.

Para o grupo etário de 35 a 44 anos, foi encontrado um CPO-D médio de 22,5 constituído por uma média de 2,9 dentes cariados, correspondendo à 13,0% na composição do índice, 3,7 dentes obturados, correspondendo à 16,5% na composição do índice, 15,0 dentes perdidos, correspondendo à 66,5% na composição do índice e 0,9 dentes com extração indicada, correspondendo à 4,0% na composição do índice (MS, 1988).

O relatório aponta um crescimento contínuo do CPO-D de acordo com a idade, mas denuncia que este aumento ocorre fundamentalmente em decorrência da participação crescente do componente perdido, que para os grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 50 a 59 anos assumem valores percentuais de 15,2%, 66,5% e 86,0% respectivamente (MS, 1988).

Para o Brasil como um todo, a pesquisa também evidenciou diferenças estatisticamente significativas para o CPO-D na idade de 35 a 44 anos, entre alguns

estratos de renda, onde as menores médias foram encontradas entre as pessoas que apresentavam maior renda familiar. O estudo revela ainda que aos 18 anos de idade, apenas 40% dos jovens não tiveram nenhum dente extraído, se considerado o componente “extração indicada”, este percentual reduz-se à 33% dos jovens (MS , 1988). Quando se considera a renda, observa-se que entre os jovens de 18 anos cuja renda familiar era de até 2 salários mínimos, apenas 26% não apresentavam nenhum dente perdido. Entre os jovens cuja renda familiar era de 5 ou mais salários mínimos, 57% não apresentavam nenhum dente perdido.

Embora o estudo não explicite literalmente o percentual de edentulismo, a partir das informações sobre o uso e necessidade de próteses totais e do percentual de pessoas com todos os sextantes nulos, obtidos através dos resultados do exame periodontal é possível fazer uma aproximação, conforme sugerido por Roncalli (2006). Desta forma, é possível observar que o percentual de indivíduos com todos os sextantes nulos na idade de 35 a 44 anos, no estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 1986 foi de 19,44%, variando muito de acordo com a renda, de tal forma que na população de mais baixa renda (até 2 salários mínimos) 24,20% dos examinados apresentaram tal situação e na população de maior renda (5 e mais salários mínimos) o percentual de pessoas com todos os sextantes nulos foi de 8,92%.

A análise do edentulismo obtida a partir do exame periodontal apresentou outros aspectos interessantes, o sextante superior central foi o que se apresentou mais freqüentemente sadio entre os sextantes das pessoas de 35 a 44 anos e também foi o que se apresentou mais freqüentemente como nulo, decorrente da ausência de dentes, levando-se a acreditar que as exodontias podem ter sido realizadas por outros motivos que não a presença de doenças, aspecto este

apontado no relatório do Ministério da Saúde e justificado como sendo: “o mais sujeito a extrações para colocação de próteses parciais ou totais”. (MS, 1988 p. 89).

Quando se observa o edentulismo de acordo com as arcadas, a partir do número de sextantes nulos obtidos no exame periodontal, observa-se uma tendência de um maior número de extrações na arcada superior, uma vez que o percentual de pessoas com todos os sextantes nulos na arcada superior foi de 46,0% e o percentual de pessoas com todos os sextantes nulos na arcada inferior foi de 33,8% (MS, 1988).

Avaliando-se o edentulismo de acordo com o uso e necessidade de próteses, a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (1988) revelou que no grupo etário de 35 a 44 anos, 12,86% das pessoas possuíam duas próteses totais (superior e inferior) e 3,47% das pessoas necessitavam de duas próteses totais (superior e inferior) concluindo-se que 16,33% das pessoas neste grupo etário eram edêntulas (MS, 1988)

O percentual de acesso ao atendimento odontológico no último ano obtido através da pergunta: “Recebeu atendimento dentário no último ano?” (MS 1988 p. 23), foi de 44,29% entre os indivíduos de 35 a 44 anos. (MS, 1988).

Narvai (1994) relata que embora não tivesse um grande número de informações epidemiológicas na época (1986), as disponíveis apontavam um quadro que foi caracterizado como caótico na I Conferência Nacional de Saúde Bucal e perante as “Metas de Saúde Bucal” propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000. Em relação à população de 35 a 44 anos, o autor refere que o estudo de 1986 apontou que “aproximadamente um em cada dois brasileiros está desdentado” (p.17).

Em 1993, o Serviço Social da Indústria (SESI), realizou um levantamento epidemiológico envolvendo crianças de 3 a 14 anos de idade. A pesquisa foi realizada em 114 cidades de 21 estados e envolvendo o Distrito Federal. Contou com financiamento do Ministério da Saúde, e recebeu também colaboração financeira de empresas privadas, gerando um dado oficial do CPO-D aos 12 anos para o Brasil em 1993 (RONCALLI, s.d), não envolvendo porém o exame de adultos.

Após 10 anos da realização do primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional (1986), a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em conjunto com os Conselhos Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e as Secretarias Estaduais de Saúde realizou um levantamento epidemiológico, obtendo dados para a cárie dental em crianças de 6 a 12 anos (RONCALLI, s.d), mas os adultos não foram envolvidos nesta pesquisa.

Em 1999, o Ministério da Saúde criou um sub-comitê para elaboração e execução do Projeto “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, um projeto de levantamento epidemiológico de base nacional, para avaliar os principais agravos à saúde bucal na população brasileira, nos diferentes grupos etários, envolvendo tanto a população da zona urbana como da zona rural (MS, 2004c).

O SB Brasil envolveu aproximadamente 2.000 trabalhadores, contando com a participação de várias instituições e entidades odontológicas – Conselho Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, Faculdades de Odontologia, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MS, 2004c).

Para se obter inferência para as macrorregiões brasileiras, por porte populacional dos municípios e para cada idade ou grupo etário foi aplicada técnica

de amostragem probabilística por conglomerados em três estágios. A amostra pesquisada torna os dados representativos para cada uma das macrorregiões brasileiras, por porte populacional do município e para cada idade ou grupo etário (MS, 2004c).

O levantamento dos dados foi realizado entre maio de 2002 e outubro de 2003, em unidades domiciliares, escolas e creches por equipes especialmente treinadas em 250 municípios brasileiros de diferentes portes populacionais. Foram examinados indivíduos de 18 a 36 meses, 5 e 12 anos, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. Os exames envolviam a observação de cárie dentária em coroa e raiz, necessidade de tratamento odontológico do elemento dentário, condição periodontal do sextante, oclusão dentária, uso e necessidade de prótese, fluorose dentária e presença de alterações de tecidos moles. Foram obtidos também dados relativos à condição socioeconômica do examinado, acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal. Foram adotados os critérios da Organização Mundial da Saúde - 4a edição (MS 2001b, 2001c).

No Brasil como um todo, foram examinadas 108.921 pessoas nas diferentes idades e grupos etários. No grupo etário de 35 a 44 anos foram examinados 13.431 indivíduos, correspondendo à 12,3% da amostra. Na região Sudeste, neste mesmo grupo etário foram examinados 2.340 indivíduos. Entre os indivíduos examinados do grupo etário de 35 a 44 anos, independentemente da região, a maioria (88,3%) não era estudante, 78,9% moravam em casa própria, 73,3% não possuíam automóvel, 97,2% tinham recebido atendimento odontológico pelo menos uma vez, 37,8% tinham recebido atendimento odontológico a menos de um ano, 48,2% o fizeram em serviço público. Independentemente do local de atendimento, 45,6% o procuraram em decorrência de dor e 26,3% para consulta de rotina/manutenção. Quando

questionados sobre a avaliação do atendimento recebido independentemente do tipo de serviço utilizado (público, privado, filantrópico,etc) 83,3% avaliaram como “bom” ou “ótimo”. Em relação à autopercepção, quando questionados sobre ”Como classificaria sua saúde bucal?”, 38,3% classificou como “boa” ou “ótima”, 37,1% como “regular” e 22,1% estavam insatisfeitos e classificaram como “péssima” ou “ruim”. Em relação à aparência 41,0% consideraram “boa” ou “ótima”, porém 21,9% consideraram “péssima” ou “ruim”. Em relação à mastigação, 54,7% consideraram “boa” ou “ótima” e 19,2% consideraram “péssima” ou “ruim”. Em relação à fala devido aos dentes e gengivas, 68,8% consideraram “boa” ou “ótima” e 10,0% consideraram “péssima” ou “ruim”. Quando questionados sobre o quanto a saúde bucal afeta o relacionamento com outras pessoas, 62,0% responderam que não afeta, 14,4% responderam que afeta pouco, 8,1% que afeta mais ou menos e 7,0% que afeta muito. Quando questionados sobre o quanto de dor sentiu nos últimos 6 meses, 65,2% responderam nenhuma dor, 17,0% pouca dor, 7,8% média dor e 10,1% muita dor (MS, 2004c).

A prevalência de cárie encontrada para os indivíduos de 35 a 44 anos no Brasil como um todo foi de 99,48% e 99,27% na região Sudeste (MS, 2004c).

O CPO-D médio para os indivíduos de 35 a 44 anos encontrado para o Brasil como um todo foi de 20,13 (7,74) e para a região Sudeste 20,30 (7,74). Os dados apresentados a seguir são referentes à região Sudeste com os valores referentes ao Brasil como um todo entre parênteses para efeitos comparativos. O componente cariado apresentou valor médio de 2,27 (2,68) correspondendo a 11,18% (13,31%) na composição do índice. O componente obturado apresentou valor médio de 6,39 (4,22) correspondendo a 31,48% (20,96%) na composição do índice. O componente

perdido apresentou valor médio de 11,64 (13,23) correspondendo a 57,34% (65,72%) na composição do índice (MS, 2004c).

A condição periodontal, aferida pelo Índice Periodontal Comunitário, de acordo com a pior condição encontrada mostrou que 22,99% (21,94%) dos adultos entre 35 a 44 anos apresentaram todos os sextantes sadios; 9,74% (9,97%) apresentavam como pior condição o sangramento; 42,78% (46,76%) apresentavam como pior condição o cálculo; 10,13% (7,86%) apresentavam como pior condição, bolsa de 4 a 5 mm; 2,39% (2,12%) apresentavam como pior condição, bolsas com 6 mm ou mais e; 11,97% (11,35%) apresentavam todos os sextantes excluídos. É interessante notar que no grupo etário de 35 a 44 anos, 3,49% (2,5%) dos sextantes apresentavam bolsa de 4 a 5 mm e 0,83% (0,67%) apresentavam bolsa com 6 mm ou mais, aparentemente demonstrando uma baixa prevalência de doença periodontal severa, porém, deve-se levar em consideração que 28,41% (35,1%) dos sextantes foram excluídos, por não apresentarem nenhum dente ou apresentarem apenas um dente funcional. (MS, 2004c).

Em relação às perdas dentárias no grupo etário de 35 a 44 anos, os dados obtidos no SB Brasil 2003 apontam que apenas 53,96% dos brasileiros nesta idade apresentavam 20 ou mais dentes, e na região Sudeste 62,35% dos indivíduos apresentavam tal condição. (MS, 2004c).

2.2.2 Estudos de prevalência de abrangência estadual

O estudo realizado por Rosa (1987) apresenta os dados obtidos em levantamento epidemiológico de base estadual realizado em 1980 e 1982, com escolares de 7 a 14 anos, matriculados em escolas da rede estadual de ensino que dispunham de assistência odontológica. A metodologia da pesquisa não envolveu o exame de adultos.

Em 1998 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, realizaram o "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo – 1998" (SES-SP; FSP-USP,1999).

Neste estudo foram verificadas as condições de saúde bucal da população de 5 a 12 e de 18 anos de idade e obtidos dados exploratórios de adultos de 35 a 44 anos, vinculados às unidades das redes de ensino público e privado do estado, e dos idosos de 65 a 74 anos de idade, usuários de serviços de saúde e/ou associados a grêmios. Foram obtidos dados relativos à cárie dentária, necessidade de tratamento referente à cárie dentária, doença periodontal, fluorose, oclusão dentária, uso e necessidade de prótese. O estudo foi realizado nas 24 Direções Regionais de Saúde, envolvendo 133 municípios do estado, de pequeno porte (até 10 mil habitantes), médio porte (mais de 10 mil até 50.000 habitantes) e grande porte (mais de 50 mil habitantes). Os exames foram realizados de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde – 4.ª edição. A coleta de dados foi realizada de agosto a dezembro de 1998. Na faixa etária de 5 a 12 anos e para a

idade de 18 anos, os dados têm inferência para o estado, para cada uma das Direções Regionais de Saúde e para cada um dos municípios envolvidos. Para o grupo etário de 35 a 44 anos os dados podem ser inferidos para o estado e para cada uma das 24 Direções Regional de Saúde (SES-SP; FSP-USP,1999).

Foram examinados 89.114 pessoas em todo o estado, sendo 5.778 trabalhadores do grupo etário de 35 a 44 anos da área de educação. A prevalência de cárie encontrada para o grupo etário de 35 a 44 anos foi de 98,1% (SES-SP; FSP-USP,1999).

O estudo revelou um CPO-D médio de 21,0 no grupo etário de 35 a 44 anos. As pessoas examinadas apresentaram em média 1,5 dentes cariados, 10,2 dentes perdidos e 9,3 dentes restaurados. Em termos percentuais a distribuição dos componentes foi de 7,1% de dentes cariados, 48,4% de dentes perdidos e 44,5% de dentes restaurados (SES-SP; FSP-USP,1999).

Como o estudo obteve informações de diversas idades e grupos etários, possibilitou verificar um aumento crescente do componente perdido de acordo com a idade, sendo que aos 5 anos a porcentagem de dentes extraídos era de 2,8%, aumentando para 2,9% aos 12 anos, atingindo um valor de 7,4% aos 18 anos, aumentando vertiginosamente para 48,4% no grupo etário de 35 a 44 anos e atingindo 92,9% no grupo etário de 65 a 74 anos, indicando um traço marcante e persistentes da prática odontológica: a mutilação. Tais dados também evidenciam a necessidade dos serviços públicos oferecerem programas de saúde bucal aos trabalhadores (SES-SP; FSP-USP,1999).

Em relação à condição periodontal, avaliada pelo Índice Periodontal Comunitário, de acordo com a pior condição encontrada, no grupo etário de 35 a 44 anos, os dados revelaram que 30,0% dos adultos apresentavam todos os sextantes

sadios, 13,5% apresentavam como pior condição o sangramento gengival, 33,8% apresentavam como pior condição a presença de cálculo, 8,5% apresentavam como pior condição, bolsa de 4 a 5 mm, 3,0% apresentavam pelo menos um sextante com bolsa de 6 mm ou mais e 11,2% apresentavam todos os sextantes excluídos (SES-SP; FSP-USP,1999).

Quanto à necessidade de tratamento, no estado como um todo, 5,1% dos indivíduos do grupo etário de 35 a 44 anos apresentaram necessidade de tratamento odontológico (SES-SP; FSP-USP,1999).

Alguns aspectos importantes foram observados em relação aos jovens de 12 anos de idade. Em 1982 os dentes extraídos correspondiam a aproximadamente 7% na composição do índice, em 1998, a sua participação foi de 3% na composição do índice (SES-SP; FSP-USP,1999).

Em 2002, em decorrência do Projeto “SB Brasil 2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000” (MS, 2000b), o Estado de São Paulo optou por ampliar a amostra para obter representatividade dos dados para o estado e, sendo assim, a Secretaria de Estado da Saúde realizou convênio de cooperação técnica com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para execução do Projeto. Este estudo que foi realizado dentro da proposta do Ministério da Saúde com a ampliação da amostra para o estado de São Paulo ficou conhecido como “Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002” (SES-SP; FSP-USP,2002). A metodologia utilizada foi a proposta para o “SB Brasil 2000”, incluindo apenas o sorteio de mais 16 municípios, atingindo assim o número de 7 municípios por porte, o que garantiu a participação de 35 municípios na amostra para o estado (SES-SP; FSP-USP,2002).

Foram examinados 16.708 indivíduos em 35 municípios do estado de São Paulo, sendo 1.718 adultos do grupo etário de 35 a 44 anos de idade. Dados gerais do estudo apontaram que a maioria (66,7%) morava em casa própria quitada, com uma média de 6,0 cômodos e as famílias eram constituídas em média por 4,1 pessoas. A média de escolaridade foi de 7,1 anos estudo. Mais da metade dos participantes (53,2%) apresentou renda média mensal inferior a 3 salários mínimos. Quanto à posse de automóvel, 60,2% não possuíam (SES-SP; FSP-USP,2002).

Em relação ao acesso ao atendimento odontológico, 91,4% dos adultos entre 35 e 44 anos já foram ao dentista, a maioria (45,6%) respondeu ter sido atendidos no serviço público. Em relação ao motivo do atendimento, 37,9% dos adultos responderam ser consulta de rotina/manutenção e para 37,5% a dor motivou a busca. Em relação a receber orientações sobre saúde bucal, 69,3% dos indivíduos deste grupo etário relatou ter recebido orientações e o mesmo percentual (69,3%) julgou necessitar de algum tipo de tratamento odontológico. Quanto ao fato da saúde bucal afetar a relação com as outras pessoas, 7,0% dos adultos respondeu que afeta muito (SES-SP; FSP-USP, 2002).

A prevalência de cárie encontrada nos adultos (35 a 44 anos) foi de 99,4%. O CPO-D médio para este grupo etário foi de 20,32 (7,61). O componente cariado apresentou um valor médio de 1,71 correspondendo a 8,41% na composição do índice. O componente restaurado apresentou valor médio de 7,36, correspondendo a 36,20% na composição do índice. O componente perdido apresentou valor médio de 11,25, correspondendo a 55,39% na composição do índice (SES-SP; FSP-USP, 2002).

O CPO-D médio sofreu pequenas variações de acordo com a renda, nos adultos. No grupo que tinha uma renda familiar mensal menor que um salário

mínimo, o CPO-D médio foi de 20,98, e no grupo que apresentava renda familiar de 20 ou mais salários mínimos, apresentou CPO-D de 20,19. No entanto, o número médio de dentes perdidos apresentou-se inversamente relacionado com a renda, assumindo um valor médio de 14,1 para o grupo com renda familiar inferior a um salário mínimo e um valor médio de 9,0 para o grupo com renda familiar de 20 ou mais salários mínimos (SES-SP; FSP-USP, 2002).

Em relação à condição periodontal, no grupo etário de 35 a 44 anos, observou-se que 34,2% dos examinados apresentaram todos os sextantes sadios, 11,3% apresentaram como pior condição a presença de sangramento, 43,8% apresentaram como pior condição a presença de cálculo, 6,2% apresentaram bolsa de 4 a 5 mm como pior condição, 1,3 % apresentaram bolsa com 6 mm ou mais como pior condição e 3,2% apresentaram todos os sextantes nulos. Os percentuais apresentados foram calculados a partir dos dados apresentados, excluindo-se os não examinados (SES-SP; FSP-USP, 2002).

Em relação à necessidade de tratamento, 71,7% eram necessidades restauradoras, 19,8% eram exodontias e 4,84% diziam respeito a tratamentos endodônticos (SES-SP; FSP-USP, 2002).

2.2.3 Estudos de prevalência de abrangência municipal

De acordo com o estudo realizado pela Faculdade de Saúde Pública em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO; FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1997), levantamentos epidemiológicos realizados no município de São Paulo que contenham documentação que permita a análise estatística dos dados, foram realizados por Souza (1970), Departamento de Saúde do Escolar (1983) e pelo Ministério da Saúde (1986) (MS, 1988).

O estudo de Souza (1970), teve como público alvo, crianças de 8 a 12 anos (SOUZA, 1970). O estudo realizado pelo Departamento de Saúde do Escolar (1983), embora não tenha sido consultado em sua íntegra, as referências indicam tratar-se de levantamento realizado pela Secretaria Municipal da Educação, tendo como público alvo os escolares de São Paulo.

Portanto, dentre os três estudo citados anteriormente, o único levantamento que disponibiliza dados a nível municipal, referente à condição de saúde bucal da população adulta, seria o levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 1986 (MS, 1988).

Os dados relativos à condição dentária, do grupo etário de 35 a 44 anos no município de São Paulo, obtidos do levantamento nacional realizado em 1986 (MS, 1988) indicam um CPO-D médio de 22,6. A média de dentes referente a cada um dos componentes do índice, com sua respectiva proporção na composição do índice foram: 2,0 (8,8%) dentes cariados, 4,5 (19,8%) dentes obturados, 15,2 (67,5%) dentes perdidos e 0,9 (3,9%) dentes com extração indicada (MS, 1988).

O relatório aponta um crescimento contínuo do CPO-D de acordo com a idade, mas salienta que este aumento ocorre fundamentalmente em decorrência da participação crescente do componente perdido, que para os grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 50 a 59 anos os valores assumem percentuais de 15,3%, 67,5% e 85,7% respectivamente, da mesma forma que foi observado para o Brasil como um todo (MS, 1988).

De acordo com Roncalli (2006), é possível obter valores aproximados referentes ao edentulismo, a partir das informações sobre o uso e necessidade de próteses totais e do percentual de pessoas com todos os sextantes nulos, obtidos do exame periodontal. Desta forma, foi possível observar que o percentual de indivíduos com todos os sextantes nulos na idade de 35 a 44 anos, no município de São Paulo (MS, 1988) foi de 17,52%, variando muito de acordo com a renda, de tal forma que na população de mais baixa renda (até 2 salários mínimos) 19,43% dos examinados apresentaram tal situação e na população de maior renda (5 e mais salários mínimos) o percentual de pessoas com todos os sextantes nulos foi de 11,64%.

Quando se procura avaliar o edentulismo, a partir do número de sextantes nulos obtidos no exame periodontal, observa-se um percentual maior de pessoas com todos os sextantes nulos na arcada superior (47,94%) do que na arcada inferior (35,4%) (MS, 1988).

O sextante superior central foi o que se apresentou mais freqüentemente sadio entre os sextantes das pessoas de 35 a 44 anos e também foi o que se apresentou mais freqüentemente como nulo, decorrente da ausência de dentes, dados estes que coincidem com os encontrados para o Brasil como um todo, reforçando a hipótese anteriormente apresentada que as exodontias podem ter sido realizadas por outros motivos que não a presença de doenças. (MS, 1988 p. 89).

Avaliando-se o edentulismo no grupo etário de 35 a 44 anos, de acordo com o uso e necessidade de próteses, no município de São Paulo (MS, 1988), foi possível observar que 13,8% das pessoas possuíam duas próteses totais (superior e inferior) e 2,4% das pessoas necessitavam de duas próteses totais (superior e inferior) e

desta forma, pode-se concluir que 16,2% das pessoas neste grupo etário eram edêntulas (MS, 1988).

Em relação ao acesso ao atendimento odontológico (independentemente de ser serviço público ou privado) 46,13% dos indivíduos residentes no município de São Paulo, responderam ter recebido atendimento odontológico no último ano (MS, 1988).

Em 1996, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em conjunto com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo realizaram levantamento epidemiológico envolvendo crianças de 5 a 12 anos de idade, matriculadas em escola públicas e privadas do município de São Paulo (SES-SP; FSP-USP,1997), mas tal estudo, não envolveu adultos.

O "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998" (SES-SP; FSP-USP,1999), conforme referido anteriormente permitiu obter dados exploratórios para os adultos de 35 a 44 anos, para o município de São Paulo.

O estudo revelou um CPO-D médio de 18,9 na capital (DIR I) no grupo etário de 35 a 44 anos. A média de dentes referentes a cada um dos componentes do índice, com sua respectiva proporção na composição do índice foram: 1,0 (5,4%) dentes cariados; 10,0 (52,9%) dentes restaurados e 7,9 (41,7%) dentes perdidos (SES-SP; FSP-USP,1999).

Em relação à condição periodontal, avaliada pelo Índice Periodontal Comunitário, conforme a pior condição encontrada, os dados revelaram que 27,6% dos adultos (35 a 44 anos) apresentavam todos os sextantes sadios, 5,5% apresentam como pior condição o sangramento gengival; 40,5% apresentavam como pior condição a presença de cálculo, 14,7% apresentavam como pior condição

encontrada, bolsa de 4 a 5 mm, 3,1% apresentavam pelo menos um sextante com bolsa de 6 mm ou mais e 8,6% apresentavam todos os sextantes excluídos (SES-SP; FSP-USP,1999).

Como o estudo obteve informações de diversas idades e grupos etários, possibilitou verificar um aumento do componente perdido de acordo com a idade, sendo que aos 5 anos a porcentagem de dentes extraídos era de 0,6%, aumentando para 4,9% aos 12 anos, atingindo um valor de 8,4% aos 18 anos, aumentando para 41,7% no grupo etário de 35 a 44 anos e atingindo 91,4% no grupo etário de 65 a 74 anos, indicando que a extração de dentes ainda é uma prática odontológica persistentes no município de São Paulo (SES-SP; FSP-USP,1999).

Em relação ao estudo "Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002" (SES-SP; FSP-USP,2002), os dados referentes aos indivíduos de 35 a 44 anos, não estão disponíveis por município, no relatório.

2.2.4 Estudos analíticos no Brasil

Frazão, Antunes e Narvai (2003) utilizando os dados obtidos para a população de 35 a 44 anos do levantamento de base estadual realizado em 1998 (SES-SP; FSP-USP,1999), procuraram analisar a relação das perdas dentárias com as variáveis demográficas e ambientais. Os autores utilizaram como variável dependente a proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos, baseando-se na meta proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000. A partir do cálculo do risco relativo os autores puderam verificar diferenças

estatisticamente significativas na proporção de indivíduos que apresentavam mais de 12 dentes perdidos, sendo que os indivíduos de maior risco foram os indivíduos de 40 a 44 anos, os negros, os que moravam na zona rural, os que moravam em municípios sem água fluoretada e os que moravam em pequenos municípios (até 10.000 habitantes). O sexo não se apresentou associado de uma forma estatisticamente significativa com o desfecho. Frazão, Antunes e Narvai (2003) também utilizaram medidas agregadas tomando por base os municípios, utilizando indicadores relacionados ao grau de desenvolvimento dos municípios. A partir do teste de correlação de Pearson o estudo evidenciou que quanto maior a taxa de analfabetismo no município, ou a proporção de pessoas com renda igual ou inferior a meio salário mínimo, maior a proporção de trabalhadores com mais de 12 dentes perdidos ($p<0,001$). Também foi possível observar que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a renda média familiar correlacionaram-se inversamente com a proporção de pessoas com mais de 12 dentes perdidos ($p<0,001$).Os autores concluem que as menores taxas de perdas dentárias foram encontradas onde eram melhores o grau de desenvolvimento humano e os indicadores sociais.

Baseando-se nos dados do SB Brasil 2003, da população de 35 a 44 anos, Roncalli (2006) procurou observar possíveis associações entre o edentulismo e algumas variáveis socioeconômicas. Os resultados apresentados revelam diferenças estatisticamente significantes em relação ao edentulismo total e edentulismo em 1 maxilar, de acordo com: o sexo (as mulheres apresentaram maior prevalência de edentulismo quando comparadas aos homens); localização geográfica (os indivíduos que vivem na zona rural apresentaram maior prevalência de edentulismo quando comparados aos indivíduos que moram na zona urbana); porte populacional do município (os indivíduos que vivem em municípios com até 10 mil habitantes

apresentaram maior prevalência de edentulismo quando comparados aos indivíduos que vivem em municípios com mais de 10 mil habitantes); situação administrativa do município (os indivíduos que vivem em municípios que não seja a capital apresentaram maior prevalência de edentulismo quando comparados aos indivíduos que vivem nas capitais); renda familiar (os indivíduos que têm uma renda familiar inferior a 400 reais apresentaram maior prevalência de edentulismo quando comparados aos indivíduos com renda familiar igual ou superior a 400 reais); escolaridade (os indivíduos com menos de 7 anos de estudo apresentaram maior prevalência de edentulismo quando comparados aos indivíduos com 7 ou mais anos de estudo), todos com alta significância estatística ($p < 0,0001$).

Roncalli (2006) salienta que as perdas dentárias no Brasil se iniciam muito cedo, baseando-se nos dados do SB Brasil 2003, o autor argumenta que o aumento expressivo que ocorre com o CPO-D da idade de 12 para o grupo etário de 15 a 19 anos “se dá, perigosamente, a expensas do componente extraído” (p.210), pois enquanto o CPO-D sofre um aumento de 122% (2,78 aos 12 anos passando a 6,17 no grupo etário de 15 a 19 anos), o componente perdido sofre um aumento de 394%, passando de 0,18 aos 12 anos para 0,89 no grupo etário de 15 a 19 anos, considerando ainda, os registros das necessidades de tratamento para este mesmo grupo etário, os dados apontam que em média 0,28 dentes necessitariam ser extraídos, desta forma, o autor conclui que em decorrência da precariedade da assistência e da quase inexistência de serviços de maior complexidade, extrações estão sendo realizadas sem a devida indicação.

Barbato et al (2007) realizaram um estudo a partir dos dados obtidos no levantamento “SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003” para verificar possíveis associações entre as perdas dentárias em

adultos com idade entre 35 e 44 anos e algumas variáveis demográficas, socioeconômicas e de utilização de serviços odontológicos, obtidas durante a realização dos exames. Foram analisados dados de 13.431 indivíduos, tendo como variável dependente o número de dentes perdidos (≤ 12 e >12). As variáveis independentes estudadas foram: localização geográfica, gênero, cor da pele, idade, renda *per capita*, escolaridade, tempo decorrido desde a última consulta odontológica e tipo de serviço utilizado. Nas análises univariadas a localização geográfica (urbano/rural), o gênero, a idade, a cor da pele, a renda, a escolaridade, tempo desde a última consulta ao dentista e o tipo de serviço odontológico utilizado (público ou privado) apresentaram-se fortemente associados ao maior número de perdas dentárias ($p<0,01$). Para a análise multivariada os autores construíram um modelo hierárquico, onde as variáveis demográficas e socioeconômicas (bloco 2) foram ajustadas entre si e pela região geográfica (bloco 1). As variáveis relativas aos serviços odontológicos (bloco 3) foram ajustadas entre si e pelas variáveis dos blocos 1 e 2. As análises multivariadas apontaram uma forte associação das perdas dentárias com o fato do indivíduo residir em zona rural, ser mulher, ter renda *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo, ter menor escolaridade e ter idade mais avançada. Os que consultaram o dentista a mais tempo e os usuários de serviço público também apresentaram mais chance de ter menos de 20 dentes, independentemente da localização geográfica e das condições demográficas e socioeconômicas. Tendo em vista tais resultados, os autores sugerem a reorientação dos serviços públicos odontológicos, para ações de prevenção de novas perdas dentárias na população, ressaltando a importância dos Centros de Especialidades Odontológicas que pretendem além de outras opções terapêuticas a

reabilitação e manutenção dos dentes, cujo real impacto, de acordo com os autores, só poderá ser avaliado no decorrer do tempo (BARBATO et al., 2007).

Hugo et al. (2007) estudando os dados do levantamento SB Brasil 2003, referente aos indivíduos de 65 a 74 anos, em relação às perdas dentárias, realizaram análises comparando os indivíduos com 20 dentes ou mais, com os edêntulos e aqueles que tinham menos de 20 dentes. Os resultados apresentados evidenciaram que 54,8% dos indivíduos deste grupo etário apresentavam-se edêntulos, 35,6% apresentavam entre 1 e 19 dentes e 9,6% apresentavam vinte dentes ou mais, cabendo ressaltar que tais resultados são representativos da população deste grupo etário para o Brasil.

Na análise univariada, os autores observaram diferenças estatisticamente significativas de acordo com a idade, a escolaridade e o sexo, porém o grupo étnico não se apresentou associado aos parâmetros de perdas dentárias definidos para o estudo. Os indivíduos com mais idade, menor escolaridade e do sexo feminino foram os que apresentaram maior probabilidade de apresentarem-se com menos de 20 dentes. A renda familiar e a posse de automóvel também se apresentaram associados de uma forma estatisticamente significativa com o desfecho, sendo que os indivíduos com menor renda e que não possuíam automóvel, apresentaram maior probabilidade de serem edêntulos ou ter menos de 20 dentes. O fato do indivíduo morar em zona urbana ou rural e ser proprietário ou não do imóvel em que reside, não se apresentaram associados ao edentulismo ou à situação de ter menos de 20 dentes (HUGO et al., 2007).

No modelo múltiplo, as pessoas do sexo feminino, com mais idade, menor escolaridade e que não possuíam automóvel, apresentaram maiores chances de apresentarem-se edêntulas, apresentando também maior probabilidade de terem ido

ao dentista a mais de 2 anos, de não perceberem necessidade de tratamento odontológico e de considerarem sua saúde e aparência bucal satisfatórias, de uma forma estatisticamente significativa.

No modelo múltiplo, que comparou aqueles que tinham menos de 20 dentes com os que tinham 20 dentes ou mais, as mulheres e as pessoas que tinham ido ao dentista a mais de 2 anos, apresentaram maior probabilidade de ter menos de vinte dentes. Os que tinham menos de vinte dentes, apresentaram maior probabilidade de considerar sua saúde bucal satisfatória, quando comparados aos que tinham mais de vinte dentes. As variáveis relativas à idade, posse de automóvel e escolaridade, perderam a significância estatística no modelo múltiplo.

Em relação a autopercepção, uma proporção significativamente menor de indivíduos edêntulos percebeu a necessidade de tratamento odontológico, quando comparados com os indivíduos que tinham dentes, independentemente do número de dentes. O estudo revelou que uma maior proporção de indivíduos edêntulos consideraram a sua aparência satisfatória, quando comparados à proporção de indivíduos que tinham dentes, de uma forma estatisticamente significativa. Em relação a problemas no contato social, provocados pela sua condição bucal, os resultados indicaram que uma proporção menor de edêntulos referiu esta interferência, quando comparados com os que tinham dentes, de uma forma estatisticamente significativa (HUGO et al., 2007).

Cimões et al (2007) realizaram um estudo em Maceió (AL) para verificar a relação entre as perdas dentárias em adultos (>18 anos) e a classe social. Os autores observaram que a principal razão das perdas dentárias na população de estudo, independentemente da classe social, foi a cárie (63,3%), seguida pela doença periodontal (13,1%). O estudo permitiu verificar que na classe social baixa

(formada por indivíduos do subproletariado) as perdas dentárias em sua maioria estavam relacionadas à cárie dentária (75,9%) e doença periodontal (12,3%), sendo que apenas 11,8% das perdas dentárias foram decorrentes de outros motivos (trauma, pericoronarite, indicações ortodônticas e protéticas, pedido do paciente e outras). No grupo formado pela burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional, a cárie foi responsável por 51,4% das extrações, a doença periodontal por 10,8% e os outros motivos citados anteriormente por 37,8% das extrações.

Cabral, Caldas Júnior e Cabral (2005) realizaram uma pesquisa em Recife envolvendo uma amostra aleatória probabilística de 297 dentistas, para estudar a influência do grupo étnico na decisão de tratamento realizada pelos dentistas. Foram apresentados 2 casos clínicos para os dentistas, ambos os casos apresentavam um molar com uma cavidade extensa de cárie, porém, com possibilidade de tratamento conservador. Os casos clínicos incluíam a descrição do paciente e 8 fotografias, incluindo a fotografia da face do paciente. O dentista deveria considerar em ambos os casos que o paciente dispunha de poucos recursos financeiros e deveria decidir se extraía ou mantinha o dente. Os casos clínicos foram apresentados com um intervalo de aproximadamente 2 meses. Os 2 casos na verdade eram o mesmo caso, apenas com algumas alterações como a inclusão de algumas restaurações em outros dentes. A real diferença é que em um caso a foto da face do paciente era de um indivíduo branco e no outro caso, a foto da face do paciente era de um indivíduo negro. Ao verificarem os resultados, os autores observaram uma diferença estatisticamente significativa na proporção de indicações de extração de acordo com o grupo étnico.Os dentistas decidiram mais freqüentemente pela extração no caso que envolvia o indivíduo negro (25,6%) do que no caso que envolvia o indivíduo

branco (16,2%), embora o caso clínico fosse o mesmo. Os autores concluíram que o grupo étnico do paciente influenciou a decisão entre manter ou extrair o dente.

Ferreira et al. (2006) estudando as representações sociais da dor e das perdas dentárias em uma população de baixa renda do Nordeste brasileiro, ressaltam entre os fatores sociais envolvidos com a experiência de dor a jornada de trabalho, que não permite que as classes sociais desfavorecidas se ausentem do trabalho para realizar cuidados preventivos relativos à saúde bucal, limitando as visitas ao cirurgião-dentista a casos de dor, pois estes podem comprometer o desempenho no trabalho, exemplificando com o discurso do próprio sujeito: "[...] Eu demoro a ir ao dentista porque não posso faltar ao trabalho [...]" (pág. 215). A perda dentária foi referida por 70,4% dos entrevistados, que em seus discursos apontaram prejuízos na mastigação, na fala e no convívio social. Os discursos apontaram que tais deficiências poderiam ser superadas pela colocação da prótese dentária, mas que este recurso muitas vezes está inacessível a muitos, em decorrência das condições econômicas.

Piuvezam (2004) utilizando a Teoria das Representações Sociais e a Teoria do Núcleo Central desenvolveu uma pesquisa para compreender a temática das perdas dentárias em 2 grupos de idosos, de diferentes condições socioeconômicas, residentes em Natal (RN). Para o grupo que apresentava piores condições socioeconômicas, o núcleo central das representações sociais das perdas dentárias surgiu como dificuldade de comer, considerado como necessidade fisiológica, desejo e prazer em alimentar-se, e a dor, justificando as perdas dentárias. Como elementos periféricos para este grupo, emergiu a dificuldade de adaptação à prótese, as perdas dentárias identificadas como tratamento e a dificuldade de falar, impondo limitações ao convívio social. No grupo que apresentava melhores condições socioeconômicas

o núcleo central emergiu como dificuldades socioeconômicas identificando uma estreita relação entre a pobreza, o acesso à saúde e à educação e a questão da estética. Como elemento periférico neste grupo emergiu também a dificuldade de adaptação à prótese. A autora conclui assinalando os prejuízos para a qualidade de vida destes sujeitos, em relação às limitações biológicas/fisiológicas, implicações psicológicas, e constrangimentos estéticos e sociais de sua condição de mutilado.

Em relação à forma como as perdas dentárias são assimiladas pelas pessoas, Roncalli (2006) tece alguns comentários, considerando as contradições e complexidade do tema. Numa análise mais objetiva, a partir dos dados obtidos no SB Brasil 2003, onde são avaliadas conjuntamente médias de dentes perdidos de acordo com a renda familiar e a percepção sobre a saúde bucal, tanto em adolescentes (15 a 19 anos) como em idosos (65 a 74 anos), é possível observar que para os adolescentes, a avaliação da saúde bucal é mais favorável quanto menor o número de dentes perdidos, independentemente da renda. Na população idosa, o observado é exatamente o inverso, quanto maior o número de dentes perdidos, mais favorável é a avaliação da saúde bucal, também, independentemente da renda. O autor considera que os idosos tendem a considerar sua saúde bucal melhor na medida que tem suas perdas dentárias substituídas por dentes artificiais. Tal afirmativa baseia-se nos dados colhidos no SB Brasil 2003, onde observou que 58% dos idosos que usavam prótese total superior consideraram sua saúde bucal boa ou ótima, e 37,4% que não usam nenhum tipo de prótese estão satisfeitos com sua saúde bucal (consideraram ótima ou boa). Na mesma direção, 61% dos indivíduos que não necessitam de prótese, consideram sua saúde bucal ótima ou boa, enquanto que aqueles que necessitam de algum tipo de prótese, um percentual de 48% estão satisfeitos com a sua saúde bucal.

Roncalli (2006) analisando a questão do edentulismo em relação ao modelo de oferta de serviços ressalta que a Odontologia “ainda não conseguiu superar totalmente sua fase ‘extracionista’.”(p.212 grifo do autor). A seguir, o autor, apresenta e discute a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos básicos realizados no setor público, verificando que na região Norte (5,69% dos municípios) e Nordeste (8,66% dos municípios), mais da metade dos procedimentos realizados nos serviços públicos odontológicos destes municípios são extrações dentárias, enquanto que na região Sul, Sudeste e Centro-Oeste correspondem a 0,51%, 0,24% e 1,60% dos municípios respectivamente.

2.2.5 Estudos realizados em outros países

2.2.5.1 Estudos de prevalência realizados em outros países

De forma a se obter dados sobre as perdas dentárias em outros países, possibilitando comparar com a situação encontrada na zona leste de São Paulo, buscou-se informações oficiais no *site* da Organização Mundial de Saúde.

A OMS com o apoio da Universidade de Malmö (Suécia) disponibiliza os resultados de levantamentos epidemiológicos realizados em diversos países (WHO, 2009). As Tabelas 2.1 a 2.5 foram construídas pela autora com os dados disponíveis no WHO Oral Health Country/Area Profile Programme, de forma a atender os propósitos do presente trabalho.

Tabela 2.1 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países das Américas, 2009

Pais	*CPO-D*	*Componente*			*% de edentulismo*	*Ano do estudo*	*Base nacional (s/n)*	*Urbana ou rural*
		C	P	O				
Brasil	20,1	2,7	13,2	4,2	...	2002-03	sim	Urban/rural
Peru	16,2	4,4	7,9	3,9	...	1995	...	...
Cuba	16,8	0,8	6,6	9,4	...	1984	...	...
El Salvador	14,6	5,8	7,1	1,7	...	1989	...	...
México	...	...	...	...	2,4%	2002-03	...	...
Panamá	13,2	3,2	9,4	0,6	...	1993	não	...
Canadá (Quebec)	20,0	1,2	8,2	10,6	14%	1993	não	Urbana
EUA	10,9	0,7	2,4	7,8	2,6%	1999-2004	sim	...

Fonte: (WHO, 2009)

Tabela 2.2 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da Oceania, 2009

Pais	*CPO-D*	*Componente*			*% de edentulismo*	*Ano do estudo*	*Base nacional (s/n)*	*Urbana ou rural*
		C	P	O				
Austrália	10,6	0,7	2,1	7,8	0,5%	2004-06	sim	...
Polinésia Francesa	16,4	...	...	...	...	1988	...	...
Kiribati	9,2	3,8	4,8	0,6	...	1992	...	...
Niue	10,5	1,0	2,1	7,4	...	1995	sim	...
Nova Zelândia	20,9	1,1	7,8	12,0	...	1989	...	...
Papua Nova Guiné	9,1	0,9	7,9	0,3	...	1989	...	...
Tokelau	17,6	2,8	12,7	2,1	...	1999	...	...
Vanuatu	10,1	2,8	7,1	0,2	...	1991	...	...

Fonte: (WHO, 2009)

Tabela 2.3 -Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da África, 2009

Pais	*CPO-D*	*Componente*			*% de edentulismo*	*Ano do estudo*	*Base nacional (s/n)*	*Urbana ou rural*
		C	P	O				
Burkina Fasso	6,3	4,2	1,9	0,2	...	1999	não	Urban/rural
Rep.Cent. Africana	6,8	5,4	1,4	0,0	...	1986	...	...
Congo	3,7	2,8	0,5	0,4	...	1985	...	...
Egito	6,1	2,2	3,2	0,7	0,15%	1991	sim	...
Etiópia	2,7	1,8	0,9	0,0	...	1993	...	...
Quênia	5,8	3,1	2,7	0,0	...	1985-86	não	rural
Gâmbia	6,8	4,8	2,0	0,0	...	1995	sim	Urban/rural
Lesoto	5,8	1,6	4,2	0,0	...	1991	...	...
Madagascar	13,1	8,1	4,8	0,2	...	1993	sim	Urban/rural
Malauí	6,1	4,2	1,9	0,0	...	1988	...	...
Maurício	11,0	2,1	6,8	2,1	...	1990	...	...
Marrocos	12,7	5,5	7,1	0,1	...	1999	sim	...
Namíbia	6,2	1,8	3,6	0,8	...	1991	sim	...
Níger	5,6	5,1	0,4	0,1	...	1997	não	Urban/rural
Nigéria	2,5	1,4	1,1	0,0	...	1990-91	sim	...
Ruanda	1,9	0,8	1,1	0,0	...	1993	...	...
Serra Leoa	5,3	3,0	2,3	<0,1	...	1989	...	...
África do Sul	13,8	...	...	...	...	1988-89	...	...
Sudão	5,8	3,2	2,3	0,3	...	1991	...	...
Suazilândia	7,26	...	...	...	...	1994	...	...
Tanzânia	2,9	1,8	1,1	0,0	...	2004	...	...
Togo	1,6	0,6	1,0	0,0	...	1986	...	...
Uganda	3,4	2,7	0,6	0,1	...	2002	...	...
Zâmbia	2,9	1,4	1,5	0,0	...	1987	...	...
Zimbábue	4,5	2,4	1,8	0,3	...	1995	...	sim

Fonte: (WHO, 2009)

Tabela 2.4 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da Ásia, 2009

Pais	*CPO-D*	*Componente*			*% de edentulismo*	*Ano do estudo*	*Base nacional (s/n)*	*Urbana ou rural*
		C	P	O				
Camboja	6,4	3,4	2,5	0,5	0,0%	1990-91	sim	...
China	2,1	1,1	0,6	0,4	0,2%	1996	sim	Urban/rural
Geórgia	9,2	2,2	6,3	0,7	…	1986	…	…
Hong Kong	7,4	0,7	3,9	2,8	0,0%	2001	...	...
Indonésia	6,1	2,1	3,8	0,2	0,5%	1995	...	Urban/rural
Irã	14,8	2,3	10,5	2,0	3,0%	2001-02	...	...
Japão (35 a 39 anos)	14,2	1,5	1,0	11,7	...	2005	sim	...
Japão (40 a 44 anos)	15,5	0,9	1,4	13,2	...	2005	sim	...
Jordânia	4,8	1,4	1,6	1,8	...	2004	não	…
Kuait	6,0	1,3	2,7	2,0	…	1985	…	…
Laos	3,9	2,4	1,3	0,2	…	1991	…	…
Líbano	16,4	4,4	6,4	5,6	3,2%	1996	não	Urban/rural
Malásia	12,1	2,2	7,8	2,1	2,8%	2000	sim	...
Myanma	4,4	2,5	1,8	0,1	...	1999	não	...
Nepal	4,3	2,4	1,4	0,5	...	1995	...	...
Paquistão	8,0	4,6	2,9	0,5	0,7%	2003	...	...
Filipinas	15,0	5,3	9,4	0,3	...	1998	sim	Urban/rural
Arábia Saudita	8,7	3,5	4,2	1,0	0,0%	1992	...	...
Cingapura	9,8	0,8	3,8	5,2	0,6%	1996	...	...
Sri Lanka	10,1	3,9	5,8	0,4	1,1%	1994-95	sim	...
Síria	11,2	...	...	...	...	1998	...	...
Tailândia	6,1	1,9	3,5	0,7	...	2000-01	sim	...
Turquia	12,7	1,4	7,9	3,4	...	2001-02	não	...
Emirados Árabes	5,2	4,1	0,1	1,0	...	1986	...	...
Uzbequistão	9,9	2,1	6,1	1,7	...	1996	...	...
Vietnã	5,4	3,0	2,1	0,3	…	1990	sim	…
Iêmen	6,9	5,8	0,2	0,9	…	1990	…	…

Fonte: (WHO, 2009)

Tabela 2.5 - Valor do índice CPO-D e de cada um dos seus componentes e percentual de edentulismo dos indivíduos de 35 a 44 anos dos países da Europa, 2009

Pais	*CPO-D*	*Componente*			*% de edentulismo*	*Ano do estudo*	*Base nacional (s/n)*	*Urbana ou rural*
		C	P	O				
Áustria	14,7	0,2	2,2	12,3	...	2000	sim	...
Belarus	13,8	2,1	6,5	5,2	0,0%	1995	...	...
Bosnia-Herzegóvina	15,1	3,5	5,7	5,9	11,8%	1997	não	...
Bulgária	16,5	...	...	...	...	1983	...	...
Croácia	15,6	1,5	8,6	5,5	...	1986	...	...
Dinamarca	16,7	0,5	3,9	12,3	...	2000-01	...	...
Finlândia	...	2,3	14,0	...	...	1978-80	...	...
Finlândia	...	...	...	...	3,6%	1994	...	...
França	14,6	1,2	3,0	10,4	...	1994	não	Urban/rural
Alemanha (oriental)	15,0	0,5	3,1	11,4	1,0%	2005	...	...
Alemanha (ocidental)	14,4	0,4	2,2	11,8	1,0%	2005	...	...
Grécia	15,8	3,0	5,6	7,2	...	1985	...	...
Hungria	15,7	2,3	9,2	4,2	1,4%	2000	...	...
Irlanda	...	...	6,8	-	4,1%	-	...	...
Itália	9,4	2,7	1,5	5,2	...	1995	...	...
Letônia	18,5	3,7	7,1	7,7	...	1993	...	...
Lituânia	17,4	3,3	6,2	7,9	...	1997-98	não	Urban/rural
Malta	10,4	3,2	6,9	0,3	...	1990	...	...
Moldova	6,3	1,0	4,5	0,8	...	1986	...	...
Holanda	17,4	2,2	4,6	10,6	...	1986	...	...
Noruega	21,0	2,5	3,0	15,5	...	1990	...	...
Eslovênia	14,7	0,9	5,2	8,6	...	1998	sim	Urban/rural
Polônia	19,3	3,8	10,9	4,6	...	1993	...	...
Portugal	10,9	2,9	6,7	1,3	...	1984	...	...
Romênia	10,2	4,0	3,7	2,5	...	1994-95	não	...
San Marino	12,0	1,2	6,3	4,5	...	1987	...	...
Espanha	10,9	3,3	4,7	2,9	...	1993	...	...
Suíça	18,8	...	3,7	...	...	1988	...	...
Ucrânia	9,0	...	...	...	...	1988	...	...
Reino Unido	16,6	1,4	5,3	9,9	1,0%	1998	sim	…

Fonte: (WHO, 2009)

2.2.5.2 Estudos analíticos realizados em outros países

Miller e Locke (1994) realizaram um estudo com adultos que moravam em North York - Ontário – Canadá, procurando identificar variáveis que pudessem estar associadas às perdas dentárias no último ano e possíveis conseqüências destas perdas sob o ponto de vista funcional, psicológico e social. O estudo foi realizado a partir do envio de questionário, que procurou identificar além das perdas dentárias no último ano, número atual de dentes, autopercepção da saúde bucal, freqüência de visitas ao dentista e características socioeconômicas. A amostra foi composta de 500 indivíduos, sendo que 10% relataram ter perdido algum dente no último ano (variável de desfecho). Nas análises univariadas, os fatores que se apresentaram relacionados a um maior risco de ter perdido dentes no último ano, de uma forma estatisticamente significante foram: mais idade, não ter nascido no Canadá, usar próteses parciais, ir ao dentista só em caso de dor ou algum outro problema na boca e ter menos dentes. A renda embora tenha apresentado uma diferença estatisticamente significativa, não apresentou um padrão linear e portanto não foi introduzida no modelo múltiplo. Em relação ao sexo, não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao desfecho. Na análise de regressão logística, a única variável que manteve a significância estatística foi a idade, embora o fato de usar próteses parciais se aproximou da significância estatística (p=0,057) e apresentou uma O.R.= 2,44. Entre as variáveis que procuraram identificar o impacto das perdas dentárias sob o ponto de vista funcional, psicológico e social, os aspectos que se apresentaram associadas de uma forma estatisticamente significante foram: a limitação na mastigação, a dificuldade em falar, problemas para

se alimentar, restrições sociais relativas à comunicação, restrições nas atividades da vida diária, aborrecimento e insatisfação em relação à aparência, à função e à saúde bucal. Entre as variáveis que procuravam identificar o impacto das perdas dentárias, apenas as variáveis relacionadas à presença de dor ou outro sintoma na cavidade oral nas 4 últimas semanas não apresentaram-se associadas de uma forma estatisticamente significante com o desfecho. Na discussão, os autores salientam entre outros aspectos a maior vulnerabilidade das pessoas que já tinham perdido algum dente em perder mais dentes, e concluem ressaltando o impacto das perdas dentárias na qualidade de vida das pessoas (MILLER; LOCKE, 1994)

Suominen-Taipale et al (1999) referem que mudou consideravelmente o perfil de saúde bucal dos adultos na Finlândia entre 1978 e 1997. A prevalência de edentulismo diminuiu de 14% (1978) para 6% (1997). Os autores estudaram uma amostra de 3.516 indivíduos, que responderam o questionário enviado pelo correio procurando analisar as variáveis associadas ao edentulismo, através de análise de regressão logística. Os fatores associados ao edentulismo nas análises univariadas foram: idade, escolaridade, área geográfica, porte do município, estado civil, ocupação e autopercepção da saúde bucal. No modelo final, permaneceram com significância estatística: idade, escolaridade, algumas categorias da área geográfica, autopercepção da saúde bucal e tabagismo, que não tinha apresentado significância estatística na univariada, mas ao ser testada no modelo, apresentou-se associada de uma forma estatisticamente significativa com o desfecho.

Doughan, Kassak e Bourgeois (2000) realizaram um estudo com a população entre 35 e 44 anos de idade que viviam no Líbano. A amostra foi selecionada entre adultos que moravam na região de Beirute e Monte Líbano, que juntas concentram 55% dos adultos nesta idade do Líbano. Os autores referem ter utilizado os métodos

combinados da Organização Mundial de Saúde (3.ª edição). O nível socioeconômico foi obtido a partir de um indicador construído com informações sobre a escolaridade e a ocupação do indivíduo ou do cônjuge. A amostra foi composta por 401 indivíduos. O CPO-D médio encontrado foi de 16,3 (6,8) sendo que o componente perdido foi responsável por 39% do índice (média de 6,4 dentes perdidos). A proporção de indivíduos edêntulos foi de 3,2%. A média de dentes perdidos foi mais elevada no grupo de indivíduos que apresentaram piores condições socioeconômicas e naqueles que moravam na zona rural ($p<0,05$). A média de dentes perdidos não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero. Quando comparadas as necessidades de tratamento, os homens e os indivíduos que apresentavam piores condições socioeconômicas apresentaram mais necessidades de extração ($p<0,05$), não sendo observada esta diferença entre os que moravam na zona urbana ou rural. Os autores consideram que as pessoas com menos recursos financeiros acabam procurando atendimento odontológico somente em casos de extrema necessidade e também acabam optando pela extração dos dentes por uma questão de custos (DOUGHAN; KASSAK; BOURGEOIS, 2000).

Petersen et al. (2004) apresentam os resultados de um estudo de base populacional realizado na Dinamarca no ano 2000, envolvendo uma amostra aleatória de 3.818 indivíduos, com 16 anos ou mais, que foi realizado através de entrevistas e preenchimento de um questionário, onde se procurou obter informações sobre a auto-avaliação da saúde bucal, hábitos de visita ao dentista nos últimos 5 anos, participação em programas de saúde bucal nas escolas ou em outros serviços durante a infância, hábitos de higiene oral, informações socioeconômicas relativas à escolaridade, sexo, renda pessoal e familiar entre outras. No grupo etário de 35 a 44 anos, o estudo evidenciou uma prevalência de

1% de edentulismo, sendo que 96% dos indivíduos nesta idade tinham 20 dentes ou mais. O estudo não revelou diferenças estatisticamente significativas em relação às perdas dentárias e uso de prótese e entre os sexos, nas diferentes idades estudadas. Entre os adultos com mais de 45 anos de idade foi possível observar diferenças estatisticamente significativas em relação às perdas dentárias e edentulismo, relacionadas às condições socioeconômicas, tais como nível de instrução, ocupação, renda pessoal e familiar. Os autores evidenciam a importância da educação em relação às perdas dentárias e o edentulismo. Em relação ao atendimento odontológico, o estudo evidenciou que 87% dos indivíduos entre 35 e 44 anos freqüentaram regularmente o dentista nestes últimos 5 anos e 10% o fizeram irregularmente, sendo que apenas 3% dos indivíduos não realizaram visita ao dentista nos últimos 5 anos (PETERSEN et al., 2004)

Na Dinamarca, os serviços municipais de saúde desenvolvem programas preventivos relativos à saúde bucal para escolares desde 1910. Em relação a atenção à saúde bucal durante a infância, apenas 5% dos adultos entre 35 a 44 anos não receberam nenhum tipo de cuidado durante este período, sendo que 71% dos indivíduos relataram terem participado de programas escolares e 24% tiveram acesso a outros tipos de cuidados durante a infância. Os autores observaram que o grupo de adultos que tinham participado de programas escolares relativos à saúde bucal ou tinham recebido algum tipo de cuidado relativo à saúde bucal durante a infância, apresentaram uma proporção maior de indivíduos com vinte dentes ou mais e uma proporção menor de indivíduos edêntulos, quando comparados com o grupo de indivíduos que não receberam este tipo de atenção, em ambos os casos esta diferença apresentou-se estatisticamente significativa, em todas as idades estudadas. Na análise multivariada, os indivíduos que tiveram algum tipo de atenção

durante a infância, tiveram o dobro de chance de apresentarem 20 dentes ou mais, independentemente da idade. As análises mostraram claramente que um cuidado regular com a saúde bucal durante a infância tem um efeito positivo na dentição dos adultos (PETERSEN et al., 2004)

Em relação às visitas regulares ao dentista, os autores observaram que uma proporção maior de indivíduos com nível universitário realizaram regularmente visitas ao dentista quando comparado ao grupo com 7 anos ou menos de estudo (<0,001), observando também que o grupo que apresentava menor renda pessoal, particularmente com 45 anos ou mais, apresentou uma proporção menor de pessoas que realizavam visitas regulares ao dentista (<0,001).O grupo de indivíduos que não realizava visitas regulares ao dentista apresentou uma proporção maior de edêntulos e de pessoas com menos de vinte dentes, quando comparado ao grupo que freqüentava o dentista regularmente (p<0,001). Baseando-se em estudos nacionais os autores ressaltam que a expectativa é de que no ano de 2020, no máximo 2% da população adulta como um todo se apresente edêntula (PETERSEN et al., 2004).

Varenne, Petersen e Ouattara (2004) apresentam os resultados de um estudo que foi realizado em 1999 envolvendo 5 distritos da região sudoeste de Burkina Faso, na África. O objetivo da pesquisa foi conhecer as condições de saúde bucal da população, de diferentes idades, de forma a favorecer o planejamento das ações relativas à saúde bucal a serem desenvolvidas. A região é povoada por aproximadamente 1,5 milhão de pessoas, sendo que 27,5% da população é alfabetizada e 55% da população tem menos de 17 anos de idade. A amostra foi planejada para ser representativa da região, envolvendo os principais grupos étnicos. Os exames foram realizados de acordo com as recomendações da OMS. O estudo foi realizado com indivíduos nas idades de 6 ,12, 18 e 35 a 44 anos. Foram

examinados 493 indivíduos entre 35 e 44 anos de idade. Em todos os grupos etários o componente cariado foi o mais prevalente. O CPO-D médio para o grupo etário de 35 a 44 anos foi de 6,3, sendo que o componente cariado foi de 4,2 o componente perdido apresentou um valor médio de 1,9, enquanto o componente restaurado foi de 0,2. As mulheres com 18 anos e entre 35 a 44 anos apresentaram uma prevalência e severidade da cárie dentária significativamente maior quando comparadas aos homens do mesmo grupo etário. A prevalência e a severidade da cárie dentária foi maior entre as crianças de 12 anos que residiam na cidade quando comparadas às que residiam na zona rural ($p<0,05$), porém, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes na idade de 18 anos e no grupo etário de 35 a 44 anos em relação à prevalência ou severidade da carie dentária relacionadas ao local de moradia (rural/urbana). Para o grupo etário de 35 a 44 anos foi observada diferença estatisticamente significante relacionada ao grupo étnico e à ocupação, sendo que as donas-de-casa apresentaram o maior valor de CPO-D médio (8,3) seguidas pelos trabalhadores do comércio (6,6). O estudo evidenciou alta prevalência de sangramento gengival e cálculo, tanto em adultos como em crianças, mas baixa prevalência de doença periodontal em estágio avançado. De acordo com a situação encontrada, os autores consideraram que embora a prevalência e severidade da cárie dentária se apresentaram de uma maneira geral baixas, da mesma forma que a doença periodontal em estágios avançados, a prevalência de sangramento gengival e de cálculo é bastante elevada em todas as idades, considerando portanto que seria importante o desenvolvimento de ações preventivas e educativas dirigidas aos auto-cuidados, que não deveriam ser desenvolvidas exclusivamente pelos dentistas, recomendado a inclusão de profissionais auxiliares (VARENNE; PETERSEN; OUATTARA, 2004).

Na África do Sul, o Departamento Nacional de Saúde desenvolveu um levantamento epidemiológico envolvendo adultos em 1988/89 nas 5 maiores cidades do país, utilizando os códigos e critérios propostos pela OMS (3.ª edição). O estudo apontou um CPO-D médio de 12,3 no grupo etário de 35 a 44 anos, onde o componente perdido apresentou uma média de 8,2 dentes nesta situação. O percentual de edentulismo encontrado em tal estudo foi de 12,6%, para os indivíduos de 35 a 44 anos, variando de uma forma estatisticamente significativa entre os diferentes grupos étnicos e entre os sexos. Os autores referem que o procedimento mais freqüentemente realizado nos serviços públicos é a extração dentária (WIK; PRETORIA, 2004).

O estudo realizado por Namal et al. (2008) foi realizado em Bayrampasa, um distrito de Istambul, na Turquia, escolhido pelo fato das suas características socioeconômicas estarem próximas aos valores médios encontrados em Istambul. O objetivo do estudo foi verificar a prevalência de cárie entre os adultos e identificar variáveis socioeconômicas que pudessem estar associadas ao maior risco, de forma a identificar os indivíduos de alto risco. O estudo baseou-se em uma amostra aleatória de 2.183 indivíduos entre 18 e 74 anos de idade, examinados entre dezembro de 2001 e dezembro de 2002. As informações socioeconômicas e relativas aos hábitos de higiene oral foram coletadas através de entrevista. Foram obtidas informações sobre idade, sexo, estado civil, local de nascimento (zona urbana ou rural), escolaridade, ocupação, número de filhos e freqüência de escovação dentária. O estudo evidenciou um CPO-D médio de 12,62 (7,28) para o grupo etário de 35 a 44 anos, sendo a média de dentes perdidos de 7,89. Para realizar as análises os autores utilizaram o (SiC) *significant caries index*, calculado a partir do CPO-D médio do terço de indivíduos que apresentaram maior severidade

de cárie dentária (CPO-D<14=0; CPO-D ≥14 =1). As variáveis que apresentaram significância estatística no teste do qui-quadrado relacionadas à alta severidade de cárie foram: sexo (as mulheres apresentaram maior risco); estado civil (os casados foram a categoria de maior risco); número de filhos (quanto maior o número de filhos maior o risco); local de nascimento (os indivíduos que nasceram na zona rural apresentaram maior risco); escolaridade (quanto menor o número de anos de estudo, maior o risco); ocupação (as donas-de-casa foram a categoria que apresentou maior risco) e hábitos de higiene oral (sendo a categoria de maior risco aqueles que não realizavam a escovação dentária regularmente).Na análise de regressão logística os fatores de risco para apresentar uma alta severidade de cárie (CPO-D≥ 14) foram: ter idade entre 25 e 34 anos (O.R= 5,73) ou 35 a 44 anos (O.R=15,98) ou mais de 45 anos (O.R= 56,98) quando comparadas com indivíduos entre 18 e 24 anos; ser do sexo feminino (O.R= 1,83) e ter nascido na zona rural (O.R= 1,41). Ao compararem o número de dentes atacados pela cárie dentária neste estudo (2001/2002) com o realizado anteriormente (1990) observaram que não ocorreram modificações significativas em relação à severidade da doença (NAMAL et al., 2008)

Madléna et al. (2008), realizaram um estudo na Hungria, envolvendo indivíduos de diferentes idades (17 a 102 anos). A amostra aleatória foi obtida da população submetida ao rastreamento obrigatório do exame de pulmão, em diferentes partes do país. Os exames ocorreram entre novembro de 2003 e abril de 2004, envolvendo 4.606 indivíduos. Os autores referem ter utilizado a metodologia proposta pela OMS em sua 3.ª edição. Foram examinados 732 indivíduos entre 35 e 44 anos. O CPO-D médio para esse grupo etário foi de 15,40 (± 5,13), sendo observado uma média de 4,3 (± 1,91) dentes cariados, 8,90 (± 4,66) dentes perdidos

e 2,20 (± 4,32) dentes restaurados. Os autores observaram que 73,1% dos indivíduos entre 35 e 44 anos apresentavam 21 dentes ou mais e 1,9% dos indivíduos examinados era edêntulos. A severidade da cárie foi significativamente maior nas mulheres, quando comparada à severidade encontrada nos homens, em todas as idades estudadas ($p < 0,05$). O componente P, não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos no grupo etário de 35 a 44 anos (MADLÉNA et al., 2008).

Quando os autores compararam os resultados obtidos, com outros estudos realizados na Hungria anteriormente (1985, 1991 e 2000) observaram uma tendência de aumento do edentulismo na idade de 35 a 44 anos (0,3% em 1985; 1,2% em 1991; 1,4% em 2000 e 1,9% em 2004) e um decréscimo no edentulismo no grupo etário de 65 a 74 anos (53,3% em 1991; 25,9% em 2000 e 19,8% em 2004), resultado este, segundo os autores, concordante com os encontrados em outros países da Europa, salientando que vários trabalhos têm demonstrado que o número de idosos com dentes naturais têm aumentado em vários países, principalmente na última década (MADLÉNA et al., 2008).

Os autores referem que através das informações obtidas do questionário, foi possível verificar que a maioria dos participantes referiu escovar os dentes duas vezes ao dia com escova e creme dental, 7% fazem uso de fio dental e 68% dos indivíduos só procuram os serviços odontológicos em caso de queixa aguda (MADLÉNA et al., 2008).

Turrell et al (2007) realizaram um estudo envolvendo 2.915 indivíduos entre 35 e 47 anos de idade, que residiam em Adelaide (Austrália), com o objetivo de verificar possível associação entre os diferentes contextos (vizinhança) e as condições de saúde bucal. A variável relativa ao contexto (vizinhança) foi obtida do

Índice Relativo de Desvantagens Socioeconômicas (IRSD), produzido pelo Departamento de Estatísticas da Austrália, construído a partir da proporção de famílias de baixa renda, de indivíduos com pouca escolaridade, da taxa de ocupação de casas públicas, taxa de desemprego e da razão da força de trabalho sem qualificação em relação à mão de obra qualificada. As variáveis de desfecho relativas à saúde bucal foram: auto-avaliação do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, a auto-percepção dos indivíduos à respeito da sua saúde bucal e o número de dentes perdidos auto-referido. Os autores construíram modelos multinível de forma a inserir variáveis de nível individual (idade, sexo, nível de instrução e renda familiar) e a variável de contexto, para cada uma das variáveis de desfecho (TURRELL et al., 2007).

Os modelos apresentados no estudo possibilitaram observar que antes da inserção de qualquer variável (*null model*), o contexto foi responsável por 3,2% ($p= 0,036$) da variabilidade relativa ao impacto negativo das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, 4,4% ($p=0,004$) da variabilidade na percepção da saúde bucal e 5,7% ($p\leq 0,01$) da variabilidade na média de dentes perdidos (TURRELL et al., 2007).

Após o ajuste do modelo para idade, sexo, nível educacional e renda familiar, a variável que identificava as questões do contexto, apresentou-se associada de uma forma estatisticamente significativa com as três variáveis de desfecho estudadas. Os indivíduos que moravam em contextos com as piores condições socioeconômicas apresentaram 2,17 vezes a chance [$IC_{95\%}$ (O.R.) = 1,27 – 3,71] de relatar impacto negativo das condições de saúde bucal na qualidade de vida, quando comparados com aqueles que moravam em contextos com as melhores condições socioeconômicas. Os indivíduos que moravam em contextos com as

piores condições socioeconômicas apresentaram 1,83 vezes a chance [$IC_{95\%}$ (O.R.) = 1,17 – 2,86]) de referir a condição bucal como ruim, quando comparados com aqueles que moravam em contextos com as melhores condições socioeconômicas. Os indivíduos que moravam em contextos com as piores condições socioeconômicas referiram em média 3,56 ($IC_{95\%}$ =2,27 – 4,85) menos dentes que aqueles que moravam em contextos com as melhores condições socioeconômicas, permanecendo a significância estatística das variáveis relativas ao nível de instrução e de renda familiar, do nível individual, que fizeram parte do modelo final (TURRELL et al., 2007)

O estudo apontou que as condições socioeconômicas da vizinhança estiveram associadas com a autopercepção da condição de saúde bucal dos indivíduos, independentemente das características individuais (idade, sexo, nível de instrução e renda familiar), concluindo que pessoas que vivem em contextos com piores condições socioeconômicas apresentam maior probabilidade de referir uma condição de saúde bucal ruim, de relatar maior número de dentes perdidos e de indicar que as condições de saúde bucal provocam um impacto negativo na sua qualidade de vida (TURRELL et al., 2007).

Bower et al. (2007) realizaram um estudo envolvendo 632 participantes que moravam em 31 localidades distintas na Escócia, utilizando análise de regressão multinível para estudar possível associação entre variáveis relativas ao contexto e a saúde bucal. Os autores procuraram analisar três desfechos: número de dentes hígidos (incluindo os restaurados); existência de algum dente não hígido; e existência de bolsa periodontal com 4mm ou mais em algum dente. A variável referente ao contexto foi construída a partir de informações relativas a cada uma das regiões envolvidas, utilizando-se a densidade dos domicílios, a taxa de desemprego,

a proporção de pessoas das classes sociais mais desfavorecidas e proporção de famílias sem carro. Após ajustar os modelos por idade, sexo, classe social e renda familiar, a variável relativa ao contexto não apresentou significância estatística. Os autores avaliaram que existem poucos estudos envolvendo análise de regressão multinível estudando questões relativas à saúde bucal, recomendando a realização de estudos longitudinais, envolvendo um número maior de pessoas de forma a se entender melhor qual seria o impacto do contexto em relação à saúde bucal.

Jimenez et al. (2009) realizaram um estudo, analisando os dados de 18.162 indivíduos adultos, residentes nos Estados Unidos, com o objetivo de analisar a ocorrência de perdas dentárias, em diferentes grupos étnicos. Para as análises, os autores estratificaram a amostra de acordo com o grupo étnico, procurando observar quais variáveis se relacionavam ao desfecho, de acordo com o grupo étnico. Antes de realizarem as análises, ajustaram para a idade. A escolaridade só apresentou significância estatística para os brancos. O indicador composto para medir a pobreza apresentou-se significativo para todas as categorias entre os brancos, e apenas para a categoria que apresentou maior índice de pobreza entre os negros. A ocupação só apresentou significância estatística para os brancos. O sexo e ter plano de assistência médica apresentaram significância estatística para os negros e mexicanos residentes no país, mas não para os brancos. Os autores concluíram, que diferentes questões podem estar envolvidas em relação às perdas dentárias de acordo com o grupo étnico.

Petersen et al. (2005) reconhecem a importância dos fatores sociais e comportamentais das doenças bucais, apontando a melhoria que ocorreu em diversos países nos últimos 20 anos, mas persistindo ainda como um problema, principalmente entre a população de baixa renda nos países desenvolvidos e em

desenvolvimento, trazendo prejuízos para a saúde geral e qualidade de vida das pessoas.

De acordo com Petersen et al. (2005), várias doenças bucais estão relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis, principalmente em decorrência dos fatores de risco comuns. Os autores salientam que a alta correlação encontrada entre as diversas doenças bucais e as doenças crônicas não transmissíveis é basicamente decorrente dos fatores de risco comuns, identificando a possibilidade de integrar as medidas preventivas e de promoção de saúde bucal às de saúde geral. As 4 principais doenças crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças pulmonares crônicas obstrutivas têm vários fatores de risco comuns às doenças bucais relacionados aos estilos de vida (PETERSEN et al., 2005)

A população entre 35 a 44 anos, na maioria dos países industrializados e alguns países da América Latina apresentam altos valores de CPO-D (14 dentes ou mais), enquanto que nos países em desenvolvimento da África e da Ásia os níveis de cárie, nesta faixa etária, são muito baixos (PETERSEN et al., 2005)

Em diversos países industrializados, a população idosa extraiu precocemente seus dentes em decorrência de dor e desconforto, trazendo resultados negativos para a qualidade de vida, porém, em estudos mais recentes tem se observado uma redução no edentulismo entre os idosos (PETERSEN et al., 2005)

Petersen et al. (2005) apontam que em países em desenvolvimento poucos serviços oferecem cuidados preventivos e restauradores, e os cuidados oferecidos geralmente estão limitados ao alívio da dor e situações de urgência, onde os dentes são extraídos ou deixados sem o tratamento adequado, provocando um aumento em relação às perdas dentárias e deterioração das funções orais.

Em diversos países industrializados, é possível observar uma tendência de redução na prevalência e severidade da cárie dentária entre as crianças e redução no número de dentes perdidos entre os adultos (PETERSEN et al., 2005).

Em relação às doenças periodontais, Petersen et al. (2005) consideram que embora a prevalência de sintomas de doença periodontal em adultos seja alta no mundo todo, doenças periodontais severas que podem resultar em perdas dentárias ocorrem em 5 a 20% da população de adultos (35 a 44 anos) nos diferentes países. As periodontites juvenis que podem levar a perdas dentárias precoces afetam em torno de 2% dos jovens.

Em relação ao financiamento, Petersen et al. (2005) apontam que nos países industrializados, os gastos com saúde bucal giram em torno de 5 a 10% dos gastos realizados em saúde pública, e que nos últimos anos foi possível observar uma economia na área de saúde bucal, nos países que investiram em prevenção e conseguiram reduzir a prevalência de cárie (PETERSEN et al., 2005).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Geral

Estudar a influência das variáveis de nível individual, familiar e de contexto na ocorrência de perdas dentárias superiores a 12 dentes em adultos de 40 anos de idade.

3.2 Específicos

3.2.1 Verificar a associação entre a ocorrência de perdas dentárias e:

A - as características demográficas;

B - as características socioeconômicas;

C - as características do domicílio;

D - as características da família;

E - as características da ocupação;

F - aspectos relativos à saúde geral do indivíduo;

G - as características de saúde do núcleo familiar;

H - os hábitos relacionados à saúde bucal;

I - a autopercepção da saúde bucal;

J - o acesso a serviços odontológicos;

K - algumas características da saúde bucal dos indivíduos;

L - algumas características da Microárea onde o indivíduo reside;

M - algumas características da Área onde o indivíduo reside;

3.2.2 Desenvolver um modelo de risco para o parâmetro definido de perdas dentárias (P > 12), com as variáveis estudadas, através da utilização da análise multinível.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi elaborado a partir de dados secundários obtidos de um levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado durante o ano de 2005 pela área de Saúde Bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina.

4.1 Descrição do local do estudo

4.1.1 Contexto institucional onde a pesquisa foi desenvolvida

A Congregação das Irmãs Marcelinas iniciou seus trabalhos no Brasil em 1912 com ações de assistência à saúde e educação, expandindo seu trabalho para diferentes regiões do Brasil (BOURGET, 2006).

No campo da assistência à saúde, sua principal obra o “Hospital Santa Marcelina” localiza-se em Itaquera (zona leste do município de São Paulo). Tendo iniciado suas atividades em 1961, com 150 leitos, atualmente tem uma capacidade instalada de 800 leitos e é considerado o hospital de referência para a zona leste do município de São Paulo (BOURGET, 2006).

Em 1996, o governo do Estado de São Paulo, em resposta ao modelo assistencial promovido e implementado pela Prefeitura Municipal de São Paulo, fundamentalmente curativo e de pronto atendimento, e, portanto, contrário aos

princípios do Sistema Único de Saúde, resolveu estabelecer parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina para a implantação do Programa Saúde da Família na zona leste do município de São Paulo (BOURGET, 2006).

Inicialmente foram implantadas 9 Unidades de Saúde, com 29 equipes desenvolvendo a estratégia Saúde da Família. Mas a proposta expandiu-se rapidamente, e em 2001 já contava com 28 unidades de saúde desenvolvendo a estratégia Saúde da Família, com 96 equipes atuando junto a uma população cadastrada de mais de 300 mil habitantes (BOURGET, 2006).

No ano 2001, com a mudança da gestão municipal, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, passou a fazer parte do Sistema Único de Saúde, assumindo a gestão da atenção básica. O novo governo opta por dar continuidade à proposta de implantação e implementação da estratégia Saúde da Família, e na zona leste, mantêm a parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina. Ressalta-se que foi um período de grande expansão da estratégia Saúde da Família na região (BOURGET, 2006).

Os profissionais da área de saúde bucal começaram a ser incorporados às equipes de saúde da família, na zona leste da capital, a partir de 1998, portanto, anteriormente à edição da portaria 1.444 de 2000 (MS, 2000a), que estabeleceu o repasse de incentivos financeiros para a incorporação de profissionais da área de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família (BOURGET, 2006).

Em decorrência da experiência acumulada na estratégia Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, da infra-estrutura disponível em termos de Unidades Básicas de Saúde e da vinculação entre a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Faculdade Santa Marcelina, a partir de 2005, por meio do contrato nº 3739/2004, firmado entre a Casa de Saúde Santa Marcelina e o Ministério da Saúde

(CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA; FACULDADE SANTA MARCELINA ITAQUERA, 2005), iniciou-se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, iniciada em 2005 ofereceu 90 vagas distribuídas em 10 categorias profissionais diferentes: 16 médicos(as), 16 cirurgiões(ãs)-dentistas, 16 enfermeiros(as), 6 terapeutas ocupacionais, 6 psicólogos(as), 6 fonoaudiólogos(as), 6 farmacêuticos(as), 6 assistentes sociais, 6 fisioterapeutas e 6 nutricionistas.

Os dados trabalhados no presente estudo foram obtidos do levantamento epidemiológico realizado pelos residentes da área de Saúde Bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

4.1.2 Contexto histórico da região

Os dados primários foram coletados em 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na zona leste da cidade de São Paulo, que desenvolvem a estratégia Saúde da Família, e receberam residentes da área de Saúde Bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. As UBS envolvidas na presente pesquisa estão localizadas em diferentes subprefeituras. A maioria das UBS (6) estão localizadas na subprefeitura do Itaim Paulista, e as demais estão localizadas na subprefeitura de São Miguel (1), Guaianases (1) e Penha (1).

A Figura 4.1 mostra a localização das UBS em relação às principais vias públicas. A Figura 4.2 apresenta as UBSs em cada uma das subprefeituras com sua respectiva posição no ranking relativo ao Índice de Saúde de 2005.

Figura 4.1 -Mapa da zona leste da cidade de São Paulo, com localização das Unidades de Saúde que participaram do estudo. São Paulo, 2009

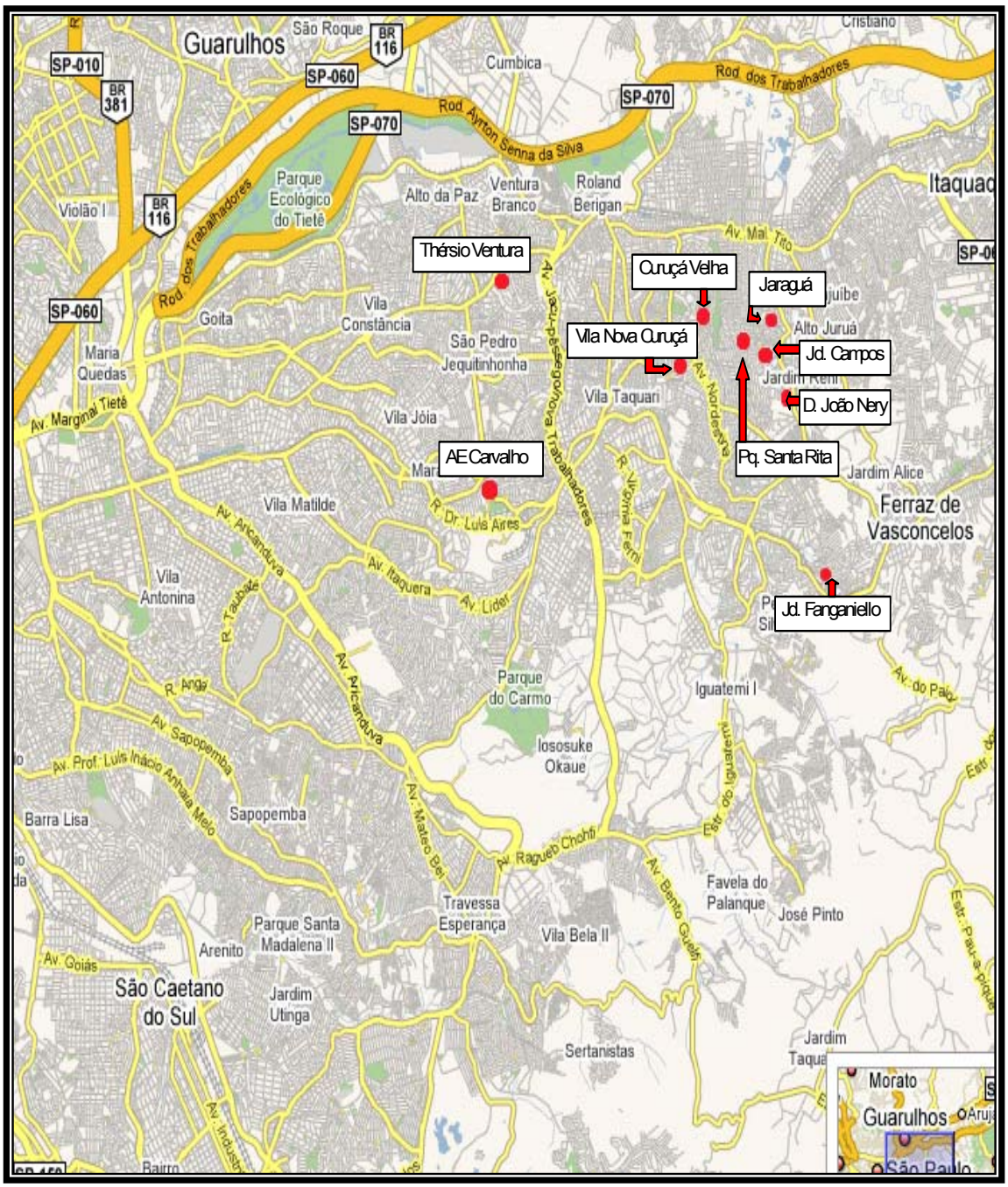
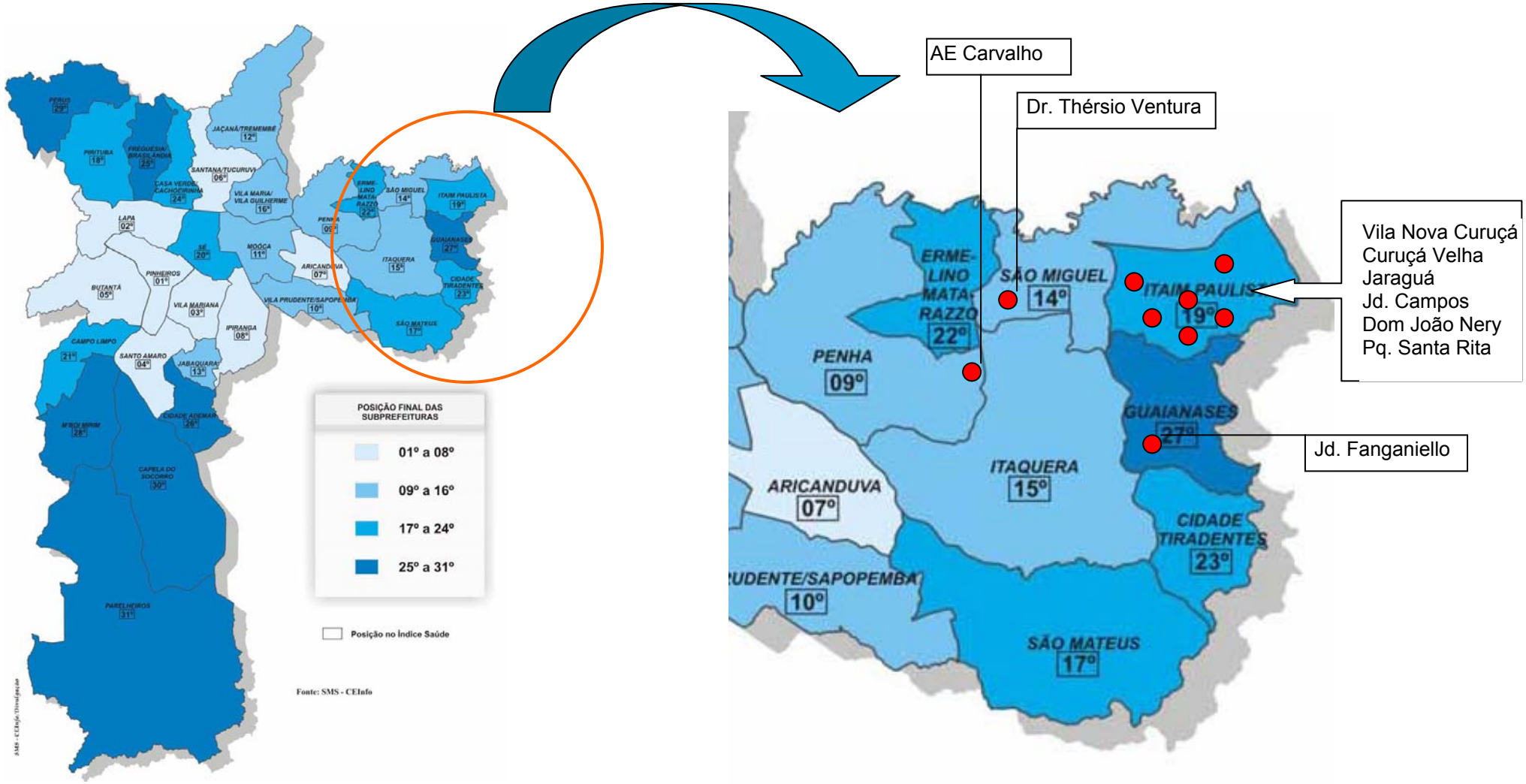


Figura 4.2 - Mapa do município de São Paulo, com o ranking relativo ao Índice de Saúde do ano de 2005, com a posição de cada uma das subprefeituras.Em destaque a zona leste de São Paulo. São Paulo, 2005



Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, 2005 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2006).

4.1.2.1 Subprefeitura de Itaim Paulista

As UBSs envolvidas nesta pesquisa que estão localizadas na subprefeitura do Itaim Paulista são: UBS Curuçá Velha; UBS Dom João Nery; UBS Jd. Campos; UBS Jd. Jaraguá; UBS Pq. Santa Rita e; UBS Vila Nova Curuçá (Fig. 4.1 e 4.2).

A região do Itaim Paulista é cortada por seis córregos que deságuam no rio Tietê. Durante a década de 30 e 40 a região contava com grande número de olarias. A Chácara das Flores, local que hoje em dia recebe mais de 1.500 visitantes durante os finais de semana para atividades de lazer, era no passado uma olaria, e que nos dias atuais, abriga o que ainda restou de Mata Atlântica na região do Itaim. Moradores da região contam que a região é ocupada a mais de 80 anos. A região recebeu imigrantes portugueses, italianos, japoneses e húngaros, em seguida vieram os migrantes nordestinos, que hoje são a maioria no Itaim. O nome Itaim significa “pedra pequena”, e antigamente a região era conhecida como Embiasigua. O crescimento da região começou com a chegada da ferrovia, muito lentamente, as casas foram surgindo ao longo da ferrovia. Os pioneiros alegavam que o crescimento lento da região se devia ao fato do Itaim ficar entre duas grandes vilas: São Miguel e Lajeado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, s.d).

A partir de 1957, o bairro vivenciou um desenvolvimento mais rápido. Em 1980, o Itaim Paulista se emancipou de São Miguel Paulista, sendo elevado à condição de distrito autônomo. A Subprefeitura faz divisa ao norte e ao oeste com a Subprefeitura de São Miguel Paulista e ao sul com o município de Ferraz de Vasconcelos. Atualmente a região, ainda sofre com infra-estrutura e urbanização precárias, tem 375.111 habitantes distribuídos em 2.170 hectares (cerca de 12km^2) e

é formada pelos distritos de Itaim Paulista e Vila Curuçá. Todo o desenvolvimento ocorreu ao longo da avenida Marechal Tito. A referida avenida é a antiga Estrada Velha que ligava São Paulo ao Rio de Janeiro. A maioria do comércio, dos bancos e serviços estão localizados nesta avenida, inclusive o único prédio de quatro andares do bairro. Os moradores referem que quanto mais afastado da avenida, maior a pobreza. O bairro conta com três parques de áreas verdes (Parque Chácara das Flores, Parque Santa Amélia, Parque Chico Mendes), o Clube da Vila Curuçá, dois CEUs (Centro de Educação Unificado) e Centros Desportivos Comunitários. Com a ajuda dos agentes comunitários de saúde foi realizado um diagnóstico das potencialidades de trabalho desta região, os setores que mais se destacaram foram os de alimentação, confecção, reciclagem, cultura e tecnologia. (PMSP, s.d)

O setor que mais emprega na região é o comércio varejista, contando com 984 estabelecimentos e empregando 5.713 pessoas. A região conta com 223 estabelecimentos industriais, proporcionando 2.412 postos de trabalho direto no setor (PMSP, 2007).

Em relação aos serviços de saúde, a região conta com 16 UBS, 5 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 1 Centro Testagem Acompanhamento DST/AIDS, 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e 1 Pronto Atendimento (PA) (PMSP, 2007).

4.1.2.2 Subprefeitura de São Miguel Paulista

A UBS envolvida na presente pesquisa que encontra-se localizada na subprefeitura de São Miguel Paulista é a UBS Dr. Thérsio Ventura (Fig. 4.1 e 4.2)

A região da subprefeitura de São Miguel era conhecida como Aldeia de Ururaí, palavra usada pelos índios *guaianases* fazendo referência ao rio Tietê. Em 1560, padre José de Anchieta reencontrou naquela região, um grupo de índios *guainases* que tinham abandonado a região do pátio do colégio jesuíta em São Paulo, para viverem naquela região. Para dar continuidade à catequização, foi construída uma capelinha que recebeu o nome de São Miguel. Em 1622, a pequena capela foi substituída pela Igreja, tombada pelo Patrimônio Histórico Nacional em 1938, sendo uma referência na região (PMSP, s.d).

Outro marco na região é a fábrica da Companhia Nitro Química Brasileira, instalada em 1935. A Nitro Química teve papel importante no desenvolvimento de São Miguel, atraindo centenas de pessoas a procura de emprego, contribuiu para o desenvolvimento da região na primeira metade do século XX. Nos dias atuais, ainda se mantém como um importante pólo industrial, sendo responsável por 18% dos postos de trabalho entre as indústrias da região, investindo em equipamentos sociais e de lazer direcionados aos funcionários e à comunidade (PMSP, s.d).

Os antigos moradores contam que a infra-estrutura viária começou a melhorar com a chegada do paralelepípedo, por volta de 1952 (PMSP, s.d).

São Miguel ocupa atualmente um área de aproximadamente 24 km², com uma população de 378.438 habitantes, dividida em três distritos: São Miguel, Jardim Helena e Vila Jacuí (PMSP, s.d).

São Miguel Paulista conta também com uma expressiva colônia japonesa, estimada em aproximadamente 5.000 famílias de origem nipônica vivendo na região (PMSP, s.d).

A região conta com 1.220 estabelecimentos comerciais varejistas, empregando 8.931 pessoas. No setor industrial, a região abriga 364 indústrias, proporcionando 5.025 empregos diretos (PMSP, 2007).

Em relação à assistência à saúde, a região conta com 14 Unidade Básica de Saúde (UBS), 5 Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), o Hospital Municipal Tide Setúbal, o Hospital Dia Saúde Mental, um Ambulatório de Especialidades, um Centro Testagem Acompanhamento DST/AIDS, um Centro Atenção Psicossocial Adulto (PMSP, 2007).

4.1.2.3 Subprefeitura de Guaianases

A UBS envolvida na presente pesquisa que se encontra localizada na subprefeitura de Guaianases é a UBS Jardim Fanganiello (Fig. 4.1 e 4.2).

A região de Guaianases era antigamente uma aldeia indígena. Por volta de 1820 os índios já tinham sido extintos e as terras encontravam-se em mãos de particulares. Na região do Vale do Ribeirão Lajeado foi construída uma capela e uma pequena pousada para abrigar os viajantes que por lá passavam. A Capela de Santa Cruz do Lajeado, foi inaugurada no dia 3 de maio de 1861, e ao seu redor Guaianases se desenvolveu, portanto, a data da inauguração da capela, é reconhecida como a data da fundação do bairro (PMSP,s.d).

As terras da região eram utilizadas para o cultivo de produtos agrícolas, tais como verduras, frutas, flores e também para a criação de gado (PMSP,s.d).

O bairro começou a se desenvolver com mais intensidade a partir de 1920, com a instalação de várias olarias e a chegada da estrada de ferro. Pelos trilhos chegaram os imigrantes italianos estabelecendo-se como comerciantes, fabricantes de vinho, fabricantes de tachos de cobre, ferreiros e carpinteiros. Os espanhóis, desde 1912 dedicavam-se à extração de pedras da Pedreira Lajeado (PMSP,s.d).

A Fazenda Santa Etelvina abrigava famílias alemãs e austríacas, e seus moradores construíram um ramal particular para ligar-se à Estação de Trem do Lajeado. Através dos trilhos da fazenda vários produtos eram escoados, como lenha, tijolos, pedras, carvão e produtos agrícolas (PMSP,s.d)

A partir da década de 20, a região começou a receber um grande número de migrantes nordestinos. Povoada por trabalhadores de baixa renda surgiu um bairro caracterizado pela autoconstrução, com casas muitas vezes construídas em área de risco. Em 1934 a região contava com aproximadamente 1.600 habitantes e já dispunha de um estabelecimento escolar (PMSP,s.d).

O bairro recebeu o nome de Guaianases em 24 de dezembro de 1948. Em 1950 a população de Guaianases ultrapassava 10.000 habitantes, mas com características de bairro-dormitório. Nessa época a ligação com o centro de São Paulo se dava por meio de uma Maria Fumaça, que perderia lugar para os trens elétricos em 1958. O crescimento desordenado do bairro, a partir de 1940, com a intensificação das migrações, favoreceu a ocupação de áreas de mananciais e de regiões sujeitas a enchentes (PMSP,s.d).

Atualmente a região da subprefeitura de Guaianases ocupa uma área de 1780 hectares e tem uma população estimada de 288.529 habitantes. O setor que

mais emprega na região é o comércio varejista, contando com 562 estabelecimentos e empregando 3.642 pessoas. A região conta com 126 estabelecimentos industriais, proporcionando 1080 postos de trabalho direto no setor (PMSP, 2007).

A região conta com 14 Unidade Básica de Saúde (UBS), 2 Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 1 Centro Testagem Acompanhamento DST/AIDS, um Pronto Socorro, 2 Clínica Especialidades Odontológicas e 1 Centro Atenção Psicossocial Adulto (PMSP, 2007).

4.1.2.4 Subprefeitura da Penha

A UBS envolvida na presente pesquisa que se encontra localizada na subprefeitura da Penha, pertencente à Coordenadoria Regional Sudeste é a UBS AE Carvalho (Fig. 4.1 e 4.2).

A Capela de Nossa Senhora da Penha de França, construída em 1668, é o primeiro marco histórico do bairro. Foi um ponto importante de pouso de viajantes e tropas entre os caminhos que ligavam São Paulo a Minas Gerais (PMSP,s.d).

Até o final do século XIX as residências se concentravam na região alta, próxima à Capela. Era uma área basicamente rural, formada por diversas chácaras. Ao redor da igreja prosperou o comércio de produtos religiosos e de outros itens necessários aos romeiros (PMSP,s.d).

Em 1901, com aproximadamente 20 mil habitantes, a Penha ganhou a segunda linha de bonde elétrico da cidade, sendo um fator decisivo para o progresso da região (PMSP,s.d).

Entre as décadas de 1920 e 1930 teve início um processo intenso de urbanização, fazendo com que a população se distribuísse até a região da várzea do Tietê, em direção a São Miguel Paulista e Itaquera (PMSP,s.d).

A Estrada de São Miguel Paulista e a linha de trem, favoreceram o avanço da ocupação urbana que se intensificou ainda mais, a partir da década de 40 (PMSP,s.d).

A Basílica da Nossa Senhora da Penha de França foi construída entre 1957 e 1967, a alguns metros da primeira igreja. Antigos moradores relatam um intenso turismo religioso na região (PMSP,s.d).

A região da subprefeitura da Penha ocupa uma área de 4.280 hectares e uma população estimada para 2009 de 500.050 habitantes. O comércio varejista conta com 2.415 estabelecimentos comerciais proporcionando 14.095 empregos diretos. O setor industrial se faz presente com 1.070 estabelecimentos, atuando em diversas áreas da indústria, desde a fabricação de calçados, materiais eletro-eletrônico, produtos químicos, têxteis entre outros, proporcionando 12.865 empregos diretos (PMSP, 2007).

A região conta com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 7 Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 1 Hospital, 1 Centro de Atenção Psicossocial Adulto, 1 Centro Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, 1 Centro Convivência Cooperativa (CECCO), 2 Clínica de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de Referência DST/AIDS, 2 Ambulatório de Especialidades (PMSP, 2007).

4.2 Casuística

Conforme referido anteriormente, a presente pesquisa origina-se de dados secundários. Os dados foram obtidos de duas fontes diferentes: dados obtidos em levantamento epidemiológico de saúde bucal, com informações sobre os participantes obtidas por meio de questionário aplicado durante a pesquisa e dados oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Foram analisados dados referentes aos indivíduos com 40 anos de idade (nascidos entre 1/04/1964 e 31/03/1965) cadastrados às Equipes de Saúde da Família que receberam residentes da área de Saúde Bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina 2005-2007.

4.3 Metodologia

4.3.1 Dados obtidos do levantamento epidemiológico de saúde bucal

A equipe de preceptores da área de Saúde Bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina constituíram uma equipe para a coordenação do projeto e apresentaram a proposta da pesquisa aos coordenadores da residência, argumentando a necessidade de capacitar os residentes para a execução de levantamentos epidemiológicos em

saúde bucal e subseqüente análise de dados obtidos, apontando as vantagens de planejar de acordo com a realidade local.

A partir da aprovação pela coordenação da Residência, o projeto foi redigido baseado em normas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (OMS, 1999), tendo como referência de um modo especial o “Projeto SB 2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000” (MS, 2000b).

Embora o levantamento epidemiológico tenha envolvido indivíduos de 5, 12, 18, 40 e 70 anos, no presente trabalho serão abordados apenas aos aspectos metodológicos utilizados para os indivíduos com 40 anos de idade, por tratar-se do aspecto central da presente pesquisa.

A pesquisa foi planejada para ser executada em todas as suas fases durante o ano de 2005, tendo sido cumprido o cronograma proposto.

O fato da pesquisa ter sido planejada para ser executada em unidades de saúde onde o trabalho é desenvolvido de acordo com a estratégia Saúde da Família trouxe muitas facilidades, e a necessidade de atender aos objetivos de capacitar os residentes definiu os espaços geográficos onde seria desenvolvida, ou seja nas “Área” de atuação de cada equipe de Saúde da Família que recebeu residentes da área de saúde bucal.

Define-se que “Área” é o espaço geográfico onde residem as famílias cadastradas a uma determinada equipe de Saúde da Família. Cada “Área” é composta em média por 3.000 pessoas. Cada equipe é formada no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitária de Saúde (MS, 2006c)

4.3.1.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal composto de exame da condição dentária, associado à aplicação de questionário.

4.3.1.2 População de estudo

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) indica a obtenção de dados referentes ao grupo etário de 35 a 44 anos, como forma de se obter informações sobre as condições de saúde bucal da população adulta. Na presente pesquisa, optou-se por trabalhar com idade-índice ao invés de grupo etário. Tal procedimento trouxe vários benefícios. Ao invés de se identificar todos os indivíduos pertencentes ao grupo etário de 35 a 44 anos e a partir daí realizar-se um sorteio para obter-se a amostra, priorizou-se a idade que ocupava o ponto médio do grupo etário (no caso, 40 anos de idade). Avaliou-se que a possibilidade de realizar um censo na idade-índice traria alguns benefícios em termos estatísticos. Sendo assim, todos os indivíduos com 40 anos de idade cadastrados nas Áreas onde ocorreu a pesquisa foram convidados a participar.

4.3.1.3 Características pesquisadas

Durante a fase de planejamento da pesquisa, foram analisados os aspectos a serem levantados durante a coleta de dados, de forma a se contemplar os objetivos da pesquisa.

Definidos os aspectos a serem estudados na pesquisa, a equipe de coordenação construiu a “Ficha para a coleta de dados” que pode ser observada no Anexo A e produziu material impresso “Manual do Examinador” (MARTINS; ABREU; GRIGOLETTO, 2005) para subsidiar a calibração e a realização dos exames, baseando-se no “Manual do Examinador” do Projeto SB Brasil (MS, 2001c), no “Caderno de Instruções do Levantamento epidemiológico em saúde bucal do Estado de São Paulo” de 1998 (SES-SP; FSP-USP, 1998) e em sugestões apresentadas por Souza e Cipriano (2001).

Dentre os aspectos levantados, os que têm interesse para a presente pesquisa foram: situação de coroa e raiz dentária, em relação à cárie e necessidade de tratamento odontológico, condição periodontal e risco à cárie. Foram obtidos também dados relativos à condição socioeconômica, características do domicílio, da família e da ocupação, aspectos relativos à saúde geral dos indivíduos e de sua família, hábitos e cuidados com a saúde bucal, autopercepção da saúde bucal e acesso a serviços odontológicos.

Os códigos e critérios adotados para cárie e necessidade de tratamento, bem como para a condição periodontal, tomaram por base a 4ª. edição do “Levantamentos Básicos em Saúde Bucal” da Organização Mundial da Saúde (OMS,1999). Um aspecto relevante da metodologia utilizada que deve ser ressaltado

nesse momento, tendo em vista, tratar-se do ponto central da presente pesquisa, é que em função da dificuldade de se estabelecer as causas das exodontias durante a realização dos exames, foi padronizado com os examinadores, durante o processo de calibração, o registro do código “4” referente à “dente ausente devido à cárie” em todas as situações em que fossem verificadas ausência de dentes, conforme sugerido por Souza e Cipriano (2001).

Com a finalidade de se verificar o risco de cárie foram utilizados os códigos e critérios apresentados no documento “Recomendações sobre o uso de produtos fluorados no âmbito SUS/SP em função do risco de cárie dentária” (SES-SP, 2000) apresentadas no Quadro a seguir:

Quadro 4.1 - Códigos e critérios utilizados para a classificação de risco à cárie. São Paulo, 2.005

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 branca ativa
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie e/ou 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

Fonte:“Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária” (SES-SP, 2000).

4.3.1.4 Calibração dos examinadores

Conforme definida pela Organização Mundial de Saúde (1991), a calibração tem por objetivo “assegurar a uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação dos critérios para as várias doenças e condições a serem observadas e registradas; assegurar que cada profissional possa examinar de maneira uniformemente padronizada e assim minimizar variações entre os diferentes examinadores”.

Os procedimentos de calibração foram planejados de modo a antecipar (simular) as condições que os examinadores encontrariam durante a realização da coleta de dados, conforme sugerido por Frias (2000).

Previamente ao processo de calibração os residentes participaram de 20 horas de aula teórica sobre noções de epidemiologia, planejamento de levantamentos epidemiológicos e apresentação dos códigos e critérios preconizados pela OMS a serem utilizados nos exames. O processo de calibração foi realizado pela técnica do consenso, conforme sugerido por Souza e Cypriano (2001), com 4 (quatro) horas de aula teórica e 20 horas de atividades práticas, que foram realizadas na unidade de saúde AE Carvalho nos dias 30 e 31 de março, e 1º. de abril de 2005.

As primeiras quatro horas da calibração foram destinadas à:

- ✓ Discussão dos códigos e critérios;
- ✓ Apresentação das fichas de exame;
- ✓ Esclarecimentos sobre a necessidade de se realizar os cálculos da discordância intra e inter-examinadores;
- ✓ Descrição da técnica de exame;

- ✓ Apresentação do instrumental;
- ✓ Posição de trabalho;
- ✓ Normas de biossegurança;
- ✓ Discussão sobre os procedimentos éticos para a realização da pesquisa;
- ✓ Orientações sobre os procedimentos necessários para a entrada no domicílio;
- ✓ Apresentação dos tópicos a serem discutidos no treinamento dos anotadores

As 16 (dezesseis) horas seguintes foram dedicadas aos exames, onde se pretendia que os examinadores tirassem suas dúvidas sobre o preenchimento das fichas e principalmente obtivessem o consenso a respeito dos códigos e critérios a serem aplicados. Para tanto foram convidados voluntários pertencentes às idades-índice para serem examinados. Cada voluntário foi submetido a até 4 exames, após os quais o grupo identificou os pontos de discordância e discutiu até chegar ao consenso. Os grupos de examinadores foram reconstituídos a cada período de 4 horas.

Nas últimas 4 (quatro) horas do processo de calibração as fichas foram agrupadas para posterior cálculo da concordância inter-examinador. Os reexames para cálculo da concordância intra-examinador foram realizados durante o levantamento dos dados, por meio da duplicação dos exames, na razão de 10% sobre o número de examinados, conforme proposto pela OMS (1999).

Os residentes ficaram responsáveis por capacitar os anotadores, por meio de treinamento de 4 (quatro) horas realizado na própria Unidade de Saúde, onde deveriam ser abordados os seguintes aspectos:

- ✓ Apresentação da ficha;
- ✓ Apresentação da forma de preenchimento;

- ✓ Discussão de cada uma das perguntas do questionário, dirimindo possíveis dúvidas;
- ✓ Orientações sobre a liberdade que todos os indivíduos têm de decidir sobre participar ou não da pesquisa, sem sofrer nenhum tipo de discriminação;
- ✓ Orientações sobre o preenchimento do consentimento livre e esclarecido;
- ✓ Esclarecimentos sobre a duplicação de exames para se realizar o cálculo da concordância intra-examinadores;
- ✓ Apresentação do instrumental;
- ✓ Revisão da ficha para verificar se todos os campos foram preenchidos;
- ✓ Posição do anotador no momento do exame.

Ressalta-se que os examinadores foram orientados a esclarecerem os participantes sobre a liberdade que cada indivíduo tem de participar ou não da pesquisa, realizarem os exames e aplicarem os questionários, enquanto os anotadores apenas procederiam ao registro dos dados, com a supervisão do examinador.

Para o cálculo da concordância inter-examinadores foram utilizados os registros realizados no último período de calibração, e desta forma foram analisados os registros de 16 pacientes, que na maioria das vezes foram examinados por 4 residentes. As concordâncias foram calculadas através do coeficiente de kappa, conforme sugerido por Frias e Narvai (2001). Para a condição da coroa a concordância inter-examinador apresentou um valor de 0,94, com intervalo de confiança de 95% variando entre [0,93 ; 0,95]. Segundo Landis e Koch[2] (1977 *apud* Frias e Narvai, 2001 p. 38) poderia ser considerada uma concordância “quase perfeita”.

2 – Landis JR, Kock GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33:159-174.

Os reexames, para o cálculo das concordâncias intra-examinadores, foram realizados durante a coleta de dados. Foram analisadas 77 fichas de reexame, que corresponderam à aproximadamente 5% do total de examinados.

A concordância intra-examinador relativa à condição da coroa, calculada através do coeficiente de kappa, apresentou um valor de 0,98, com intervalo de confiança de 95% variando entre [0,97 ; 0,98], podendo ser considerada segundo Landis e Koch[2] (1977 *apud* Frias e Narvai, 2001 p. 38) uma concordância "quase perfeita".

4.3.1.5 Identificação dos indivíduos a serem examinados

Após o processo de calibração, os residentes participaram de uma atividade prática, para identificarem os indivíduos cadastrados em suas "Áreas" a serem examinados. A identificação dos indivíduos que fariam parte do estudo se deu de uma maneira muito simples, pois os mesmos encontravam-se cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cabendo apenas identificá-los através da data de nascimento, no banco de dados de cada unidade de saúde envolvida.

4.3.1.6 Coleta de dados

Os indivíduos que fariam parte do estudo foram visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e informados sobre o estudo. Concordando em participar da pesquisa, os ACS realizavam o agendamento do exame.

Caso os indivíduos selecionados para participarem do estudo não estivessem em suas casas, para o agendamento ou para a realização do exame, recomendou-se o retorno ao domicílio por pelo menos 3 (três) vezes.

Os exames foram realizados nos domicílios por equipes compostas de um cirurgião-dentista examinador e um auxiliar-anotador sob a responsabilidade do primeiro.

Recomendou-se que todos os examinadores estivessem acompanhados do Agente Comunitário de Saúde da “micro-área” onde seriam realizados os exames, e usassem crachá de identificação.

Cada equipe utilizou 15 jogos clínicos contendo instrumentos padronizados pela Organização Mundial de Saúde, devidamente esterilizados conforme as normas de biossegurança do Ministério da Saúde. Os instrumentos utilizados para auxiliar no exame visual e táctil dos tecidos bucais foram o espelho bucal plano n.º 5 e a sonda CPI, recomendada pela OMS. Além dos instrumentais e materiais, as equipes levavam a campo a ficha de cadastro dos domicílios para controle da área pesquisada, assim como o “Manual do Examinador” para dirimir possíveis dúvidas que aparecessem durante a execução dos exames.

A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, bem como a Secretaria Estadual de Saúde emprestaram os espelhos e as sondas para a

realização dos exames, de forma a não comprometer o atendimento das Unidades de Saúde durante o período de coleta de dados.

4.3.1.7 Digitação e processamento dos dados

O software utilizado para digitação e análise dos dados obtidos durante o levantamento foi o EPI INFO 2000, versão 3.3.2 de 9 de fevereiro de 2005, onde a equipe de coordenação da pesquisa preparou uma máscara para a entrada dos dados, que foi programada para realizar os principais cálculos de forma a facilitar a análise dos dados.

As fichas foram digitadas pelos residentes em dias e horários previamente agendados para esta finalidade, dentro de sua carga horária de trabalho, após treinamento realizado no Centro de Processamento de Dados da Faculdade Santa Marcelina. Ao final da digitação cada uma das equipes deveria enviar o banco de dados juntamente com as fichas à coordenação do projeto.

Para a verificação de possíveis erros de digitação, realizou-se procedimento similar ao utilizado por Narvai, Castellanos e Frazão (2000), sorteou-se 5% das fichas, realizando-se a verificação do preenchimento de todos os campos. Foram verificados 12.678 campos em 78 fichas e observados 130 erros de digitação, dessa forma, observou-se uma proporção de 1,02% de erros de digitação.

4.3.2 Dados referentes ao Sistema de Informação da Atenção Básica

O Programa de Saúde da Família tem como um dos seus pressupostos básicos o cadastramento das famílias que residem em sua área de abrangência, onde, através da utilização de impressos próprios, são coletadas as informações importantes a respeito das famílias, tais como: composição da família, sexo, idade, escolaridade, ocupação, doenças referidas, situação da moradia, saneamento, entre outras informações, que são inseridas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e atualizadas permanentemente. No Anexo B é possível observar a “Ficha A do SIAB” (ficha com a qual é realizado o cadastro das famílias), cujas informações estão disponíveis no SIAB.

A partir desse cadastro inicial, as famílias são acompanhadas periodicamente pelas Agentes Comunitárias de Saúde, sendo que o intervalo dessas visitas de retorno estão na dependência das particularidades de cada família, sendo consideradas prioridades as gestantes, menores de 1 ano, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase.

Foi obtido o banco do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de cada uma das Unidades envolvidas na pesquisa, de forma a se trabalhar com os dados individuais e agregados por Micro-área, Área e Unidade de Saúde.

4.4 Construção do banco de dados para as análises estatísticas

4.4.1 Obtenção das variáveis de nível I

Uma vez disponíveis os bancos de dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal e do cadastro das famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o desafio passa a ser unir estes dados de forma a se obter informações.

Cabe ressaltar que nem a ficha de exames nem o SIAB apresentam o nome do indivíduo. Para se localizar as informações do indivíduo presentes no SIAB, utilizou-se as informações presentes na ficha de exames (Anexo A) onde consta, código da UBS, número da Área, da Microárea, da Família e data de nascimento do indivíduo, conferidas ainda com o sexo. Se não houvesse coincidência de todas estas informações entre a ficha de exames e o banco de dados do SIAB, as informações disponíveis no SIAB a respeito daquele indivíduo foram desprezadas.

Para se entender como se deu este processo, é importante saber que o SIAB é composto de vários bancos de dados, cuja conexão entre eles não se dá de uma forma automatizada. Trabalhou-se primeiro com o banco referente aos indivíduos cadastrados, uma vez localizados, conforme descrito anteriormente, as informações sobre o indivíduo, presentes no SIAB foram resgatadas e em seguida, buscava-se as informações referentes à família em outro banco do SIAB (SANMUN). Tal processo foi realizado manualmente pelo pesquisador, com o auxílio dos “filtros" do Excell, após converter os bancos de dados do SIAB em Excel (MICROSOFT

CORPORATION, 2000). As informações individuais e relativas à família constantes no SIAB foram anexadas às informações coletadas durante os exames, exigindo que o banco de dados relativo ao levantamento epidemiológico também fosse transportado para o Excel, de forma a permitir tal manobra. Pode-se obter uma visão geral das variáveis de estudo obtidas desta maneira no Quadro 4.2.

4.4.2 Obtenção das variáveis de nível II e III – Microárea e Área

As informações relativas às Microáreas e às Áreas, apresentadas nesta pesquisa, também foram obtidas do SIAB, no arquivo SANMUN.

Para obtenção destas informações, uma vez que os bancos do SIAB já estavam em Excel, organizou-se o banco por Microárea, Área e Unidade e criou-se fórmulas no Excel, capazes de calcular automaticamente os indicadores propostos, cujos critérios utilizados apresentam-se descritos no item que se refere às variáveis de estudo.

Pode-se observar nas Tabelas de 4.1 a 4.9 os valores dos indicadores pesquisados, por Microárea, Área e Unidade.

Tabela 4.1- Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. **UBS AE Carvalho**, São Paulo, 2009

	Micro 1	*Micro 3*	*Micro 4*	*Micro 5*	*Micro 17*	*Área*	*Unidade*
n.º de famílias cadastradas	207	219	175	190	179	970	3.828
N.º de pessoas cadastradas	706	891	742	692	615	3.646	14.074
% de casas de tijolo/adobe	99,5	90,4	97,1	100,0	100,0	97,2	96,2
% de casas construídas com outros materiais	0,5	9,6	2,9	0,0	0,0	2,8	3,8
Número médio de cômodos	4,7	3,9	3,3	4,7	4,7	4,3	4,5
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	0,7	1,0	1,3	0,8	0,7	0,9	1,0
% de casas sem energia elétrica	0,5	3,2	1,1	0,0	0,0	1,0	0,4
% de casas sem coleta de lixo	0,5	7,8	5,1	0,0	0,0	2,8	1,7
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	1,5	0,0	1,1	0,0	0,0	0,5	0,2
% de casas ligadas à rede de esgoto	100,0	45,7	39,4	100,0	100,0	76,8	88,5
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,2	0,7
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	0,0	54,3	59,4	0,0	0,0	23,00	10,8
% coberta com plano de saúde	33,4	9,7	6,7	27,2	30,7	20,54	20,5
% de famílias que participam de cooperativa	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,2	0,4
% de famílias que participam de grupos religiosos	33,4	5,5	0,0	11,6	8,9	12,3	12,6
% de famílias que participam de associações	2,9	0,5	0,0	6,3	0,0	2,0	1,7
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	61,4	91,8	98,9	82,6	88,8	84,2	84,1
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	15,0	6,8	4,0	13,7	11,7	10,3	9,1
% de crianças de 0 a 5 anos	6,9	9,4	7,5	5,8	7,3	7,5	7,5
% de idosos (60 anos ou mais)	13,6	3,6	5,0	18,6	13,8	10,4	11,6
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	9,5	3,8	8,1	4,1	1,6	5,4	3,1
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool(com 15 anos ou mais)	9,3	4,1	3,5	1,6	1,2	4,0	2,4
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	1,3	0,8	0,0	0,4	0,0	0,5	0,6
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	5,8	3,7	2,4	5,0	6,4	4,6	4,8
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	22,5	10,8	11,0	21,5	22,5	17,5	18,0
% de gestantes adolescentes	0,0	0,0	10,0	0,0	50,0	7,4	13,5

Fonte: SIAB –Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.2 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde**. UBS Curuçá Velha**, São Paulo, 2009

	Micro 1	*Micro 2*	*Micro 3*	*Micro 4*	*Micro 5*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	205	194	185	198	210	992	5407
N.º de pessoas cadastradas	766	675	680	709	745	3575	20294
% de casas de tijolo/adobe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,8
% de casas construídas com outros materiais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Número médio de cômodos	4,9	5,3	5,2	5,0	4,3	4,9	5,0
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,9
% de casas sem Energia elétrica	0,0	0,5	0,0	1,5	0,5	0,5	0,3
% de casas sem coleta de lixo	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1	0,8
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	1,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,4	0,3
% de casas ligadas à rede de esgoto	89,3	100,0	60,5	99,5	100,0	90,3	96,6
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	10,7	0,0	39,5	0,5	0,0	9,7	3,0
% coberta com plano de saúde	25,3	22,2	23,7	25,5	18,9	23,1	22,0
% de famílias que participam de cooperativa	1,5	0,0	0,0	2,0	1,4	1,0	0,8
% de famílias que participam de grupos religiosos	9,8	6,7	1,0	10,1	1,0	5,7	13,4
% de famílias que participam de associações	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,6	1,8
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	86,8	91,2	98,9	86,4	96,2	91,8	82,5
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	13,2	21,1	6,5	12,1	4,8	11,5	15,1
% de crianças de 0 a 5 anos	7,8	5,2	5,9	6,1	7,0	6,4	7,2
% de idosos (60 anos ou mais)	10,4	11,6	14,0	16,8	11,9	12,9	11,0
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	3,9	2,4	2,0	4,8	0,3	2,7	3,1
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	1,7	0,9	0,7	0,4	0,0	0,7	0,5
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	1,4	0,2	0,7	0,7	0,2	0,6	0,9
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	3,7	4,6	5,9	6,2	5,8	5,2	4,5
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	14,9	16,0	17,7	21,3	13,0	16,6	13,7
% de gestantes adolescentes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.3 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde**. UBS Dom João Nery**, São Paulo, 2009

	Micro 1	*Micro 2*	*Micro 3*	*Micro 4*	*Micro 5*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	191	194	198	197	182	962	5.876
N.º de pessoas cadastradas	721	736	786	772	758	3.773	22.678
% de casas de tijolo/adobe	99,0	98,5	98,5	99,5	100,0	99,1	99,7
% de casas construídas com outros materiais	1,0	1,5	1,5	0,5	0,5	0,9	0,3
Número médio de cômodos	3,8	3,5	3,4	3,6	5,0	3,9	4,2
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	1,0	1,1	1,2	1,1	0,8	1,0	1,0
% de casas sem energia elétrica	2,6	0,5	1,5	2,0	0,5	1,5	1,6
% de casas sem coleta de lixo	0,0	1,0	4,5	6,1	0,0	2,4	0,6
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,2	0,3
% de casas ligadas à rede de esgoto	99,5	64,4	63,6	80,7	99,5	81,2	84,0
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	0,5	16,0	3,0	1,0	0,5	4,3	1,6
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	0,0	19,6	33,3	18,3	0,0	14,6	14,3
% de pessoas cobertas com plano de saúde	11,1	8,7	3,8	5,6	9,5	7,7	10,8
% de famílias que participam de cooperativa	0,5	0,0	1,5	2,5	1,0	1,1	0,9
% de famílias que participam de grupos religiosos	12,5	0,5	15,1	4,6	19,7	10,4	8,2
% de famílias que participam de associações	0,5	1,0	4,0	1,0	1,6	1,6	1,9
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	87,4	98,5	78,3	89,3	78,0	86,4	88,6
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	6,3	2,1	1,5	0,0	4,9	2,9	4,1
% de crianças de 0 a 5 anos	8,6	8,7	9,5	8,9	6,6	8,5	8,7
% de idosos (60 anos ou mais)	4,4	2,0	2,8	2,3	2,6	2,8	4,8
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	11,1	14,6	10,0	5,1	1,1	8,2	6,8
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	0,2	1,3	0,8	0,8	1,1	0,8	1,0
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	0,2	0,2	0,6	1,0	0,2	0,4	0,6
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	3,8	1,9	2,2	3,4	1,7	2,6	3,0
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	10,9	8,5	10,0	12,2	11,8	10,7	12,0
% de gestantes adolescentes	0,0	20,0	22,2	0,0	10,0	14,8	19,6

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.4 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. **UBS Jaraguá**, São Paulo, 2009

	Micro 2	*Micro 4*	*Micro 6*	*Micro 8*	*Micro 10*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	224	211	215	225	228	1103	4.632
N.º de pessoas cadastradas	861	731	760	844	942	4138	17.718
% de casas de tijolo/adobe	100	99,5	100	100	99,1	99,7	99,5
% de casas construídas com outros materiais	0,0	0,5	0,0	0,0	0,9	0,3	0,5
Número médio de cômodos	3,7	4,1	3,4	3,1	3,3	3,5	3,6
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	1,0	0,8	1,0	1,2	1,2	1,1	1,2
% de casas sem energia elétrica	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,2	0,3
% de casas sem coleta de lixo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,1
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,2	0,1
% de casas ligadas à rede de esgoto	99,2	99,5	99,5	95,6	98,7	98,2	98,9
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	0,4	0,0	0,5	4,4	1,3	1,6	0,9
% coberta com plano de saúde	17,3	11,8	19,1	8,1	12,5	13,7	14,8
% de famílias que participam de cooperativa	2,2	1,4	1,0	0,0	0,0	0,6	0,8
% de famílias que participam de grupos religiosos	20,5	15,2	34,0	4,0	3,5	13,9	23,0
% de famílias que participam de associações	2,2	2,9	1,9	0,0	0,0	1,1	0,9
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	75,0	80,6	61,9	96,0	96,5	84,1	75,0
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	6,7	5,2	12,1	1,8	6,6	6,4	7,2
% de crianças de 0 a 5 anos	8,1	8,3	9,2	8,4	8,4	8,5	8,0
% de idosos (60 anos ou mais)	7,7	7,4	9,5	6,4	5,1	7,1	8,0
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	6,8	4,2	2,2	3,4	6,1	4,6	3,9
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	0,6	1,5	1,5	0,5	1,0	1,0	0,8
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	0,6	0,2	0,0	1,1	0,3	0,5	0,5
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	4,3	3,7	4,5	3,2	4,3	4,0	3,7
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	12,8	15,0	15,8	14,5	16,3	14,9	13,2
% de gestantes adolescentes	0,0	0,0	25,0	0,0	40,0	12,5	23,0

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.5 – Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. **UBS Jardim Campos**, São Paulo, 2009

	Micro 6	*Micro 7*	*Micro 8*	*Micro 9*	*Micro 10*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	199	194	168	194	178	933	5535
N.º de pessoas cadastradas	725	799	619	741	684	3568	21711
% de casas de tijolo/adobe	99,5	97,9	99,4	100,0	100,0	99,4	99,7
% de casas construídas com outros materiais	0,5	2,1	0,6	0,0	0,0	0,6	0,3
Número médio de cômodos	3,3	2,8	3,1	3,4	3,5	3,2	3,5
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	1,1	1,5	1,2	1,1	1,1	1,2	1,3
% de casas sem energia elétrica	2,0	0,0	0,0	0,5	0,6	0,6	0,5
% de casas sem coleta de lixo	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
% de casas ligadas à rede de esgoto	98,5	86,1	100,0	99,0	100,0	96,6	87,7
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	1,0	12,4	0,0	0,5	0,0	2,9	1,2
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	0,5	1,5	0,0	0,5	0,0	0,5	11,1
% coberta com plano de saúde	16,8	6,0	6,3	6,2	11,1	9,3	12,2
% de famílias que participam de cooperativa	3,0	3,6	3,0	5,1	0,6	3,1	1,4
% de famílias que participam de grupos religiosos	15,6	20,1	12,5	40,7	21,3	22,3	25,8
% de famílias que participam de associações	0,5	2,0	1,8	0,5	0,6	1,1	3,5
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	80,9	74,2	81,5	51,5	73,6	72,1	69
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	6,0	3,6	2,4	4,1	8,4	4,9	5,2
% de crianças de 0 a 5 anos	6,9	11,9	8,2	10,7	7,7	9,2	9,2
% de idosos (60 anos ou mais)	9,0	5,9	9,2	6,9	6,6	7,4	5,9
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	2,5	5,1	1,6	2,5	3,4	3,0	3,2
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	3,2	3,9	2,5	5,4	2,2	3,5	2,9
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	0,8	1,4	2,7	1,4	1,6	1,5	0,8
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	3,6	4,7	5,6	3,3	2,6	3,9	3,5
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	16,3	10,4	16,4	14,8	10,8	13,7	14,4
% de gestantes adolescentes	16,7	30,0	0,0	20,0	0,0	17,2	24,2

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.6 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. **UBS Parque Santa Rita**, São Paulo, 2009

	Micro 21	*Micro 22*	*Micro 23*	*Micro 24*	*Micro 25*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	197	208	210	235	191	1041	4962
N.º de pessoas cadastradas	752	815	820	924	747	4058	18811
% de casas de tijolo/adobe	100,0	99,5	86,7	100,0	100,0	97,2	99,1
% de casas construídas com outros materiais	0,0	0,5	13,3	0,0	0,0	2,8	0,9
Número médio de cômodos	4,4	3,8	3,6	3,6	4,6	3,9	4,2
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	0,9	1,0	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0
% de casas sem energia elétrica	0,5	0,0	1,0	0,0	0,0	0,3	0,5
% de casas sem coleta de lixo	0,0	0,0	10,5	0,4	0,0	2,2	0,5
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	0,5	0,0	0,5	0,4	0,0	0,3	0,3
% de casas ligadas à rede de esgoto	99,0	99,0	66,7	76,6	100,0	87,6	92,7
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	1,0	0,5	9,0	0,9	0,0	2,3	1,0
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	0,0	0,5	24,3	22,6	0,0	10,1	6,3
% coberta com plano de saúde	17,0	13,6	9,0	6,9	16,7	12,4	13,5
% de famílias que participam de cooperativa	0,0	56,8	0,5	0,9	0,0	11,6	3,1
% de famílias que participam de grupos religiosos	3,0	19,3	18,1	3,0	4,2	9,5	15,6
% de famílias que participam de associações	0,0	0,5	0,5	0,0	1,0	0,4	0,9
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	97,0	25,0	81,4	96,2	94,8	78,9	80,6
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	16,8	4,3	2,4	1,7	8,4	6,4	4,9
% de crianças de 0 a 5 anos	8,1	8,6	11,1	10,3	7,6	9,2	8,5
% de idosos (60 anos ou mais)	8,5	8,5	5,1	4,3	9,9	7,1	7,1
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	9,7	9,2	5,1	5,0	6,6	7,1	4,8
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	0,5	0,0	0,0	0,6	0,3	0,3	0,8
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	0,5	1,0	1,5	1,1	0,3	0,9	1,0
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	3,6	2,5	2,7	3,0	4,2	3,2	3,4
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	13,8	12,7	10,6	11,6	14,1	12,6	12,8
% de gestantes adolescentes	16,7	37,5	40,0	28,6	66,7	35,9	27,8

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.7 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde.**UBS Dr. Thérsio Ventura**, São Paulo, 2009

	Micro 1	*Micro 2*	*Micro 3*	*Micro 4*	*Micro 5*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	183	191	178	186	180	918	6173
N.º de pessoas cadastradas	680	718	584	609	603	3194	23844
% de casas de tijolo/adobe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,8
% de casas construídas com outros materiais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Número médio de cômodos	4,7	4,6	4,9	4,5	5,1	4,8	4,8
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9
% de casas sem energia elétrica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,3
% de casas sem coleta de lixo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	0,2
% de casas ligadas à rede de esgoto	97,8	94,8	100,0	100,0	100,0	98,5	91,7
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	2,2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,1
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,8	5,2
% coberta com plano de saúde	19,6	16,6	32,7	21,5	23,2	22,4	15,5
% de famílias que participam de cooperativa	1,1	1,0	0,0	0,0	1,1	0,7	1,1
% de famílias que participam de grupos religiosos	32,2	13,1	14,0	23,7	11,2	18,8	21,2
% de famílias que participam de associações	3,3	6,8	2,2	2,2	3,9	3,7	3,1
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	62,8	80,1	82,0	73,1	83,9	76,4	74,5
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	25,7	13,6	17,4	18,3	21,7	19,3	15,8
% de crianças de 0 a 5 anos	6,6	8,1	5,7	6,2	5,1	6,4	7,9
% de idosos (60 anos ou mais)	7,4	10,7	9,9	11,7	17,1	11,2	7,1
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	4,2	2,8	1,9	1,9	4,5	3,1	4,7
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	0,6	0,6	1,3	0,0	0,8	0,6	0,4
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	1,0	1,9	1,9	0,6	2,9	1,6	1,2
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	4,2	5,1	4,4	5,2	7,8	5,3	3,5
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	11,4	17,0	16,8	16,9	20,6	16,5	14,1
% de gestantes adolescentes	0,0	33,3	0,0	60,0	28,6	23,1	20,8

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.8 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. **UBS Vila Nova Curuçá**, São Paulo, 2009

	Micro 1	*Micro 2*	*Micro 3*	*Micro 4*	*Micro 5*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	176	177	211	186	189	939	5616
N.º de pessoas cadastradas	597	676	825	758	659	3515	21237
% de casas de tijolo/adobe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,8
% de casas construídas com outros materiais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Número médio de cômodos	4,1	4,4	4,4	4,0	4,7	4,3	4,6
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	0,8	0,9	0,9	1,0	0,7	0,9	1,0
% de casas sem energia elétrica	0,6	0,6	1,9	3,8	0,5	1,5	0,5
% de casas sem coleta de lixo	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,5	0,4
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
% de casas ligadas à rede de esgoto	100,0	99,4	96,2	88,2	99,5	96,6	96,2
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	0,0	0,6	0,5	9,6	0,5	2,2	1,1
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	0,0	0,0	3,3	2,2	0,0	1,2	2,7
% coberta com plano de saúde	22,3	12,1	13,7	12,5	16,8	15,2	20,0
% de famílias que participam de cooperativa	1,2	0,6	0,0	0,0	1,1	0,5	0,6
% de famílias que participam de grupos religiosos	15,4	15,9	2,4	3,2	2,1	7,4	9,4
% de famílias que participam de associações	0,0	4,0	0,9	4,3	0,0	1,8	1,9
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	84,1	80,2	96,2	90,9	96,8	90,0	87,5
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	11,9	3,4	1,4	8,6	0,0	4,9	10,9
% de crianças de 0 a 5 anos	7,9	7,7	7,9	8,4	9,6	8,3	7,6
% de idosos (60 anos ou mais)	9,9	7,4	7,0	6,2	9,7	7,9	7,4
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	4,2	1,8	3,7	3,5	2,9	3,2	4,1
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	0,7	0,0	1,7	0,6	0,2	0,7	0,7
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	1,2	0,6	1,2	0,4	0,8	0,8	0,8
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	4,7	4,8	4,7	3,2	2,5	4,0	3,7
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	20,7	17,6	20,3	14,0	12,9	17,1	13,7
% de gestantes adolescentes	50,0	20,0	10,0	16,7	0,0	17,1	17,9

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Tabela 4.9 - Dados relativos ao número de cadastrados, características socioeconômicas, de moradia e saneamento, das Microáreas, da Área, e da área de abrangência da Unidade de Saúde. **UBS Fanganiello**, São Paulo, 2009

	Micro 3	*Micro 4*	*Micro 5*	*Micro 19*	*Micro 22*	*ÁREA*	*UNIDADE*
n.º de famílias cadastradas	194	194	202	222	193	1005	5071
N.º de pessoas cadastradas	695	763	861	878	763	3960	19345
% de casas de tijolo/adobe	100,0	100,0	99,0	100,0	99,5	99,7	99,9
% de casas construídas com outros materiais	0,0	0,0	1,0	0,0	0,5	0,3	0,1
Número médio de cômodos	3,2	3,3	2,7	3,4	3,2	3,2	3,2
Densidade média por domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	1,1	1,2	1,6	1,2	1,2	1,2	1,4
% de casas sem energia elétrica	0,0	1,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
% de casas sem coleta de lixo	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
% de casas sem abastecimento de água da rede pública	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
% de casas ligadas à rede de esgoto	72,2	94,8	65,8	99,1	93,3	85,3	93,2
% de casas com destino de fezes e urina para fossa	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4
% de casas com destino de fezes e urina a céu aberto	27,3	4,6	34,2	0,9	6,7	14,5	6,4
% coberta com plano de saúde	9,2	7,6	3,9	7,2	7,9	7,0	10,4
% de famílias que participam de cooperativa	1,0	0,5	1,5	0,9	0,5	0,9	0,9
% de famílias que participam de grupos religiosos	24,7	35,5	18,8	41,0	29,0	30,1	31,4
% de famílias que participam de associações	0,5	1,5	1,5	0,0	1,6	1,0	1,5
% de famílias que não participa de nenhum grupo social	73,2	62,4	77,2	58,1	68,9	67,8	66,0
% de famílias que utilizam unicamente o carro como meio de transporte	4,1	4,6	4,0	5,4	6,7	5,0	5,5
% de crianças de 0 a 5 anos	7,9	9,0	10,1	9,1	9,3	9,1	8,5
% de idosos (60 anos ou mais)	5,3	2,8	3,9	5,6	3,8	4,3	5,7
% cadastrados c/ 15 anos ou mais não alfabetizados	1,2	0,8	2,4	1,3	1,9	1,5	2,3
% de pess. que realizam uso abusivo de álcool (com 15 anos ou mais)	1,0	1,3	3,5	0,3	2,1	1,6	1,0
% de pessoas portadoras de deficiência física (com 15 anos ou mais)	1,2	0,8	1,6	0,8	1,0	1,1	0,8
% de pessoas portadoras de diabetes (com 15 anos ou mais)	5,0	2,4	2,7	2,7	2,5	3,0	3,7
% de pessoas portadoras de hipertensão (com 15 anos ou mais)	11,9	11,5	10,9	15,2	9,7	12,0	14,6
% de gestantes adolescentes	0,0	6,7	16,7	0,0	0,0	5,4	16,7

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica - período analisado: 12/2005.

Uma vez obtidos os indicadores, estes foram anexados às informações já existentes relativas ao nível individual e familiar dos moradores das respectivas Microáreas e Áreas, configurando-se assim como variáveis do nível II e III.

As variáveis categóricas foram trabalhadas uma a uma, procurando-se agrupar categorias de risco similar, considerando-se critérios de plausibilidade biológica, de forma a se identificar os melhores pontos de corte.

Para as variáveis contínuas, procurou-se trabalhar em tercis, porém, de acordo com a distribuição das freqüências, em muitos casos houve a necessidade de se criar variáveis dicotômicas.

Ao se verificar a distribuição das proporções em variáveis cujas categorias foram construídas a partir de tercis, considerando-se a plausibilidade biológica, julgou-se apropriado em alguns casos, agrupar as categorias que apresentavam proporções similares.

As variáveis estudadas, com seus respectivos pontos de corte são apresentadas a seguir.

4.5 Variáveis de estudo

4.5.1 Variável dependente

Foi definida na presença ou não de vinte dentes ou mais, obtida por meio do componente P do índice CPO-D menor ou igual a doze, ou maior que doze, buscando-se avaliar os fatores associados às perdas dentárias no grupo de adultos

estudados. Esta definição foi baseada na meta 4 proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 (FÉDÈRATION DENTAIRE INTERNATIONALE, 1982) que procurava avaliar a condição de saúde bucal dos adultos. A meta propunha a redução de 50% no nível de edentulismo no grupo etário de 35 a 44 anos. Em decorrência da ausência de dados disponíveis sobre o edentulismo em adultos na maioria dos países, que pudesse servir de parâmetro de comparação, foi proposto que no mínimo 75% dos indivíduos de 35 a 44 anos tivessem 20 dentes ou mais em condições funcionais. Narvai (1999/2000) sugeriu que a avaliação deste indicador poderia se dar baseando-se no componente P do índice CPO-D.

Y = 0, quando o componente P do CPO-D ≤ 12

Y = 1, quando o componente P do CPO-D > 12

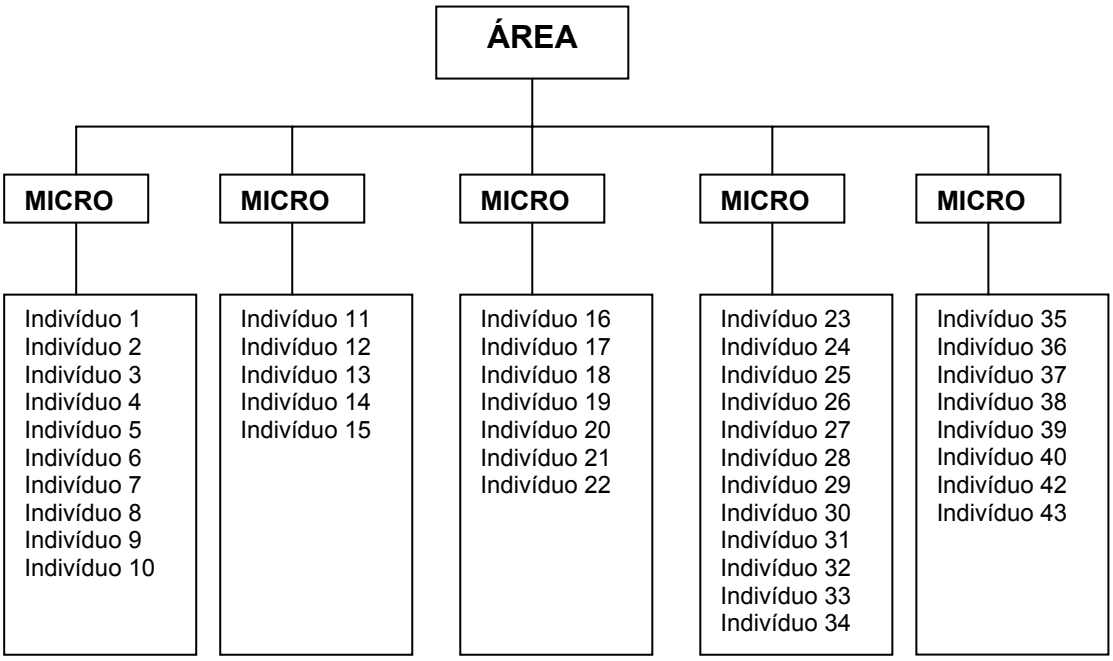
4.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram agrupadas em 3 níveis diferentes. O primeiro nível refere-se às características dos indivíduos e de suas famílias. O segundo nível refere-se às características da Microárea onde o indivíduo examinado reside. “Microárea” é o “espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS)” (MS, 2000c p.6). O terceiro nível refere-se às características da “Área” onde o indivíduo examinado reside. Conforme referido anteriormente, “Área” no “Programa

de Saúde da Família (PSF) é o conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família" (MS, 2000c p.7), onde residem em torno de 3.000 pessoas (MS, 2006c).

Na Fig. 4.3 é apresentado um esquema de forma a elucidar os 3 níveis que compõem a análise.

Figura 4.3 - Esquema elucidativo dos 3 níveis que compõem a análise



4.5.2.1 Variáveis independentes de nível I

O resumo das variáveis deste nível, de acordo com a fonte de obtenção dos dados está apresentada no Quadro 4.2.

Quadro 4.2 - Variáveis de nível I de acordo com a fonte de obtenção dos dados

Características	Variável	Local de obtenção do dado
Demográficas	Unidade de Saúde	Ficha de levantamento dos dados
	Sexo	Ficha de levantamento dos dados
	Grupo étnico	Ficha de levantamento dos dados
Socioeconômicas	Renda familiar	Ficha de levantamento dos dados
	Renda pessoal	Ficha de levantamento dos dados
	Renda *per capita*	Ficha de levantamento dos dados
	Escolaridade	Ficha de levantamento dos dados
	Tempo que mora em SP	Ficha de levantamento dos dados
	Posse de automóvel	Ficha de levantamento dos dados
	Utilização de meios de transporte	Banco de dados do SIAB
	Utilização de meios de comunicação	Banco de dados do SIAB
	Participação em grupos comunitários	Banco de dados do SIAB
	Plano de assistência médica	Banco de dados do SIAB
Domicílio	Moradia	Ficha de levantamento dos dados
	Número de cômodos	Ficha de levantamento dos dados
	Densidade no domicílio	Ficha de levantamento dos dados
	N.º de torneiras no domicílio	Ficha de levantamento dos dados
	Destino do lixo	Banco de dados do SIAB
	Tratamento da água no domicílio	Banco de dados do SIAB
	Destino de fezes e urina	Banco de dados do SIAB
Família	N.º pessoas que compõem a família	Ficha de levantamento dos dados
	Crianças menores de 5 anos na família	Banco de dados do SIAB
	Idosos na família	Banco de dados do SIAB
	Analfabeto na família	Banco de dados do SIAB
Ocupação	Ramo de atuação	Ficha de levantamento dos dados
	Vínculo empregatício	Ficha de levantamento dos dados
	Qualificação da ocupação	Banco de dados do SIAB
Saúde geral do indivíduo	Diabetes	Ficha de levantamento dos dados
	Hipertensão arterial	Ficha de levantamento dos dados
	Tuberculose	Ficha de levantamento dos dados
	Epilepsia	Ficha de levantamento dos dados
	Problema cardíaco	Ficha de levantamento dos dados
	Deficiência (física ou mental)	Ficha de levantamento dos dados
Saúde do núcleo familiar	Casos de diabetes na família	Banco de dados do SIAB
	Casos de hipertensão na família	Banco de dados do SIAB
	Casos de epilepsia na família	Banco de dados do SIAB
	Casos de gestação na adolescência na família	Banco de dados do SIAB
	Casos de deficiência na família	Banco de dados do SIAB
	Casos de alcoolismo na família	Banco de dados do SIAB
Hábitos e cuidados com a saúde bucal	Tabagismo	Ficha de levantamento dos dados
	Alcoolismo	Ficha de levantamento dos dados
	N.º de ingestões por dia	Ficha de levantamento dos dados
	Situação da escova	Ficha de levantamento dos dados
	Uso de fio dental	Ficha de levantamento dos dados
Autopercepção em saúde bucal	Considera necessário tratamento	Ficha de levantamento dos dados
	Como classifica a sua saúde bucal	Ficha de levantamento dos dados
	Como classifica sua aparência bucal	Ficha de levantamento dos dados
	De que forma a saúde bucal afeta a sua relação com outras pessoas	Ficha de levantamento dos dados
Acesso a serviços odontológicos	Já foi ao dentista	Ficha de levantamento dos dados
	Tempo desde a última consulta	Ficha de levantamento dos dados
	Local do atendimento	Ficha de levantamento dos dados
	Motivo do atendimento	Ficha de levantamento dos dados
	Recebeu informações sobre saúde bucal	Ficha de levantamento dos dados
Relativas à saúde bucal	Classificação de risco à cárie	Ficha de levantamento dos dados
	Grupo de risco à cárie	Ficha de levantamento dos dados
	Necessidade de trat. relativo à cárie	Ficha de levantamento dos dados
	Necessidade de extração	Ficha de levantamento dos dados
	Condição periodontal	Ficha de levantamento dos dados

4.5.2.1.1 *Características demográficas*

- **Unidade de Saúde** - serviço de saúde onde o indivíduo está cadastrado. As categorias desta variável foram: UBS Curuçá Velha; UBS AE Carvalho; UBS Dom João Nery; UBS Jd. Campos; UBS Jd. Fanganiello; UBS Jd. Jaraguá; UBS Parque Santa Rita; UBS Dr. Thérsio Ventura; UBS Vila Nova Curuçá.
- **Sexo -** sexo do indivíduo examinado. Categorias da variável: feminino e masculino.
- **Grupo étnico** – Foi utilizada a classificação proposta pela Fundação IBGE, que levava em consideração a autodeclaração do indivíduo, ou seja, foi perguntado em que categoria o indivíduo se incluía. As categorias sugeridas aos indivíduos foram: amarelo, branco, indígena, negro e pardo. Para as análises estatísticas, como o número de indivíduos classificados como amarelos foi bastante reduzido (5) e o risco apresentado pelos mesmos ficou mais próximo ao dos brancos, optou-se em agrupar-se os brancos e amarelos constituindo a categoria de referência desta variável, com o objetivo inclusive de testar se negros e pardos apresentam situação distinta quando comparados aos outros grupos étnicos. Desta forma a variável ficou constituída de duas categorias: brancos/amarelos; negros/pardos.

4.5.2.1.2 *Características socioeconômicas*

- **Renda familiar** - a renda mensal da família, considerando como tal, a soma dos rendimentos mensais dos componentes da unidade familiar. A renda foi obtida em reais, sem centavos e para as análises foi convertida em dólar com o valor de cotação obtido do *site* oficial do Banco Central do Brasil (MINISTÉRIO DA FAZENDA, s.d), referente à data de início do levantamento dos dados (1/04/2005). Cada dólar na referida data tinha o valor correspondente à R$ 2,65 (dois reais e sessenta e cinco centavos). Após a conversão em dólares os valores foram divididos em tercis para compor as três categorias da variável: ≥ 330 dólares; ≥ 170 dólares e < 330 dólares; <170 dólares. No modelo final, como as categorias "≥ 330 dólares" e "≥ 170 dólares e < 330 dólares" não apresentaram diferença estatisticamente significativas, foram agrupadas formando a categoria de referência desta variável.
- **Renda pessoal -** a renda mensal da pessoa examinada, considerando como tal, o valor de seu provimento mensal, excluído o rendimento das demais pessoas da unidade familiar. A renda pessoal foi obtida em reais, sem centavos e para as análises foi convertida em dólar com o valor de cotação obtido do *site* oficial do Banco Central do Brasil (MF, s.d), referente à data de início do levantamento dos dados (1/04/2005). Após a conversão em dólares os valores foram divididos em tercis para compor as três categorias da variável: ≥ 150 dólares; >0 e <150 dólares; sem renda pessoal.
- **Renda *per capita* -** valor calculado a partir da renda familiar já convertida em dólares, dividido pelo número de indivíduos que pertencem àquela unidade

familiar. O ponto de corte foi baseado nos tercis. Categorias: ≥ 90 dólares; ≥ 45 dólares e < 90 dólares; <45 dólares.

- **Escolaridade -** diz respeito ao número de anos de estudo do indivíduo, considerando a última série concluída com aprovação. As categorias criadas para analisar esta variável foram: até 8 anos de estudo; de 9 a 11 anos de estudo e mais de 11 anos de estudo.
- **Tempo que mora em São Paulo** - foram registrados o número de anos que o indivíduo participante do estudo morava em São Paulo. Para as análises foram construídas 2 categorias, uma composta por indivíduos que moravam em São Paulo há 10 anos ou menos e outra com os indivíduos que moravam em São Paulo há mais de 10 anos.
- **Posse de automóvel -** Durante a aplicação do questionário foi obtido o número de veículos automotores que a família possuía no momento do exame, sendo que motocicletas não foram consideradas como veículos automotores. Para as análises a variável foi construída com duas categorias, uma envolvendo os indivíduos cujas famílias possuíam veículos automotores e a outra com os indivíduos cujas famílias não possuíam veículos automotores (sim/não).
- **Utilização de meios de transportes -** variável que procura identificar quais os meios de transporte que a família utiliza, tendo como opções de resposta: ônibus, carro, caminhão, carroça e outros. As opções de resposta são independentes, ou seja, uma não exclui a outra. Para as análises, a partir do banco de dados do SIAB, construiu-se uma variável com três categorias, uma envolvendo as famílias que utilizavam somente o carro como meio de transporte, outra envolvendo as famílias que utilizavam ônibus e/ou carro e/ou outros meios de transporte e uma terceira categoria envolvendo as famílias que utilizavam

apenas “outros” meios de transporte que não o carro, ônibus, caminhão ou carroça. Vale salientar que nenhuma das famílias, cujos membros participaram do estudo, fazia uso de caminhão ou carroça e desta forma estes meios de transporte não foram incluídos nas categorias construídas.

- **Utilização de meios de comunicação –** variável que procurou identificar quais os meios de comunicação que a família utilizava, tendo como opções de resposta: rádio, televisão e outros, onde as três categorias são independentes, ou seja, uma não exclui a outra. Para as análises, a partir do banco de dados do SIAB, construiu-se uma variável com duas categorias, uma envolvendo todas as pessoas cujos meios de comunicação se restringiam a rádio e televisão e outra categoria envolvendo as famílias que utilizavam outros meios de comunicação, independentemente de usarem ou não o rádio e a televisão como meios de comunicação.
- **Participação em grupos comunitários –** variável que procurou identificar a participação da família em grupos comunitários, tendo como opções de resposta: cooperativa; grupo religioso; associações (associações de bairro, de moradores, de mães, de trabalhadores; comunidades de base e sindicatos) e outros grupos comunitários. As opções de resposta eram independentes, ou seja, uma não exclui a outra. Em decorrência da baixa freqüência observada em relação à participação em cooperativas, associações e “outros” grupos, os participantes destes grupos foram reunidos em uma única categoria “outros grupos”, para possibilitar as análises. Sendo assim, a variável construída a partir destas informações obtidas do SIAB foi composta de três categorias, uma envolvendo todos aqueles que participavam de grupos religiosos, outra envolvendo aqueles que participavam de outros grupos e uma terceira envolvendo aqueles que não

participavam de nenhum grupo. Não foi observado nenhum caso onde houvesse a participação nos grupos religiosos e em “outros grupos” e, portanto, as categorias criadas contemplaram todas as situações identificadas.

- **Plano de assistência médica -** O manual do SIAB orienta que se considere como “plano de saúde” qualquer seguro para assistência médica privada de qualquer tipo (hospitalizações, consultas, exames laboratoriais etc.), pago pela família ou por outro (empregador de algum membro da família, parente etc) (MS, 2000c). As duas categorias da variável (sim e não) procuraram identificar a situação das famílias em relação a possuírem ou não plano de assistência médica, independentemente da cobertura de todos os membros ou não.

4.5.2.1.3 *Características do domicílio*

- **Moradia** - Refere-se à condição da moradia da família, referida pelo examinado, tendo como opções de resposta: própria; própria em aquisição; alugada; cedida; invadida e outros. As categorias “própria” e “própria em aquisição” apresentaram situação de risco muito próximo, e, portanto, optou-se por agrupa-las em uma mesma categoria para as análises.
- **Número de cômodos** - Refere-se ao número de ambientes da moradia utilizados pelos residentes para as necessidades básicas como repouso, estar, preparação de alimentos, higiene, entre outros, as garagens foram excluídas do cálculo. A variável foi construída com três categorias: até 3 cômodos; de 4 a 7 cômodos e 8 ou mais cômodos.

- **Densidade no domicílio -** calculada dividindo-se o número de pessoas residentes no domicílio pelo número de cômodos. A partir dos valores encontrados foram construídas duas categorias, uma constituída pelos indivíduos que moravam em domicílio cuja densidade era menor ou igual a uma pessoa por cômodo e a outra constituída pelos indivíduos que moravam em domicílios cuja densidade era superior a um indivíduo por cômodo.
- **Número de torneiras no domicílio -** nenhuma torneira / apenas 1 torneira / 2 ou mais torneiras, referindo-se ao número de torneiras dentro do domicílio, de uso exclusivo da família. Não foram consideradas as torneiras do lado de fora do domicílio, nem chuveiros. Como apenas dois indivíduos não apresentavam nenhuma torneira no domicílio a categoria "nenhuma torneira" foi agrupada à categoria "apenas uma torneira", e desta forma, a variável ficou com duas categorias: até uma torneira e duas torneiras ou mais.
- **Destino do lixo** - as opções oferecidas pelo SIAB referindo-se ao destino dado ao lixo do domicílio são: coletado; queimado ou enterrado; jogado a céu aberto. Como a categoria que se referia a queimado ou enterrado apresentou freqüência igual a zero, os resultados desta variável são apresentados com duas categorias: coletado; céu aberto.
- **Tratamento da água no domicílio -** refere-se ao tratamento feito continuamente no domicílio, não se considerando o tratamento da água realizado pela empresa fornecedora. As opções oferecidas na Ficha A do SIAB para esta questão são: filtração; fervura; cloração; sem tratamento (quando não foi referida nenhuma das alternativas anteriores). Como a categoria fervura apresentou freqüência igual a zero, esta categoria não foi apresentada nos resultados.

- **Destino de fezes e urina -** As opções oferecidas na Ficha A do SIAB para esta questão são: sistema de esgoto (rede geral); fossa; céu aberto referindo-se ao destino dado às fezes e urina do domicílio. Como a categoria fossa apresentou uma freqüência muito baixa, inviabilizando as análises estatísticas, foi agrupada à categoria céu aberto. Desta forma a variável foi composta por duas categorias: sistema de esgoto; fossa e céu aberto.

4.5.2.1.4 *Características da família*

- **N.º de pessoas que compõem a família -** Refere-se ao número de pessoas que compõem a família, excluindo-se os empregados domésticos, visitas, pensionistas e inquilinos que residem naquele domicílio. Foram criadas três categorias para esta variável: até 3 pessoas, de 4 a 7 pessoas e 8 pessoas ou mais.
- **Crianças menor de 5 anos na família**- sim/não. Refere-se à existência ou não de crianças menores de 5 anos na família.
- **Idosos na família -** sim/não. Refere-se à existência ou não de idosos com 60 anos ou mais na família.
- **Analfabeto na família** - sim/não. Refere-se à existência ou não de indivíduos analfabetos com 15 anos ou mais na família.

4.5.2.1.5 *Características relativas à ocupação*

- **Qualificação da ocupação** – Diz respeito ao tipo de trabalho que o indivíduo exercia, independente da profissão de origem ou da remuneração. No caso do indivíduo ter referido mais de uma ocupação, foi registrada aquela a que ele dedicava um maior número de horas semanais. A partir dos registros obtidos do SIAB as ocupações foram classificadas em três categorias: nível superior e técnico; profissional com pouca ou nenhuma qualificação; não trabalha (aposentado/do lar/não trabalha).
- **Ramo de atuação -** não trabalha; comércio; indústria; serviços; outros, referindo-se ao setor produtivo onde o indivíduo desenvolve suas atividades profissionais.
- **Vínculo empregatício** – categorias: autônomo (informal); autônomo estabelecido; registrado; não trabalha; outros, referindo-se à relação do indivíduo com o trabalho. Foram classificados como “autônomo informal” os indivíduos que desenvolviam alguma atividade laboral e não tinham registro em carteira de trabalho e nem a propriedade dos meios de produção que exigissem algum tipo de registro, não sendo necessário, para ser classificado nesta categoria, ter registro de autônomo na previdência social. Para o indivíduo ser classificado como “autônomo estabelecido” teria que ter as mesmas características, porém ser proprietário dos meios de produção que exigissem algum tipo de registro.

4.5.2.1.6 *Características relativas à saúde geral do indivíduo*

- **Diabetes –** sim/não, tendo sido auto-referida pelo indivíduo.
- **Hipertensão Arterial -** sim/não, tendo sido auto-referida pelo indivíduo.
- **Tuberculose -** sim/não, tendo sido auto-referida pelo indivíduo.
- **Epilepsia -** sim/não, tendo sido auto-referida pelo indivíduo.
- **Problema cardíaco -** sim/não, tendo sido auto-referido pelo indivíduo.
- **Deficiência (física ou mental) -** sim/não, tendo sido auto-referida pelo indivíduo ou pelo seu responsável.

4.5.2.1.7 *Características de saúde do núcleo familiar*

- **Casos de Diabetes na família –** caso de Diabete em algum membro da família, referida pela própria família (sim/ não).
- **Casos de Hipertensão Arterial na família –** caso de Hipertensão Arterial em algum membro da família, referida pela própria família (sim/ não).
- **Casos de Epilepsia na família -** caso de Epilepsia em algum membro da família, referida pela própria família (sim/ não).
- **Casos de gestação na adolescência na família -** caso de gestação na adolescência, referida pela própria família ou identificada pelo Agente Comunitário de Saúde (sim/ não). Como o SIAB está permanentemente sendo

atualizado, só foram computados os dados de gestantes adolescentes que se encontravam no período de gestação.

- **Casos de deficiência na família –** caso de deficiência na família, referida pela própria família ou identificada pelo Agente Comunitário de Saúde (sim/não). O manual do SIAB ao definir a deficiência engloba tanto a física como a mental, não fazendo distinção entre elas.
- **Casos de alcoolismo na família** - caso de alcoolismo em algum membro da família, referido pela própria família (sim/ não).

4.5.2.1.8 *Características relativas aos hábitos e cuidados com a saúde bucal*

- **Tabagismo -** sim/não, tendo sido auto-referido pelo indivíduo.
- **Alcoolismo -** sim/não, tendo sido auto-referido pelo indivíduo.
- **Número de ingestões/dia –** As categorias presentes no questionário eram: 1 a 2 vezes p/ dia; 3 a 4 vezes p/ dia; 5 a 6 vezes p/ dia; 6 a 8 vezes p/ dia; 9 ou mais vezes p/ dia. Foi solicitado ao entrevistado que informasse todas as vezes que se alimenta por dia, incluindo cafezinhos c/ açúcar, balas e outros alimentos comumente utilizados entre as refeições. A variável para as análises ficou constituída de três categorias: até 4 refeições, de 5 a 8 refeições e 9 ou mais refeições.
- **Situação da escova –** Foi perguntado ao indivíduo examinado, se ele se incomodaria de mostrar sua escova de dentes, caso não concordasse os examinadores foram orientados a não insistir, registrando apenas a resposta

"não verificada". Caso o indivíduo examinado concordasse em mostrar a escova o examinador teria como opções de classificação: muito boa; boa; regular; inadequada.

- **Uso de fio dental –** Diz respeito ao uso de fio dental, referido pelo indivíduo examinado, tendo como opções de resposta: Não usa/ usa eventualmente/ usa freqüentemente/ usa diariamente. Para as análises estatísticas as categorias diariamente e freqüentemente foram agrupadas, resultando em três categorias para esta variável: diariamente/freqüentemente; eventualmente e não usa. Os indivíduos que não apresentavam mais dentes foram excluídos da análise relativa a esta variável.

4.5.2.1.9 *Autopercepção em saúde bucal*

- **Considera necessário tratamento –** Refere-se a autopercepção do indivíduo examinado em relação à necessidade de tratamento odontológico, tendo como categorias de resposta sim e não.
- **Como classifica a sua saúde bucal -** Refere-se a autopercepção do indivíduo examinado em relação à sua saúde bucal. As opções para o registro da resposta eram: não sabe; péssima; ruim; regular; boa; ótima. Para as análises estatísticas as categorias foram agrupadas, resultando em apenas duas categorias: boa/ótima; regular/ruim/péssima.
- **Como classifica sua aparência bucal -** Refere-se à autopercepção do indivíduo examinado em relação à sua aparência bucal. As opções para o

registro da resposta foram: não sabe; péssima; ruim; regular; boa; ótima. Para as análises estatísticas as categorias foram agrupadas, resultando em apenas duas categorias: boa/ótima; regular/ruim/péssima.

- **De que forma a saúde bucal afeta a sua relação com outras pessoas -** Refere-se a autopercepção do indivíduo examinado sobre o quanto a sua saúde bucal afeta a relação com outras pessoas. As opções para o registro da resposta foram: não sabe; não afeta; afeta pouco; afeta mais ou menos; afeta muito. Para as análises estatísticas as categorias foram agrupadas em três categorias: não afeta/afeta pouco; afeta mais ou menos; afeta muito.

4.5.2.1.10 Acesso a serviços odontológicos

- **Já foi ao dentista** – (sim/não) refere-se ao relato do entrevistado de já ter ou não passado por consulta odontológica alguma vez durante a vida.
- **Tempo desde a última consulta** – Refere-se ao tempo decorrido desde a última consulta odontológica, tendo como categorias: nunca foi ao dentista; menos de 1 ano; de 1 a 2 anos; 3 ou mais anos.
- **Local do atendimento** – Refere-se ao local onde a pessoa realizou seu último atendimento odontológico. Os critérios adotados para a classificação em cada uma das categorias durante a aplicação dos questionários foram: “nunca foi ao dentista” – quando a pessoa referiu nunca ter ido ao dentista. No “PSF” - quando a pessoa referiu ter ido ao dentista na Unidade de Saúde da Família alguma vez, mesmo que em outro bairro ou região. “outro serviço público” – quando a pessoa

referiu ter ido a outro serviço público que não fosse o PSF, e que pertença à rede SUS ou, caso não pertença ao SUS, seja mantidos pelo poder público (PAS em São Paulo, por exemplo). “serviço privado” – quando a pessoa referiu ter sido atendida em consultório ou clínica odontológica, com pagamento direto ao profissional. “convênio” - quando o atendimento ocorreu em clínica ou consultório odontológico privado, mas o pagamento foi coberto por algum tipo de plano de assistência médica, seguro ou convênio com empresas. “serviço filantrópico” - quando a pessoa referiu ter sido atendida em serviços em que não foi cobrado o atendimento e que pertence a alguma entidade filantrópica (igreja, clube, fundação, associação etc.). “outros” - quando não foi possível enquadrar a resposta em nenhuma das categorias anteriores. Para os testes de associação os indivíduos que foram atendidos em “serviços filantrópicos” e “outros” tipos de serviço, em decorrência de seu pequeno número e do fato de ser uma informação muito vaga, foram agrupados em uma única categoria. Sendo assim, as análises foram realizadas com a variável composta por seis categorias: nunca foi atendido; no PSF; outro serviço público; serviço privado; convênio e outros, de forma a observar o perfil de perdas dentárias de acordo com o serviço utilizado.

- **Motivo do atendimento** – Durante a aplicação do questionário foram oferecidas 7 opções ao indivíduo para que o mesmo identificasse os motivos que o levaram ao atendimento odontológico: nunca foi atendido; convidado pelo PSF; consulta de rotina; dor; sangramento gengival; cavidades nos dentes; feridas e manchas na boca; outros motivos. Em decorrência do grande número de categorias e conseqüentemente o pequeno número de indivíduos em algumas categorias, considerando a similitude de riscos de várias categorias e destacando-se como

de menor risco a categoria cujo motivo que levou os indivíduos ao atendimento odontológico foi a consulta de rotina, optou-se em transformar a variável em dicotômica, sendo uma das categorias composta pelos indivíduos que buscaram atendimento odontológico para consulta de rotina e a outra categoria formada pelos indivíduos que relataram os demais motivos, excluindo-se os indivíduos que nunca tinham consultado o dentista.

- **Recebeu informações sobre Saúde Bucal** – (sim/não) refere-se à resposta dada pelo entrevistado sobre ter ou não recebido informações sobre como manter a sua saúde bucal.

4.5.2.1.11 Características relativas à saúde bucal

Cabe salientar que todos os indivíduos que não apresentavam mais nenhum dente foram excluídos das análises referentes à condição de saúde bucal para não provocar distorções nos resultados.

- **Classificação de risco à cárie** – a classificação de risco à cárie foi realizada de acordo com os códigos e critérios apresentados no Quadro 4.1. Nas análises a categoria “A” não foi apresentada, pois nenhum indivíduo foi classificado nesta categoria.
- **Grupo de risco à cárie** – variável construída a partir do agrupamento das categorias de risco à cárie apresentadas no Quadro 4.1, citado anteriormente. A categoria de baixo risco foi formada pelos indivíduos classificados como “B” e

"C". A categoria de alto risco foi formada pelos indivíduos classificados como "D", "E" e "F".

- **Necessidade de tratamento relativo à cárie dentária –** a variável foi obtida a partir dos registros das necessidades de tratamento relativas à cárie dentária observadas durante a realização dos exames. A partir destes registros foram construídas duas categorias, uma envolvendo os indivíduos que não tinham nenhuma necessidade de tratamento relativo à cárie dentária e outra categoria envolvendo os indivíduos que apresentavam alguma necessidade de tratamento relativo à cárie dentária, resultando portanto, em duas categorias: não necessita; necessita.
- **Necessidade de extração -** a variável foi obtida a partir dos registros das necessidades de extração observadas durante a realização dos exames, apresentando duas categorias: necessita; não necessita.
- **Condição periodontal** – a variável foi obtida a partir da pior condição periodontal encontrada no indivíduo, durante a realização dos exames, por meio do Índice Periodontal Comunitário. A variável foi composta de 5 categorias: todos os sextantes hígidos; pior condição observada foi o sangramento; pior condição encontrada foi o cálculo; pior condição encontrada foi bolsa de 4 a 5 mm e pior condição encontrada foi bolsa c/ 6 mm ou mais.

4.5.2.2 Variáveis independentes de nível II (microárea)

Todas as variáveis de nível II foram obtidas dos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), das Unidades de Saúde onde os indivíduos encontravam-se cadastrados, referindo-se às características das Microáreas. Tais características foram anteriormente apresentadas nas Tabelas 4.1 a 4.9. Detalhes a respeito das variáveis que constituíram o banco de dados original podem ser obtidas no manual do SIAB (MS, 2000c).

4.5.2.2.1 Características das residências das Microáreas

- **Material de construção das casas** – As opções oferecidas na Ficha A do SIAB são: tijolo/adobe; taipa revestida; taipa não revestida; madeira; material aproveitado; outros. Considerando que mais de 65% das microáreas não apresentavam nenhuma casa construída com outros materiais que não o tijolo/adobe, construiu-se uma variável dicotômica, onde uma das categorias envolvia os indivíduos que residiam em microáreas onde todas as casas eram construídas de tijolo/adobe e outra categoria envolvia os indivíduos que residiam em microáreas onde existiam casas construídas com outros materiais que não o tijolo/adobe.
- **Número médio de cômodos** – refere-se ao número médio de cômodos das casas da microárea onde o indivíduo reside, obtido a partir do total de cômodos

de todas as casas da microárea dividindo pelo número de famílias cadastradas na respectiva microárea. Os pontos de corte desta variável foram baseados em tercis. A variável foi constituída das seguintes categorias: ≥ 4,6 cômodos; ≥ 3,6 cômodos e < 4,6 cômodos; <3,6 cômodos.

- **Densidade no domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)** – Variável obtida a partir da divisão do número de pessoas cadastradas na microárea pelo número total de cômodos de todas as casas da microárea. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil apresentaram um valor muito próximo, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Sendo assim a variável foi constituída das seguintes categorias: < 0,8 indivíduos por cômodo; ≥ 0,8 indivíduos por cômodo.
- **Presença de casas sem energia elétrica –** (sim/não) refere-se à presença de energia elétrica em todas as casas da microárea ou não.
- **Coleta de lixo em todas as casas** - (sim/não) refere-se à presença de coleta de lixo em todas as casas da microárea ou não.
- **Água da rede pública em todas as casas -** (sim/não) refere-se à presença de abastecimento de água da rede pública em todas as casas da microárea ou não.
- **Todas as casas ligadas à rede de esgotos -** (sim/não) refere-se à informação sobre a ligação ao esgoto em todas as casas da microárea ou não.
- **Alguma casa utiliza fossa -** (sim/não) refere-se à informação se alguma casa da microárea utiliza fossa como destino dos dejetos.
- **Alguma casa com esgoto a céu aberto -** (sim/não) refere-se à existência de alguma casa que destine o esgoto a céu aberto na microárea.

4.5.2.2.2 *Características socioeconômicas e demográficas das Microáreas*

- **Porcentagem de famílias com plano de assistência médica -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que referiram ter plano de assistência médica em cada uma das microáreas, independentemente de todos os membros da família estarem cobertos ou não pelo plano de assistência médica. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. A variável foi constituída das seguintes categorias: ≥ 18%; >10% e < 18%; ≤ 10% dos cadastrados com plano de assistência médica.
- **Porcentagem de famílias que participam de cooperativa -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de alguma cooperativa em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. As categorias que constituíram a variável foram: Nenhuma família (0%); >0% e ≤ 1,0%; >1,0%.
- **Porcentagem de famílias que participam de algum grupo religioso -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de algum grupo religioso em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. As categorias que constituíram a variável foram: ≥17,0%; ≥7,0% e <17,0%; <7,0%.
- **Porcentagem de famílias que participam de associações -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de alguma associação em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. A variável foi constituída das seguintes categorias: >2,0%; >0,5% e ≤ 2,0%; ≤0,5%.

- **Porcentagem de famílias que participam de algum grupo social -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de algum grupo social (cooperativa e/ou grupo religioso e/ou associação) em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. A variável foi constituída das seguintes categorias: > 20%; ≤ 20% e > 10%; ≤ 10%.
- **Porcentagem de famílias que utilizam somente carro -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que utilizam somente o carro como meio de transporte em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil apresentaram um valor muito próximo, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Portanto, a variável ficou constituída das seguintes categorias: ≥ 10% e < 10,0%.
- **Porcentagem de crianças menores de 5 anos -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de crianças menores de 5 anos em relação à população cadastrada em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. As categorias que constituíram a variável foram: <7,5%; ≥ 7,5% e < 8,4%; ≥ 8,4%.
- **Porcentagem de idosos (60 anos ou +) -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 60 anos ou mais em relação à população cadastrada em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias da variável: ≥ 10,0%; ≥ 6,5% e < 10,0%; < 6,5%.
- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais não alfabetizados -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais não alfabetizados em relação à população cadastrada em cada

uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias da variável: < 2,4%; ≥ 2,4% e < 4,5%; ≥ 4,5%.

4.5.2.2.3 *Características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados na Microárea*

- **Porcentagem de alcoolismo em indivíduos com 15 anos ou mais -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais que realiza uso abusivo de álcool, em relação à população cadastrada, em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 1.º e 2.º tercil apresentaram um valor muito próximo, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Portanto, a variável ficou constituída das seguintes categorias: < 1,25%; ≥ 1,25%.
- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de deficiência física -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais portadores de deficiência física, em relação à população cadastrada em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: < 0,7%; ≥ 0,7% e < 1,2%; ≥ 1,2%.
- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de diabetes -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais portadores de diabetes, em relação à população cadastrada em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil apresentaram-se exatamente iguais,

optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Portanto, as categorias que constituíram a variável foram: ≥ 4,6%; < 4,6%.

- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de hipertensão arterial -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais portadores de hipertensão arterial em relação à população cadastrada em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: ≥ 16,5%; ≥ 13,0% e < 16,5%; < 13,0%.
- **Gestantes adolescentes –** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de gestantes com menos de 20 anos em relação ao número total de gestantes cadastradas em cada uma das microáreas. A intenção inicial era realizar os pontos de corte baseados nos tercis, mas ao observar na tabela de freqüência que aproximadamente 50% dos indivíduos residiam em microáreas onde o percentual de gestantes adolescentes era igual a zero, optou-se em construir uma variável dicotômica. Categorias: não tem gestante adolescente; tem gestante adolescente.

4.5.2.3 Variáveis independentes de nível III (Área)

Todas as variáveis de nível III foram obtidas a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) das Unidades de Saúde onde os indivíduos encontravam-se cadastrados e se referem às características das Áreas onde residem os indivíduos examinados.

4.5.2.3.1 *Características das residências das Áreas*

- **Material de construção das casas** – A partir dos dados do SIAB, construiu-se uma variável dicotômica, onde uma das categorias envolvia os indivíduos que residiam em áreas onde todas as casas eram construídas de tijolo/adobe e outra categoria envolvia os indivíduos que residiam em áreas onde existiam casas construídas com outros materiais que não o tijolo/adobe. Categorias: todas as casas de tijolo/adobe; presença de casa construída com outros materiais.
- **Número médio de cômodos** – refere-se ao número médio de cômodos das casas da Área onde o indivíduo reside, obtido a partir do total de cômodos de todas as casas da Área dividindo pelo número de famílias cadastradas na respectiva Área. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil apresentaram um valor muito próximo, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria, desta forma, a variável ficou constituída pelas seguintes categorias: ≥ 4,3 cômodos; < 4,3 cômodos.
- **Densidade no domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)** – Variável obtida a partir da divisão do número de pessoas cadastradas na Área pelo número total de cômodos de todas as casas da Área. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil apresentaram um valor muito próximo, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Categorias: < 0,80; ≥ 0,80.
- **Porcentagem de casas sem energia elétrica –** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de casas sem energia elétrica em cada uma das microáreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como

o risco do 1.º e 2.º tercil foram exatamente iguais, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Categorias: < 0,6%; ≥ 0,6%.

- **Coleta de lixo em todas as casas** - (sim/não) refere-se à realização de coleta de lixo em todas as casas da Área ou não.
- **Porcentagem de casas sem água da rede pública -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de casas sem abastecimento de água da rede pública em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias que constituíram a variável: ≤ 0,10%; > 0,10% e < 0,25%; ≥0,25%.
- **Porcentagem de casas ligadas à rede de esgoto -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de casas ligadas à rede de esgoto em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil apresentaram um valor muito próximo, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Categorias da variável: ≥ 95%; < 95%.
- **Porcentagem de casas que utilizam fossa -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de casas que utilizam fossa em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias que constituíram a variável: <0,5%; ≥ 0,5% e < 2,3%; ≥ 2,3%.
- **Porcentagem de casas com esgoto a céu aberto -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de casas que destinam o esgoto a céu aberto em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: ≤ 1,5%; > 1,5% e < 10,0%; ≥ 10,0%.

4.5.2.3.2 *Características socioeconômicas e demográficas das Áreas*

- **Porcentagem de famílias com plano de assistência médica -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que referiram ter plano de assistência médica em cada uma das Áreas, independentemente de todos os membros estarem cobertos ou não pelo plano de assistência médica. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil foram exatamente iguais, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. A variável ficou constituída das seguintes categorias: ≥ 18,0%; <18,0%.
- **Porcentagem de famílias que participam de cooperativa -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de alguma cooperativa em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: ≤ 0,6%; > 0,6% e ≤ 1,0%; > 1,0%.
- **Porcentagem de famílias que participam de algum grupo religioso -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de algum grupo religioso em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: ≥ 15,0%; ≥ 10,0% e < 15,0%; < 10,0%.
- **Porcentagem de famílias que participam de associações -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de alguma associação em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: > 1,6%; > 1,0% e ≤ 1,6%; ≤ 1,0%.
- **Porcentagem de famílias que participam de algum grupo social -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que participam de algum

grupo social (cooperativa e/ou grupo religioso e/ou associação) em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias que constituíram a variável: > 23,0%; ≤ 23,0% e > 15,0%; ≤ 15,0%.

- **Porcentagem de famílias que utilizam somente carro -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de famílias que utilizam somente o carro como meio de transporte em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: ≥ 10,0%; > 5,0% e < 10,0%; ≤ 5,0%.
- **Porcentagem de crianças menores de 5 anos -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de crianças menores de 5 anos em relação à população cadastrada em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias da variável: < 8,0%; ≥ 8,0% e < 9,0%; ≥ 9,0%.
- **Porcentagem de idosos (60 anos ou +) -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de idosos com 60 anos ou mais em relação à população cadastrada em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias da variável: ≥ 10,0%; > 7,0%e < 10,0%; ≤ 7,0%.
- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais não alfabetizados -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais não alfabetizados, em relação à população cadastrada em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias que constituíram a variável: ≤ 3,0%; > 3,0% e < 5,0%; ≥ 5,0%.

4.5.2.3.3 *Características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados na Área*

- **Porcentagem de alcoolismo entre os indivíduos com 15 anos ou mais -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais que realiza uso abusivo de álcool, em relação à população cadastrada em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias: <0,65%; ≥ 0,65% e < 0,90%; ≥ 0,90%.
- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de deficiência física -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais portadores de deficiência física, em relação à população cadastrada em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias da variável: < 0,7%; ≥ 0,7% e < 1,0%; ≥ 1,0%.
- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de Diabetes -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais portadores de diabetes, em relação à população cadastrada em cada uma das Áreas. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Como o risco do 2.º e 3.º tercil apresentaram um valor muito próximo, optou-se por agrupá-los em uma mesma categoria. Desta forma, a variável ficou constituída de duas categorias: ≥ 4,6%; < 4,6%.
- **Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de Hipertensão Arterial -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de indivíduos com 15 (quinze) anos ou mais portadores de Hipertensão Arterial, em relação à população cadastrada em cada uma das Áreas. Os pontos de corte

desta variável foram baseados nos tercis. As categorias que constituíram a variável foram: ≥ 16,5%; ≥ 13,0% e <16,5%; < 13,0%.

- **Porcentagem de gestantes adolescentes -** Variável obtida a partir do cálculo do percentual de gestantes com menos de 20 anos em relação ao número total de gestantes cadastradas em cada uma das Áreas, durante o período no qual o SIAB estava sendo analisado. Os pontos de corte desta variável foram baseados nos tercis. Categorias da variável: < 10,0%; ≥ 10,0% e < 20,0%; > 20,0%.

4.6 Análises estatísticas

Partindo-se do objetivo do estudo de avaliar uma gama de fatores em diversos níveis de organização com o parâmetro definido de perdas dentárias, o método estatístico que se apresentou mais apropriado a este objetivo, foi a análise multinível.

As análise estatísticas foram realizadas com o auxílio de 3 programas. Conforme referido anteriormente, a confecção do banco com variáveis dos 3 níveis foi realizada em Excel (MICROSOFT CORPORATION, 2000). Os estudos de freqüência e testes de associação pelo qui-quadrado, foram realizados no programa EPI INFO 2000, versão 3.3.2 de fevereiro de 2005 (DECANO et al., 2000). A análise multinível foi realizada no programa MLwiN, versão 2.02 (RASBASH et al., 2005).

Foi realizada a distribuição de freqüência da amostra estudada, com sua respectiva proporção (%), para algumas variáveis, permitindo caracterizar a amostra,

bem como a distribuição de freqüência, medidas de tendência central e dispersão do índice CPO-D e de seus componentes.

A distribuição da freqüência e da proporção (%) da amostra de acordo com o parâmetro definido de perdas dentárias foi realizada para cada uma das variáveis estudadas, utilizando-se o teste de associação pelo qui-quadrado, para avaliar o relacionamento entre a variável dependente com cada uma das variáveis independentes. A significância estatística de cada variável foi verificada pelo valor de "p" do qui-quadrado não corrigido. No caso de alguma célula apresentar valor inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher para verificar-se a sua significância estatística. Todas as variáveis que apresentaram $p<0,20$ no teste de associação pelo qui-quadrado foram testadas no modelo.

As variáveis foram ordenadas de acordo com a sua significância estatística e de acordo com o nível a que pertenciam.

Uma vez ordenadas, iniciou-se o processo de modelagem, utilizando-se o procedimento passo a passo para a seleção das variáveis (*Stepwise Forward Selection Procedure*). Primeiro inseriu-se a variável com maior significância estatística do nível I, acrescentando-se outras variáveis, em ordem decrescente de significância estatística. Uma vez testadas todas as variáveis do nível I, prosseguiu-se testando as variáveis dos níveis II e III. As variáveis testadas só foram mantidas no modelo se mantivessem a significância estatística ($p<0,05$).

Durante o processo de modelagem, quando se observou que uma categoria apresentava significância estatística, no entanto a outra não apresentava tal condição, considerando-se a plausibilidade biológica, optou-se em agrupa-las e testar novamente no modelo.

Para se testar a significância estatística de cada variável inserida no modelo, utilizou-se o valor de “p” do teste de Wald.

4.7 Comitê de Ética em pesquisa

Para a realização da pesquisa foi elaborado o “Projeto de levantamento epidemiológico em saúde bucal das “áreas” vinculadas às Equipes de Saúde da Família que receberam residentes da área de saúde bucal da Residência Integrada em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina”, contemplando os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que foi encaminhado e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina, registrado sob protocolo 135, tendo sua aprovação explicitada no Of.005/CEP.FASM/05 (Anexo C).

5 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 241 indivíduos de 40 anos de idade, representando 56,8 % das pessoas cadastradas nesta idade nas 9 Equipes de Saúde da Família.

A Tabela 5.1 apresenta o número e a proporção de cadastrados de 40 anos de idade examinados em cada uma das Unidades participantes da pesquisa. Observa-se que a UBS Fanganiello e a UBS Santa Rita foram as que tiveram as maiores proporções de examinados entre os cadastrados.

Tabela 5.1 - Distribuição do número de cadastrados, número de examinados e proporção (%) de examinados em relação aos cadastrados de 40 anos de idade, de acordo com a Unidade de Saúde. São Paulo, SP, 2.005

Unidade de Saúde	*n.º de cadastrados*	*examinados*	*%*
UBS Curuçá Velha	44	29	65,9
UBS AE Carvalho	44	17	38,6
UBS Dom João Nery	55	19	34,5
UBS Jd. Campos	36	21	58,3
UBS Jd. Fanganiello	57	42	73,7
UBS Jd. Jaraguá	40	22	55,0
UBS Pq. Santa Rita	45	33	73,3
UBS Thérsio Ventura	53	33	62,3
UBS Vila Nova Curuça	50	25	50,0
Total	424	241	56,8

Características demográficas

A Tabela 5.2 apresenta a distribuição da população de estudo de acordo com as características demográficas. Entre as Unidades participantes da pesquisa a UBS Fanganiello foi a que contribuiu com maior número de examinados (17,4%) na

composição do estudo. Observa-se que houve predominância do sexo feminino (60,6%) e do grupo étnico auto-referido de brancos (50,6%).

Tabela 5.2 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo características demográficas e Unidade Básica de Saúde. São Paulo, SP, 2.005

Variável	*Categorias*	*n*	*%*
Unidade de Saúde	UBS Curuçá Velha	29	12,0
	UBS AE Carvalho	17	7,1
	UBS Dom João Nery	19	7,9
	UBS Jd. Campos	21	8,7
	UBS Jd. Fanganiello	42	17,4
	UBS Jd. Jaraguá	22	9,1
	UBS Pq. Santa Rita	33	13,7
	UBS Thérsio Ventura	33	13,7
	UBS Vila Nova Curuça	25	10,4
Sexo	Feminino	146	60,6
	Masculino	95	39,4
Grupo étnico	Amarelo	5	2,1
	Branco	122	50,6
	Indígena	0	0,0
	Negro	35	14,5
	Pardo	79	32,8
Total		241	100,0

Acesso a Serviços Odontológicos

Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, 2,5% dos examinados afirmaram nunca ter ido ao dentista. Em relação ao período de tempo que ocorreu a última consulta, 41,0% afirmaram ter ido ao dentista a menos de 1 ano e 29,5% a 3 anos ou mais. Quando questionados sobre o tipo de serviço que utilizaram, a maioria (52,7%) afirmou ter procurado um consultório particular e 29,0% afirmou ter recebido o tratamento na Unidade de Saúde da Família de sua região. O motivo que levou o examinado a procurar o atendimento odontológico com maior freqüência foi a dor (32,4%), sendo que apenas 18,3% afirmaram que o motivo que os levou a procurar o atendimento odontológico foi realizar consulta de rotina.

Entre os participantes do estudo, 79,3% afirmaram já ter recebido informações sobre saúde bucal.

Tabela 5.3 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com o acesso a serviços odontológicos. São Paulo, SP,2005

Variável	*Categorias*	*n*	*%*
Consulta pelo menos uma vez	Sim	230	95,4
	Não	6	2,5
	Sem informação	5	2,1
Tempo desde a última consulta	Nunca foi atendido	6	2,5
	Menos de 1 ano	99	41,0
	De 1 a 2 anos	59	24,5
	3 ou mais anos	71	29,5
	Sem informação	6	2,5
Local do atendimento	Nunca foi atendido	6	2,5
	No PSF	70	29,0
	Outro serviço público	10	4,1
	Privado	127	52,7
	Convênio	18	7,5
	Filantrópico	1	0,4
	Outros	4	1,7
	Sem informação	5	2,1
Motivo do atendimento	Nunca foi atendido	6	2,5
	Convidado pelo PSF	41	17,0
	Consulta de rotina	44	18,3
	Dor	78	32,3
	Sangramento gengival	6	2,5
	Cavidades nos dentes	26	10,8
	Feridas/manchas na boca	1	0,4
	Outros	32	13,3
	Sem informação	7	2,9
Recebeu informações sobre saúde bucal	Sim	191	79,3
	Não	50	20,7
Total		241	100,0

Condições de saúde bucal

Quanto às condições de saúde bucal, é possível verificar na Tabela 5.4 que a maioria dos examinados (67,2%) encontrava-se em situação de alto risco à cárie

dentária (D+E+F), sendo que 5,4% além de alto risco à cárie também apresentavam alguma situação de urgência (classificados como F).

Verificou-se que 47,7% dos indivíduos examinados não necessitavam de tratamento, sendo que 19,1% necessitavam realizar pelo menos uma exodontia.

Em relação à condição periodontal, apenas 10,0% dos indivíduos apresentaram todos os sextantes hígidos. A condição mais prevalente foi a presença de cálculo (41,9%). Em relação à doença periodontal em um estágio mais avançado, observou-se que 7,4% dos examinados apresentavam bolsa periodontal com 6mm ou mais.

Tabela 5.4 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com algumas características relativas à saúde bucal. São Paulo, SP,2005

Variável	*Categorias*	*n*	*%*
Classificação do risco de cárie	A	0	0,0
	B	64	26,5
	C	4	1,6
	D	44	18,3
	E	105	43,6
	F	13	5,4
	X (sem informação)	11	4,6
Classificação de risco à cárie	Baixo risco (B e C)	68	28,2
	Alto risco (D,E,F)	162	67,2
	Sem informação (sem dentes)	11	4,6
Necess. de tratamento relativo à cárie dentária	Não necessita	115	47,7
	Necessita	126	52,3
Necessita extração	Não necessita	195	80,9
	Necessita	46	19,1
Condição periodontal	Todos os sextantes hígidos	24	10,0
	Pior condição – sangramento	61	25,3
	Pior condição – cálculo	101	41,9
	Pior condição – bolsa de 4 a 5 mm	24	10,0
	Pior condição – bolsa c/ 6mm ou +	18	7,4
	Todos os sextantes excluídos	13	5,4
Total		241	100,0

Epidemiologia da cárie dentária

A experiência de cárie foi observada através do índice CPO-D (Tabela 5.5). Observou-se uma altíssima prevalência de cárie dentária, com 99,6% dos indivíduos acometidos pela doença. O mesmo se pode dizer em relação à severidade, ao se observar que apenas 10,2% dos indivíduos apresentaram menos de 10 dentes atingidos pela cárie dentária. A maioria (55,5%) apresentou 20 ou mais dentes atacados pela doença, e 6,2% dos examinados tinham todos os dentes atingidos de alguma forma pela doença.

Tabela 5.5 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o índice CPO-D. São Paulo, SP, 2005

Valores do CPO-D	*N.º*	*%*	*% acumulada*
0	1	0,4	0,4
1	1	0,4	0,8
2	2	0,8	1,6
3	1	0,4	2,0
4	2	0,8	2,8
5	2	0,8	3,6
6	3	1,2	4,8
7	4	1,7	6,5
8	7	2,9	9,4
9	2	0,8	10,2
10	6	2,5	12,7
11	4	1,7	14,4
12	4	1,7	16,1
13	11	4,6	20,7
14	9	3,7	24,4
15	11	4,6	29,0
16	8	3,4	32,4
17	8	3,4	35,8
18	11	4,6	40,4
19	10	4,1	44,5
20	16	6,6	51,1
21	21	8,7	59,8
22	21	8,7	68,5
23	10	4,1	72,6
24	12	5,0	77,6
25	8	3,3	80,9
26	12	5,0	85,9
27	8	3,3	89,2
28	4	1,7	90,9
29	5	2,1	93,0
30	2	0,8	93,8
32	15	6,2	100,0
Total	241	100,0	

A Tabela 5.6 apresenta a distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o componente cariado (C) do índice CPO-D. Observa-se que praticamente a metade dos indivíduos (49,4%) não apresenta nenhum dente cariado, 38,1% apresenta entre 1 e 3 dentes cariados e 12,4% dos indivíduos examinados apresentaram 4 ou mais dentes cariados, concentrando 55,4% dos dentes encontrados nessa situação.

Tabela 5.6 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o componente cariado (C) do índice CPO-D. São Paulo, SP, 2005

Dentes cariados	*N.º*	*%*	*% acumulada*
0	119	49,4	49,4
1	42	17,4	66,8
2	30	12,4	79,3
3	20	8,3	87,6
4	9	3,7	91,3
5	6	2,5	93,8
6	5	2,1	95,9
7	3	1,2	97,1
8	1	0,4	97,5
9	1	0,4	97,9
10	3	1,2	99,2
16	1	0,4	99,6
21	1	0,4	100,0
Total	241	100,0	

A Tabela 5.7 apresenta os dados relativos ao componente perdido (P) do índice CPO-D. Verifica-se que apenas 10 indivíduos (4,1%) não apresentavam nenhum dente perdido, 58,9% dos indivíduos examinados apresentavam até 12 dentes perdidos e 4,6% apresentavam todos os dentes perdidos.

Tabela 5.7 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o componente perdido (P) do índice CPO-D. São Paulo, SP, 2005

Dentes perdidos	*N.º*	*%*	*% acumulada*
0	10	4,1	4,1
1	6	2,5	6,6
2	6	2,5	9,1
3	11	4,6	13,7
4	18	7,5	21,2
5	7	2,9	24,1
6	12	5,0	29,0
7	17	7,1	36,1
8	8	3,3	39,4
9	6	2,5	41,9
10	11	4,6	46,5
11	17	7,1	53,5
12	13	5,4	58,9
13	6	2,5	61,4
14	14	5,8	67,2
15	2	0,8	68,0
16	3	1,2	69,3
17	8	3,3	72,6
18	5	2,1	74,7
19	2	0,8	75,5
20	7	2,9	78,4
21	5	2,1	80,5
22	6	2,5	83,0
23	11	4,6	87,6
24	5	2,1	89,6
25	7	2,9	92,5
26	4	1,7	94,2
27	2	0,8	95,0
30	1	0,4	95,4
32	11	4,6	100,0
Total	241	100,0	

Em relação ao componente obturado (O) do índice CPO-D, pode-se observar na Tabela 5.8 que 24,9% dos examinados não têm nenhum dente restaurado e 50,2% têm entre 1 e 8 dentes restaurados. Por outro lado, verificou-se que 24,9% dos indivíduos apresentam mais de 8 dentes restaurados concentrando 59,8% dos dentes restaurados.

Tabela 5.8 - Distribuição do número, proporção (%) e proporção acumulada (%) da população de estudo de acordo com o componente obturado (O) do índice CPO-D. São Paulo, SP, 2.005

Dentes obturados	*N.º*	*%*	*% acumulada*
0	60	24,9	24,9
1	16	6,6	31,5
2	18	7,5	39,0
3	14	5,8	44,8
4	22	9,1	53,9
5	11	4,6	58,5
6	12	5,0	63,5
7	16	6,6	70,1
8	12	5,0	75,1
9	9	3,7	78,8
10	13	5,4	84,2
11	6	2,5	86,7
12	5	2,1	88,8
13	5	2,1	90,9
14	5	2,1	92,9
15	3	1,2	94,2
16	5	2,1	96,3
17	3	1,2	97,5
18	1	0,4	97,9
19	2	0,8	98,8
21	1	0,4	99,2
22	2	0,8	100,0
Total	241	100,0	

A Tabela 5.9 apresenta a estatística descritiva do índice CPO-D e de seus componentes. Observa-se que 64,5% do índice CPO-D refere-se ao componente perdido. A média de dentes atacados pela cárie foi de 19,29 dentes por indivíduo.

Tabela 5.9 - Estatística descritiva do índice CPO-D e componentes na população estudada. São Paulo, SP, 2.005

Parâmetro	*cariados*	*perdidos*	*obturados*	*CPO-D*
%	7,78	64,54	27,68	100,0
Média	1,50	12,45	5,34	19,29
Desvio-padrão	2,55	8,53	5,22	7,09
Valor mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	0,00	6,00	1,00	15,00
Percentil 50	1,00	11,00	4,00	20,00
Percentil 75	2,00	19,00	8,00	24,00
Valor máximo	21,00	32,00	22,00	32,00

Análise dos fatores de risco para perdas dentárias

Características demográficas

A Tabela 5.10 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com o parâmetro definido de perdas dentárias e as características demográficas da população de estudo. Observou-se associação estatística entre o parâmetro definido de perdas dentárias e a Unidade onde a pessoa está cadastrada e o grupo étnico (p=0,0154 e p=0,0034 respectivamente). As maiores proporções de perdas foram observadas no Jardim Campos, Vila Nova Curuçá e Parque Santa Rita e entre os negros/pardos.

Tabela 5.10 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com a Unidade onde a pessoa está cadastrada, sexo e grupo étnico. São Paulo, SP, 2.005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P >12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Unidade de Saúde	UBS Curuça Velha	23	79,3	6	20,7	100,0	0,0154
	UBS AE Carvalho	12	70,6	5	29,4	100,0	
	UBS Dom João Nery	10	52,6	9	47,4	100,0	
	UBS Jd. Campos	8	38,1	13	61,9	100,0	
	UBS Jd. Fanganiello	24	57,1	18	42,9	100,0	
	UBS Jd. Jaraguá	14	63,6	8	36,4	100,0	
	UBS Pq. Santa Rita	15	45,5	18	54,5	100,0	
	UBS Thérsio Ventura	25	75,8	8	24,2	100,0	
	UBS Vila Nova Curuça	11	44,0	14	56,0	100,0	
Sexo	Feminino	83	56,8	63	43,2	100,0	0,4176
	Masculino	59	62,1	36	37,9	100,0	
Grupo étnico	Brancos/amarelos	86	67,7	41	32,3	100,0	0,0034
	Negros/pardos	56	49,1	58	50,9	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características socioeconômicas

A Tabela 5.11 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com o parâmetro definido de perdas dentárias e as características socioeconômicas, sendo possível observar, através do teste de associação pelo χ^2, que as variáveis relativas à renda familiar e renda *per capita* apresentaram-se fortemente associadas às perdas dentárias, sendo as categorias de maior risco as que envolvem os indivíduos com menor renda. Em relação à renda pessoal, não se observou diferença estatisticamente significativa.

A escolaridade se mostrou fortemente associada às perdas dentárias (p= 0,0160), sendo que a categoria que apresentou menor risco foi a que incluiu os indivíduos com 12 anos ou mais de estudo.

A posse de automóvel se mostrou fortemente associada às perdas dentárias. Entre os indivíduos, cujas famílias não possuíam automóvel, uma maior proporção apresentava mais de 12 dentes perdidos, quando comparados com os indivíduos cujas famílias possuíam automóvel (p= 0,0020).

O meio de transporte utilizado pela família, também se apresentou associado ao desfecho (p=0,0210). A categoria que apresentou menor proporção de indivíduos que haviam perdido mais de 12 dentes foi a que envolvia os indivíduos cujas famílias utilizavam somente o carro como meio de transporte. A categoria que envolvia os indivíduos cujas famílias utilizavam somente “outros" meios de transporte foi a que apresentou maior proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos.

Ter ou não plano de assistência médica, independentemente de todos os membros da família estarem cobertos, mostrou-se fortemente associado à ocorrência de perdas dentárias (p=0,0056). Os indivíduos que apresentaram maior

risco de terem mais de 12 dentes perdidos foram aqueles em que nenhum membro da família dispunha de plano de assistência médica.

O tempo que a pessoa mora em São Paulo (p=0,0883) e o meio de comunicação utilizado pela família (p=0,1555), embora não tenham apresentado significância estatística, foram testadas no modelo por apresentarem p<0,20.

Tabela 5.11 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características socioeconômicas. São Paulo, SP, 2.005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Renda familiar (em dólar e tercil)	≥ 330 dólares	64	74,4	22	25,6	100,0	<0,0001
	≥ 170 <330 dólares	46	55,4	37	44,6	100,0	
	< 170 dólares	23	37,1	39	62,9	100,0	
Renda pessoal (em dólar e tercil)	≥150 dólares	49	64,5	27	35,5	100,0	0,3218
	> 0 e < 150	23	51,1	22	48,9	100,0	
	sem renda pessoal	56	56,6	43	43,4	100,0	
Renda *per capita* (em dólar e tercil)	≥ 90 dólares	63	75,0	21	25,0	100,0	<0,0001
	≥ 45 e< 90 dólares	43	59,7	29	40,3	100,0	
	< 45 dólares	27	36,0	48	64,0	100,0	
Escolaridade	≤ 8 anos	92	52,6	83	47,4	100,0	0,0160
	9 – 11 anos	36	70,6	15	29,4	100,0	
	12 anos e +	7	87,5	1	12,5	100,0	
Tempo que mora em SP	>10 anos	128	59,5	87	40,5	100,0	0,0883
	≤ 10anos	7	38,9	11	61,1	100,0	
Posse de automóvel	Sim	56	71,8	22	28,2	100,0	0,0020
	Não	79	50,6	77	49,4	100,0	
Utilização de meios de transportes	Somente carro	19	86,4	3	13,6	100,0	0,0210
	Ônibus e/ou carro e/ou outros	92	57,9	67	42,1	100,0	
	Somente outros	6	46,2	7	53,8	100,0	
Utilização de meios de comunicação	Somente Rádio e TV	100	58,5	71	41,5	100,0	0,1555
	Utiliza outros meios (em conjunto ou não com Rádio e TV)	17	73,9	6	26,1	100,0	
Participação em grupos comunitários	Grupos religiosos	19	59,4	13	40,6	100,0	0,7878
	Outros grupos	4	50,0	4	50,0	100,0	
	Nenhum grupo	100	61,7	62	38,3	100,0	
Plano de assistência médica	Sim	44	75,9	14	24,1	100,0	0,0056
	Não	79	54,9	65	45,1	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características do domicílio

A Tabela 5.12 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com o parâmetro definido de perdas dentárias e as características do domicílio. Houve forte associação entre a densidade no domicílio e a ocorrência de perdas dentárias ($p<0,0001$). O número de cômodos e o número de torneiras presentes no domicílio também se apresentaram associados à ocorrência de perdas dentárias de uma forma estatisticamente significativa ($p=0,0457$ e $p= 0,0334$ respectivamente).

Em relação ao tratamento da água no domicílio, embora não tenha se apresentado associado de uma forma estatisticamente significativo com o desfecho foi testado no modelo por apresentar $p<0,20$.

Cabe ressaltar que entre os examinados, 2 indivíduos moravam em casa de madeira, apenas 1 indivíduo residia em casa que não dispunha de energia elétrica e 3 indivíduos residiam em casas que não contavam com abastecimento de água da rede pública, e todos estes indivíduos tinham menos de 20 dentes, não sendo possível portanto realizar o teste de associação para estas variáveis.

Em relação às demais variáveis relativas às características do domicílio, nenhuma se apresentou associada à ocorrência de perdas dentárias de uma forma estatisticamente significativa.

Tabela 5.12 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características do domicílio. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Moradia	Própria	103	60,2	68	39,8	100,0	0,3027
	Alugada	11	42,3	15	57,7	100,0	
	Cedida	12	63,2	7	36,8	100,0	
	Invadida	9	50,0	9	50,0	100,0	
N.º de cômodos	8 cômodos ou mais	11	78,6	3	21,4	100,0	0,0457
	4 a 7 cômodos	100	59,9	67	40,1	100,0	
	Até 3 cômodos	24	45,3	29	54,7	100,0	
Densidade no domicílio	≤ 1 pessoa por cômodo	110	69,2	49	30,8	100,0	<0,0001
	>1 pessoa por cômodo	25	33,3	50	66,7	100,0	
N.º de torneiras	2 ou mais	127	59,9	85	40,1	100,0	0,0334
	≤ 1 torneira	8	36,4	14	63,6	100,0	
Destino do lixo	Coletado	122	61,3	77	38,7	100,0	0,3244
	Céu aberto	1	33,3	2	66,7	100,0	
Tratamento da água no domicílio	Cloração	26	70,3	11	29,7	100,0	0,1547
	Filtração	79	61,7	49	38,3	100,0	
	Sem tratamento	18	48,6	19	51,4	100,0	
Destino de fezes e urina	Sistema de esgoto	110	61,8	68	38,2	100,0	0,4720
	Fossa/céu aberto	13	54,2	11	45,8	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características da família

A Tabela 5.13 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com a ocorrência de perdas dentárias e algumas características da família.

Os indivíduos pertencentes a famílias mais numerosas (8 ou mais membros), que têm crianças menores de 5 anos e que um de seus membros com 15 anos ou mais é analfabeto apresentaram maior risco de ter mais de 12 dentes perdidos, de uma forma estatisticamente significativa.

Tabela 5.13 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com as características da família. São Paulo, SP,2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
N.º de pessoas que compõem a família	Até 3 pessoas	38	70,4	16	29,6	100,0	0,0001
	de 4 a 7 pessoas	96	58,2	69	41,8	100,0	
	8 ou mais pessoas	1	6,7	14	93,3	100,0	
Crianças < 5 anos na família	Sim	21	43,8	27	56,3	100,0	0,0053
	Não	102	66,2	52	33,8	100,0	
Idosos (>60 anos) na família	Sim	18	72,0	7	28,0	100,0	0,2240
	Não	105	59,3	72	40,7	100,0	
Analfabeto na família (≥15 anos)	Sim	7	38,9	11	61,1	100,0	0,0450
	Não	116	63,0	68	37,0	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características relativas à ocupação

Entre as variáveis relativas à ocupação (Tabela 5.14), a única que se apresentou associada de uma forma estatisticamente significativa com a ocorrência de perdas dentárias foi a que se refere à qualificação da ocupação (p=0,0253), sendo a categoria de maior risco, aquela que envolve os indivíduos que não trabalham.

Em relação ao ramo de atuação pode-se observar que houve pequena variação nas proporções, entre as diferentes categorias. Quanto ao vínculo, observa-se que o autônomo estabelecido foi a categoria que apresentou menor proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos, porém a variável com suas diferentes categorias não apresentou significância estatística.

Tabela 5.14 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características da ocupação. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Qualificação da ocupação	Nível superior e técnico	12	60,0	8	40,0	100,0	0,0253
	Profissional com pouca ou nenhuma qualificação	68	70,1	29	29,9	100,0	
	Não trabalha	39	50,0	39	50,0	100,0	
Ramo de atuação	Não trabalha	62	57,4	46	42,6	100,0	0,9055
	Comércio	12	60,0	8	40,0	100,0	
	Indústria	14	66,7	7	33,3	100,0	
	Serviços	29	56,9	22	43,1	100,0	
	Outros	17	53,1	15	46,9	100,0	
Vínculo empregatício	Não trabalha	62	57,4	46	42,6	100,0	0,2649
	Autônomo (informal)	26	53,1	23	46,9	100,0	
	Autônomo estabelecido	5	83,3	1	16,7	100,0	
	Registrado	35	64,8	19	35,2	100,0	
	Outros	4	36,4	7	63,6	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Aspectos relativos à saúde geral do indivíduo

Em relação às variáveis que dizem respeito a algumas características da saúde geral dos participantes (Tabela 5.15) nenhuma se mostrou associada de uma forma estatisticamente significativa ($p<0,05$) com a ocorrência de perdas dentárias. Pelo fato de nenhuma apresentar $p<0,20$, nenhuma variável desse bloco foi testada no modelo final. Cabe ressaltar que não foi identificado nenhum indivíduo que fosse portador de câncer ou hanseníase.

Tabela 5.15 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características relativas à saúde geral do indivíduo. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Diabetes	Não	130	59,6	88	40,4	100,0	0,5860
	Sim	4	50,0	4	50,0	100,0	
Hipertensão Arterial	Não	118	59,0	82	41,0	100,0	0,5316
	Sim	17	53,1	15	46,9	100,0	
Tuberculose	Não	140	59,3	96	40,7	100,0	0,3631
	Sim	1	33,3	2	66,7	100,0	
Epilepsia	Não	138	59,0	96	41,0	100,0	0,3941
	Sim	2	40,0	3	60,0	100,0	
Problema cardíaco	Não	130	58,6	92	41,4	100,0	0,4989
	Sim	7	63,6	4	36,4	100,0	
Deficiência (física ou mental)	Não	141	59,0	98	41,0	100,0	0,6538
	Sim	1	50,0	1	50,0	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

Características de saúde do núcleo familiar

A Tabela 5.16 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características de saúde do núcleo familiar. Dentre as características estudadas, a única que se apresentou associada de uma forma estatisticamente significativa com a ocorrência de perdas dentárias foi a presença de alcoolismo na família (p=0,0238).

Tabela 5.16 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características relativas à saúde do núcleo familiar. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Casos de Diabetes na família	Não	116	61,4	73	38,6	100,0	0,5905
	Sim	7	53,8	6	46,2	100,0	
Casos de Hipertensão Arterial na família	Não	87	60,8	56	39,2	100,0	0,9812
	Sim	36	61,0	23	39,0	100,0	
Casos de Epilepsia na família	Não	122	61,0	78	39,0	100,0	0,6304
	Sim	1	50,0	1	50,0	100,0	
Casos de Gestação na adolescência na família	Não	120	60,6	78	39,4	100,0	0,4899
	Sim	3	75,0	1	25,0	100,0	
Casos de Deficiência na família	Não	119	60,4	78	39,6	100,0	0,3500
	Sim	4	80,0	1	20,0	100,0	
Casos de Alcoolismo na família	Não	117	63,2	68	36,8	100,0	0,0238
	Sim	6	35,3	11	64,7	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características relativas aos hábitos e cuidados com a saúde bucal

Entre as variáveis que analisaram alguns hábitos e cuidados com a saúde bucal (Tabela 5.17), o uso de fio dental e o tabagismo apresentaram-se fortemente associados à ocorrência de perdas dentárias (p=0,0001 e p=0,0492 respectivamente).

Em relação ao uso do fio dental, embora se tenha excluído os indivíduos que não apresentavam mais nenhum dente da análise, avaliou-se que o uso do fio dental estaria na dependência da distribuição dos dentes restante nas arcadas dentárias. Se o indivíduo não apresentasse dentes em contato, mas sim, dispersos pela boca, provavelmente não veria sentido no uso de fio dental. Desse modo, por não ser possível avaliar se a falta do uso do fio dental seria causa ou conseqüência das perdas dentárias, julgou-se adequado não inserir esta variável no modelo final.

Tabela 5.17 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com os hábitos e cuidados com a saúde bucal. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Tabagismo	Não	104	63,0	61	37,0	100,0	0,0492
	Sim	35	49,3	36	50,7	100,0	
Uso abusivo de álcool	Não	112	58,9	78	41,1	100,0	0,7722
	Sim	30	61,2	19	38,8	100,0	
N.º de ingestões/dia	Até 4 refeições	95	61,7	59	38,3	100,0	0,3283
	5 a 8 refeições	42	56,0	33	44,0	100,0	
	9 ou +	5	41,7	7	58,3	100,0	
Situação da escova	Muito boa	6	66,7	3	33,3	100,0	0,4396
	Boa	60	57,7	44	42,3	100,0	
	Regular	28	60,9	18	39,1	100,0	
	Inadequada	31	67,4	15	32,6	100,0	
	Não verificada	17	47,2	19	52,8	100,0	
Uso de fio dental	Diariam /freqüent.	42	89,4	5	10,6	100,0	0,0001
	Eventualmente	20	54,1	17	45,9	100,0	
	Não usa	80	54,8	66	45,2	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Autopercepção da saúde bucal

A Tabela 5.18 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo a ocorrência de perdas dentárias e a autopercepção da saúde bucal.

Verifica-se que nenhuma variável apresentou-se associada de uma forma estatisticamente significativa com o desfecho.

Tabela 5.18 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e a autopercepção da saúde bucal. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Considera necessário tratamento	Sim	130	60,2	86	39,8	100,0	0,2410
	Não	12	48,0	13	52,0	100,0	
Como classifica a sua saúde bucal	Boa/Ótima	43	58,1	31	41,9	100,0	0,8125
	Regular/Ruim/ Péssima	95	59,7	64	40,3	100,0	
Como classifica sua aparência bucal	Boa /Ótima	51	63,7	29	36,3	100,0	0,3097
	Regular/Ruim Péssima	87	56,9	66	43,1	100,0	
De que forma a saúde bucal afeta a sua relação com outras pessoas	Não afeta/afeta pouco	88	57,5	65	42,5	100,0	0,7570
	Afeta + ou -	18	58,1	13	41,9	100,0	
	Afeta muito	36	63,2	21	36,8	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Acesso a serviços odontológicos

Dentre as variáveis analisadas relativas ao acesso aos serviços odontológicos (Tabela 5.19), nenhuma se apresentou associada de uma forma estatisticamente significativa com o parâmetro definido de perdas dentárias.

A única variável que atingiu valor de p<0,20 foi o motivo do atendimento e, portanto, foi testada no modelo final.

Tabela 5.19 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características relativas ao acesso aos serviços odontológicos. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n.	%	n.	%		
Já foi ao dentista	Sim	134	58,0	97	42,0	100,0	0,6712
	Não	4	66,7	2	33,3	100,0	
Tempo desde a última consulta	Nunca foi ao dentista	4	66,7	2	33,3	100,0	0,8095
	Menos de 1 ano	58	58,6	41	41,4	100,0	
	De 1 a 2 anos	37	62,7	22	37,3	100,0	
	3 ou mais anos	39	54,9	32	45,1	100,0	
Local do atendimento	Nunca foi atendido	4	66,7	2	33,3	100,0	0,5278
	No PSF	38	54,3	32	45,7	100,0	
	Outro serviço público	7	70,0	3	30,0	100,0	
	Privado	72	56,7	55	43,3	100,0	
	Convênio	14	77,8	4	22,2	100,0	
	Outros	3	60,0	2	40,0	100,0	
Motivo do atendimento	Consulta de rotina	30	68,2	14	31,8	100,0	0,1581
	Demais motivos	104	56,5	80	43,5	100,0	
Recebeu informações sobre SB	Sim	112	58,6	79	41,4	100,0	0,8617
	Não	30	60,0	20	40,0	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características relativas à saúde bucal

A Tabela 5.20 apresenta os resultados obtidos por meio do teste de associação pelo χ^2 de algumas características relativas à saúde bucal, obtidas durante a realização dos exames e a ocorrência de perdas dentárias. Verificou-se que nenhuma das condições relativas à saúde bucal pesquisadas apresentou uma associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) com o desfecho, e nem sequer alcançaram um valor de $p<0,20$ para serem testadas no modelo final.

Tabela 5.20 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características relativas à saúde bucal. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n	%	n	%		
Classificação de risco à cárie	B	42	65,6	22	34,4	100,0	0,8322
	C	3	75,0	1	25,0	100,0	
	D	26	59,1	18	40,9	100,0	
	E	62	59,0	43	41,0	100,0	
	F	9	69,2	4	30,8	100,0	
Grupo de risco à cárie	Baixo risco (B e C)	45	66,2	23	33,8	100,0	0,3697
	Alto risco (D,E,F)	97	59,9	65	40,1	100,0	
Necess. de tratam. relativo à cárie dentária	Não necessita	63	60,6	41	39,4	100,0	0,7418
	Necessita	79	62,7	47	37,3	100,0	
Necessita extração	Não necessita	116	63,0	68	37,0	100,0	0,4156
	Necessita	26	56,5	20	43,5	100,0	
Condição periodontal	Todos os sextantes hígidos	16	66,7	8	33,3	100,0	0,3602
	Pior condição – sangramento	41	67,2	20	32,8	100,0	
	Pior condição – cálculo	58	57,4	43	42,6	100,0	
	Pior condição – bolsa de 4 a 5 mm	13	54,2	11	45,8	100,0	
	Pior condição – bolsa c/ 6mm ou +	14	77,8	4	22,2	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Análise das variáveis de nível II – Microárea

Características das residências da Microárea

A Tabela 5.21 apresenta a distribuição do número e proporção(%) da população de estudo de acordo com o parâmetro definido de perdas dentárias e as características das residências localizadas na Microárea onde os indivíduos examinados residiam.

O tipo de material de construção das casas e o abastecimento de energia elétrica mostraram-se associados de forma estatisticamente significativa com o desfecho (p= 0,0053 e p=0,0413 respectivamente), sendo que as categorias que incluíam os indivíduos que moravam em Microáreas onde existiam casas construídas com outros materiais que não o tijolo/adobe ou casas que não dispunham de energia elétrica, apresentaram uma proporção maior de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos.

O número médio de cômodos e a densidade no domicílio das casas da Microárea onde os indivíduos examinados residiam, mostraram-se fortemente associados ao parâmetro de perdas dentárias definido (p=0,0048 e p=0,0084 respectivamente), sendo que os indivíduos que moravam em Microáreas onde a média de cômodos por domicílio era ≥ 4,6 e/ou a densidade no domicílio era menor que 0,8 indivíduos por cômodo, apresentaram menor probabilidade de apresentarem mais de 12 dentes perdidos.

A realização ou não da coleta de lixo em todas as casas da Microárea onde o indivíduo examinado residia, embora não tenha mostrado uma associação estatisticamente significativa com o parâmetro definido de perdas dentárias, apresentou um valor de p=0,0730 e, portanto, foi testada no modelo final.

Tabela 5.21 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características das residências localizadas nas Microáreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n	%	n	%		
Material de construção das casas	Todas as casas de tijolo/adobe	94	66,2	48	33,8	100,0	0,0053
	Presença de casa construída com outros materiais	35	46,7	40	53,3	100,0	
N.º médio de cômodos	≥ 4,6 cômodos	55	74,3	19	25,7	100,0	0,0048
	≥ 3,6 e < 4,6 cômodos	36	49,3	37	50,7	100,0	
	< 3,6 cômodos	38	54,3	32	45,7	100,0	
Densidade no domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	<0,80	48	72,7	18	27,3	100,0	0,0084
	≥ 0,80	81	53,6	70	46,4	100,0	
Presença de casas sem energia elétrica	Não	65	67,0	32	33,0	100,0	0,0413
	Sim	64	53,3	56	46,7	100,0	
Coleta de lixo em todas as casas	Sim	98	63,2	57	36,8	100,0	0,0730
	Não	31	50,0	31	50,0	100,0	
Água da rede pública em todas as casas	Sim	93	62,0	57	38,0	100,0	0,2518
	Não	36	53,7	31	46,3	100,0	
Todas as casas ligadas à rede de esgotos	Sim	39	60,9	25	39,1	100,0	0,7724
	Não	90	58,8	63	41,2	100,0	
Alguma casa utiliza fossa	Não	66	62,9	39	37,1	100,0	0,3219
	Sim	63	56,2	49	43,8	100,0	
Alguma casa com esgoto a céu aberto	Não	63	61,2	40	38,8	100,0	0,6242
	Sim	66	57,9	48	42,1	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características socioeconômicas e demográficas da Microárea

A Tabela 5.22 apresenta a distribuição do número e proporção(%) da população de estudo de acordo com a ocorrência de perdas dentárias e as características socioeconômicas e demográficas da Microárea onde os indivíduos examinados residiam.

A porcentagem de famílias que contavam com plano de assistência médica na Microárea onde o indivíduo examinado residia, mostrou-se fortemente associada à ocorrência de perdas dentárias (p=0,0187), observando-se que os indivíduos que

moravam em Microáreas onde 18% ou mais das famílias cadastradas contavam com plano de assistência médica, apresentavam menor probabilidade de ter perdido mais de 12 dentes.

Tabela 5.22 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características socioeconômicas e demográficas das Microáreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n	%	n	%		
% de famílias com plano de assistência médica	≥ 18%	51	70,8	21	29,2	100,0	0,0187
	> 10% e < 18%	36	48,0	39	52,0	100,0	
	≤ 10%	42	60,0	28	40,0	100,0	
% de famílias que participam de cooperativa	Nenhuma família (0%)	51	60,7	33	39,3	100,0	0,1976
	>0% e ≤ 1,0%	39	67,2	19	32,8	100,0	
	>1,0%	39	52,0	36	48,0	100,0	
% de famílias que participam de algum grupo religioso	≥ 17,0%	42	59,2	29	40,8	100,0	0,9841
	≥ 7,0% e < 17,0%	43	58,9	30	41,1	100,0	
	< 7,0%	44	60,3	29	39,7	100,0	
% de famílias que participam de associações	>2,0%	48	66,7	24	33,3	100,0	0,3113
	>0,5% e ≤ 2,0%	35	55,6	28	44,4	100,0	
	≤0,5%	46	56,1	36	43,9	100,0	
% de famílias que participam de algum grupo social	> 20%	37	56,1	29	43,9	100,0	0,7951
	≤ 20% e >10%	49	61,2	31	38,8	100,0	
	≤ 10%	43	60,6	28	39,4	100,0	
% de famílias que utilizam somente carro	≥ 10,0%	51	67,1	25	32,9	100,0	0,0916
	<10,0%	78	55,3	63	44,7	100,0	
% de crianças menores de 5 anos	<7,5%	52	72,2	20	27,8	100,0	0,0193
	≥ 7,5% e <8,4%	37	50,0	37	50,0	100,0	
	≥ 8,4%	40	56,3	31	43,7	100,0	
% de idosos (60 anos ou +)	≥ 10,0%	46	79,3	12	20,7	100,0	0,0002
	≥ 6,5% e <10,0%	39	45,3	47	54,7	100,0	
	<6,5%	44	60,3	29	39,7	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou + não alfabetizados	<2,4%	54	71,1	22	28,9	100,0	0,0100
	≥ 2,4% e <4,5%	42	60,0	28	40,0	100,0	
	≥ 4,5%	33	46,5	38	53,5	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

As proporções de crianças e idosos residentes nas Microáreas também se mostraram fortemente associadas ao desfecho estudado (p=0,0193 e p=0,0021 respectivamente). Microáreas com uma proporção inferior a 7,5% de crianças menores de 5 anos, apresentaram uma porcentagem menor de indivíduos que

tinham perdido mais de 12 dentes. Em relação aos idosos, ocorreu o oposto, as Microáreas que apresentavam 10,0% ou mais de idosos, a proporção de indivíduos que tinham perdido mais de 12 dentes foi menor.

O desfecho também se apresentou associado à proporção de indivíduos com 15 anos ou mais analfabetos (p=0,0100). As Microáreas com uma proporção inferior a 2,4% de indivíduos com 15 anos ou mais analfabetos apresentaram uma proporção menor de indivíduos que haviam perdido mais de 12 dentes.

A proporção de famílias que participam de cooperativas e de famílias que utilizam somente o carro como meio de transporte não se mostraram associadas de uma forma estatisticamente significativa com o desfecho, mas por apresentarem p<0,20, foram testadas no modelo final.

Características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Microáreas

A Tabela 5.23 apresenta a distribuição do número e proporção(%) da população de estudo de acordo com a ocorrência de perdas dentárias e as características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Microáreas.

A variável relativa à existência ou não de gestante adolescente na Microárea, apresentou-se fortemente associada ao desfecho (p=0,0311). As Microáreas que apresentavam registro de gestante adolescente apresentaram uma proporção maior de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos.

A proporção de indivíduos com 15 anos ou mais que realiza uso abusivo de álcool das Microáreas, apresentou-se fortemente associada ao desfecho (p=0,0374). As Microáreas com um percentual igual ou superior a 1,25% de indivíduos que realizam uso abusivo de álcool, apresentaram uma proporção maior de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos.

A proporção de indivíduos portadores de diabetes residentes nas Microáreas ficou próxima ao limiar de significância estatística (p=0,0622).

Tabela 5.23 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Microáreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n	%	n	%		
% de alcoolismo (indiv. com 15 anos ou mais)	<1,25%	91	64,5	50	35,5	100,0	0,0374
	≥ 1,25%	38	50,0	38	50,0	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de deficiência física	<0,7%	52	61,9	32	38,1	100,0	0,5184
	≥ 0,7% e < 1,2%	36	53,7	31	46,3	100,0	
	≥ 1,2%	41	62,1	25	37,9	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de diabetes	≥ 4,6%	51	68,0	24	32,0	100,0	0,0622
	< 4,6%	78	54,9	64	45,1	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de hipertensão arterial	≥ 16,5%	45	66,2	23	33,8	100,0	0,3137
	≥ 13,0% e < 16,5%	38	53,5	33	46,5	100,0	
	<13,0%	46	59,0	32	41,0	100,0	
Gestantes adolescentes	Não tem gestante adolescente	72	66,7	36	33,3	100,0	0,0311
	Tem gestante adolescente	57	52,3	52	47,7	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Análise das variáveis de nível III – Área

Características das residências da Área

A Tabela 5.24 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com a ocorrência de perdas dentárias e as características das residências das Áreas onde os indivíduos examinados residiam.

As Áreas que apresentavam casas construídas com outros materiais que não o tijolo/adobe, apresentaram uma maior proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos (p=0,0386).

O número médio de cômodos por casa da Área, bem como a densidade dos domicílios, apresentaram-se fortemente associadas ao desfecho (p= 0,0386 e p= 0,0006 respectivamente). As Áreas onde a média de cômodos por domicílio era igual ou superior a 4,3 apresentaram proporção menor de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos. As Áreas onde a densidade dos domicílios era inferior a 0,8 indivíduos por cômodo, apresentaram uma proporção menor de indivíduos que tinham perdido mais de 12 dentes.

As Áreas onde não havia coleta de lixo em todas as casas apresentaram uma proporção maior de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos, de uma forma estatisticamente significativa (p= 0,0374).

A proporção de casas da Área que utilizava fossa apresentou-se fortemente associada ao desfecho (p=0,0072). Observou-se que à medida que aumenta a proporção de casas que utiliza fossa na Área, aumenta também, a proporção de indivíduos que perderam mais de 12 dentes.

Tabela 5.24 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características das residências adscritas às **Áreas** onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n	%	n	%		
Material de construção das casas	Todas as casas de tijolo/adobe	59	67,8	28	32,2	100,0	0,0386
	Presença de casa construída com outros materiais	71	53,8	61	46,2	100,0	
N.º médio de cômodos	≥ 4,3 cômodos	59	67,8	28	32,2	100,0	0,0386
	< 4,3 cômodos	71	53,8	61	46,2	100,0	
Densidade no domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	<0,80	48	77,4	14	22,6	100,0	0,0006
	≥ 0,80	82	52,2	75	47,8	100,0	
% de casas sem energia elétrica	<0,6%	97	61,4	61	38,6	100,0	0,3245
	≥ 0,6%	33	54,1	28	45,9	100,0	
Coleta de lixo em todas as casas	Sim	25	75,8	8	24,2	100,0	0,0374
	Não	105	56,5	81	43,5	100,0	
% casas sem água da rede pública	≤ 0,10%	56	56,6	43	43,4	100,0	0,6577
	>0,10% e < 0,25%	24	58,5	17	41,5	100,0	
	≥ 0,25%	50	63,3	29	36,7	100,0	
% de casas ligadas à rede de esgoto	≥ 95,0%	58	57,4	43	42,6	100,0	0,5896
	<95,0%	72	61,0	46	39,0	100,0	
% de casas que utilizam fossa	<0,5%	61	69,3	27	30,7	100,0	0,0072
	≥0,5% e < 2,3%	36	62,1	22	37,9	100,0	
	≥ 2,3%	33	45,2	40	54,8	100,0	
% de casas com esgoto a céu aberto	≤ 1,5%	44	55,7	35	44,3	100,0	0,0907
	>1,5% e < 10,0%	37	72,5	14	27,5	100,0	
	≥ 10,0%	49	55,1	40	44,9	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

A proporção de casas com esgoto escoando a céu aberto das Áreas, não se mostrou associada ao desfecho de uma forma estatisticamente significativa (p=0,0907), mas apresentou p<0,20, portanto foi testada no modelo.

Características socioeconômicas e demográficas das Áreas

A Tabela 5.25 apresenta a distribuição do número e proporção (%) da população de estudo de acordo com a ocorrência de perdas dentárias e algumas características socioeconômicas e demográficas das Áreas onde os indivíduos examinados residiam.

A proporção de famílias que têm plano de assistência médica na Área apresentou-se fortemente associada ao desfecho (p= 0,0001). As Áreas onde 18% ou mais das famílias têm plano de assistência médica apresentaram uma proporção menor de indivíduos que tinham perdido mais de 12 dentes.

A proporção de famílias que participam de cooperativas mostrou-se associada ao desfecho (p=0,0018). As Áreas onde mais de 1% das famílias participam de cooperativa foram as que apresentaram maior proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos.

Em relação ao meio de transporte utilizado pelas famílias, as Áreas que apresentavam maior proporção de famílias que utilizavam somente o carro como meio de transporte, apresentaram a menor proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos, de uma forma estatisticamente significativa (p=0,0008).

As Áreas constituídas por uma proporção maior de crianças menores de 5 anos, quando comparadas às outras, apresentaram maior proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos (p=0,0007).

Quanto à proporção de idosos (60 anos ou mais), as Áreas que apresentavam 10,0% ou mais de idosos cadastrados, apresentavam menor proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos, de uma forma estatisticamente significativa (p=0,0005).

A proporção de indivíduos com 15 anos ou mais não alfabetizados, não se apresentou associada de uma forma estatisticamente significativa com o desfecho (p=0,1316), mas por apresentar p<0,20, foi testada no modelo final.

Tabela 5.25 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias, de acordo com algumas características socioeconômicas e demográficas das Áreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n	%	n	%		
% de famílias com plano de assistência médica	≥ 18%	60	75,9	19	24,1	100,0	0,0001
	< 18%	70	50,0	70	50,0	100,0	
% de famílias que participam de cooperativa	≤ 0,6%	37	57,8	27	42,2	100,0	0,0018
	>0,6% e ≤ 1,0%	60	73,2	22	26,8	100,0	
	>1,0%	33	45,2	40	54,8	100,0	
% de famílias que participam de algum grupo religioso	≥ 15,0%	45	60,8	29	39,2	100,0	0,7506
	≥ 10,0% e < 15,0%	36	62,1	22	37,9	100,0	
	< 10,0%	49	56,3	38	43,7	100,0	
% de famílias que participam de associações	>1,6%	48	64,0	27	36,0	100,0	0,3165
	>1,0% e ≤ 1,6%	32	51,6	30	48,4	100,0	
	≤ 1,0%	50	61,0	32	39,0	100,0	
% de famílias que participam de algum grupo social	> 23,0%	45	60,8	29	39,2	100,0	0,8763
	≤ 23,0% e >15,0%	41	56,9	31	43,1	100,0	
	≤ 15,0%	44	60,3	29	39,7	100,0	
% de famílias que utilizam somente carro	≥ 10,0%	60	75,9	19	24,1	100,0	0,0008
	> 5,0% e <10,0%	29	52,7	26	47,3	100,0	
	≤ 5,0%	41	48,2	44	51,8	100,0	
% de crianças menores de 5 anos	<8,0%	60	75,9	19	24,1	100,0	0,0007
	≥ 8,0% e <9,0%	35	53,0	31	47,0	100,0	
	≥ 9,0%	35	47,3	39	52,7	100,0	
% de idosos (60 anos ou +)	≥ 10,0%	60	75,9	19	24,1	100,0	0,0005
	>7,0% e <10,0%	48	47,5	53	52,5	100,0	
	≤ 7,0%	22	56,4	17	43,6	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou + não alfabetizados	≤ 3,0%	35	71,4	14	28,6	100,0	0,1316
	>3,0% e < 5,0%	58	57,4	43	42,6	100,0	
	≥ 5,0%	37	53,6	32	46,4	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Áreas

A Tabela 5.26 apresenta a distribuição do número e proporção(%) da população de estudo de acordo com a ocorrência de perdas dentárias e algumas características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Áreas.

Em relação às variáveis relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Áreas, a que se apresentou mais fortemente associada ao desfecho foi a proporção

de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de diabetes (p=0,0002), sendo que, em Áreas onde a proporção de diabéticos é menor que 4,6%, a proporção de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos é mais que o dobro daquelas onde a proporção de diabéticos é maior que 4,6%.

A proporção de indivíduos com 15 anos ou mais portadores de deficiência física das Áreas mostrou-se associada ao desfecho, de forma estatisticamente significativa (p= 0,0211).

A variável que dizia respeito à proporção de gestantes adolescentes nas Áreas apresentou-se associada com a ocorrência de perdas dentárias (p=0,0242). As Áreas onde a proporção de gestantes adolescentes era menor que 10% das gestantes, apresentaram uma proporção menor de indivíduos com mais de 12 dentes perdidos.

Tabela 5.26 - Distribuição do número e proporção (%) da população de estudo, segundo o parâmetro definido de perdas dentárias e algumas características relativas à saúde dos indivíduos cadastrados nas Áreas onde os indivíduos examinados residiam. São Paulo, SP, 2005

Variável	*Categorias*	*P ≤ 12*		*P > 12*		*Total*	*p*
		n	%	n	%		
% de alcoolismo (indiv. com 15 anos ou mais)	< 0,65%	40	60,6	26	39,4	100,0	0,9128
	≥ 0,65% e <0,90%	44	60,3	29	39,7	100,0	
	≥ 0,90%	46	57,5	34	42,5	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de deficiência física	<0,7%	59	67,8	28	32,2	100,0	0,0211
	≥ 0,7% e < 1,0%	26	44,8	32	55,2	100,0	
	≥ 1,0%	45	60,8	29	39,2	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de diabetes	≥ 4,6%	60	75,9	19	24,1	100,0	0,0002
	< 4,6%	70	50,0	70	50,0	100,0	
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de hipertensão arterial	≥ 16,5%	46	64,8	25	35,2	100,0	0,2279
	≥ 13,0% e < 16,5%	47	61,8	29	38,2	100,0	
	<13,0%	37	51,4	35	48,6	100,0	
% de gestantes adolescentes	<10,0%	47	71,2	19	28,8	100,0	0,0242
	≥ 10,0% e <20,0%	43	49,4	44	50,6	100,0	
	>20,0%	40	60,6	26	39,4	100,0	

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Variáveis testadas no modelo

As tabelas 5.27, 5.28 e 5.29 apresentam as variáveis selecionadas para serem testadas no modelo multinível. Estas variáveis encontram-se ordenadas pela significância estatística, que determinou a ordem de entrada no modelo múltiplo. Iniciou-se o modelo pelo nível I e, a seguir, foram testadas as variáveis dos níveis II e III.

Tabela 5.27 - Relação das variáveis do nível I, selecionadas para serem testadas no modelo multinível, ordenadas de acordo com a significância estatística, São Paulo, SP, 2009

Variável	*p do* x^2
Renda familiar	<0,0001
Renda *per capita*	<0,0001
Densidade no domicílio	<0,0001
Número de pessoas que compõem a família	0,0001
Posse de automóvel	0,0020
Grupo étnico	0,0034
Crianças menores de 5 anos na família	0,0053
Plano de assistência médica	0,0056
Escolaridade	0,0160
Utilização de meios de transporte	0,0210
Casos de alcoolismo na família	0,0238
Qualificação da ocupação	0,0253
Número de torneiras no domicílio	0,0334
Analfabeto na família	0,0450
Número de cômodos	0,0457
Tabagismo	0,0492
Tempo que mora em SP	0,0883
Tratamento da água no domicílio	0,1547
Utilização de meios de comunicação	0,1555
Motivo do atendimento	0,1581

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Tabela 5.28 - Relação das variáveis do nível II, selecionadas para serem testadas no modelo multinível, ordenadas de acordo com a significância estatística, São Paulo, SP, 2009

Variável	*p do x^2*
% de idosos (60 anos ou +)	0,0002
N.º médio de cômodos	0,0048
Material de construção das casas	0,0053
Densidade no domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	0,0084
% de indiv. com 15 anos ou + não alfabetizados	0,0100
% de famílias com plano de assistência médica	0,0187
% de crianças menores de 5 anos	0,0193
Gestantes adolescentes	0,0311
% de alcoolismo (indiv. com 15 anos ou mais)	0,0374
Presença de casas sem energia elétrica	0,0413
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de diabetes	0,0622
Coleta de lixo em todas as casas	0,0730
% de famílias que utilizam somente carro	0,0916
% de famílias que participam de cooperativa	0,1976

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Tabela 5.29 - Relação das variáveis do nível III, selecionadas para serem testadas no modelo multinível, ordenadas de acordo com a significância estatística, São Paulo, SP, 2009

Variável	*p do x^2*
% de famílias com plano de assistência médica	0,0001
% de indiv. com 15 anos ou mais portadores de diabetes	0,0002
% de idosos (60 anos ou mais)	0,0005
Densidade no domicílio (n.º de pessoas/n.º de cômodos)	0,0006
% de crianças menores de 5 anos	0,0007
% de famílias que utilizam somente carro	0,0008
% de famílias que participam de cooperativa	0,0018
% de casas que utilizam fossa	0,0072
% de indiv. com 15 anos ou mais port. de defic. física	0,0211
% de gestantes adolescentes	0,0242
Coleta de lixo em todas as casas	0,0374
Material de construção das casas	0,0386
N.º médio de cômodos	0,0386
% de casas com esgoto a céu aberto	0,0907
% de indiv. com 15 anos ou mais não alfabetizados	0,1316

p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

Análise multinível

A Tabela 5.30 apresenta o modelo final com os fatores associados à ocorrência de perdas dentárias. Entre as variáveis do nível individual, a renda familiar mensal inferior a 170 dólares (OR=3,32; p=0,001), a densidade no domicílio superior a um indivíduo por cômodo (OR= 2,15; p= 0,032), ser negro ou pardo (OR= 2,07; p=0,032), nenhum membro da família ter plano de assistência médica (OR=2,20 p=0,046) apresentaram-se associados às perdas de 12 dentes ou mais em indivíduos de 40 anos de idade.

Em relação ao nível II, os indivíduos que moram em Microáreas com percentual igual ou superior a 4,5% de indivíduos com 15 anos ou mais não alfabetizados, apresentaram maior chance (OR=2,45; p= 0,012) de terem perdido mais de 12 dentes.

Os indivíduos que residiam em Microáreas com percentual igual ou superior a 1,25% de indivíduos com 15 anos ou mais que realizavam uso abusivo de álcool, apresentaram maior chance (OR=2,30; p= 0,020) de terem perdido mais de 12 dentes, de uma forma estatisticamente significativa e independente.

Embora todas as variáveis do nível III tenham sido testadas no modelo, nenhuma alcançou significância estatística, ressaltando-se que ao final do processo de modelagem, cujos resultados são apresentados na Tabela 5.30, os níveis II e III apresentaram variância e erro padrão igual a zero (0,000).

Tabela 5.30 - Análise multinível. Modelo final para os fatores associados ao parâmetro definido de perdas dentárias (P>12 dentes) em indivíduos de 40 anos de idade cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da zona leste do município de São Paulo, participantes da pesquisa. São Paulo, SP, 2009

Nível	*Variável*	*Categorias*	*Coeficiente*	*O.R.*[a]	*p*[a]
1	Renda familiar	≥ 170 dólares	Referência	1,00	0,001
		< 170 dólares	1,200	3,32	
	Densidade no domicílio	≤ 1 pessoa por cômodo	Referência	1,00	0,032
		> 1 pessoa por cômodo	0,767	2,15	
	Grupo étnico	Brancos/amarelos	Referência	1,00	0,032
		Negros/pardos	0,729	2,07	
	Possui plano de assistência médica	Sim	Referência	1,00	0,046
		Não	0,789	2,20	
2	% de indiv. com 15 anos ou mais não alfabetizados	<4,5% de analfabetos	Referência	1,00	0,012
		≥4,5% de analfabetos	0,896	2,45	
	% de alcoolismo (indiv. com 15 anos ou mais)	< 1,25% de alcoolismo	Referência	1,00	0,020
		≥ 1,25% de alcoolismo	0,835	2,30	

OR[a]: OR ajustada, resultado da análise múltipla

6 DISCUSSÃO

É preciso considerar a princípio, que se encontrou uma situação privilegiada para a execução da pesquisa. A inserção de residentes da área de Saúde Bucal na Residência Multiprofissional em Saúde da Família possibilitou criar uma situação onde a teoria e a prática se encontravam e abriam espaço para a pesquisa. A pesquisa fez parte da formação destes profissionais, possibilitando que os mesmos desenvolvessem todas as etapas de um levantamento epidemiológico e que a partir dos resultados obtidos realizassem o planejamento das atividades a serem desenvolvidas de acordo com a realidade local encontrada.

Outro aspecto que contribuiu de uma maneira decisiva para a execução da presente pesquisa foi o fato dos dados obtidos no levantamento epidemiológico serem referentes a territórios onde se desenvolvia a Estratégia Saúde da Família, abrindo-se desta forma, a possibilidade de se trabalhar com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), tanto no nível do indivíduo, como da família, da Microárea e da Área onde os indivíduos examinados residiam, permitindo realizar análises em níveis agregados.

Em decorrência da possibilidade de se trabalhar com um grande número de variáveis advindas do SIAB, muitas vezes não foi possível encontrar trabalhos na literatura que permitissem uma comparação dos resultados encontrados.

A autora reconhece que houve um certo “exagero” no número de variáveis trabalhadas na presente pesquisa, mas justifica, que a disponibilidade das mesmas, aliada à possibilidade de se identificar indivíduos, Microáreas e Áreas de maior risco, de forma a subsidiar os profissionais que atuam de acordo com a estratégia Saúde

da Família, poderia reverter em benefícios ao serviço, não se eximindo portanto, de apresentar todos os resultados obtidos.

Em relação à representatividade dos dados, é importante ressaltar que tendo se optado por realizar um censo, trouxe diversas vantagens em termos estatísticos, permitindo obter resultados relativos à prevalência e severidade da cárie dentária, para a idade-índice, representativos para as comunidades estudadas. Porém, a proporção de pessoas examinadas entre as cadastradas ficou bem abaixo das expectativas, sendo que apenas 56,8% dos indivíduos de 40 anos de idade cadastrados nas Áreas participantes do estudo foram examinados. Uma possível justificativa seria o fato de tratar-se de população em idade produtiva, permanecendo muitas horas fora de casa, em função do serviço, inclusive nos finais de semana.

Embora tenha sido possível se identificar variáveis a nível individual e em nível de Microárea, associadas ao parâmetro definido de perdas dentárias no presente estudo, é preciso reconhecer as limitações do mesmo, primeiro, por tratar-se de um estudo transversal, segundo, por envolver apenas algumas Unidades de Saúde localizadas na zona leste do município de São Paulo, terceiro, o número de participantes também foi relativamente pequeno, portanto, os achados no presente estudo, podem ajudar a subsidiar novas pesquisas, mas os resultados não podem ser generalizados.

Em relação à precisão dos dados (FRIAS, 2000), o resultado do coeficiente de kappa indicou segundo Landis e Koch[2] (1977 apud Frias e Narvai, 2001 p. 38) uma concordância quase perfeita tanto na concordância inter-examinador como na concordância intra-examinador, indicando que houve precisão em relação ao diagnóstico da condição da coroa dentária.

A prevalência de cárie observada no presente estudo (99,60%), encontra-se muito próxima à encontrada no Brasil (99,48%) (MS, 2004c), na região Sudeste do Brasil (99,27%) (MS, 2004c) e no estado de São Paulo (99,4%) (SES-SP; FSP-USP, 2002).

Quanto ao percentual de indivíduos com 20 dentes ou mais, o presente estudo observou que 58,9% dos examinados apresentavam tal condição, situação esta, um pouco melhor que a encontrada para o Brasil (53,96%) (MS, 2004c), porém, um pouco pior do que a encontrada para a região Sudeste (62,35%) (MS, 2004c). O que chamou a atenção em relação a esta questão, é que em 2 Unidades Básicas de Saúde estudadas (UBS Curuçá Velha e UBS Dr. Thérsio Ventura) encontrou-se um percentual superior a 75% de indivíduos de 40 anos com 20 dentes ou mais.

Embora não existam muitos dados disponíveis relativos ao percentual de indivíduos com 20 dentes ou mais, Petersen et al (2004) relataram um percentual de 96,0% de indivíduos de 35 a 44 anos nesta situação na Dinamarca no ano 2000 e Madléna et al (2008) que 73,1% dos indivíduos entre 35 e 44 anos se encontravam nesta situação na Hungria em 2003/2004.

O presente estudo observou que 4,6% dos indivíduos examinados, não apresentavam mais nenhum dente. O percentual de edentulismo muitas vezes não aparece nos relatórios dos levantamentos, mas de acordo com Roncalli (2006) é possível se ter uma aproximação verificando-se o percentual de pessoas com todos os sextantes nulos, obtidos do exame periodontal, porém, deve-se considerar que é uma aproximação. No presente estudo, o percentual de indivíduos com todos os sextantes excluídos no exame periodontal foi de 5,4%. Considerando o percentual de indivíduos com todos os sextantes excluídos no exame periodontal encontrados

no Brasil (11,35%) (MS, 2004c), na região Sudeste (11,97%) (MS, 2004c), no estado de São Paulo (11,2%) (SES-SP; FSP-USP,1999), e no município de São Paulo (8,6%) (SES-SP; FSP-USP,1999), o percentual encontrado no presente estudo encontra-se bem abaixo dos apresentados nos referidos estudos. Mas ainda é importante considerar, que apesar de dramática a situação encontrada em relação a esta questão, observa-se uma melhora quando comparado com os dados do levantamento de 1986, onde o percentual de indivíduos com todos os sextantes excluídos foi de 19,44% no Brasil e 17,52% no município de São Paulo (BRASIL, 1988).

Em relação aos estudos realizados em outros países, também se pode observar que poucos apresentam os dados sobre o percentual de edentulismo. Dentre os dados disponíveis, a situação observada no presente estudo encontra-se melhor apenas do que a encontrada no Panamá em 1993 (33,2%), no Canadá (Quebec) em 1993 (14,0%), na Bósnia-Herzegóvina em 1997 (11,8%) (WHO,2009), e na África do Sul em 1988/89 (12,6%) (WIK e PRETORIA, 2004).

O CPO-D médio observado foi de 19,29. Tal resultado encontra-se muito próximo ao encontrado no Brasil (20,13) (MS, 2004c), na região Sudeste do Brasil (20,30) (MS, 2004c), no estado de São Paulo (20,32) (SES-SP; FSP-USP, 2002) e na cidade de São Paulo (18,94) (SES-SP; FSP-USP,1999), referindo-se aos estudos mais recentes. Porém, se comparado aos valores encontrados em estudos anteriores (PINTO, 1983; MS, 1988), verifica-se que não ocorreram grandes variações no CPO-D médio dos indivíduos deste grupo etário no decorrer destes anos (RONCALLI, 2006).

Ao se comparar o CPO-D encontrado no presente estudo, com o encontrado em diferentes países (Tabela 2.1 a 2.5), considerando-se todas as limitações de se

realizar comparações entre diferentes estudos, realizados em diferentes épocas, com diferentes abrangências e considerando-se também que para a comparação entre médias sejam necessários outros recursos estatísticos, ainda assim é pertinente considerar que o valor do CPO-D médio encontrado no presente estudo encontra-se entre os mais elevados do mundo, considerando-se inclusive que os registros de CPO-D de outros países que se encontram próximos ao valor observado no presente estudo, referem-se a estudos realizados a mais de 10 anos.

Em relação ao componente “P” (Perdido) do índice CPO-D, o presente estudo revelou uma média de 12,45 dentes perdidos entre os indivíduos de 40 anos de idade. Tal resultado encontra-se muito próximo ao encontrado no Brasil no início da década de 1980 (PINTO, 1983) (12,26) para o grupo etário de 30 a 39 anos e também nos estudos mais recentes, para o grupo etário de 35 a 44 anos, tanto para o Brasil como um todo (P=13,23) (MS, 2004c), como na região Sudeste (P=11,64) (MS, 2004c) e no estado de São Paulo (P=11,25) (SES-SP; FSP-USP, 2002).

Ao se verificar o comportamento do componente P (perdido) dos estudos realizados em outros países (Tabela 2.1 a 2.5), observou-se que os dois estudos que apresentaram uma média de dentes perdidos superior ao valor encontrado no presente estudo, além do Brasil, foi um estudo realizado entre 1978-80 na Finlândia (P=14,0), cujos dados atuais apresentam uma situação bem melhor em relação às perdas dentárias (SUOMINEN-TAIPALE et al., 1999) e o estudo realizado em Tokelau (P=12,7) em 1999. Cabe esclarecer que Tokelau é um arquipélago formado por três atóis, no sul do Oceano Pacífico, com uma população estimada em 2007 de 1.449 habitantes (Conselho do Governo em Curso de Tokelau, s.d).

Ao se avaliar a proporção de dentes perdidos na composição do CPO-D, observou-se que 64,54% do índice corresponde aos dentes perdidos. Tal resultado

encontra-se muito próximo ao encontrado no Brasil (65,70%) (MS, 2004c), porém, ligeiramente superior ao encontrado na região Sudeste (57,30%) (MS, 2004c) e quase 10% superior ao encontrado no estado de São Paulo (55,39%) (SES-SP; FSP-USP, 2002). Ressalta-se que os valores encontrados no presente estudo encontram-se muito próximos aos valores encontrados no Brasil (66,7%) e na cidade de São Paulo (67,5%) no estudo realizado em 1986 (MS, 1988), conforme observado por Roncalli (2006) para o Brasil.

Ao se comparar a proporção de dentes perdidos na composição do CPO-D de estudos realizados em outros países, observou-se que a proporção encontrada no presente estudo só foi inferior às encontradas em Papua Nova Guiné (86,8%), Tokelau (72,2%) e Vanuatu (70,3%) localizadas na Oceania; Panamá (71,2%) na América Central; Irã (70,9%) e Geórgia (68,5%) localizados na Ásia; Lesoto (72,4%) na África; Moldova (71,4%) e Malta (66,3%) na Europa (WHO, 2009).

Características demográficas

As diferentes Unidades de Saúde apresentaram diferença estatisticamente significativa (p = 0,0154) em relação ao parâmetro definido de perdas dentárias, indicando haver diferenças nestes territórios que foram aprofundadas por meio das variáveis de nível II e III.

A variável sexo, não se apresentou associada ao parâmetro definido de perdas dentárias de uma forma estatisticamente significativa, concordando com os resultados encontrados por Doughan, Kassak e Bourgeois (2000), Frazão, Antunes e Narvai (2003), Miller e Locke (1994) e Petersen et al. (2004).

O grupo étnico apresentou-se associado ao parâmetro definido de perdas dentárias de uma forma estatisticamente significativa (p=0,0034), resultado este

concordante ao encontrado por Barbato et al (2007), Cabral, Caldas Júnior e Cabral (2005), Frazão, Antunes e Narvai (2003) e Wik e Pretoria (2004), mantendo a significância estatística no modelo final, mesmo controlada pelas demais variáveis incluídas no modelo (OR= 2,07 p=0,032), indicando ser um fator de risco independente das demais condições socioeconômicas analisadas e das variáveis relativas ao contexto.

Características socioeconômicas

A renda, desde o início das análises se colocou em uma posição de destaque, quanto à significância estatística, permanecendo até o modelo final, como a variável que se apresentou mais fortemente associada ao desfecho (OR=3,32 p=0,001). Tal resultado é concordante ao encontrado por Hugo et al (2007), Miller e Locke (1994), Petersen et al (2004), Roncalli (2006) e Turrell et al (2007), cabendo ressaltar que entre todos os estudos que fizeram parte da revista da literatura, todos que analisaram a variável renda, encontraram significância estatística para esta variável.

A variável renda *per capita*, conforme esperado, também se apresentou fortemente associada ao parâmetro definido de perdas dentárias (p<0,0001), concordando com os achados de Barbato et al (2007), mas por apresentar alta correlação com a variável renda, perdeu a significância estatística no modelo final.

A renda pessoal, não se mostrou associada ao parâmetro definido de perdas dentárias no presente estudo. Tal resultado é discordante ao encontrado por Petersen et al (2004), no entanto, foi o único trabalho entre os revistos que trabalhou com essa variável.

A escolaridade, conforme esperado apresentou-se fortemente associada ao parâmetro definido de perdas dentárias (p=0,0160) na análise univariada, resultado

este concordante ao encontrado por Barbato et al (2007), Hugo et al (2007), Petersen et al (2004), Roncalli (2006), Suominen-Taipale et al (1999) e Turrell et al (2007). Porém ao ser inserida no modelo múltiplo, perdeu a significância estatística. Talvez uma possível explicação para o comportamento desta variável, seja o fato de estar altamente correlacionada com a renda, que já havia sido inserida no modelo, por apresentar maior significância estatística na análise univariada. Barbato et al (2007) encontraram significância estatística para a escolaridade no modelo múltiplo. Hugo et al (2007) que estudavam a população de 65 a 74 anos em relação às perdas dentárias, no modelo múltiplo encontraram significância estatística apenas para a análise cujo desfecho se configurava em não ter mais nenhum dente. No modelo cujo desfecho era ter 20 dentes ou mais, a escolaridade não apresentou significância estatística no modelo múltiplo, embora tivesse apresentado significância estatística na análise univariada.

A posse de automóvel apresentou-se fortemente associada ao desfecho na análise univariada (p= 0,0020) achado este, concordante com o observado por Hugo et al (2007) na população de 65 a 74 anos de idade. Na análise múltipla a variável perdeu significância estatística, talvez pelo fato de encontrar-se altamente correlacionada com a renda, que já havia sido inserida no modelo.

A variável do SIAB que identifica o meio de transporte utilizado pelos indivíduos cadastrados, a princípio pode parecer muito similar à variável que procura identificar a posse de automóvel, mas o interesse em se trabalhar com esta variável foi justamente de identificar o risco das pessoas que utilizam apenas “outros” meios de transporte. Conforme referido no capítulo de “Materiais e método”, nenhum dos participantes fazia uso de caminhão e carroça, que seriam possibilidades disponíveis na ficha do SIAB, mas é consenso entre os Agentes Comunitários de Saúde registrar

“outros” meios de transporte quando o indivíduo se locomove a pé, por falta de recursos financeiros para pagar um transporte coletivo. Ao se analisar a proporção de indivíduos com menos de 20 dentes entre os que utilizam somente o carro (Tabela 5.11), observa-se uma proporção de 13,6%, em entre aqueles que utilizam somente “outros” meios de transportes, 53,8% apresentaram menos de 20 dentes. Desta forma, as pessoas que utilizam apenas “outros” meios de transporte apresentaram 7,39 (p= 0,0196) vezes a chance de terem menos de 20 dentes (dados não apresentados). Não se identificou nenhum estudo entre os revistos que trabalhasse com esta variável, não sendo possível portanto, realizar comparações. Embora a variável apresentasse significância estatística na análise univariada, não apresentou significância estatística quando testada no modelo, provavelmente devido à sua alta correlação com a variável renda.

Em relação à variável que procurava identificar o tempo que a pessoa morava em São Paulo, nas análises prévias procurou-se identificar qual o melhor ponto de corte para esta variável, até mesmo em decorrência da fluoretação das águas de abastecimento público que tiveram início em 1985 em São Paulo, mas o ponto de corte que mais se aproximou da significância estatística foi o apresentado no capítulo de resultados e mesmo assim, não alcançou significância estatística.

A variável que procurou identificar se algum membro da família dispunha de assistência médica, apresentou significância estatística na análise univariada (p=0,0056), e manteve a significância estatística no modelo múltiplo (p=0,046), após ajustada pelas demais variáveis. Os dados do PNAD 2003 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, s.d), indicam que 56,3% dos planos de saúde são pagos pelo empregador ou empregado e 33,3% são particulares (pagos diretamente pelo titular ao plano de saúde). Considerando-se que a população de estudo é uma

população de baixa renda, provavelmente o percentual daqueles que têm plano de assistência médica particular, deve ser inferior ao encontrado na população como um todo. Considerando também que a variável manteve significância estatística, mesmo ajustada pela renda, é possível que esteja refletindo a questão da inserção formal no mercado de trabalho, por meio do convênio oferecido pelas empresas, uma vez que as variáveis relativas à ocupação não foram capazes de captar esta dimensão, mas que sem dúvida deve ser importante.

Jimenez et al. (2009) encontraram significância estatística para a variável que se referia ao plano de assistência médica para os negros e mexicanos residentes no país, mas não para os brancos.

Características do domicílio

Entre as variáveis relativas às características do domicílio, a que se apresentou mais fortemente associada ao parâmetro definido de perdas dentárias foi a densidade no domicílio ($p< 0,0001$), mantendo a significância estatística no modelo final (OR=2,15 $p=0,032$). Não se identificou durante a revista da literatura, nenhuma pesquisa que tivesse trabalhado com esta variável, relacionando-a às perdas dentárias em adultos. O número de cômodos e o número de torneiras também se apresentaram associadas ao desfecho, mas perderam a significância estatística quando inseridas no modelo, muito provavelmente em decorrência da alta correlação com a densidade no domicílio, que já tinha sido inserida no modelo, por apresentar maior significância estatística na análise univariada.

Características da família

Em relação às características da família, o número de pessoas que compõem a família apresentou-se fortemente associado ao desfecho (p=0,0001), evidenciando-se uma proporção de 93,3% das pessoas que viviam em casas com 8 pessoas ou mais, apresentavam menos de 20 dentes, mas perdeu a significância estatística no modelo final, provavelmente em decorrência de sua alta correlação com a densidade no domicílio.

A presença de crianças na família apresentou-se como fator de risco para as perdas dentárias, de uma forma estatisticamente significativa (p=0,0053). Não se identificou nenhum estudo durante a revista da literatura que tivesse trabalhado com esta variável.

Conforme esperado, a presença de indivíduos analfabetos na família também se apresentou associado ao desfecho de uma forma estatisticamente significativa (p=0,0450), mas perdeu a significância estatística ao ser testada no modelo, possivelmente em decorrência de estar fortemente correlaciona à renda familiar.

Características relativas à ocupação

Entre as variáveis relativas à ocupação, a única que apresentou significância estatística foi a que se referia ao nível de qualificação da ocupação (p=0,0253), porém, o que chama a atenção, é que o grupo de menor risco foi aquele formado pelos indivíduos com pouca ou nenhuma qualificação. É preciso considerar porém, o número reduzido de indivíduos que desenvolviam atividades de nível superior ou técnico (<10%) entre os participantes da pesquisa, o que pode ter provocado

distorção nos resultados. Petersen et al. (2004) e Suominen-Taipale et al. (1999), encontraram associação estatisticamente significativa entre perdas dentárias e a ocupação, Jimenez et al. (2009), encontraram significância estatística para a ocupação, só entre os brancos.

Características de saúde do indivíduo e da familiar

Entre as variáveis relativas à saúde dos indivíduos e de seus familiares, a única que se apresentou fortemente associada ao parâmetro definido de perdas dentárias foi a que dizia respeito à presença de indivíduos com alcoolismo na família (p=0,0238). Embora não tenha sido identificado nenhum trabalho na literatura que tivesse pesquisado esta variável relacionando-a às perdas dentárias, certamente é uma variável que poderia ser melhor investigada, podendo apresentar suas origens tanto em questões relacionadas à violência doméstica como também diretamente relacionada à renda familiar, que acabam repercutindo em todos os membros da família (MELO et al, 2005; RABELLO; CALDAS JÚNIOR, 2007; SANTOS; MARTIN, 2009). Um outro aspecto interessante a ser observado em relação a esta questão é que a existência de indivíduos que realizam uso abusivo de álcool na família apresentou-se como fator de risco para a ocorrência de perdas dentárias, no entanto o fato do indivíduo realizar uso abusivo de álcool, não se apresentou associado de uma forma estatisticamente significativa com o parâmetro definido de perdas dentárias (p=0,7722). Talvez um motivo que explique este fato seja porque o registro do indivíduo realizar uso abusivo de álcool foi obtido através do questionário aplicado, durante a coleta de dados relativa à condição de saúde bucal, portanto, foi o próprio indivíduo que respondeu, enquanto que a existência de indivíduos que

realizam uso abusivo de álcool na família foi referida pelos familiares, durante a visita do Agente Comunitário de Saúde. Talvez a percepção de tal condição seja diferente do ponto de vista da família ou do indivíduo conforme referido por Neves (2004).

Em relação às demais variáveis relacionadas à saúde do indivíduo e do núcleo familiar deve ser considerado que o número de participantes que relataram algum problema de saúde foi bastante reduzido, tanto em relação ao indivíduo, como o obtido do SIAB relativo ao núcleo familiar, exceto em relação ao número de casos de Hipertensão Arterial. Tal situação torna difícil identificar possíveis associações, mesmo que elas existam, conforme sugerido por Petersen et al. (2005).

Hábitos e cuidados com a saúde bucal

Entre as variáveis que dizem respeito aos hábitos e cuidados com a saúde bucal, o uso do fio dental e o tabagismo apresentaram-se fortemente associados ao desfecho. Conforme referido anteriormente, optou-se em não incluir o uso do fio dental no modelo, em decorrência da dificuldade de se avaliar se a falta do uso do fio dental seria causa ou conseqüência das perdas dentárias. Em relação ao tabagismo, os resultados são concordantes aos encontrados por Albandar et al. (2000), Calsina, Ramon e Echeverria (2002), Haber et al. (1993) e Suominen-Taipale et al. (1999). Ao ser testada no modelo, a variável não apresentou significância estatística.

Autopercepção em saúde bucal

Em relação a autopercepção em saúde bucal, o que se procurou observar é o que estas perdas dentárias representavam para as pessoas, para uma melhor compreensão da realidade que se pretende entender. Os achados do presente estudo não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas a autopercepção e o parâmetro definido de perdas dentárias. Tal achado é discordante ao encontrado por Ferreira et al (2006), Miller e Locke (1994) e Piuvezam (2004) e Suominen-Taipale et al (1999), porém, Hugo et al (2007) observaram uma maior satisfação com a saúde bucal entre os edêntulos, enquanto Turrell et al (2007) observaram que as pessoas que vivem em contextos com piores condições socioeconômicas apresentaram maior probabilidade de referir a condição bucal como ruim. Conforme sugerido por Roncalli (2006), a autopercepção das perdas dentárias podem estar intimamente relacionadas ao uso de prótese, porém, a forma como as pessoas percebem as perdas dentárias ainda são muito contraditórias (RONCALLI, 2006).

Acesso aos serviços odontológicos

Em relação ao acesso aos serviços odontológicos, observou-se que 2,53% dos indivíduos examinados, nunca tinham ido ao dentista, resultado este muito próximo ao encontrado no Brasil (MS, 2004c) e por Barros e Bertoldi (2002).

Em relação ao tempo decorrido desde a última consulta, no presente estudo, não apresentou significância estatística, resultado esse discordante ao encontrado por Barbato et al (2007), Hugo et al (2007) e Petersen et al (2004).

Quanto ao tipo de serviço onde recebeu o último atendimento odontológico, 33,15% responderam ter recebido atendimento no serviço público, sendo 29,0% no PSF e 4,15% em outros serviços públicos. Tal resultado encontra-se bem inferior ao encontrado no Brasil (48,16%) (MS, 2004c), porém superior ao encontrado por Barros e Bertoldi (2002). O percentual de indivíduos que responderam ter recebido atendimento odontológico no serviço privado no presente estudo (52,7%), ficou bem acima do encontrado no Brasil (34,5%) e na região Sudeste (39,4%). Tais discordâncias porém, seriam esperadas, uma vez que o município de São Paulo só passou a fazer parte do Sistema Único de Saúde a partir de 2001 (BOURGET, 2006), e por falta de alternativas, as pessoas buscaram respostas para suas necessidades, nos serviços privados, se dispusessem de recursos financeiros para tal.

Entre as variáveis relativas ao acesso aos serviços, nenhuma apresentou diferença estatisticamente significativa com o parâmetro definido de perdas dentárias. Porém, alguns aspectos interessantes podem ser observados. Na Tabela 5.19 é possível observar que a proporção de pessoas com mais de 12 dentes perdidos entre aqueles que foram atendidos no PSF (45,7%) e os atendidos em consultório particular (43,3%), apresentaram valores muito próximos, não sendo possível afirmar portanto, que apenas os serviços públicos tenham características mutiladoras, pelo menos nas regiões estudadas. Em relação a esta questão, Roncalli (2006), aponta a diversidade regional em relação aos procedimentos mutiladores realizados no SUS. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, considerando-se os dados apontados por Roncalli (2006) e o processo de implantação dos SUS, caracterizado pela municipalização, não é mais possível admitir-se afirmativas generalizadoras, referindo-se ao momento atual, que todos os

serviços públicos sejam mutiladores, isto seria negar todos os esforços que têm sido empreendidos desde o início da década de noventa, apontados por diversos autores (ANTUNES et al, 2006; ARAÚJO, 2000; FRAZÃO, 1998; NARVAI; FRAZÃO, 2008; SES-SP; FSP-USP, 1999).

Características relativas à saúde bucal

Dentre as variáveis relativas à saúde bucal (classificação de risco à cárie e condição periodontal), não se apresentaram associadas de uma forma estatisticamente significativa com o parâmetro definido de perdas dentárias. Mas é importante considerar que é um estudo transversal, e portanto, oferece dados relativos à um determinado momento, mas que a classificação de risco à cárie pode sofrer variações no decorrer da vida das pessoas e dentes com problema periodontal mais grave já podem ter sido extraídos. Obviamente, ou pelo menos se espera, que as perdas dentárias sejam decorrentes de doença no passado.

É interessante notar que o componente P (perdido), agrega duas dimensões distintas, uma relativa à severidade da doença, e também a dimensão da assistência, ou seja, de como tais problemas foram resolvidos.

No caso da severidade da doença, Narvai et al (2006 p. 391), embora estivessem estudando outro grupo etário, não deixam dúvidas a respeito das suas origens: “No contexto brasileiro, apesar dos inegáveis avanços no declínio do CPOD, ainda persiste um quadro de iniqüidade na distribuição da cárie, que pode ser explicado pelas precárias condições de existência a que é submetida a ampla

maioria da população, configurando um quadro já descrito como de *apartheid* social" (grifo do autor).

Em relação à dimensão da assistência, o componente P (perdido) do presente estudo, bem como o encontrado no estado de São Paulo (SES-SP; FSP-USP, 2002), na região Sudeste do Brasil (MS, 2004c), e no Brasil como um todo (MS, 2004c), não deixam dúvidas de qual era a opção escolhida para a resolução da maior parte das necessidades apresentadas. O motivo que ocasionou estas perdas, de acordo com os resultados encontrados no presente estudo e de diversos autores (BARBATO et al., 2007; BOTAZZO, 1994; DOUGHAN; KASSAK; BOURGEOIS, 2000; FRAZÃO; ANTUNES; NARVAI, 2003; HUGO et al. , 2007; MADLÉNA et al., 2008; MILLER; LOCKE, 1994; PETERSEN et al., 2004; RONCALLI, 2006; TURRELL et al., 2007; WIK; PRETORIA, 2004), também não deixam dúvidas que estão associadas às questões socioeconômicas.

Em decorrência do fato do componente P (perdido) agregar as duas dimensões, tanto da doença, como da assistência, ambas fortemente associadas às questões socioeconômicas e condições de vida, provavelmente deve ser a explicação de ter-se encontrado um número considerável (20) de variáveis associadas ao parâmetro definido de perdas dentárias, no nível individual, mas que em decorrência do fato de estarem altamente correlacionadas entre si, acabam perdendo a significância estatística no modelo final.

Variáveis relativas às Áreas e Microáreas

Conforme referido anteriormente, o principal objetivo de se inserir as variáveis relativas às Áreas e Microáreas onde residiam os indivíduos examinados era

procurar identificar variáveis que pudessem indicar Microáreas e Áreas de maior risco, através de dados existentes no SIAB, de forma a favorecer o trabalho das Equipes de Saúde da Família a identificarem Microáreas e Áreas onde as condições de saúde bucal provavelmente se encontram mais precárias.

O teste de associação pelo qui-quadrado, identificou um número expressivo de variáveis relativas às Áreas e Microáreas que se apresentaram associadas ao parâmetro definido de perdas dentárias (Tabelas 5.28 e 5.29). Da mesma forma que no nível individual, tais variáveis encontram-se também altamente correlacionadas entre si, e com os demais níveis, o que acarreta a perda de significância estatística para a maioria delas no modelo final. As variáveis de nível agregado que mantiveram significância estatística no modelo final foram: percentual de indivíduos com 15 anos ou mais não alfabetizado e percentual de indivíduos com 15 anos ou mais que realizam consumo abusivo de álcool.

Em relação ao percentual de analfabetismo, o resultado encontrado no presente trabalho é concordante ao encontrado por Frazão, Antunes e Narvai (2003), que observaram que à medida que aumenta a taxa de analfabetismo no município, aumenta a proporção de indivíduos com menos de 20 dentes.

Em relação ao percentual de indivíduos que realizam uso abusivo do álcool, não se identificou nenhum trabalho durante a revista da literatura que trabalhasse com esta variável, relacionando-a às perdas dentárias.

Em relação ao uso/abuso do álcool, Bau (2002) explica que a dependência química, assim como a maioria dos outros problemas mentais, é incluída na categoria das doenças multifatoriais, podendo envolver a predisposição genética e fatores ambientais.

De acordo com Melo et al (2005), os padrões de ingestão de bebidas alcoólicas variem de acordo com influências biológicas, psicológicas e sócio-culturais.

Neves (2004) analisando o alcoolismo sob a perspectiva antropológica conclui: “o beber qualificado como excessivo não pode ser compreendido apenas pela perspectiva da doença e do desvio ou tão somente pelo ato individual. Os padrões do uso do álcool, suas funções e significados são consoantes ao contexto cultural em que o ato de beber ocorre [...]”.

No Brasil, os estudos epidemiológicos têm identificado uma prevalência de alcoolismo entre 3% e 12%, na população em geral, tal amplitude de variação provavelmente está relacionada à utilização de diferentes instrumentos e métodos de avaliação, podendo inclusive estar refletindo variações geográficas (BARROS et al., 2007). A prevalência de consumo abusivo de álcool nas Microáreas estudadas variou de 0,0% a 9,3%, porém, na maior parte das Microáreas, apresentou baixa prevalência (Tabelas 4.1 a 4.9).

Em relação aos fatores de risco associados ao uso abusivo de álcool, a condição socioeconômica é apontada por diversos autores, porém os achados são divergentes, Primo e Stein (2004) e Costa et al. (2004) realizando estudo de base populacional, identificaram que as pessoas em piores condições sócio-econômicas apresentaram maior risco de fazer uso abusivo de álcool, enquanto Barros et al (2007) e Almeida-Filho (2004), encontraram maior risco para o uso abusivo de álcool entre os indivíduos em melhores condições socioeconômicas. Em relação ao uso abusivo de álcool e a escolaridade, os resultados apresentados pelos autores também apresentam divergências (ALMEIDA-FILHO, 2004; BARROS et al., 2007; COSTA et al., 2004). Almeida-Filho et al. (2004) sugerem que elementos sociais e

culturais estão envolvidos nos padrões locais de consumo de bebidas alcoólicas. Galduróz e Caetano (2004, p. 5) consideram: “O álcool, certamente, contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país”.

Em decorrência da complexidade da problemática envolvida relativa ao alcoolismo, principalmente na dimensão coletiva, resta apontar como uma variável, que apresentou significância estatística no nível de Microárea, mas estudos mais aprofundados são necessários para se entender tais relações.

Modelo final

Avalia-se que o modelo final acabou refletindo dimensões importantes e distintas da realidade estudada. A renda representando as condições materiais de vida e acesso às necessidades básicas dos indivíduos; a densidade no domicílio, indicando situações do contexto familiar, da moradia e conseqüentemente das condições de vida do indivíduo e da família; o grupo étnico refletindo o diferencial de saúde em relação aos negros e pardos, que apresentaram situação de desvantagem, persistindo mesmo depois de controlado pelas demais variáveis incluídas no modelo, indicando que é um fator de risco independente para as perdas dentárias; o plano de assistência médica, que pode estar refletindo a questão da inserção formal no mercado de trabalho como um diferencial em relação à saúde e ao acesso aos cuidados em saúde bucal; o percentual de analfabetismo e de alcoolismo das Microáreas são capazes de apontar, através dos dados disponíveis no SIAB, as microrregiões que necessitam de maior atenção por parte das Equipes de Saúde da Família.

Tal modelo permite aos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família participantes da pesquisa, identificarem os indivíduos de maior risco, entre os adultos cadastrados, de forma a oferecer cuidados preventivos e curativos, prioritariamente a estes indivíduos, evitando que esta situação persista.

As variáveis de nível agregado permitem identificar Microáreas de maior risco, a partir dos dados disponíveis no SIAB, permitindo priorizar estes locais para atuação da Equipe, por meio de ações preventivas e curativas, contemplando o princípio da equidade em saúde.

Uma visão mais abrangente da questão

Embora se tenha envolvido variáveis do nível individual, e variáveis relativas ao contexto mais próximo que as pessoas vivem (Microáreas e Áreas), é preciso reconhecer que muitos outros níveis existentes não foram sequer abordados no presente trabalho, reconhecendo portanto a limitação do mesmo.

Ainda que não tenha sido possível envolver outras dimensões da realidade, em níveis intermediários, não se pode deixar de discutir um nível de maior abrangência, no caso, determinante, para o entendimento da questão.

Quando se observa o perfil de perdas dentárias dos participantes do presente estudo, observa-se que estão de maneira geral, muito próximos aos encontrados no município de São Paulo, no estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil e no Brasil como um todo. Porém, ao observar o perfil de perdas dentárias, comparando-se com outros países, observa-se discrepâncias imensas (WHO, 2009).

Em 2000, quando os únicos dados disponíveis para o grupo etário de 35 a 44 anos, referentes ao Brasil, eram os de 1986, Narvai (2000), questiona: “Brasil, 500

anos: país dos banguelas?" Infelizmente o presente trabalho aponta que sim. Embora possam existir situações tão graves ou piores que a do Brasil em termos de perdas dentárias na população adulta, mas que não apresentam registros de dados epidemiológicos para confirma-las, mas, entre os países que dispõem de tais dados, o Brasil é o país que apresenta a maior média de dentes perdidos na população de 35 a 44 anos de idade. Portanto, embora não se possa afirmar que a situação de perdas dentárias entre os adultos de 35 a 44 anos seja a pior do mundo, pois algumas situações podem existir, sem contudo, apresentarem registro, não há nenhuma evidência que a situação de perdas dentárias em adultos entre 35 e 44 anos no Brasil, não seja a pior do mundo.

Mas onde estaria a raiz do problema?

Por tudo que já se discutiu, no presente trabalho, uma trama de fatores estariam envolvidos. Mas seria uma "teia sem aranha?"

Dada a importância da problemática colocada, interromper o trabalho neste ponto seria inadmissível. Segundo Botazzo (1994 p.52): "*É preciso dar significação política aos dados e indicadores de saúde bucal, é preciso politizar a relação entre expressões numéricas e realidade social*".

No transcorrer do capítulo das políticas públicas vai se tornando cada vez mais evidente a determinação histórica desse processo.

Os participantes da pesquisa nasceram, no momento em que se instalou a ditadura militar no país. O que se dispunha na época de recursos em relação a algum cuidado em saúde bucal eram os Programas Incrementais desenvolvidos pelo SESP, que em decorrência de sua exigüidade de cobertura, muito provavelmente, a maioria não teve acesso a esse tipo de cuidado.

Com a expansão da assistência odontológica do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), nos anos do “milagre econômico” (1968 a 1973) (PAIM, 2003), aqueles que eram filhos de pais que tinham registro em carteira, em tese, poderiam contar com o atendimento odontológico do INPS. Lembrando que, tal expansão, de acordo com Narvai (1994 p.81) “[...] não deve, porém, ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal”.

Em relação ao tipo de atendimento oferecido pelo INPS/INAMPS, o relatório do Programa de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD) descreveu em detalhes a situação que se colocava naquele momento, reconhecendo que a assistência odontológica, sempre se mostrou insuficiente, tanto em termos de qualidade como em termos de cobertura populacional, com forte predominância das ações assistenciais, de caráter mutilador, referindo-se literalmente às extrações dentárias, em detrimento das ações preventivas (INAMPS, 1983). Entre os problemas identificados o PRAOD identifica a ausência de uma norma orientadora sobre os procedimentos a serem realizados, resultando na quase totalidade das vezes em extrações dentárias (INAMPS, 1983).

Para se ter uma idéia da magnitude do problema, os serviços próprios do INAMPS, realizaram em 1980, nada menos que 2,2 milhões de extrações, enquanto os sindicatos rurais conveniados ao INAMPS, realizaram 10,8 milhões de consultas, resultando em 7,8 milhões de extrações (INAMPS, 1983), sem referir os dados das demais modalidades de convênio com o INAMPS, que trabalhavam sob a mesma lógica.

Em relação aos serviços dos estados no setor odontológico, a maior parte era constituída de programas dirigidos a escolares, considerados inovadores na época, porém raros (PINTO, 1983).

E para completar o quadro, não se pode deixar de lembrar o forte predomínio do setor privado (NARVAI, 1994; PINTO, 1983), que por sua vez era formado por duas vertentes, o formal, representado pelas clínicas privadas com atendimento realizado por cirurgiões-dentistas e o informal, realizado pelos práticos para a população de baixa renda, cujos registros apontam a existência de mais de 25.000 dentistas práticos na época (1979), atuando no país (PINTO, 1983).

Para se ter uma idéia da situação de saúde bucal encontrada na época (1980), lembrando que os participantes do presente estudo apresentavam entre 15 e 16 anos em 1980, os dados apresentados por Pinto (1983) para os indivíduos do grupo etário de 15 a 19 anos indicam um CPO-D médio de 14,5 , com uma média de 7,54 dentes cariados, 2,21 dentes restaurados, 3,07 dentes extraídos e 1,68 dentes com extração indicada.

Na década de 1980, ocorreram grandes avanços políticos, o término da ditadura militar, o movimento pelas eleições diretas, a 8.ª Conferência Nacional de Saúde, demarcando um novo período na história da saúde no país (MS, 2006e), culminando com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) reconhecendo a saúde como um *“direito de todos e dever do Estado [...]”*

Mas, apesar de todos estes avanços políticos, durante a década de 1980 não ocorreram alterações nas práticas dos serviços, ao que Garrafa (1993) refere ser o grande desafio a “*implementação prática das conquistas legais*”. Em termos de saúde bucal o grande avanço que ocorreu na década de 80 foi a grande expansão da cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público (NARVAI; FRAZÃO, 2006), ocorrendo em 1985 a fluoretação das águas do município de São Paulo (NEDER; MANFREDINI, 1991), e a partir de 1991 a vigilância sanitária dos

teores de flúor nas águas de abastecimento público da cidade de São Paulo (NARVAI; FRAZÃO, 2006).

O final da década de 80 e início da década de 90 foi marcado por propostas federais de programas verticais e centralizados (NARVAI; FRAZÃO, 2008; NEDER; MANFREDINI, 1991), redução nos gastos em saúde (PAIM, 2003), pela resistência dos profissionais em se adequarem ao SUS (BOTAZZO, 1994) e por uma prática odontológica nos serviços públicos voltada completamente às crianças, enquanto os demais grupos etários, recebiam apenas atendimento de urgência e normalmente com procedimentos mutiladores (BARBOSA, 1993; BOTAZZO, 1994; RONCALLI, 2006). Entre as políticas públicas relativas à saúde bucal, neste período, a única que merece destaque é a criação dos “Procedimentos Coletivos”, permitindo que medidas educativas e preventivas em saúde bucal fossem realizadas com financiamento público (NARVAI; FRAZÃO, 2008), mas normalmente dirigidas apenas aos escolares.

O descontentamento com as políticas públicas relativas à saúde bucal ficou evidentes no relatório final da 2.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB, 1993).

Pelo exposto, pode-se verificar, que em decorrência da idade, o único benefício promovido pelo poder público relativo à saúde bucal que os participantes da presente pesquisa tiveram acesso, durante a década de 1980, foi à água fluoretada, pois aos demais programas, já não se incluíam mais entre o público alvo em função da idade.

No decorrer da década de 1990, com a implementação do SUS, inúmeras iniciativas municipais surgiram, envolvendo diferentes populações-alvo e em contextos sociais diversificados (ANTUNES et al., 2006; ARAÚJO, 2000; NARVAI;

FRAZÃO, 2008; SES-SP; FSP-USP, 1999), porém, a nível nacional, de acordo com Narvai e Frazão (2008) foram poucos os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal durante esse período.

Em 2000, uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal foi aberta, por meio da Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2.000 (NARVAI; FRAZÃO, 2008) que incluía os profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família.

Em 2003, com a posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em uma nova conjuntura política (CNSB, 2005; NARVAI; FRAZÃO, 2008), forças democráticas que lutavam pela saúde bucal como um direito de cidadania, uniram-se num projeto comum (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

A primeira medida do referido governo em relação à saúde bucal foi aumentar em 20% os incentivos financeiros destinados aos municípios para a manutenção das Equipes de Saúde Bucal (MS, 2003b). Logo em seguida, alterou a relação das Equipes de Saúde Bucal em relação às Equipes de Saúde da Família, repassando recursos financeiros para que cada Equipe de Saúde da Família pudesse contar com profissionais da área de Saúde Bucal (MS, 2003c).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004b) apresentadas em 2004 trouxeram grandes avanços para a área, em termos de medidas práticas, destinou recursos financeiros para a fluoretação das águas de abastecimento público para as localidades que não contavam com tal benefício; destinou incentivo financeiro para a construção e manutenção de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios de Prótese Dentária, além de investir pesadamente na ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal atuando na estratégia Saúde da Família.

Tais medidas já produziram resultados práticos, cujos dados apresentados por Costa, Chagas e Silvestre (2006), apontam que no período de 2003 a 2005 foram implantados 205 novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento público, em 106 municípios de seis estados, também foram implantados 336 Centros de Especialidades Odontológicas até dezembro de 2005 em 268 municípios de 25 estados e no Distrito Federal e o número de equipes de saúde bucal inseridas na estratégia Saúde da Família, passaram de 4.261 (dez de 2002) para 15.086 (dez de 2006) (MS, 2009).

Em relação ao atendimento dos adultos, a Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004b) ressalta que os tratamentos devem priorizar os procedimentos conservadores, para a manutenção dos dentes, sugerindo disponibilizar horários compatíveis para o atendimento deste grupo, nos serviços públicos.

Desta forma, pode-se observar que nos anos mais recentes, a Política Nacional de Saúde Bucal tem conseguido financiamento público para o desenvolvimento das ações, tem investido em medidas preventivas coletivas como a fluoretação das águas de abastecimento público, tem procurado avançar além da atenção básica e tem enfrentado o desafio de universalizar o acesso a todos os grupos etários, através da Estratégia Saúde da Família, procurando romper a lógica do atendimento praticamente exclusivo de escolares e pré-escolares, reconhecendo o “direito de todos à saúde bucal” (NARVAI; FRAZÃO, 2006 p. 360).

Por tudo que foi apresentado e discutido até o momento, pode-se concluir que os indivíduos participantes da pesquisa, durante sua trajetória de vida, tiveram poucas chances de receber algum tipo de cuidado em saúde bucal, promovido pelo poder público, e quando disponível, na maior parte das vezes, era realizado por meio de procedimentos mutiladores (BOTAZZO, 1994). Procedimentos

especializados para a manutenção dos dentes, só estavam acessíveis àqueles quem dispunham de recursos financeiros para arcar com os respectivos custos.

Medidas políticas de real impacto na saúde bucal e conseqüentemente na manutenção dos dentes, só foram tomadas nos anos mais recentes, desta forma, o perfil de saúde bucal dos envolvidos na presente pesquisa, nada mais é que o registro do percurso histórico das políticas públicas de saúde bucal no país nestes últimos 40 anos, mediados pelos fatores individuais e de contexto de vida.

7 CONCLUSÃO

Considerando que os dentes, ou a ausência deles, têm o atributo de manter um registro permanente das ocorrências passadas, as perdas dentárias podem ser entendidas como seqüelas não apenas das doenças bucais, mas também do processo de exclusão social, econômica e cultural no decorrer da vida. Tal processo se materializa nas condições de vida, renda, moradia, trabalho, educação, entre outros, que só podem ser superadas “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998), conforme determina o texto constitucional, de forma a garantir o direito à saúde.

REFERÊNCIAS[1]

Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR, Winn DM. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. J Periodontol 2000;71:1874–31.

Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. - Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. Rev Saude Publica 2004; 38 (1): 45-54.

Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC, Waldman EA. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34: 146-52.

Araújo ME. Saúde bucal: entendendo de forma total. In: Feller C; Gorab R. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 493-508

Barata RB. Epidemiologia Social. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(1): 7-17.

Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). Cad Saude Publica 2007; 23(8): 1803-14.

Barbosa S. Cidadania, Saúde Bucal e o SUS. Saúde Debate 1993;(41):70-1.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Cien Saude Colet 2002; 7(4):709-17.

Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarrondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev Saude Publica 2007;41(4):502-9

Bau CHD. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. Ciênc Saúde Colet 2002; 7(1): 183-190.

Botazzo C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo:Instituto de Saúde;1994 (Série Tendências e Perspectivas em Saúde,1)

Bourget IMMM. Programa Saúde da Família: Saúde Bucal. São Paulo:Martinari; 2006.

[1] De acordo com o Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo Bases de Dados MEDLINE.

Bower E, Gulliford M, Steele J, Newton T. Area deprivation and oral health in Scottish adults: a multilevel study. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35:118–29.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP;1988.[Seção II: Da Saúde].

Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção da saúde , proteção e recuperação da saúde , a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes , e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990a; Seção 1:018055.

Brasil. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF)1990b dez. 29.

Cabral ED, Caldas Jr AF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 461–6.

Calsina G, Ramon JM, Echeverria JJ. Effects of smoking on periodontal tissues. J Clin Periodontol 2002; 29:771–6.

Casa de Saúde Santa Marcelina. Faculdade Santa Marcelina –campus Itaquera. Projeto político pedagógico do programa de residência multiprofissional em saúde da família. São Paulo; 2005 [Projeto político pedagógico do curso, documento realizado em outubro de 2004 e revisado em 2005].

Cimões R, Caldas Júnior AF, Souza EHA, Gusmão ES. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. Cien Saude Colet 2007;12(6):1691-6.

CNS. 7.ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1980.Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf [2009 abr. 30].

CNS. 8.ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1986.Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf [2009 abr. 29].

CNSB. 1.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, DF, 10 a 12 de out. 1986. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.

CNSB. 2.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, DF, 25 a 27 de set. 1993. Relatório Final. Brasília:Conselho Federal de Odontologia, 1993. 27 p. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm [2009 abr. 30].

CNSB. 3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social; de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004; Brasília (DF),Ministério da

Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série D. Reuniões e Conferências) Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/rel_final_cnsb.pdf [2009 maio 2].

Conselho do Governo em Curso de Tokelau. Tokelau. [site oficial do país]. Disponível em: http://www.tokelau.org.nz [2009 jul. 15].

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11). Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf [2009 maio 2].

Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Rev Saude Publica 2004;38 (2) 284-91.

Decano AG, Arner TG, Sangam S, Sunki GG, Friedman R, Lantinga M, Zubieta JC, Sullivan KM, Smith DC. Epi Info 2000, um banco de dados e programa de estatística para profissionais de saúde pública para uso em Windows 95, 98, NT, e 2000. [programa de computador]. Versão 3.3.2 de fevereiro de 2005. Atlanta: Centro para Controle e Prevenção de Doenças; 2000.

Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. Am J Public Health 1998;99(2): 216- 22.

Doughan B, Kassak K, Bourgeois DM. Oral health status and treatment needs of 35-44 year old adults in Lebanon. Int Dent J 2000; 50(6): 395-9.

Fédèration Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982; 32 (1): 74-7.

Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Cien Saude Colet 2006; 11(1):211-8.

Frazão P. Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva. In: Botazzo C, Freitas SFT (orgs) Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas.São Paulo: Fundação Editora da UNESP; 1998. p. 159-74.

Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Rev Bras Epidemiol 2003; 6:49-57.

Frias AC. Estudo de confiabilidade do levantamento epidemiológico de saúde bucal – Estado de São Paulo,1998 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

Frias AC, Narvai, PC. Validade e precisão em pesquisas epidemiológicas: uma revisão crítica. Odontol Soc 2001;3(1/2):34-9.

Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso do álcool. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl I):3-6

Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. Saúde Debate 1993;(41):50-7.

Haber J, Wattles J, Crowley M, Mandell R, Joshipura K, Kent RL. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. J Periodontol 1993;64:16–23.

Hox JJ. Applied multilevel analysis. Amsterdam: TT-Publikaties, 1995.

Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa MLR, da Silva DD, Pucca Jr GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 224–32.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de Serviços de Saúde 2003. IBGE. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/tab08.pdf [2009 jul. 22].

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de reorientação da assistência odontológica. Rio de Janeiro, MPAS/CCS, 1983. [Apostila do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa nacional de controle da cárie dental com uso de selantes e flúor. Rio de Janeiro, 1988. [Apostila do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Jimenez M, Dietrich T, Shih M-C, Li Y, Joshipura KJ. Racial/ethnic variations in associations between socioeconomic factors and tooth loss. Community Dent Oral Epidemiol 2009. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00466.x

Lavor AD, Dutra A, Dominguez B, Martins DP, Pereira JR, Machado K et al. Direito de todos, dever do Estado. Radis 2008;72:10-24.

Madléna M, Hermann P, Jáhn M, Fejérdy P. Caries prevalence and tooth loss in Hungarian adult population: results of a national survey. BMC Public Health 2008; 8:364-70.

Martins JS, Abreu SCC, Grigoletto MVD. Levantamento epidemiológico em saúde bucal das “áreas” vinculadas às equipes de saúde da família que receberam residentes da área de saúde bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/ Faculdade Santa Marcelina. Manual do Examinador. São Paulo; 2005 [apostila adaptada do Manual do Examinador produzido pelo Ministério da Saúde para subsidiar o Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000]

Medeiros Júnior A. Modelos assistenciais em saúde bucal. In: Ferreira MAF, Rocalli AG, Lima KC (orgs.). Saúde Bucal Coletiva.Natal (RN): EDUFRN; 2004. p. 277-86.

Medeiros Júnior A, Roncalli AG. Políticas de saúde no Brasil. In: Ferreira MAF, Rocalli AG, Lima KC (orgs.). Saúde Bucal Coletiva.Natal (RN): EDUFRN; 2004. p. 249-59.

Melo ZM, Caldas MT, Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. Psicol estud 2005; 10(2): 201-8.

Mendes A, Carvalho G, Marques RM. O financiamento do SUS: princípios, série histórica e propostas.[s.d.] mimeo.

Microsoft Corporation. Microsoft Excel for Windows. [programa de computador].Versão 2000. Microsoft Corporation; 2000.

Miller Y, Locker D. Correlates of tooth liss in a Canadian adult population. J Can Dent Assoc 1994; 60(6): 549-55.

Ministério da Fazenda. Banco Central do Brasil.Taxas de câmbio.[homepage na internet].Brasília [s.d].Disponível em http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpesq.asp?id=txcotacao&id=txcotacao [2009 jan. 15].

Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Programa Nacional de Serviços Básico de Saúde – PREVSAÚDE – Anteprojeto. Brasília; 1980. [Apostila do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986.Brasília:Centro de Documentação do Ministério da Saúde;1988.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília:MS;1989. [Apostila do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Ministério da Saúde.Plano Qüinqüenal de Saúde 1990-1995 –A Saúde do Brasil Novo. Brasília: Ministério da Saúde;1990 [Apostila do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABC do Sistema Único de Saúde: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990a.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS-96. Brasília [Apostila explicativa da Portaria n.º 2.203, publicada no Diário Oficial da União em 6 de Nov de 1996].

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 dez. 2000a. Seção I,Caderno E.

Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000. Brasília, DF:Ministério da Saúde; 2000b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. 3.ª reimpressão.Brasília: Ministério da Saúde; 2000c. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf [2009 maio 8].

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.267 de 6 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 7 mar. 2001a. Seção I, p. 67.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento de Práticas da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB 2000:Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Coordenador. Brasília,DF: Ministério da Saúde; 2001b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento de Práticas da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB 2000:Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília,DF: Ministério da Saúde; 2001c.

Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro.In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. 11 a 14 de agosto de 2002; São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde;2002a. 44 p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf [2009 abr. 30].

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 fev. 2002b. Seção I, p. 52.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico. Brasília: Ministério da Saúde;2003a (Série A Normas e Manuais Técnicos 3.ª ed. Revista e ampliada) Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf [2009 abr. 30].

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 396 de 4 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 8 abr. 2003b. Seção 1, p. 94.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 673 de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, Brasília, 4 jun. 2003c. Seção 1, p. 44.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22 jan.2004a. Seção 1, p. 55.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. Disponível: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf [2009 abr. 30].

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF Ministério da Saúde, 2004c.

Ministério da Saúde. Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006a. Seção I, p. 39.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde,2006b [Série A. Normas e Manuais Técnicos] [Série Pactos pela Saúde 2006, v.1]

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar.2006c. Seção 1, p. 71-6.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 650 de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar.2006d. Seção I, p. 76-7.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Série I. História da Saúde no Brasil) Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf [2009 abr. 20].

Ministério da Saúde. Mais Saúde – Direito de Todos 2008- 2011. [Documento institucional “on line”].Ministério da Saúde.Brasília: Ministério da Saúde;2007. Disponível em http://www.saude.gov.br/bvs [2008 jan. 16].

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde Família [documento institucional “on-line”] CGPAN produtor. Brasília:Ministério da Saúde;2009. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico [2009 abr. 30].

Moysés SJ, Moysés ST. Diferentes abordagens dos estudos epidemiológicos: do individual ao ecológico. In: Antunes JLF, Peres MA (editores).Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2006. p.269-78.

Namal N, Can G, Vehid S, Koksal S, Kaypmaz A. Dental health status and risk factors for dental caries in adults in Istanbul, Turkey. East Mediterr Health J 2008; Vol. 14 (1):110 - 8.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1994.

Narvai PC.Produção Científica na área de odontologia preventiva e social [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.

Narvai PC, Almeida, ES. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. Cad Saude Publica 1998; 14 (3):513-21.

Narvai PC, Frazão P, Fernandez RAC. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. Odont Soc 1999; 1(1/2): 25-29.

Narvai PC. O Brasil e as metas OMS-2000. Rev ABO Nac 1999/200; 7(6): 374-7.

Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. Rev Saude Publica 2000; 34:196-200.

Narvai PC. Brasil, 500 anos: país dos banguelas? Jornal da USP; São Paulo, 2000, set 25; Opinião: 2.

Narvai, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saude Publica 2006; 40 (Esp):141-7.

Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, Política e Saúde Coletiva.In: Antunes JLF, Peres MA (editores).Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2006. p. 346-62.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniqüidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2006;19(6):385-93

Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil.In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ (coords.). Saúde Bucal das Famílias –Trabalhando com evidências.São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.1-20.

Neder AC, Manfredini MA. Sobre a oportunidade de fluoretação do sal no Brasil: a modernidade do atraso. Saúde Debate 1991;(32):72-4.

Neves DP. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? Cad Saúde Pública 2004; 20 (1): 7-14.

Organização Mundial de Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. 3.ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1991.

Organização Mundial de Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. 4.ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1999.

Paim JS. Direito a saúde, cidadania e Estado. Anais. 8.ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 p. 45-59. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf [2009 abr. 29].

Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 587-603.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saude Publica 2006; 40(N Esp): 73-8

Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krustrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. J Public Health Dent 2004;64:127–35.

Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estuinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ 2005; 83: 661-9.

Pinto VG. Saúde bucal no Brasil. Rev Saude Publica 1983; 17(4):316-27.

Piuvezam G. Estudo Psicossocial das perdas dentárias na terceira idade. [Dissertação de mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Avaliação da Equidade: Índice-Saúde 2005 por subprefeitura e tendência nos últimos anos [documento on line]. Prefeitura da cidade de São Paulo. São Paulo; 2006. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/painel_monitoramento/0006/Indice_Saude_2005.pdf [2009 maio 18].

Prefeitura Municipal de São Paulo.[Pesquisa de dados do município on line]. São Paulo. [s.d.]. Disponível em http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/subprefeituras [2009 maio 18].

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Planejamento (Sempla). Infocidade [relatório técnico on line]. São Paulo; 2007. Disponível em http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade [2009 maio 18].

Primo NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. Rev Psiquiatr 2004;26(3): 280-6

Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violence against women, family cohesion and drugs. Rev Saude Publica 2007; 41(6): 970-8.

Rasbash J, Charlton C, Browne WJ, Healy M, Cameron B. MLwiN . [programa de computador]. Version 2.02. Centre for Multilevel Modelling, University of Bristol; 2005

Rasbash J, Steele F, Browne WJ, Goldstein H. A user's guide to MlwiN: version 2.10. United Kingdom: University of Bristol, 2009.

Roncalli AG. Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996. [Artigo "on line"] Disponível em: http://www.angelonline.cjb.net [2008 fev. 14].

Roncalli AG. Edentulismo.In: Antunes JLF, Peres MA (editores). Epidemiologia da Saúde Bucal.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2006.p.205-18.

Roncalli AG, Araújo LUA. O sistema único de Saúde e os modelos assistenciais: das propostas alternativas à saúde da família. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN;2004.261-75.

Rosa AGF. Características epidemiológicas da cárie dental na dentição permanente de escolares do grupo etário de 7 a 14 anos no estado de São Paulo. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1987.

Santos ECV, Martin D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. Rev bras enferm 2009; 62 (2): 194-9.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde. Levantamento epidemiológico da cárie dentária, oclusopatias e fluorose dentária, em crianças de 5 a 12 anos de idade, em escolas públicas e privadas do município de São Paulo em 1996. São Paulo;1997.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Estado de São Paulo, 1998: caderno de Instruções. São Paulo, 1998

Secretaria de Estado da Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998: Relatório. São Paulo: FSP-USP; 1999. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/saude_bucal/levantamento_epidemiologico,1998.pdf [2009 maio 6].

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS-164, de 21 de dezembro de 2000. Recomendações sobre o uso de produtos fluorados no âmbito SUS/SP em função do risco de cárie dentária. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo 2000 dez. 27 e 30.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. “Diretrizes e estratégias estaduais para a implantação da norma operacional da assistência NOAS/2.001”. São Paulo;2001 [mimeo].

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002: Relatório Final. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2002. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/saude_bucal/condicoes_de_saude_bucal,2002.pdf [2009 maio 6].

Sophia D. Normas Operacionais: o que são? como funcionam? Radis 2002; 5: 17-9.

Souza JMP. Índice CPOD, índice de ataque, número de dentes irrrompidos: comportamento em escolares do município de São Paulo [Tese de Doutorado].São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1970.

Souza MLR, Cipriano S. Sugestões para a etapa de calibrações nos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. Odont Soc 2001;3: 40 –6.

Suominen-Taipale AL, Alanen P, Helenius H, Nordblad A, Uutela A: Edentulism among Finnish adults of working age, 1978–1997. Community Dent Oral Epidemiol 1999; 27: 353–65.

Turrell G, Sanders AE, Slade GD, Spencer AJ, Marcenes W. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35:195-206.

Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. Int Dent J 2004; 54(2): 83–9

WHO Headquarters Geneva. Oral Health Programme (NPH). WHO. Oral Health Country. Área Profile Programme. [Resultados de levantamentos epidemiológicos realizados em diversos países *on-line*]. Sweden.[date unknown]. Disponível em: http://www.whocollab.od.mah.se/index.html, [Jun 1 2009].

Wik PJ, Pretoria CW. Oral Health in South África. Int Dent J 2004; 54: 373-7.

ANEXO A – Ficha de levantamento dos dados

FASM

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Casa de Saúde Santa Marcelina
Faculdade Santa Marcelina
Ministério da Saúde

HOSPITAL SANTA MARCELINA

FICHA DE EXAMES
Levantamento epidemiológico

UBS | área | micro | família | cód de identificação | examinador | orig./dup.

Idade em anos | sexo (1 – masc 2 - femin) | grupo étnico | acesso água abast. público? (0 – sim 1 - Não) | apresenta deficiência? (0- Não 1- física 2- mental 3 - ambas) | realização do exame

data de nascimento (d d m m a a) | **uso de prótese** (>15 anos) sup. Inf. | **necessidade de prótese** (>15 anos) sup. Inf. | **fluorose** 12 e 18 anos

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

má oclusão (5 anos) | **D A I** (12 e 18 anos) | dentição: N.º de I,C,PM perdidos | Apinhamento na reg. de incisivos | Espaçamento na reg. de incisivos | Diastema em milímetros | Desalinhamento maxilar ant. em mm

Desalinhamento mand. ant. em mm. | Overjet maxilar anterior em mm | Overjet mandibular anterior em mm | mordida aberta vertical anterior em mm | relação molar antero-posterior

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO – todos as idades. Condição de raiz somente **40 e 70 anos**

	18	17	16	55 15	54 14	53 13	52 12	51 11	61 21	62 22	63 23	64 24	65 25	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Trat.																

	48	47	46	85 45	84 44	83 43	82 42	81 41	71 31	72 32	73 33	74 34	75 35	36	37	38
Coroa																
Raiz																
Trat.																

DOENÇA PERIODONTAL

AG (5 anos)

CPI (12;18;40 E 70 anos): 17/16 | 11 | 26/27 / 47/46 | 31 | 36/37

PIP (40 E 70 anos): 17/16 | 11 | 26/27 / 47/46 | 41 | 46/47

ALTERAÇÃO EM TEC. MOLES (todos as idades): TM

Risco à cárie (todos as idades)

FASM

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Casa de Saúde Santa Marcelina
Faculdade Santa Marcelina
Ministério da Saúde

HOSPITAL SANTA MARCELINA

FICHA SOCIAL
Levantamento epidemiológico

1. No. de pessoas no domicílio
2. Escolaridade anos de estudo
3. Renda familiar(R$) (não registrar centavos)
4. Renda pessoal(R$) (não registrar centavos)
5. No. de cômodos
6. N.º de torneiras dom. 0 - nenhuma 1- uma 2- duas ou +

7. Moradia
1 - própria
2 - própria em aquisição
3 - alugada
4 - cedida
5 - invadida
6 - outros

8. Estudante
0 - sim
1 - não

9. Tipo de escola
0 - não é estudante
1 - pública
2 - privada
3 - outros

10. Posse de automóvel
0 - não possui
1 - possui 1 automóvel
2 - possui 2 ou mais automóveis

11. Vínculo empregatício
0 – Não trabalha
1 - Autônomo (informal)
2 - Autônomo estabelecido
3 - Registrado
4 - outros

12 . n.o horas que se ausenta do lar em função do trabalho

13. Ramo de atuação
0 – Não trabalha
1 – comércio
2 – indústria
3 – serviços
4 – outros

14. A quantos anos mora em S.P?

15. Se estudante Qual o seu desempenho?
0 – Não é estudante
1 - Ótimo
2 - Bom
3 - Regular
4 - Insuficiente

16. Dorme de boca aberta?
0 – Não sabe
1 - Sim
2 - Não

---

17. Tabagismo
0 – Não sabe/ não se aplica
1 - Sim
2 – Não

18. Alcoolismo
0 – Não sabe/ não se aplica
1 – Sim
2 - Não

19 . Diabetes
0 - Não sabe
1 - Sim
2 - Não

20. Prob. cardíaco
0- Não sabe
1- Sim
2 - Não

21. Epilepsia
0- Não sabe
1 – Sim
2 – Não

22. Gestante
0- Não sabe
1 - Sim
2 - Não

23. Hipertensão
0- Não sabe
1 - Sim
2 - Não

24. Tuberculose
0 – Não sabe
1 - Sim
2 - Não

25. Hanseníase
0 – Não sabe
1 - Sim
2 - Não

26. Câncer
0 – Não sabe
1- Sim
2 - Não

27. Situação da escova
0 - muito boa
1 - boa
2 - regular
3 - inadequada
4 – não verificada

28. Escovas individuais
0 - Sim
1 - Não
2 - Não verificada

---

29. Já foi ao dentista
0 - sim
1 - não

30. Local
0 - nunca foi
1 - no PSF
2 - outro serviço público
3 -privado
4 -convênio
5 -filantropia
6 - outros

31. Motivo
0 - nunca foi
1 - convidado pelo PSF
2 - rotina
3 - dor
4 - sangramento
5 - cavidades
6 - feridas/manchas
7 - outros

32. Tempo
0 - nunca foi
1 - menos de 1 ano
2 - de 1 a 2 anos
3 - 3 ou mais anos

33. Avaliação do atendimento no PSF
0 - nunca foi no dentista do PSF
1 - péssmo
2 - ruim
3 - regular
4 - bom
5 - ótimo

34. Recebeu informações de SB.
0 - sim
1 - não

35.Considera necessário tratamento
0 - sim
1 - não

36. Como classificaria sua saúde bucal
0 - não sabe
1 - pésima
2 - ruim
3 - regular
4 - boa
5 - ótima

37. Como classifica sua aparência bucal
0 - não sabe
1 - péssima
2 - ruim
3 - regular
4 - boa
5 - ótima

Risco de outros familiares
ascendentes descendentes
Pai Mãe
0 – se não foi examinado

irmãos

38. De que forma a SB afeta a sua relação com outras pessoas.

0 - não sabe
1 - não afeta
2 - afeta pouco
3 - afeta mais ou menos
4 - afeta muito

39. Quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses.

0 - nenhuma dor
1 - pouca dor
2 - média dor
3 - muita dor

40. Freqüência de ingestão ao dia (qualquer tipo de alimento)

0 - de 1 a 2 vezes p/dia
1 - de 3 a 4 vezes p/ dia
2 - de 5 a 6 vezes por da
3 - mais de 6 vezes
4 - 9 ou mais vezes

41. Apresenta sensação de secura na boca?

0 - sim
1 - não
2 - não sabe

42. Faz uso de fio dental?

0 - não
1 - eventualmente
2 - freqüentemente
3 - diariamente

Índice anamnésico de Helkimo

Você apresenta?			
1	ruídos ao movimentar a ATM?,	( ) SIM	( ) NÃO
2	cansaço muscular ao movimentar a boca?,	( ) SIM	( ) NÃO
3	rigidez na musculatura ao acordar ou aos movimentos mandibulares?	( ) SIM	( ) NÃO
4	dificuldade de abrir "amplamente" a boca, pois ocorre dor?,	( ) SIM	( ) NÃO
5	dificuldade de abrir a boca, pois ocorre travamento?,	( ) SIM	( ) NÃO
6	dificuldade de fechar a boca quando ela fica travada? (luxação),	( ) SIM	( ) NÃO
7	dor na musculatura aos movimentos mandibulares?,	( ) SIM	( ) NÃO
8	dor na ATM aos movimentos mandibulares?,	( ) SIM	( ) NÃO

Ai = 0 – ausência de sinais e sintomas de disfunção: Não para todas as perguntas
Ai = 1 – sinais e sintomas leves: Sim p/ perguntas de 1 a 3 e **Não** p/ de 4 a 8
Ai = 2 – sinais e sintomas intensos: ao menos 1 pergunta de 4 a 8 **Sim**

Só para crianças aos 5 anos

43. N. de irmãos

44. Uso de chupeta

0 - nunca usou
1 - até 1 anos
2 - até 2 anos
3 - até 3 anos
4 - até 4 anos
5 - até 5 anos

45. Uso de mamadeira

0- nunca usou
1 – até 1 ano
2 – até 2 anos
3 – até 3 anos
4 - até 4 anos
5 – até 5 anos

46. Estudo da mãe

n.º de anos

47. Mãe trabalha

0 - Não
1 - Sim

48. Horas de ausência (mãe)

0 - não se ausenta
1 - até 4 horas
2 - até 6 horas
3 - até 8 horas
4 - mais de 8 horas

49. Pais vivem juntos

0 - sim
1 - não

50. Escova sozinho

0 - desde 1 ano
1 - desde 2 anos
2 - desde 3 anos
3 - desde 4 anos
4 – ainda recebe ajuda

51. cuidador

0 - mãe
1 - pai
2 - avô
3 - avó
4 - irmão
5 - irmã
6 - tio
7 - tia
8 - vizinho
9 - padrinhos
10 - creche
11 - empregada
12 - outros

52. Risco do Cuidador

0 – se não foi examinado

53. Orientações de SB

0 - nunca recebeu
1 - recebeu 1 vez
2 - recebeu + de 1 vez
3 - recebe freqüentemente

54. Já foi internado?

0 – Não
1 – Sim

55. N.º vezes internado

56.Motivo da internação

0 – Não foi internado
1 – Acidente /ortopedia
2 –cirurgia eletiva
3 – alergia/bronquite
4 – causas perinatais
5- diarréia/ desidr
6- pneumonia
7 – outros motivos

57.Tipo de parto

0- normal
1 – cesáreo
2- fórceps

58.N.º meses mamou no peito

59. Dormia freqüentemente c/ resíduo de leite na boca?

0 – Não
1 – Sim até 1 ano
2 – Sim até 2 anos
3 - Sim até 3 anos
4 – Sim até 4 anos
5 - Sim até 5 anos

60.Perfil facial

0 - reto
1 - côncavo
2 – convexo

61. Faz uso rotineiro de algum medicamento?

0 - Não
1 - Sim

Qual?_____

ANEXO B – Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica

Ficha A - frente - modelo

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	UF

ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	CEP
			-

MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQÜENTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Ficha A, *verso* - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
	Filtração	
	Fervura	
	Cloração	
	Sem tratamento	
	ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA	
	Rede geral	
	Poço ou nascente	
	Outros	
	DESTINO DE FEZES E URINA	
	Sistema de esgoto (rede geral)	
	Fossa	
	Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar	

OBSERVAÇÕES

ANEXO C – Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FASM **Faculdade Santa Marcelina**
Reconhecida pelos Decretos Federais: 2.704/38 e 47.671/60

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA
DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE SANTA MARCELINA

Of.005/CEP.FASM/05.

São Paulo, 06 de abril de 2005.

Prezado Senhores(a)

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **APROVADO** pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina.

Protocolo: Nº 135
Projeto: "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal das "áreas' vinculdas às Equipes de Saúde da Família que receberam residentes da área de saúde bucal da Residência Integrada em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina"
Pesquisador/a : Julie Silvia Martins
Silvio Carlos de Abreu
Mareus Crigoletto
Orientador/a: Julie Silvia Martins
Silvio Carlos de Abreu
Mareus Crigoletto

Em atendimento à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, deverá ser encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como ser comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Sendo o que nos apresenta,

Rua São João das Duas Barras, 95 - Itaquera - Cep 08270-080 - Campus Itaquera - São Paulo - SP
Rua Dr. Emílio Ribas,89 - Perdizes - Cep 05006-020 - Campus Perdizes - São Paulo - SP
Telefone: (11) 3824-5800 - Telefax: (11) 6525-0058
www.fasm.com.br

FASM

Faculdade Santa Marcelina

Reconhecida pelos Decretos Federais: 2.704/38 e 47.671/60

Prof º. Dr. Paulo Cobellis Gomes
Presidente da Comissão de Ética Em Pesquisa
da Faculdade Santa Marcelina

At.
Julie Silvia Martins
Silvio Carlos de Abreu
Mareus Grigoletto

Rua São João das Duas Barras, 95 - Itaquera - Cep 08270-080 - Campus Itaquera - São Paulo - SP
Rua Dr. Emílio Ribas,89 - Perdizes - Cep 05006-020 - Campus Perdizes - São Paulo - SP
Telefone: (11) 3824-5800 - Telefax: (11) 6525-0058
www.fasm.com.br