

Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação Odontologia Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social



Impacto do Programa de Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal na população de Natal - RN

ALBERTO ALLAN RODRIGUES PATRÍCIO

Natal-RN Junho/2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Alberto Allan Rodrigues Patrício

Impacto do Programa de Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal na população de Natal - RN

Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia área de concentração Odontologia Preventiva e Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Angelo Giuseppe Roncalli Co-Orientador: Prof^o. Dr^o. Kenio Costa de Lima

Divisão de Serviços Técnicos Catalogação da Publicação na Fonte UFRN/Biblioteca Setorial de Odontologia

Patrício, Alberto Allan Rodrigues.

Impacto do Programa de Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal na população de Natal-RN / Alberto Allan Rodrigues Patrício. — Natal, RN, 2007. 144f.

Orientador: Angelo Giuseppe Roncalli. Co-Orientador: Kenio Costa de Lima

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social.

1. Programa Saúde da Família – Dissertação. 2. Saúde Bucal – Dissertação. 3. Avaliação de Impacto – Dissertação. 4. SUS – Dissertação. 5. Odontologia em Saúde Pública – Dissertação. 6. Indicadores de saúde – Dissertação. I. Roncalli, Angelo Giuseppe. II. Lima, Kenio Costa. III. Título.

RN/UF/BSO Black D585

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Graça e Julio, à minha esposa Milena, aos meus irmãos Roseane, Andréa e Julio Cezar, às minhas sobrinhas Maria Luíza e Julia e aos meus avós (in memorian) Maria José & Rosemiro Rodrigues e Araquém & Alberto Patrício, por representarem minha razão de viver.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo simples fato de que sem Ele, nada existiria.

Aos meus pais Graça e Julio Patrício, pelo eterno exemplo de sabedoria, ética, moral, amor, dedicação e persistência. A letra do Raul Seixas (*Tente outra vez*) representa a lição de vida que vocês nos dão diariamente. Tudo o que sou, como pessoa, devo a vocês. Vocês são o meu porto seguro. A distância geográfica dos últimos seis anos, apenas ratificou o tamanho do nosso amor e da nossa cumplicidade, obrigado por essa conquista.

À minha esposa Milena Patrício, por ter sido incansável durante esses dois anos de Mestrado, escancarando a guerreira que eu já sabia existir, e ainda, pelo constante apoio, amor incondicional, companheirismo e por ter me feito renascer para a Odontologia. Ainda que eu tentasse, não seria capaz de exprimir toda gratidão e amor que tenho por você. Sem você, nada disso seria possível.

Aos meus irmãos Roseane, Andréa e Julio Cezar, pelo amor, respeito e amizade que a cada dia nos unem mais. Vocês são exemplos de dignidade, competência, garra e amor, que muito me orgulham. Muito obrigado por vocês existirem.

Às minhas sobrinhas Maria Luíza e Julia, que inconscientemente representam minha inspiração de vida. É na pureza desses anjos que me embebo de vitalidade e amor.

À família Freitas Rodrigues, pelo apoio dedicado à minha esposa, durante minha incessante ausência.

Ao meu orientador, Prof^o. Dr^o. Angelo Giuseppe Roncalli, que ao longo dessa caminhada tornou-se um grande amigo e companheiro. Muito obrigado pela eterna paciência, pelo altruísmo intelectual, pela serenidade com que me orientastes na construção dessa obra. Tenho uma imensa gratidão a toda sua família, pela forma carinhosa com que sempre fui tratado, em especial ao querido amigo Caio Valério.

Ao meu Co-Orientador, Prof^o. Dr^o. Kenio Costa de Lima, que me convidou e incentivou a participar desse fascinante projeto e foi incansável na minha orientação. Serei eternamente grato a tudo que você fez por mim. Sua busca insaciável por conhecimento me é contagiante.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN, em especial aos professores, Angelo Roncalli, Kenio Lima, Elizabeth Sousa, Angela Ferreira e Íris Costa, pela vasta bagagem intelectual adquirida durante esses dois anos de convivência. Foi um privilégio indizível ter tido a oportunidade de participar de inúmeros debates de construção e reconstrução do pensar a saúde bucal.

A todos os colegas da turma de mestrado em Odontologia 2005, pela forma sempre carinhosa e respeitosa com que me receberam e trataram durante todo esse caminhar.

A Ricardo Castro pela amizade e parceria durante todo o curso, em especial pela rica e harmoniosa convivência durante o primeiro ano. Muito obrigado por tudo.

A Bianca Torres, pela incansável parceria. Sou muito agradecido a sua constante presença, principalmente nos momentos em que a dúvida imperava. "Quando duas pessoas rompem uma amizade e jamais voltam a se encontrar é porquê nunca foram amigas, porém se o reencontro acontece eis que se revela uma verdadeira amizade".

A Lailson Lima, Candice Freitas, Julieta Fernandes e Alexandre Pinto, pela hospitalidade e carinho sempre dedicados a mim. Espero um dia, poder retribuir ao menos parte do que recebi de vocês.

A Sandra Abrantes, pela presteza e carinho com que sempre me recebeu. Foi muito bom ter convivido com você durante esses dois anos. O seu sorriso matutino é inesquecível.

A Neuza Sales, pela forma sempre carinhosa com que me tratou. Só quem está longe de seus amados sabe o quão valioso é, receber um gesto de carinho.

Ao Prof^o Pedro Alzair, tão valioso durante o transcorrer da disciplina Prática de Ensino, e depois pela forma sempre atenciosa com que me tratou.

A todos os amigos de Natal, pelo incentivo e por terem me ajudado a entender, que a amizade verdadeiramente independe, de diferenças como idade ou ideologia. "Precisa-se de um amigo que diga que vale a pena viver, não porque a vida é bela, mas porque já se tem um amigo". Você são grandes parceiros.

A Henrique Augusto, pela hospitalidade com que me recebeu quando da seleção do Mestrado.

Ao Prof^o Dr. Joaquim Mochel Filho, pela ajuda na construção do projeto apresentado durante a seleção do Mestrado.

Ao amigo Fabio Andrey, parceiro das visitas às Unidades de Saúde e na construção do banco de dados. São pessoas como você, que ainda me fazem ter esperança no futuro da Odontologia.

A Bibliotecária Cecília Santos pela grande ajuda durante a correção das Referências Bibliográficas. A Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Natal-RN, em nome da Drª Vera Castro, pela colaboração irrestrita durante a busca dos dados de interesse da pesquisa.

A todos os profissionais da Secretaria de Saúde envolvidos na pesquisa de campo, trabalho precioso para o sucesso e legitimidade do estudo.

Veja, não diga que a canção está perdida Tenha fé em Deus tenha fé na vida Tente outra vez

Beba, pois a água viva ainda está na fonte Você tem dois pés pra cruzar a ponte Nada acabou

Tente, levante sua mão sedenta e recomece a andar Não pense que a cabeça agüenta se você parar Há uma voz que canta Há uma voz que dança Há uma voz que gira Bailando no ar

> Queira, basta ser sincero e desejar profundo Você será capaz de sacudir o mundo Vai, tente outra vez

Tente, e não diga que a vitória está perdida Se é de batalhas que se vive a vida Tente outra vez

(Raul Seixas / Paulo Coelho / Marcelo Motta)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre alguns indicadores de saúde bucal na população de Natal-RN, caracterizado como um estudo do tipo ensaio de intervenção comunitária em paralelo quase-randomizado. Intervenção representada pela implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF ocorrida em um tempo anterior à realização desse estudo. Foram sorteados 15 setores censitários em áreas cobertas pelo PSF com ESB e emparelhados a outros 15 setores em áreas não cobertas pelas equipes, a partir de critérios socioeconômicos. Durante a realização do estudo alguns setores foram perdidos restando ao final 22 setores, sendo 11 cobertos e 11 não cobertos. As áreas não cobertas foram divididas em duas condições, uma em que foram consideradas áreas que apresentavam algum tipo de programa assistencial como Programa de Agentes Comunitários (PACS), PSF sem ESB, UBS (Unidade Básica de Saúde) ou sem assistência, e uma outra em que foram consideradas áreas que apresentavam apenas UBS ou ausência de assistência. Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Auxiliares de Consultório Dentário (ACDs) aplicaram um questionário-entrevista junto ao informante mais qualificado do domicílio e os dados obtidos por domicílio foram transformados em dados por indivíduos, totalizando 7.186 pessoas. Os resultados apontam para ausência de diferença estatística entre os desfechos de saúde bucal analisados na associação entre áreas cobertas por ESB no PSF e áreas não cobertas que apresentam algum tipo de programa assistencial, com alguns indicadores demonstrando melhores condições nas áreas não cobertas. Quando se considera na análise a associação entre áreas cobertas e áreas não cobertas na segunda condição, percebe-se diferença estatística em indicadores de cobertura, com melhores condições para áreas cobertas, como, por exemplo, nos indicadores "Não foi ao dentista no último ano" com p (<0,001) e OR de 1,64 e "Não teve acesso à assistência odontológica" p (<0,001) e OR de 2,22. Porém, os resultados demonstram ausência de impacto do PSF com ESB sobre os indicadores de ações preventivas, nas duas condições de não coberto. Isso é percebido muito claramente quando analisamos a variável dor de dente que não apresenta diferença significativa entre áreas cobertas e não cobertas, variável essa que é uma das mais sensíveis na avaliação de programas assistenciais de saúde bucal, com p (0,430) na condição 1 e p (0,038) na condição 2, porém, com IC (0,70-0,99). Na análise de indicadores de saúde da criança em que é considerada a proporção de óbitos em crianças menores de um ano, a taxa de internação por IRA (Infecções Respiratórias Agudas) em menores de cinco anos e a proporção de indivíduos nascidos com baixo peso, verifica-se uma melhor condição em todos os desfechos para áreas com PSF. Portanto, é possível concluir que a Saúde Bucal no PSF está exercendo pouco efeito sobre os indicadores de saúde bucal, ainda que a estratégia melhore as condições de saúde geral da população, como, por exemplo, a saúde da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família, Saúde Bucal, Avaliação de Impacto, SUS, Odontologia em Saúde Pública, Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the impact of the Family Health Program (FHP) on a number of oral health indicators in the population of Natal, Brazil. The study is characterized as a quasi-random community intervention trial. The intervention is represented by the implementation of an Oral Health Team (OHT) in the FHP prior to the study. A total of 15 sectors covered by the FHP with OHT were randomly drawn and paired with another 15 sectors, based on socioeconomic criteria, not covered by the teams. A few sectors were lost over the course of the study, resulting in a final number of 22 sectors, 11 covered and 11 not covered. We divided the non-covered areas into two conditions, one in which we considered areas that had some type of assistance program such as the Community Agents Program (CAP), FHP without OHT, BHU (Basic Health Unit) or no assistance, and the other, in which we considered areas that had only BHU or no assistance. Community Health Agents (CHAs) and Dental Office Assistants (DOAs) applied a questionnaire-interview to the most qualified individual of the household and the data obtained per household were transformed into the individual data of 7186 persons. The results show no statistical difference between the oral health outcomes analyzed in the areas covered by OHT in the FHP and in non-covered areas that have some type of assistance program, with a number of indicators showing better conditions in the non-covered areas. When we considered the association between covered and non-covered areas under the second condition, we found a statistical difference in the coverage indicators. Better conditions were found in covered areas for indicators such as "I have not been to the dentist in the last year" with p < 0.001 and OR of 1.64 and "I had no access to dental care" with p < 0.001 and OR of 2.22. However, the results show no impact of FHP with OHT on preventive action indicators under both non-covered conditions. This can be clearly seen when we analyze the toothache variable, which showed no significant difference between covered and non-covered areas. This variable is one of the most sensitive when assessing oral health programs, with p of 0.430 under condition 1 and p of 0.038 under condition 2, with CI = 0.70-0.90. In the analysis of health indicators in children where the proportion of deaths in children under age 1, the rate of hospitalization for ARI (Acute Respiratory Infections) in those under age 5 and the proportion of individuals born underweight were considered, a better condition was found in all the outcomes for areas with FHP. Therefore, we can conclude that oral health in the FHP has little effect on oral health indicators, even though the strategy improves the general health conditions of the population, as, for example child health.

KEYWORDS: Family Health Program, Oral Health, Impact Assessment, National Health System (SUS), Public Health Dentistry, Health Indicators.

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS Figura 1. Mapa da cidade do Natal – RN
Figura 2. Foto da praia de Genipabu
Figura 3. Foto da paria de Ponta Negra
Figura 4. Foto do Forte dos Reis Magos
Figura 5. Áreas visitadas durante o levantamento dos dados do estudo
Figura 6. Esquema dos ensaios em paralelo
Figura 7. Foto da visita às Unidades de Saúde
Figura 8. Fotos. Transferindo as microáreas adscritas para o mapa
Figura 9. Esquema hipotético para os critérios de inclusão
Figura 10. Distribuição dos setores censitários do município de Natal de acordo com a classificação do nível socioeconômico
Figura 11. Distribuição dos setores experimentais e controles do município do Natal. 2007
Figura 12. Diagrama para cálculo do tamanho da amostra em estudos de intervenção. Reproduzido de Altman (1990)
Figura 13. Modelo teórico para as variáveis utilizadas no estudo
Figura 14. Distribuição percentual por faixa etária da amostra estudada, em comparação com a distribuição populacional. Natal, RN. 2007
Figura 15. Intervalos de confiança para as <i>odds ratios</i> de acordo com os desfechos considerando a situação 1 de cobertura
Figura 16. Intervalos de confiança para as <i>odds ratios</i> de acordo com os desfechos considerando a situação 2 de cobertura

LISTA DE QUADROS

QUADROS Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas para a construção do indicador agregado 62
Quadro 2. Elenco de variáveis dependentes (resposta) para o estudo
Quadro 3. Elenco de variáveis independentes de confundimento para o estudo
LISTA DE TABELAS
TABELAS
Tabela 1. Número de domicílios e indivíduos pesquisados segundo o tipo de programa estudado. Natal, RN. 2007
Tabela 2. Distribuição da amostra estudada, segundo tipo de programa pesquisado e situação do domicílio. Natal, RN. 2007
Tabela 3. Medidas descritivas do tempo de cobertura de acordo com o tipo de programa. Natal, RN. 2007
Tabela 4. Medidas descritivas das características socioeconômicas de acordo com o tipo de programa. Natal, RN. 2007
Tabela 5. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável acha que necessita de tratamento de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 6. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não foi ao dentista no último ano de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 7. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável não teve acesso à assistência odontológica no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 8. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável não fez restauração no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 9. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável não fez extração 81

"Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 10. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não fez prevenção no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 11. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável não participou de palestras no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 12. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável referiu dor de dente de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 13. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável não tratou dor de dente no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 14. Distribuição das frequências bruta e ponderada da variável referiu sangramento gengival de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 15. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não tratou sangramento gengival no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 16. Distribuição das frequências bruta e ponderada das variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar" "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe" de acordo com a variável independente "cobertura de saúde bucal no PSF" . Não coberto definido como áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência. Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007
Tabela 17. Distribuição das freqüências bruta e ponderada das variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe" de acordo com a variável independente "cobertura de saúde bucal no PSF" . Não coberto definido como áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência. Valores da estatística "F", significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007

Tabela 18. Valores da significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança, dos 95

desfechos que associados às variáveis independentes, principal e de confusão, registraram um p-valor menor ou igual a 0,20. Natal, RN. 2007	
Tabela 19. Comparação da proporção de indivíduos que referiram achar que necessitam de tratamento entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar" e "Renda Familiar". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	98
Tabela 20. Comparação da proporção de indivíduos que não foram ao dentista do setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta" e "Renda Familiar Alta e Baixa". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	101
Tabela 21. Comparação da proporção de indivíduos que não tiveram acesso à assistência odontológica no setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pela variável de confundimento "Aglomeração Domiciliar". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	104
Tabela 22. Comparação da proporção de indivíduos que não fizeram restauração no setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse estratificadas pela variável de confundimento "Escolaridade da mãe Alta e Baixa". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	106
Tabela 23. Comparação da proporção de indivíduos que não fizeram extração no setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse estratificadas pela variável de confundimento "Escolaridade da mãe Alta e Baixa". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	108
Tabela 24. Comparação da proporção de indivíduos que não fizeram prevenção no setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse. Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.	110
Tabela 25. Comparação da proporção de indivíduos que não participaram de palestras no setor público entre as categorias das variáveis independentes de interesse estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta", "Renda Familiar Alta e Baixa" e "Escolaridade da mãe Alta e Baixa". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	111

Tabela 26. Comparação da proporção de indivíduos que referiram dor de dente entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta" e "Renda Familiar Alta e Baixa". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	113
Tabela 27. Comparação da proporção de indivíduos que não trataram dor de dente no setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse. Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	115
Tabela 28. Comparação da proporção de indivíduos que referiram sangramento gengival entre as categorias das variáveis independentes de interesse. Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	116
Tabela 29. Comparação da proporção de indivíduos que não trataram sangramento gengival no setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pela variável de confundimento "Renda Familiar Alta e Baixa". Valores de significância, <i>odds ratio</i> e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007	118

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO
2.	REVISTA DA LITERATURA
	Capítulo I
	Programa de Saúde da Família (PSF): origem, diretrizes, limitações e potencialidades
	Capítulo II
	A incorporação da Odontologia ao Programa de Saúde da Família
	Capítulo III
	O Programa de Saúde da Família em Natal – RN
3.	OBJETIVOS
	3.1. Geral
	3.2. Específicos.
4.	METODOLOGIA
	4.1. Cenário do estudo: Cidade do Natal – RN
	4.2. Tipo de Estudo.
	4.3. Definição das Unidades Amostrais
	4.4. Variáveis.
	4.5. Tamanho da Amostra
	4.6. Instrumentos e Estratégias de Coleta de dados
	4.6. Aspectos Éticos.
	4.7. Análise dos dados
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO
	5.1. Descrição da Amostra
	5.2. Associação entre as Variáveis
	5.2.1. Análise dos fatores de confusão

	5.2.2. Análise da associação entre os desfechos e as variáveis independentes principais	96
	5.2.3. Análise sintética dos efeitos das variáveis independentes sobre os desfechos	119
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	12'
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
8.	ANEXOS	
	8.1. Ficha de coleta de dados	
	8.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	8.3. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN	

1 – Introdução

Feliz aquele
Que transfere o que sabe
E aprende o que ensina
(Cora Coralina)

Durante a redemocratização do Brasil, uma das reivindicações sociais mais relevantes foi a busca pela mudança do modelo assistencial em saúde, que se caracterizava por ser elitista, excludente, centralizador, mecanicista, biologicista, tecnicista, centrado no indivíduo e voltado para a doença. Foi na busca dessa mudança, em meio a importantes transformações políticas que ocorriam no país, que em 1988, após longo debate entre os mais variados atores sociais, o Brasil construiu um novo modelo nacional de Saúde, constitucionalizado na sua Carta Magna e legitimado através da lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde)¹⁵ de setembro 1990, que criava o Sistema Único de Saúde (SUS)^{15; 16}.

Um dos movimentos sociais mais atuantes no Brasil, durante o período prédemocratização, foi o movimento pela Reforma Sanitária brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁷, realizada em março de 1986 em Brasília-DF, é tida como o seu grande marco, tendo sido o seu relatório final, o principal norteador do ideário do SUS, contrariando a realidade até então excludente do Sistema de Saúde Nacional, em que apenas funcionários públicos, militares e trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à saúde pública^{38; 42; 43}. O SUS, que foi idealizado e criado para contrariar e modificar o modelo tradicional até então vigente no Brasil, baseia-se na universalidade do acesso, na equidade, na integralidade da assistência, na hierarquização dos problemas e a na descentralização das ações^{15; 16}.

Essa ideologia buscou modificar o foco centralizador da ação, substituindo a cura da doença pela vigilância à saúde, transferindo para o indivíduo parte da responsabilização no processo do adoecer, e vislumbrando esse indivíduo não como um ser isolado e sim social e em relação com o mundo⁴⁰.

A comunidade sai do papel de mera expectadora e passa a ter papel fundamental no processo de planejamento e fiscalização, a partir da criação dos Conselhos de Saúde institucionalizados através da lei 8.142 de dezembro de 1990, que passa a dar representatividade aos membros da comunidade durante as tomadas de decisões referentes ao Sistema de Saúde¹⁶.

Avançando no sentido da vigilância à saúde, o Ministério da Saúde cria em 1991 o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, o PACS, e em 1994, após a constatação em 1993 de boas experiências em alguns municípios brasileiros e aprimorando ainda mais esse avanço, institui o Programa de Saúde da Família – o PSF, levando a oferta e o cuidado para perto da unidade familiar^{25; 29}. O PSF veio aprimorar e afirmar as diretrizes do SUS,

focalizando suas ações na integralidade, na adscrição da clientela, na territorialização, no agendamento das consultas, ratificando a vigilância à saúde e buscando constituir um vínculo entre a equipe de trabalho e a comunidade ²⁵. Equipe essa proposta de maneira interdisciplinar e atuando de forma intersetorial, formada minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e, quando ampliada, constituída ainda por um dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD), tendo por meta oferecer um atendimento acolhedor para a comunidade adscrita⁵⁹.

Buscando construir uma atenção mais integralizada, em 2001 o Ministério da Saúde promoveu a criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), formada pelo cirurgião-dentista (CD), um THD e um ACD que passaram então a fazer parte da Equipe de Saúde da Família (ESF). A institucionalização das ESB tinha como escopo a transformação do modelo assistencial odontológico^{14, 20}.

Nos últimos quatro anos tem ocorrido um grande acréscimo na cobertura populacional das ESB. Apenas no período entre dezembro de 2002 e fevereiro de 2006 foram implantadas 10.825 novas equipes, chegando a um total de 15.086 ESB, em dados do Ministério da Saúde, atuando em mais de 4.000 municípios até aquela data^{14; 27}.

Acompanhando essa tendência nacional, o município do Natal – RN, em março de 2002, passou a incorporar ESB nas ESF, definindo a estratégia do Saúde da Família como norteadora do modelo de Atenção Básica do município⁵¹.

Porém, a forma como vem se dando a implantação e a execução das ações de saúde bucal, dentro do modelo de trabalho das ESB, não têm sido avaliadas, assim como, o efeito de suas ações na saúde da população. Considerando que o processo de avaliação e monitoramento é fundamental em qualquer modelo assistencial, e acompanhando uma propensão do Ministério da Saúde em avaliar e monitorar a evolução e implementação das políticas públicas de saúde em execução no Brasil e em função da ausência de pesquisas de monitoramento sobre a atuação das ESB, constituindo-se apenas em experiências pontuais, verifica-se a importância de mais estudos que busquem avaliar de que forma está ocorrendo a implantação e a efetivação das estratégias de saúde bucal dentro do PSF.

2 – Revista da Literatura

Há sonhos que devem ser ressonhados, projetos que não podem ser esquecidos (Hilda Hilst)

Capítulo I

Programa de Saúde da Família (PSF): origem, diretrizes, limitações e potencialidades

O sucesso nasce do querer.

Sempre que o homem aplicar a
determinação e a persistência para um objetivo,
ele vencerá os obstáculos e,
se não atingir o alvo,
pelo menos fará coisas admiráveis
(José de Alencar)

O Movimento pela Reforma Sanitária brasileira surge em um cenário político desfavorável, quando o Brasil encontrava-se mergulhado em uma profunda crise social, dominado pelo autoritarismo voraz dos militares. O Movimento se alia à revolta popular de alguns setores da sociedade, que buscavam entre as décadas de 1970 e 80 uma solução para melhorar as condições de vida da grande maioria dos brasileiros, que se encontravam naquele momento alijados do Sistema Nacional de Saúde^{1; 44; 49; 50}.

Com o enfraquecimento político do regime militar durante a década de 1970, em função do desgaste do modelo vigente, da crise econômica a que o país foi exposto internacionalmente, da perda do poder aquisitivo do salário mínimo, da migração populacional para as grandes cidades na busca de uma melhor condição de vida, enfim, com o aumento da insatisfação social, iniciou-se a reorganização de diversos movimentos sociais^{44, 49}.

Nesse contexto, sindicatos das categorias profissionais da saúde, acadêmicos e intelectuais das áreas médicas passaram a debater e discutir mais frequentemente em encontros nacionais, a realidade caótica da saúde pública a que estava exposta grande parte da população brasileira, amplificando assim as reivindicações e buscando soluções imediatas para a melhoria da realidade. É nesse ambiente que surge o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que tem na 8^a Conferência Nacional de Saúde o seu grande marco^{44; 49}.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em março de 1986, que teve a participação de diversos setores organizados da sociedade, representou a concepção embrionária do novo Sistema de Saúde do Brasil. Durante sua realização, chegou-se ao consenso de que o setor saúde do Brasil não necessitaria apenas de uma reforma administrativa e financeira, e sim de uma transformação em toda sua conjuntura jurídicoinstitucional, no intuito de ampliar o conceito de saúde de acordo com os preceitos da reforma sanitária. O relatório final, aprovado durante a Conferência, norteou o capítulo da saúde constituído durante a elaboração da Carta Magna de 1988, cuja vigência se da até os dias atuais 12; 28; 44; 49; 96.

O Sistema de Saúde resultante da luta pela Reforma Sanitária, mesmo deformado em relação ao seu ideário original, surge com o propósito de acabar com as iniquidades e tornar a saúde pública algo acessível a todos, independentemente de cor, credo ou classe social^{44, 49, 93}. O SUS nasce com a idéia de que a saúde é um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos, como afirma o Art. 196 da Constituição Federal "Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" 12.

O abismo existente entre o Sistema de Saúde pensado durante os debates pela Reforma Sanitária e o SUS colocado em prática, é consequência das influências exercidas pelo pensamento neoliberal que governou o Brasil no período pós-constituição e foi expandido para os países em desenvolvimento, principalmente durante o governo de Margareth Thatcher na Inglaterra. Essa visão liberalista, que visa a salvação do capitalismo, tem como principal bandeira a diminuição do Estado e, faz com que o mercado regule toda a economia, até mesmo no que diz respeito à oferta de serviços à população. Os governos passaram a culpar as políticas universalizantes na saúde, pelos altos custos do setor, o acesso igualitário à atenção médica foi responsabilizado pelo aumento do déficit público, enfim, a idéia do "Welfare State" ou Estado de Bem-Estar Social parecia estar com seus dias contados^{31; 44; 46; 49}.

A Conferência de Alma Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), realizada em 1978, já deixava clara a nova visão mundial sobre as políticas públicas de saúde. Durante a Conferência, foram propostos os "cuidados primários de saúde" como a âncora salvadora para a resolução dos problemas do setor. A idéia era a da racionalização dos serviços de saúde, respondendo aos investimentos necessários à assistência, com os menores custos possíveis, com a lógica de que os estados não mais teriam condições de financiar as políticas públicas de saúde e que se deveria buscar uma proposta minimamente eficaz, de baixo custo, com capacidade de conquistar o apoio dos diversos segmentos da sociedade, atendendo massas populacionais com ações básicas de assistência em saúde⁴⁶.

Fica evidente quando se observa o pensamento predominante entre as décadas de 1980 e 90, que o SUS surgia com uma idéia altamente anacrônica. Os donos do pensamento mundial não conseguiam imaginar a saúde como um bem público, a ser garantido pelo Estado e sim como um bem de mercado, que deveria ser adquirido e, ainda, que países em desenvolvimento como o Brasil deveriam adotar uma agenda mínima, a ser proposta pelo Banco Mundial. Essa agenda propunha que países como o Brasil deveriam contemplar em suas políticas públicas de saúde, programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, controlando doenças infecto-contagiosas e desenvolvendo programas que diminuíssem a subnutrição infantil, ficando os procedimentos de média e alta complexidade sob responsabilidade do setor privado e pagos pelo consumidor. No Brasil, os governos neoliberais não conseguiram colocar em prática as determinações do Banco Mundial, da forma como foram propostas originalmente, em função do delineamento do Sistema Único de Saúde, determinado pela Constituição de 1988 e gerido pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, que determinam que a saúde é um direito da população e um dever do Estado^{44; 46; 49}.

Os graves problemas observados na execução do SUS, não ocorrem em função da visão universalizante que ele prega, ou da atenção igualitária a que se propõe, como propaga o ideário capital liberalista, mas sim pelo fato do modelo de trabalho aplicado, ser totalmente dependente das tecnologias duras, centrado no atendimento hospitalar, ser procedimentocentrado, médico hegemônico, com baixíssima resolutividade e com custos operacionais exorbitantes e crescentes^{31; 46}.

Buscando solucionar essas limitações presentes no SUS, e sob pressão imposta pelo Banco Mundial, o Ministério da Saúde em 1993 idealizou e criou em 1994 o Programa de Saúde da Família, objetivando modificar o modelo hegemônico e recuperar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, frutos do movimento social pela Reforma Sanitária do Estado⁴⁶.

O modelo assistencial predominante no Brasil nos últimos anos caracterizou-se por ser curativista, com uma medicina de alto custo, verticalizado, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas. O enfoque biologicista característico deste modelo, não compreende e não considera adequadamente a complexidade das dimensões sócio-econômicas e culturais presentes no processo de adoecer ou morrer das pessoas. Para Paim⁷¹, o reconhecimento do esgotamento desse modelo suscitou a emergência de propostas que visavam transformar o sistema de atenção em saúde, através de suas práticas do processo de trabalho.

Nos primeiros anos da década de 1990, com o avanço do processo de descentralização, o crescente papel dos municípios no controle e execução das ações de saúde favoreceu o acesso das populações aos cuidados básicos de saúde, particularmente no interior do país, onde historicamente são mais desfavoráveis as condições de vida e, por conseguinte, os indicadores de saúde^{50; 97}.

Em 1991, o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - que tinha como principal objetivo a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste. O programa passou a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, adotando a idéia de área de cobertura, de integração com a comunidade e com um enfoque mais amplo sobre saúde. O PACS passou a ser um auxiliar da implementação do SUS e da organização dos sistemas de saúde municipais^{31; 93; 97}.

Constatando o êxito de diversas experiências municipais do PACS, principalmente em áreas prioritárias, especialmente no Ceará e entendendo a Atenção Básica como um conjunto de ações que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população, abstraídas através do relacionamento vincular entre os profissionais da saúde e a comunidade, o Ministério da Saúde, em 1994, efetiva o PSF como estratégia de redirecionamento da atenção à saúde, baseada nos princípios e diretrizes do SUS^{23; 87; 97}.

O PSF surge como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer⁴⁶.

As diretrizes que norteiam os princípios e diretrizes do PSF foram concebidas a partir da reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema "Saúde da Família", convocada pelo gabinete do então Ministro da Saúde (Henrique Santilho), como resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde que exigiam apoio financeiro do Ministério para efetuar mudanças nas formas de operação da rede básica de saúde. Nessa oportunidade foram apresentadas e discutidas experiências como a de Niterói-RJ, com o Programa Médico de Família e a experiência desenvolvida em Quixadá-CE, onde em 1993 foi realizado um trabalho pioneiro em saúde da família, com equipe multiprofissional. Como resultado da reunião emergiu a proposta do PSF e foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade^{23; 87; 97}.

De acordo com o Ministério da Saúde, como citam Franco e Merhy⁴⁶, o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades.

A adoção da estratégia do PSF como política nacional estruturada, visava a reorganização do SUS e ampliação da municipalização. Essa estratégia resultou do esforço conjunto, de gestores dos diversos níveis de governo, em encontrar uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro, centrado na doença; medicocêntrico e hospilalocêntrico e fragmentado na assistência quanto à prevenção e cura^{46; 50}.

Andrade, Bezerra e Barreto⁴, vão ainda mais longe quando afirmam que a implementação do PSF se deu num contexto de pressão de instituições internacionais por políticas consistentes de atenção básica, e em função das contradições e incertezas do SUS e, ainda, devido ao perfil epidemiológico brasileiro. Pereira⁷⁴ afirma que o PSF surge em um momento de muita pressão do Ministério da Administração e Reforma do Estado, sobre o Ministério da Saúde, para que a saúde deixasse de ser responsabilidade do Estado, e a prestação dos serviços passasse a ser desempenhada pela iniciativa privada, ou seja, pelo mercado.

Para Chiesa e Fracoli³⁴, o PSF foi pensado como mecanismo de rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade. Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que se propõe a organizar suas ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional²³.

O conceito sugerido e instituído pelo Ministério da Saúde para definir o PSF, é o de uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Possibilitando, dessa forma, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Esta estratégia está estruturada a partir da USF - com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos²³.

A estratégia do Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, buscando, de acordo com o Ministério da Saúde²³, o "caráter substitutivo" que não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.

Ademais, busca a "integralidade e hierarquização", onde a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. A USF deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos

indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para as demais complexidades, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir²³.

A "territorialização e cadastramento da clientela" são também reafirmados, com a USF trabalhando em um território de abrangência definido e responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área e contando com uma "equipe multiprofissional" composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde e, quando ampliada, contando ainda com um dentista, um técnico em higiene bucal e um auxiliar de consultório dentário. Dependo da realidade e necessidade locais, outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos, por exemplo, poderão ser incorporados²³.

Mais do que um espaço geográfico, o território deve ser reconhecido como um "espaço social" onde, historicamente, a população se constituiu, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde, ou seja, conhecer o território significa apropriar-se do espaço local e das relações da população com a unidade de saúde, considerando dados como perfil demográfico e epidemiológico da população, contexto histórico e cultural, atores sociais (associações, igrejas, escolas, creches...), lideranças locais, e outros considerados relevantes para intervenção no processo saúde-doença²⁶.

A estratégia de Saúde da Família apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida^{23; 50}.

Desde sua criação, o PSF tem se destacado na agenda nacional de saúde como instrumento de reforma da política de saúde brasileira, envolvendo mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema de saúde e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde^{50; 97}. A implantação do PSF trouxe para o debate a necessidade de mudanças no sistema de repasse e distribuição dos recursos, até então caracterizado pelo pagamento por produção de serviços, pois ficou evidenciado para os técnicos do Ministério da Saúde que certas atividades eram melhores remuneradas se fossem executadas da forma *per-capita*⁹⁷.

Para Viana e Dal Poz⁹⁷:

O PSF foi peça importante para as mudanças propostas pela NOB 96 (Norma Operacional Básica), isto é, para a criação de instrumento de transferência de recursos segundo critérios de capacitação.

Com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), pela NOB-96, os municípios que passassem a desenvolver ações básicas de saúde passariam a receber remuneração per-capita, através da parte fixa do PAB e, ainda, recursos adicionais, da parte variável do PAB, para aqueles municípios que estivessem implementando equipes de saúde da família. Tais recursos seriam por equipe implantada. Vale ressaltar que a NOB-96 tem suas diretrizes implantadas a partir de 1998, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.090 de 26 de fevereiro, e que essa data coincide com a expansão do PSF, nas mais variadas regiões do país^{16, 97}.

O monitoramento da cobertura média populacional do PSF, no Brasil, só passou a ser possível a partir de 1998, com a criação pelo Ministério da Saúde, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma vez que para calcular a proporção da população coberta pelo programa, é preciso levar em consideração o número de equipes de saúde da família existentes no município²⁵.

Em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de descrever a evolução da cobertura do Programa de Saúde da Família no Brasil, no período de 1998 a 2004, identificou-se um padrão progressivo na adesão dos municípios brasileiros ao PSF, ocorrendo um aumento de 411% no número de municípios com PSF implantado, que eram 1.134 em 1998 e passaram a ser 4.666 em 2004. Em 2004 o programa já estava implantado em 84% dos municípios brasileiros²⁵.

Para Heimann e Mendonça⁵⁰, a descentralização da gestão e o repasse fundo a fundo dos recursos entre os atores do governo guiados pela NOB-96, determinou formas mais complexas de gestão e financiamento do sistema, além de ter fortalecido a dimensão estratégica do PSF. O repasse regular e automático do Fundo Nacional para os Fundos Municipais, permitiu aos governos municipais uma maior autonomia com os gastos e representou uma importante medida de descentralização financeira do setor, além de proporcionar um forte incentivo para que esses atores assumissem progressivamente a gestão básica dos servicos de saúde^{50; 97}.

O estímulo financeiro do Ministério da Saúde para implantação do PSF, segundo a parcela variável do Piso de Atenção Básica tem, desde 1998, efetivamente contribuído para a expansão do programa em todo o país, o que remete à definição quanto ao estabelecimento de prioridades e critérios das áreas para implantação do projeto para o nível local¹⁶. Todavia, para Almeida et al.¹, a implementação deste mecanismo foi acompanhada de uma série de regulamentações ministeriais, que acabaram fortalecendo o caráter focalizador da proposta ao privilegiar o número de equipes implantadas e não o aumento da cobertura, como previsto inicialmente. Apesar disso, a definição das áreas prioritárias pelo nível local pode contribuir enormemente para o estabelecimento de prioridades e de princípios de justiça local, tal como pensado por Elster⁴², promovendo uma discriminação positiva a favor dos grupos mais vulneráveis da população⁸⁴.

Tratando dessa focalização dentro do universalismo, Viana e Dal Poz⁹⁷ acreditam que pode haver práticas focalizadas dentro de uma política universal, sem que, para isso, ocorra conflito entre focalização e universalização, e afirmam que foram exatamente a partir de experiências focalizadas que o PSF se originou. Para os autores, o PSF demonstrou que é possível ter práticas focalizadas dentro do universalismo e, ainda, fazê-las instrumentos de (re) organização da política universal.

O reconhecimento de que uma das mais marcantes características das políticas públicas brasileiras, e entre elas a da saúde, é o privilegiamento dos grupos sociais mais favorecidos em detrimento dos segmentos de maior vulnerabilidade social, talvez seja o grande mérito dessa abordagem focalizadora⁸⁴.

Para Franco e Merhy⁴⁶, essa característica focalizadora observada no PSF, também está presente em propostas que o antecederam, como, por exemplo, a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, e é guiada por uma diretriz racionalizadora de forte cunho economicista. As três estratégias originam-se a partir do consenso de que os altos custos dos sistemas de saúde são incompatíveis com as possibilidades de financiamento do Estado com políticas universalizantes. Para os autores, as semelhanças entre o PSF e os modelos de reforma anteriores, não se limitam apenas à focalização, mas também ao fato de que a maioria pouco valoriza a atuação clínica, além de não incorporarem o atendimento de urgência e a demanda espontânea, diminuindo consideravelmente sua potência transformadora.

Franco e Merhy⁴⁶ afirmam que essa característica normatizadora e burocratizada do PSF, acaba por valorizar ainda mais o Modelo Médico Hegemônico, fazendo do Programa um mero auxiliar daquele modelo, como se existisse uma delimitação entre o Programa Saúde da Família e a corporação médica:

> ...da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica...

Narvai⁶² evidencia que apesar do Ministério da Saúde afirmar que o PSF tem por objetivo garantir atendimento integral aos indivíduos e as famílias, na prática, tem ficado apenas no atendimento à atenção básica, negando um dos mais importantes princípios do SUS, que é o da integralidade. O autor afirma, ainda, que essa característica observada no PSF acaba sendo uma estratégia disfarçada para se oferecer uma "cesta básica" de saúde para a população mais carente e empurrar a classe média para os planos de saúde, negando e ferindo outro importante princípio constitucional, o da universalização do acesso à saúde.

A característica principal do PSF, que é entender a família como espaço estratégico de atuação, também tem sido analisada por inúmeros autores. Para Trad e Bastos⁹³, o principal obstáculo para se elaborar um esboço conceitual para a compreensão mais clara do significado de família é a própria delimitação do espaço conceitual. Para Melo, citado por Trad e Bastos⁷⁵, não se pode adotar uma definição universal para a família, sem levar em consideração suas especificidades e suas diversidades culturais.

Autores como Hareven, Saraceno e Montero, citados por Trad e Bastos⁹³, afirmam que políticas públicas envolvendo a família acabam por refletir o equívoco da conceituação universal e restrita que se faz desse núcleo, abandonando situações sociais em que, por exemplo, grupos familiares são constituídos fora do vínculo matrimonial civil ou religioso, ou ainda, sem residência ou emprego minimamente estáveis.

Vasconcelos95 reflete que a família que está sendo analisada deve ser entendida dentro de um contexto histórico, na especificidade de cada época e de suas características sociais, e alerta para a importância de se analisar como essas relações vêm se transformando e ganhando novas significações. Salum⁸⁰ afirma que o PSF está voltado para famílias que representam risco social e não se destina a recuperar o corpo familiar para o trabalho e sim proteger a sociedade de grupos que podem ameaçá-la pela doença e pela revolta.

Franco e Merhy⁴⁶ comentam ser positivo dirigir o foco da atenção de uma equipe de saúde, para um "indivíduo em relação", em oposição ao "indivíduo biológico", porém alertam que esse beneficio só será possível onde houver famílias constituídas na forma tradicional, onde a compreensão da dinâmica deste núcleo, com a presença da equipe no domicílio, é

potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto, não é sempre que esse núcleo está presente, nem sempre este é o espaço de relação predominante, ou ainda, o lugar onde se determina o modo de andar a vida das pessoas em foco.

A equipe de saúde pode ser um potente dispositivo de mudança dos serviços assistenciais. Porém, para isso, será necessário constituir uma nova ética entre os profissionais, baseada no entendimento de que os serviços de saúde são um espaço público e que o trabalho neste ambiente deve ser representado por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde⁴⁶.

Outra situação que deve ser buscada pelo PSF, diz respeito à relação dos profissionais com os usuários, onde inovar a estrutura não significa necessariamente modificar os parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde e de civilidade. O acolhimento ao usuário, o compromisso em solucionar seu problema com a produção do cuidado e a capacidade de promover vínculos são potencializadores das mudanças no modelo46.

O PSF e a avaliação em saúde: o olhar dos estudos de impacto

Uma questão importante, na implementação de todo e qualquer modelo assistencial ou mesmo estratégia de atenção como é o caso do PSF, é o processo de avaliação e monitoramento. Este processo, segundo Silva Júnior e Mascarenhas⁸⁸, necessita ser complementado com a abordagem da pesquisa avaliativa na busca da percepção dos movimentos de mudanças na qualidade da atenção no que se refere, principalmente, ao processo de trabalho das equipes, na relação com as populações adscritas e à integralidade da atenção à saúde. Eles ainda afirmam que mais do que uma intervenção pontual de caráter avaliativo, a pesquisa avaliativa acrescenta instrumentos para pensar no cotidiano dos serviços, das práticas dos seus profissionais e da relação com a população, numa visão autocrítica e estimulante do protagonismo desses atores.

Para Silva⁸⁹, avaliação e monitoramento têm definições distintas, sendo o monitoramento entendido como um acompanhamento sistemático sobre algumas características dos serviços, enquanto que a avaliação seria o julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto do tempo, ou seja, o monitoramento pode construir informações para a realização de uma avaliação, mas não necessariamente corresponder à implantação da mesma.

A avaliação pode ser entendida como uma ferramenta das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social, e as suas mais variadas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos têm gerado uma verdadeira polissemia conceitual e metodológica⁸⁹.

Para Rossi e Freeman citados por Silva⁷², avaliação é sinônimo de pesquisa avaliativa sendo a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção. Nesta mesma linha, Contandriopoulos e colabodores³⁵ definiram avaliação como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, auxiliando na tomada de decisões, podendo ser a partir de critérios e normas (avaliação normativa) ou através de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Resumidamente a avaliação normativa baseia-se no julgamento de uma intervenção, comparando sua estrutura (recursos e organização), o processo (serviços produzidos) e os resultados obtidos, utilizando critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa, julga a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, bem como a relação entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa³⁵.

O conhecimento das características ou ferramentas das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde a serem avaliadas contribui para a definição do escopo da avaliação. Entre as mais variadas possibilidades de avaliação, uma de grande relevância está relacionada ao efeito das ações de uma determinada intervenção, sobre o estado de saúde dos indivíduos, grupos ou populações. O efeito de uma ação pode ser avaliado segundo sua eficácia, efetividade ou impacto. Para alguns autores^{39, 59} eficácia é o efeito de uma intervenção em situação experimental, enquanto que efetividade seria o seu efeito em sistemas operacionais. Impacto tem sido definido no mesmo sentido de efetividade. O impacto também pode ser definido para designar o efeito de uma intervenção em relação a grandes grupos populacionais ou em grandes intervalos de tempo⁸⁹.

Baker⁷ afirma que a avaliação de impacto determina se o programa teve os efeitos projetados em indivíduos, lares e instituições, assim como se tais efeitos podem ser atribuídos, de fato, à intervenção do projeto. Para isso, o autor sugere o seguinte questionamento: "o que aconteceria se o projeto não existisse?".

Bodstein¹⁰ destaca ser imprescindível dentro de um contexto democrático, de crescente responsabilização do gestor público e de controle social, a realização de avaliação das políticas públicas, preocupada com processos de mudanças, com resultados e impactos da implementação dos programas e políticas. Para a autora, o monitoramento da implantação é de extrema importância, pois a presença de atores, interesses diversos e o cenário políticoinstitucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação, como também a distância entre o planejado e o executado. Na visão do Estado moderno, avaliar ações sanitárias significa controlar os custos do sistema de saúde sem afetar a acessibilidade e a qualidade dos serviços³⁵.

Narvai⁶¹ admite que apesar de complexa, a avaliação das ações e serviços é indispensável, e deve se constituir num desafio permanente aos administradores e gestores em saúde, inclusive os de saúde bucal, que deveriam utilizá-la na busca de se evitar desperdícios de recursos e na manutenção do rumo dos objetivos a alcançar. Para o autor, avaliar é um ato político, ou seja, nenhuma avaliação é politicamente neutra, e seu resultado sempre estará marcado pela postura e expectativa política de quem participa e faz a avaliação.

Inúmeras podem ser as dimensões de um processo de avaliação em saúde, como por exemplo: o contexto político, os instrumentos políticos, desconcentração e descentralização, os processos de planejamento e administração (recursos humanos e materiais), estrutura organizacional, acessibilidade, coberturas, integralidade das ações, qualidade, eficácia, efetividade, articulação intra e intersetorial, entre outras⁶¹.

Sala, citado por Roncalli e Lima⁷⁹ enfatiza a importância de focalizar de forma mais aprofundada alvos estratégicos para avaliação de ações programáticas (ou programas de saúde), definidas como:

> Um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo.

Portanto, resultados de ações e programas de saúde podem ser avaliados com relação às mudanças verificadas tanto no estado de saúde das populações, como em termos de conhecimentos e comportamentos derivados das práticas desenvolvidas²⁴.

A pesquisa de avaliação, que tem como objeto uma dada intervenção na realidade social, trata de avaliar a política pública, entendida segundo Draibe⁴¹ como a que se desenvolve em esferas públicas da sociedade e não no plano privado e interno das instituições ou organizações da sociedade. As avaliações de políticas respondem a distintos objetivos,

como o de conhecer a relação entre condições, meios, resultados e impactos de intervenção; verificar a eficácia, eficiência e accountability (responsabilidade em prestar contas) da referida política e, mais intrinsecamente, detectar obstáculos e propor medidas de correção e alteração de programas, visando à melhoria da qualidade do seu processo de implementação e desempenho.

Através da avaliação de resultados, consegue-se pesquisar se determinados programas cumpriram ou estão cumprindo seus objetivos. De acordo com Draibe³⁵, este tipo de avaliação é também denominado de avaliação de impacto. Os impactos referem-se às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual um programa intervém e por ele são provocadas. Os indicadores de impacto devem ser, portanto, capazes de aferir os efeitos líquidos do programa sobre a população alvo.

Senna⁸⁴ comenta que, em uma primeira avaliação sobre o PSF, observou-se impacto positivo em áreas com grande déficit de serviços básicos de saúde, sobretudo na região Nordeste do País. Um dos grandes desafios do programa, segundo a autora, se refere ao seu impacto nas grandes regiões metropolitanas, onde, ao menos em tese, há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde e onde se concentra um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana e, ao mesmo tempo, extremamente heterogênea.

Esse impacto tem se mostrado discreto ou praticamente nulo em municípios de grande porte, ou com maior rede e complexidade de serviços instalados, onde o PSF tem se apresentado como um programa paralelo para as populações mais carentes, mantendo-se o modelo de Atenção Básica tradicional, organizado para atender a demanda espontânea ou, ainda, programas assistenciais específicos⁵⁰.

Roncalli e Lima⁷⁹, avaliando o impacto do PSF sobre indicadores relacionados à saúde da criança, em quatro municípios com mais de 100 mil habitantes na região Nordeste, observaram impacto positivo do programa apenas no indicador taxa de internação por diarréia, e apontaram o PACS como o responsável pela redução significativa do dado. Nos demais indicadores avaliados, os autores não observaram diferenças significativas entre áreas cobertas pelo PSF e áreas não cobertas e consideraram que a forma como ocorre a implantação do programa no município pode influenciar fortemente no impacto sobre indicadores.

Oliveira Filho e Colaboradores⁷⁰, avaliando o impacto do PSF sobre alguns indicadores de saúde bucal no município de Mossoró (RN), observaram um aumento no acesso ao dentista e uma maior oferta de práticas curativas, em áreas cobertas pelo programa.

Os autores apontam que apesar das práticas preventivas serem mais executadas em áreas cobertas do que nas não cobertas pelo programa, essa diferença não denota uma maior prevenção quanto à dor de dente. Os autores destacam que em função da maior oferta em áreas cobertas, observou-se uma maior resolutividade para a dor de dente, quando comparada a áreas não cobertas. Porém, os autores apontam para a manutenção do modelo tradicional de trabalho.

No estudo de Silva⁸⁷, em que foi avaliado o impacto do PSF sobre a evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no município de Sobral – CE, a redução da taxa de mortalidade neonatal e pós-neonatal, após a implantação do programa foi bastante significativa, com melhorias observadas também em outros índices, como o aumento do percentual de gestantes com pré-natal em dia, diminuição de óbitos infantis no domicílio, aumento do número de crianças com aleitamento exclusivo até o quarto mês, a melhoria na imunização das crianças e a ausência de registro de óbitos hospitalares por desnutrição a partir de 2000 e de Infecção Respiratória Aguda (IRA) a partir de 2001.

Da mesma forma, Cruz³⁷ em um trabalho no estado de São Paulo, avaliando municípios com e sem a presença de PSF, quanto à cobertura vacinal e abandono da vacina DPT, observou que a presença do programa contribuiu significativamente para a queda das taxas de abandono ao esquema vacinal para DPT.

Parece consensual que, em municípios de pequeno porte sem uma rede consolidada de assistência, escassez de recursos humanos e ausência de oferta de serviços de atenção básica, o PSF consegue provocar um efeito positivo, porém em locais com rede pública de saúde já consolidada, ainda não se consegue identificar impacto positivo adicional advindo das ações do Saúde da Família.

Capítulo II

A incorporação da Odontologia ao Programa de Saúde da Família

Gaste mais horas realizando que sonhando,
fazendo que planejando,
vivendo que esperando.
Porque, embora quem quase morre esteja vivo,
quem quase vive já morreu
(Luis Fernando Veríssimo)

A Odontologia caracterizou-se ao longo de sua história, por práticas fundamentalmente curativistas, de alto custo, baixa resolutividade, com uma visão apenas parcial da saúde, desprezando os determinantes sociais que têm valor extremamente relevante para o aparecimento das doenças bucais.

Sobre essa visão Botazzo¹¹, afirma:

A saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção das doenças bucais e aí organizar tecnologias que visem não a "cura" do paciente naquela relação individual-biológica... mas sim a diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva.

Porto⁷⁷ aprofunda ainda mais esse pensamento quando afirma que a saúde bucal está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação. Nesse sentido, a luta pela saúde bucal está, fundamentalmente, ligada à luta pela melhoria das condições sociais, políticas e econômicas.

Apesar de a Odontologia ter chegado ao final do século XX com o domínio do conhecimento sobre as principais doenças bucais, principalmente a cárie e as doenças periodontais, e sobre as medidas coletivas capazes de evitá-las, continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única que tem favorecido, covardemente, as poucas pessoas que podem pagar por ela. Apesar dessa limitação no alcance social enfrentada pela Odontologia, a criação do SUS trouxe um grande avanço político e social e um novo alento, em função da reorganização e redefinição de funções dos entes federativos, provocadas por seu arcabouço jurídico-institucional, pois promove e motiva a elaboração de novas possibilidades de políticas públicas na área odontológica que venham a modificar essa inércia social observada no último século⁴⁷.

Entre essas novas perspectivas de políticas públicas envolvendo a Odontologia, surgem dois projetos que buscam reverter a realidade excludente em que está envolvida a maioria da população brasileira, que são o PSF, que a partir de 2001 passou a contar também com Equipes de Saúde Bucal, e o Programa Brasil Sorridente, que surgem na busca de resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, para a superação do histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população¹⁵.

Em dezembro de 2000 o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 1.444, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família, incluindo dessa maneira as ações de saúde bucal no PSF¹⁸. O objetivo dessa inclusão era o de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, no intuito de diminuir os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal²⁷.

A incorporação das ESB no PSF não ocorreu por acaso e, sim, em consonância política, econômica e social. Política, pelo fato do apoio irrestrito dos atores envolvidos, a classe odontológica que vislumbrava nessa inclusão novas possibilidades de emprego para os Cirurgiões-Dentistas e a população historicamente desassistida; econômica, em função da definição e aprimoramento dos sistemas de financiamento através da NOB-SUS/96, em que os municípios se perceberam motivados em incorporar novas equipes; e social justificada pelos altos índices de CPO-D apresentados pela população brasileira, assim como, o baixo acesso de parte da população brasileira a serviços de saúde bucal^{30; 92}.

De acordo com o Ministério da Saúde²⁶, "A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde".

Para Oliveira et al.⁶⁹ a inclusão da saúde bucal nas ESF não apenas transfere linearmente o espaço de trabalho do Cirurgião-Dentista para além do consultório, como também produz um ganho no sentido do reordenamento das práticas odontológicas.

As normas e as diretrizes de inclusão da saúde bucal, na estratégia do Programa de Saúde da Família, foram aprovadas através da Portaria nº 267 de 06 de março de 2001, que objetivava a melhora das condições de saúde bucal da população brasileira; a reorientação das práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa de Saúde da Família; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes às ações de promoção e prevenção, além daquelas de caráter curativorestauradoras; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF e avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas19.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 267 a incorporação das ESB dar-se-ia por meio de duas modalidades:

- Modalidade I: formada por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD).
- Modalidade II: formada por um CD, um ACD e um Técnico em Higiene Dental (THD).

Originalmente, cada ESB era incorporada para duas de Saúde da Família, cobrindo em média 6.900 pessoas, o que de certa forma impedia a incorporação da filosofia estratégica do PSF, pelo fato de impor às ESB uma demanda muito grande de atendimento, limitando basicamente esse a procedimentos clínicos curativos, repedindo dessa forma o modelo tradicional de trabalho. Para tentar corrigir essa limitação, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003, que tinha como objetivo atualizar e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do PSF. Essa Portaria estabeleceu que, poderiam ser implantadas, nos Municípios, quantas ESB fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassassem o número existente de ESF, passando então a se ter uma proporção de uma ESB para cada ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas, além de ter reajustado o incentivo financeiro de implantação das equipes, com as ESB de Modalidade I recebendo R\$ 15.600,00 de custeio anual e as ESB de Modalidade II o valor de R\$ 19.200,00²⁰.

Atualmente, com a Portaria nº 650 de 28 de março de 2006 o Ministério da Saúde definiu o valor de R\$ 7.000,00 como incentivo de implantação para cada ESB, e os valores de R\$ 20.400,00 e R\$ 26.400,00 para custeio anual das ESB Modalidade I e ESB Modalidade II respectivamente. A Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, determina que as ESB Modalidade II deverão receber um equipo odontológico completo para a atuação do THD. Em função desse avanço no incentivo para a implantação das ESB, houve um aumento suntuoso no número de equipes implantadas, passando de 4.261 equipes em dezembro de 2002 para 12.603 ESB, três anos depois^{21; 22; 25}.

Para o Ministério da Saúde²⁶, as ações de saúde bucal na estratégia do Saúde da Família devem ratificar os princípios e as diretrizes do SUS, apresentando as seguintes características operacionais:

• Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;

- Adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde da família;
- Integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema Único de Saúde:
- Definição da família como núcleo central de abordagem;
- Humanização do atendimento;
- Abordagem multiprofissional;
- Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- Educação permanente dos profissionais; e
- Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Entre os principais objetivos buscados com a inclusão das ESB na estratégia do PSF, podemos destacar os seguintes:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal por meio da estratégia de organização da Atenção Básica preconizada pelo Programa Saúde da Família;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção, de prevenção e de assistência em saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal para o PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; e
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

Sendo assim, para que as diretrizes do SUS sejam observadas, o cuidado em saúde bucal exige a idealização de uma equipe de trabalho que atue em concordância com as reais necessidades da comunidade e participe da gestão dos serviços, objetivando garantir respostas satisfatórias às demandas da população e buscar a ampliação do acesso às ações de promoção,

prevenção e recuperação da saúde bucal, utilizando as medidas individuais e coletivas, com respeito ao vínculo territorial¹⁵.

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde, foram desenvolvidas à distância, sendo realizadas entre quatro paredes, restrita à tecnologia dura, resumida na parceria do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes de Saúde da Família visa transpor esse modelo de organização, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe.

Para Souza⁹¹ no contexto do PSF, a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da ESF e não, exclusivamente, dos que trabalham especificamente na área odontológica. Incorporar a saúde bucal no PSF não significa necessariamente incluir o cirurgião-dentista - CD na equipe mínima, mas sim articular o trabalho desses profissionais a uma equipe de saúde bucal.

É necessário um grande empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo, repercutindo num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A transformação em modelo usuário-centrado permite construir com o usuário, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender.

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas, Técnicos em Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário) que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são as seguintes.

Competências do Cirurgião-Dentista:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.
- Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.
- Realizar supervisão técnica do THD e ACD.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Competências do Técnico em Higiene Dental (THD):

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.
- Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Competências do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.
- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários.
- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos.
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- Organizar a agenda clínica.
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

O ingresso do pessoal auxiliar em saúde bucal (ACDs e THDs) no PSF, visa prestar um atendimento mais completo à população, principalmente durante o desenvolvimento de ações coletivas. Pauleto e colaboradores⁷² comentam que:

> As políticas de saúde bucal do SUS buscam favorecer a transformação da prática odontológica por meio da incorporação de pessoal auxiliar, novas tecnologias e ações coletivas de saúde, visando alterar suas características epidemiológicas e obter impacto na cobertura da população e na construção da cidadania.

Para Capistrano Filho³², os profissionais inseridos nas equipes de PSF têm buscado modificar o modelo tradicional de trabalho. Segundo o autor, na Odontologia a presença do pessoal auxiliar tem colaborado e muito para a obtenção desse objetivo, superando o caráter artesanal da prática, com cada profissional desempenhando sua função, mas trabalhando em equipe.

É fundamental que a Política Pública de saúde bucal colocada em prática a partir de 2001, em função de apelos sociais, e expandida após 2003, seja monitorada e avaliada, para saber se todo esse esforço estatal está sendo resolutivo para a população. Avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população é fundamental para identificar problemas, e reorientar as ações e serviços desenvolvidos²⁶.

Em função do pouco tempo de inserção das ESB no PSF, poucos são os estudos avaliativos sobre as experiências de implantação. Analisando alguns trabalhos, podemos observar o quanto foi comprometedor para a execução da estratégia das ESB, o período tardio de sua implantação no PSF, e a forma como essa implantação se dá é totalmente proporcional ao seu sucesso.

Baldani e colaboradores⁸ analisaram o perfil de implantação da Odontologia no PSF no Estado do Paraná. Fizeram um estudo do tipo quali-quantitativo, em que desenvolveram dois tipos de questionários, um voltado para os gestores (Coordenador de Saúde Bucal ou Secretário Municipal de Saúde), e um outro para ser respondido pelos profissionais (Cirurgiões-Dentistas, atuantes no PSF). Os questionários abordavam as mais variadas situações como: início da implantação do Programa; número e modalidade das equipes; população coberta; forma de contratação; salário dos profissionais; tempo de atuação no PSF; jornada de trabalho; enfim as mais variadas possibilidades de informação. As autoras observaram a dificuldade da ESB para colocar em prática as diretrizes da estratégia, com os dentistas executando basicamente os procedimentos de clínicos e os auxiliares os procedimentos de consultório, como instrumentação do CD, lavagem e esterilização de materiais. Muitos profissionais apontaram a demanda reprimida existente antes da implantação do PSF como a principal responsável pela não alteração no modelo de trabalho.

Um fato bastante corriqueiro observado também no citado trabalho foi a relação precária de trabalho, com nenhuma garantia trabalhista por parte do município para com os profissionais que integram as equipes. Muitos profissionais abordaram a carência de recursos financeiros, estruturais, físicos e humanos, relatando que o município estava investindo apenas e tão somente o valor repassado pela união, sem dar a contrapartida. Pelo lado dos municípios os gestores justificaram a dificuldade culpando a ausência de incentivo por parte do Estado, que segundo os gestores se autoproclama fiscalizador do dinheiro alheio. Uma outra dificuldade apresentada pelos profissionais foi a falta de sintonia profissional entre a ESB e o restante da ESF, abandonando o princípio da interdisciplinaridade, situação também observada no trabalho de Pedrosa & Teles⁷³ em um estudo sobre o PSF em Teresina – Piauí.

Souza⁹² avaliando a incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte, também apontou para as precárias relações de trabalho, com os profissionais firmando contratos temporários com os municípios, e que somente aqueles dentistas que já faziam parte do serviço e foram remanejados para as ESB apresentavam contratos estatutários. A autora também observou outros problemas, como o não cumprimento da carga horária por parte dos profissionais, baixa remuneração salarial, contratação sem critério através de indicação, além da constatação de que apenas um pequeno número de profissionais estava atualizado profissionalmente.

Em estudo que analisou o perfil da atuação de cirurgiões-dentistas no PSF de municípios do Rio Grande do Norte, Araújo⁶ entrevistou 21 profissionais e detectou algumas limitações como: dificuldade de integração da ESB com a ESF; dificuldade na construção do vínculo com a comunidade, provavelmente em função da maioria dos profissionais não residirem no município em que atuam; clientelismo contratual; precarização trabalhista; não cumprimento da carga horária preconizada pelo Ministério da Saúde, demonstrando uma falta de compromisso com a estratégia; profissionais não atualizados em saúde coletiva e como consequência repetição do modelo de trabalho.

No trabalho de Andrade e Ferreira³, em que foram avaliados alguns aspectos da inclusão da Saúde Bucal no PSF no município de Pompeu - MG, fica evidente que a forma como se dá a implantação da equipe está totalmente relacionada com a atuação da mesma na execução da estratégia. No estudo realizado na cidade de Pompeu, os atores ouvidos foram os usuários, os mais prejudicados quando a implantação ocorre de forma insatisfatória. As autoras constataram os mais variados tipos de insatisfação, como baixa cobertura (comprovada na dificuldade de acesso ao serviço), ausência de referência e contra-referência (evidenciada na não resolução de problemas que exijam outra complexidade que não a da atenção básica), troca constante de profissional impossibilitando a formação de vínculo com a comunidade, falta de capacitação profissional para a execução da estratégia, desconhecimento por parte da comunidade da existência do Programa em função do descompromisso com a execução da estratégia.

Martelli et al.⁵⁸, analisando através de uma entrevista semi-estruturada, realizada com os coordenadores de saúde bucal, o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios de Pernambuco classificaram seis deles como não estruturados quanto ao modelo de saúde bucal implantado. Avaliando a qualificação profissional dos Cirurgiões-Dentistas em saúde coletiva, os autores constataram que, dos municípios analisados, apenas quatro constavam com profissionais qualificados. Em relação à qualificação profissional do Coordenador de Saúde Bucal, apenas um município apresentava um profissional com formação na área da saúde pública e consciente do modelo de atenção à saúde que coordena. Em três municípios o Coordenador também acumulava a função de Cirurgião-Dentista, concentrando responsabilidades. Quatro municípios não apresentam ainda, uma rede estruturada de referência e contra-referência, prejudicando sensivelmente o princípio da integralidade.

Em estudo realizado no distrito do Mosqueiro (PA), Emmi e Barroso⁴³ avaliaram as ações de saúde bucal realizadas pela ESB sob a ótica do usuário. As autoras realizaram entrevistas com 103 usuários do Programa Família Saudável (denominação municipal do PSF), em que questionaram o grau de satisfação dos mesmos, quanto ao ganho de conhecimentos após a inclusão da ESB; à melhoria no acesso; e às atividades desenvolvidas pela equipe. As autoras constataram que a maioria dos usuários entrevistados (90,2%) considerou positiva a inclusão da ESB na ESF, destacando como ganhos relevantes: o aumento no conhecimento sobre a importância do flúor, melhor orientação sobre higiene bucal, aumento do acesso à consulta odontológica e a visita domiciliar realizada pela equipe.

Apesar do dado positivo observado na experiência do Mosqueiro (PA), a maioria dos estudos observados, constata um PSF muito distante daquele preconizado e desejado pelo Ministério da Saúde. Como afirma Vasconcelos⁹⁶, em alguns municípios, o PSF não passou de uma mera plástica institucional "com nova divisão de trabalho entre os profissionais, mudança no local de atuação, melhor remuneração", do que realmente uma transformação no modo de atuar das equipes, como está proposto.

Capítulo III

O Programa de Saúde da Família em Natal-RN

Precisa-se de um amigo que diga que vale a pena viver, não porque a vida é bela, mas porque já se tem um amigo (Vinícius de Moraes)

Natal teve uma experiência pioneira de saúde da família no Brasil no início da década de 1980, com o Programa Médico da Família, como constata Almeida citado por Rocha⁶¹, baseado no modelo cubano, cujos princípios eram o controle social, a adscrição de um certo número de famílias e a composição de uma equipe multiprofissional formada por médico, dentista, enfermeiro, farmacêutico-bioquímico e pessoal auxiliar. O Programa Médico da Família foi um antecessor do PSF em Natal³³ e alguns participantes do programa atualmente fazem parte do Programa de Saúde da Família.

Já o processo de implantação do PSF em Natal, originou-se de forma experimental em 1997, com equipes no Distrito Sanitário Oeste. Segundo Rocha⁷⁸, no início da implantação do PSF, observou-se entre os atores institucionais envolvidos uma certa tensão, pois esses percebiam o PSF como uma ameaça aos interesses da burocracia. Após esse primeiro momento de experiência, surgiu a necessidade de discutir-se a relevância ou não da estratégia, colocando-se o assunto em pauta na Comissão Intergetores Bipartite, Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal de Natal.

De acordo com Rocha⁷⁸, a escolha do Distrito Sanitário Oeste como ponto de partida para a implantação da estratégia do Saúde da Família, se deu em função de critérios epidemiológicos, como áreas de maior índice de mortalidade infantil; territórios com maior concentração de favelas; além de áreas isoladas dos serviços assistenciais, ratificando o sentido buscado pelo Ministério da Saúde, que era o da focalização do programa. Esse processo se deu com o apoio da Coordenação do Projeto da Rede UNIDA, que também pactuou com o Gestor Municipal a implantação do PSF nas unidades cobertas pelo Projeto "Uma Nova Iniciativa" (UNI).

Em 20 de outubro de 1997, é sancionada a Lei nº 163 que institui a Gratificação de Incentivo do Programa Saúde da Família (GPSF), que beneficiaria os servidores que atuavam no Sistema Único de Saúde do Município do Natal, integrantes do Programa de Saúde da Família. Essa Lei beneficiava servidores lotados apenas nas Unidades de Saúde de Guarapes, Felipe Camarão e Cidade Nova, e enquanto o servidor estivesse no efetivo exercício do Programa⁶³.

Em 1998, ocorreu o primeiro processo seletivo para o PSF no município do Natal, direcionado para os profissionais lotados na rede municipal de saúde. O processo contou com a colaboração da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e foi realizado em três fases: prova escrita, análise curricular e entrevista. Após a seleção, realizou-se

treinamento introdutório, com ênfase na discussão sobre suas bases conceituais, princípios e diretrizes operacionais, assim como, características de reorganização das práticas de trabalho nas USF⁷⁸.

Após o momento efetivo de implantação ocorrido em 1998, em 12 de julho de 1999, o Prefeito Municipal de Natal sanciona a Lei nº 5.108 alterando o dispositivo da Lei nº 163/97 e ampliando o Programa Saúde da Família no município de Natal. Com essa Lei, as equipes que atuavam em apenas um dos distritos sanitários de Natal, foram ampliadas para os demais distritos sanitários, com vistas a abranger todo o município. Foi definido também, o ingresso de servidores vinculados ao SUS, criação da sede física do Programa e definição do critério para a função de Chefia do PSF, efetivada através de nomeação por ato do Prefeito, de um dos servidores do PSF egresso do processo seletivo. Foi nesse momento, também, que se deu com o apoio técnico do Ministério da Saúde, a implantação do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) nas USF⁶⁴.

As equipes de PSF passaram a desempenhar suas atividades nos Centros de Saúde da rede municipal, e não em uma rede básica paralela, pois o objetivo da estratégia era por uma mudança no modelo de trabalho, buscando uma reestruturação das práticas assistenciais, e não da criação de novos Centros de Saúde. Foi na busca de ratificar a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante do modelo de Atenção à Saúde no município do Natal, que em 06 de julho de 2001 foi sancionada a Lei Complementar nº 032, que definiu critérios para a reorganização da Atenção Básica à Saúde no município do Natal, ampliando as Equipes de Saúde da Família e instituindo as gratificações de incentivo. Acompanhando uma tendência motivada pelo Ministério da Saúde, a Lei Complementar 032/01, instituiu a Equipe de Saúde da Família (ESF), a Equipe de Saúde Bucal (ESB), além de criar a função de Coordenador das Equipes de Saúde da Família, ocupado por profissional da área da saúde ou portador de curso superior, com especialização em saúde pública nomeado por ato do Executivo Municipal⁶⁵.

Em março de 2002, foi realizado um processo seletivo para a incorporação das ESBs nas ESFs, tendo primeiramente sido incorporadas 18 equipes para o Distrito Norte, que em função de limitações nos espaços físicos das unidades e falta de equipamentos odontológicos realizavam apenas atividades educativas e burocráticas. No ano de 2004, o município do Natal adquiriu 52 novos equipamentos odontológicos, incorporando 42 novas ESB e expandindo a cobertura para os demais Distritos. Em 2005, foram incorporadas mais 26 equipes³³.

Na busca de uma maior normatização e reorganização do Programa Saúde da Família no município do Natal, foi sancionada em 06 de outubro de 2005 a Lei nº 062, que definiu a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica do município do Natal segundo os princípios e diretrizes do SUS. Esta Lei definiu, ainda, a entrada nas equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); criou a equipe de apoio matricial com profissionais da educação física, fisioterapia, psicologia, assistente social, ampliando a integralidade da atenção; criou as funções gratificadas de coordenador geral do PSF, coordenador médico, coordenador odontólogo e coordenador enfermeiro; e ainda, a função de supervisor territorial, responsável pela supervisão de 05 unidades de saúde⁶⁶.

Seguindo uma tendência nacional de expansão do PSF nos últimos anos, atualmente, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, Natal conta com 110 Equipes de Saúde da Família, cobrindo 47,44% da população e 94 Equipes de Saúde Bucal com uma cobertura de 40,54%, representando aproximadamente 80 mil famílias cobertas pelas ESBs.

Essas ESBs estão distribuídas entre os quatro Distritos Sanitários: Norte (58 equipes - 61,70% do total de equipes); Oeste (26 equipes - 27,66% do total); Leste (08 equipes -8,51% do total) e Sul (02 equipes – 2,13% do total), com a distribuição das equipes ocorrendo em função da característica socioeconômica de cada distrito. A concentração das equipes nos distritos Norte e Oeste é justificada pelo fato de serem os dois distritos com os piores indicadores sociais da cidade, acompanhando, assim, a característica de focalização da estratégia do Saúde da Família³³.

3 – Objetivos

Liberdade: essa palavra que o sonho alimenta

Que não há ninguém que explique

E ninguém que não entenda...

(Cecília Meireles)

Geral

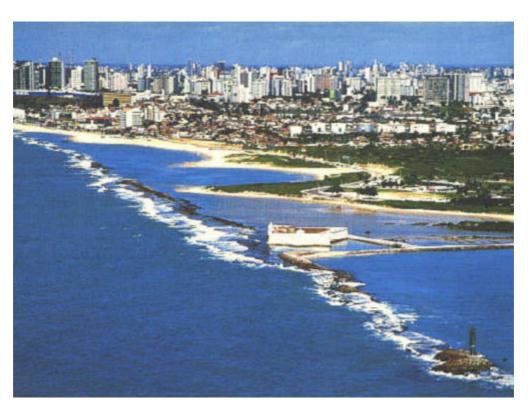
 Avaliar o impacto das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal na população de Natal - RN.

Específicos

- Avaliar o impacto do Programa Saúde da Família sobre agravos à saúde bucal (dor de dente e sangramento gengival) referidos pela população de Natal – RN;
- Avaliar o impacto do Programa Saúde da Família sobre o acesso ao dentista e aos diferentes tipos de ações ofertadas pela equipe de saúde bucal na população de Natal – RN;
- Verificar o efeito da intervenção do Programa Saúde da Família sobre a saúde bucal na população de Natal - RN, a partir da aferição de variáveis socioeconômicas, sanitárias e ambientais, e da comparação com indicadores de saúde da criança.

4 – Metodologia

Não somos mais
Que uma gota de luz
Uma estrela que cai
Uma fagulha tão só
Um punhado de mar
Uma piada de Deus
Ou um capricho do sol
(Jorge Drexler)



4.1 - Cenário do estudo: Cidade do Natal - RN

Figura 1. Vista da cidade do Natal - RN

A origem e o desenvolvimento

A história da fundação de Natal confunde-se com a história da fortaleza dos Reis Magos, uma das mais belas, sugestivas e bem edificadas de todo o litoral brasileiro. Sua construção foi iniciada em 6 de janeiro de 1598 (dia dos Reis Magos), pela esquadra colonizadora de Manoel Mascarenhas (capitão-mor de Pernambuco), em cumprimento às cartas régias de Felipe II, na época em que os reinos da Espanha e Portugal estavam unificados^{67; 68}.

Além de constituir um importante ponto de apoio para a então Capitania do Rio Grande, ocupada pelos franceses, que já haviam estabelecido um bom relacionamento com os índios potiguares para fins comerciais, a fortaleza acabou sendo o primeiro núcleo que deu origem a cidade de Natal, fundada no dia do Natal do ano seguinte, por Jerônimo de Albuquerque, a quem Manoel Mascarenhas entregara o comando daquela fortificação^{67; 68}.

Em 1633 a fortaleza foi tomada pelos holandeses num sangrento combate, quando passou a se chamar Castelo Keulen e a cidade de Natal foi rebatizada como Nova Amsterdã. Somente em 1654 ela retornaria ao domínio português. Os holandeses ainda fundariam uma outra colônia com o mesmo nome, na América do Norte, mas seriam novamente expulsos em 1664, desta vez pelos ingleses, que passaram a chamá-la de Nova York^{67; 68}.

Durante o século XVII ainda partiram do forte as expedições pioneiras para fundar os povoados que mais tarde deram origem aos estados do Ceará, Maranhão e Pará.

Durante a segunda guerra mundial, a cidade do Natal ficou conhecida mundialmente, já que a Força Aérea americana utilizou a cidade de Parnamirim, que faz limite com Natal, para a instalação de uma de suas bases militares. A população havia quase duplicado e a cidade teve seu nome conhecido por milhões de cidadãos pelo mundo. Contudo, apesar de irônico, quem primeiro descobriu as belezas de Natal foram os americanos. Na época os natalenses viam o banho de mar como pouco higiênico e as praias eram frequentadas somente por pescadores e a população mais pobre. Os militares americanos quebraram esse tabu e tornaram algumas famosas, como a Praia dos Artistas, que recebeu esse nome por causa das muitas personalidades que eram vistas no lugar. Nos anos pós-guerra a cidade continuaria a se desenvolver e sua população cresceria para mais de 400.000 pessoas. No contexto nacional, todavia, sua influência foi minimizada por Recife, que se tornou o ponto de partida para a África, Europa e Estados Unidos^{67; 68}.

Atualmente, Natal representa um dos mais importantes pólos turísticos do Brasil. No ano de 2005, foi uma das cidades mais visitadas do litoral nordestino, com aproximadamente dois milhões de turistas. Algumas empresas aéreas disponibilizam, hoje, vôos diários entre Natal e algumas das mais importantes capitais européias, como Lisboa e Amsterdã, por exemplo, fazendo com que a cidade seja invadida anualmente pelos europeus, principalmente durante as estações mais quentes do ano⁶⁷.

O circuito histórico, turístico e cultural da cidade é bastante diversificado, sendo composto por belezas naturais como as praias de Genipabu (Figura 2) com suas belas dunas e Ponta Negra com o famoso morro do careca (Figura 3), além de monumentos históricos como a Fortaleza dos Reis Magos (Figura 4) cuja construção iniciou em 6 de janeiro de 1598.



Figura 2. Praia de Genipabu



Figura 3. Morro do Careca



Figura 4. Fortaleza dos Reis Magos

Um outro cenário

Durante o levantamento dos dados da pesquisa podemos constatar também uma outra realidade da cidade do Natal-RN, muito pouco divulgada pelo poder público e totalmente desconhecida pelos turistas que visitam a cidade. Realidade que expõe as desigualdades sociais da capital potiguar, característica bastante comum ao Estado brasileiro. A figura 5 mostra áreas visitadas nos Distritos Norte e Oeste da cidade.









Figura 5. Áreas visitadas durante o levantamento dos dados do estudo

Aspectos sociais: saúde, educação e demografia

A rede de estabelecimentos ligados à saúde na cidade do Natal é formada por 176 unidades ambulatoriais e 27 hospitalares. Da rede ambulatorial, 48% são unidades municipais, 36% unidades federais, 10% estaduais e os 6% restantes é formado por unidades filantrópicas, privadas e sindicais. Da rede hospitalar, 15 unidades são privadas e 12 são públicas³⁶. Em relação ao número de leitos, segundo o IBGE, o município dispõe de 2.920 leitos, sendo 2.156 leitos hospitalares disponíveis ao SUS⁵¹.

Quanto ao número de estabelecimentos de ensino, Natal conta com 216 escolas de ensino fundamental (151 privadas e 65 municipais), 98 instituições de ensino médio (53 estaduais e 45 privadas), 11 instituições privadas de ensino superior, sendo uma universidade (UNP), uma universidade federal (UFRN) e uma instituição estadual (IFESP), além do CEFET – RN financiado pelo Governo Federal^{50; 51}. Natal tem aproximadamente 180 mil alunos matriculados no ensino básico, contando com 5.300 docentes no ensino fundamental e 2.600 no ensino médio^{53; 54}.

De acordo com o último censo realizado em 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵¹, Natal apresentava uma população estimada de 778.040 pessoas, com um crescimento populacional observado na última década próximo dos 2%. A população atual de Natal é de aproximadamente 800.000 pessoas. A cidade, segundo o PNUD/2000 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)48; 76 acompanha a média nacional com um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,787, estando na 874ª posição no ranking nacional entre todos os municípios da federação e na 4ª posição entre as capitais do Nordeste, com IDHM-L (Índice de Esperança de vida) de 0,730, IDHM-E (Índice de Educação) de 0,887 e IDHM-R (Índice de PIB) de 0,74645,64. A mortalidade infantil, em Natal, é de 19,8 por mil crianças nascidas vivas, para uma expectativa de vida de 68,78 anos e taxa de alfabetização para indivíduos com mais de 10 anos de 87,8%. Natal apresenta 177.783 domicílios particulares permanentes, com 97,2% de cobertura de água por rede geral, 25,5% dos domicílios com esgotamento sanitário e 97,6% dos domicílios com lixo coletado⁶⁸.

Limites Geográficos

A limitação geográfica de Natal se dá ao Norte por Extremoz, ao Sul por Parnamirim, à Leste pelo Oceano Atlântico e à Oeste por São Gonçalo do Amarante e Macaíba⁶⁸.

4.2 - Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de um Ensaio Comunitário em paralelo, quaserandomizado. Na tipologia clássica dos estudos epidemiológicos, constitui-se num estudo agregado do ponto de vista do seu tipo operativo e cuja intervenção (implantação da ESB) já foi realizada. Seus efeitos, portanto, foram avaliados no tempo atual (corte transversal). Porém, como consideramos apenas áreas com no mínimo um ano de implantação, o estudo passa a ter característica de estudo longitudinal.

Sua caracterização como estudo em paralelo deve-se ao fato de que um grupo é classificado como sendo alvo da intervenção (PSF com ESB) e outro não, como pode ser observado na Figura a seguir.

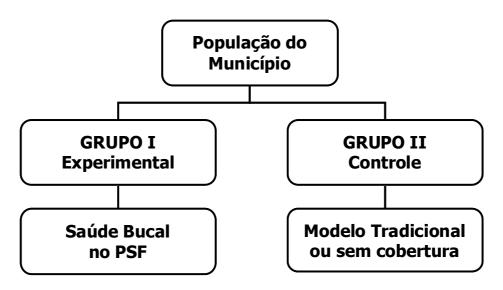


Figura 6. Esquema dos ensaios em paralelo

4.3 – Definição das Unidades Amostrais

Uma condição fundamental para um estudo como este é a homogeneidade entre as áreas nas quais temos a intervenção e as áreas nas quais ela não se faz presente. Assim, de algum modo, são necessários dados relativos às áreas cobertas e não cobertas no sentido de agrupá-los e gerar critérios de emparelhamento das mesmas.

Uma unidade de análise que contém informações relevantes para este fim em todas as áreas, independente de cobertura, é o Setor Censitário. O setor censitário é a menor unidade de análise utilizada pelo IBGE para as quais se pode dispor de dados socioeconômicos, constando de aglomerados de, em média, 300 domicílios.

Pelo fato do PSF trabalhar com a idéia de microáreas e não setor censitário, em sua territorialização, em um primeiro momento buscou-se junto ao setor de Geo-Processamento da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Natal, os mapas com a localização espacial de todas as unidades de saúde do município. Após o recebimento dos referidos mapas, construímos a partir de cartogramas desenvolvidos pelo IBGE, contendo a localização dos setores censitários, um grande mapa da cidade do Natal, e localizamos neste mapa as unidades de saúde. Pelo fato da Secretaria de Saúde não ter de forma centralizada as informações sobre as áreas de atuação das ESB, fomos até cada uma das unidades e construímos os mapas com as microáreas de atuação das equipes (Figuras 7 e 8). Essas informações foram transferidas para o mapa da cidade do Natal construído a partir dos cartogramas do IBGE, determinando quais setores censitários faziam parte das áreas cobertas e não-cobertas pelas ESB.



Figura 7. Visitando as Unidades de Saúde





Figura 8. Transferência das microáreas para o mapa fornecido pela SEMUS

Da totalidade de setores, foram excluídos aqueles que estavam parcialmente inseridos em áreas cobertas pelas ESB. Portanto, somente aqueles totalmente inseridos em áreas cobertas e não cobertas compuseram o universo a partir do qual foram estabelecidos os grupos (Figura 9).

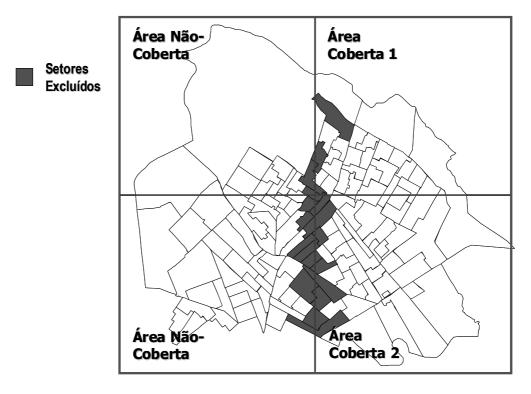


Figura 9. Esquema hipotético para os critérios de inclusão dos setores censitários. Os setores em destaque (cinza) estão excluídos, por fazerem parte de áreas cobertas e não-cobertas.

Uma vez estabelecido o universo a ser incluído, foram sorteados 15 setores das áreas cobertas pelas ESB, os quais compuseram as áreas sob intervenção. Para compor as áreas de não intervenção (controles), foi realizado um emparelhamento intencional a partir dos dados constantes nas bases de dados dos setores censitários.

Estes dados são relativos às principais variáveis as quais, sabidamente, exercem influência sob as variáveis de estudo, entre elas as de natureza socioeconômica. A partir da "Base de dados por setor censitário", disponibilizada pelo IBGE, foram selecionadas algumas variáveis socioeconômicas, as quais compuseram um índice classificatório final, para que o emparelhamento pudesse ser realizado. No quadro 1 a seguir, estas variáveis estão descritas mais detalhadamente.

Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas para a construção do indicador agregado.

Variável	Natureza	Descrição
Escolaridade	Educacional	Média de anos de estudo do chefe da família contados a partir do 1º ano do ensino fundamental
Analfabetismo em adultos	Educacional	% de responsáveis por domicílios particulares permanentes não-alfabetizados
Analfabetismo infantil	Educacional	% de indivíduos de 5 anos analfabetos
Renda média	Econômica	Rendimento nominal mensal médio do setor (em reais) relativo aos chefes de domicílios particulares permanentes
Desemprego	Econômica	% de responsáveis por domicílios particulares permanentes sem rendimento
Pobreza	Econômica	% de responsáveis por domicílios particulares permanentes com renda até meio salário mínimo
Acesso a água tratada	Sanitária	% de domicílios com água fornecida por rede geral
Instalações Sanitárias	Sanitária	% de domicílios sem banheiro
Lixo	Sanitária	% de domicílios com lixo coletado

Todas as variáveis possuem natureza quantitativa e escalas de medida distintas (anos de estudo, reais, percentual etc.) e, para que pudessem compor um único índice agregado tiveram que sofrer um ajuste a partir da seguinte fórmula:

$$indicador\ da\ variável\ x = \frac{valor\ observado - valor\ mínimo}{valor\ máximo - valor\ mínimo}$$

Cada variável passou, portanto, a ter um valor entre 0 e 1, tornando-se mais estável. A soma de todos os valores das nove variáveis compôs, então, o índice geral de condição socioeconômica do setor. Considerando que algumas variáveis apresentam melhores condições para maiores valores e outras o contrário, todas foram ajustadas para que, ao final, o índice representasse as melhores situações a partir dos maiores valores. Desse modo, os valores das variáveis relativas ao analfabetismo, desemprego, pobreza e instalações sanitárias

foram invertidos. O índice geral de condição socioeconômica possui, portanto, a seguinte expressão:

```
Índice Geral = Escolaridade + (1/Analfabetismo em adultos) + (1/Analfabetismo infantil) + Renda média
         + (1/Desemprego) + (1/Pobreza) + Acesso à água + (1/Instalações sanitárias) + Lixo
```

Após a obtenção do Índice Geral para cada um dos setores, estes foram categorizados, a partir da distribuição percentil, em quatro faixas: Muito Baixo, Baixo, Médio e Alto. A Figura 10 mostra a distribuição dos setores censitários do município do Natal após esta classificação. Importante destacar que esta categorização foi estabelecida com a preocupação de obter igual número de setores em cada faixa.

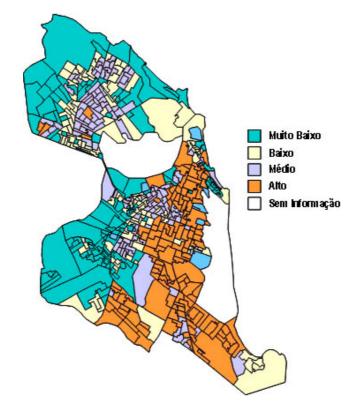


Figura 10. Distribuição dos setores censitários do município de Natal (RN) de acordo com a classificação do nível socioe conômico.

Com a classificação estabelecida, usa-se este critério para o emparelhamento dos setores cobertos e não-cobertos (experimentais e controles). Para cada setor sorteado do grupo

experimental foi escolhido um setor não coberto de mesmo escore, que serviu de controle. Desse modo, ficou garantido o controle dos vieses relativos às variáveis sócio-sanitárias.

Além disso, a randomização realizada para a alocação dos setores do grupo experimental (cobertos) possibilitou que diferentes pontos em toda a área do município fossem contemplados. O emparelhamento intencional também buscou manter esta distribuição geográfica, de modo que, para cada par "experimental/controle" tivesse não só a mesma classificação socioeconômica, mas uma semelhança geográfica, como se observa na Figura 11 a seguir.

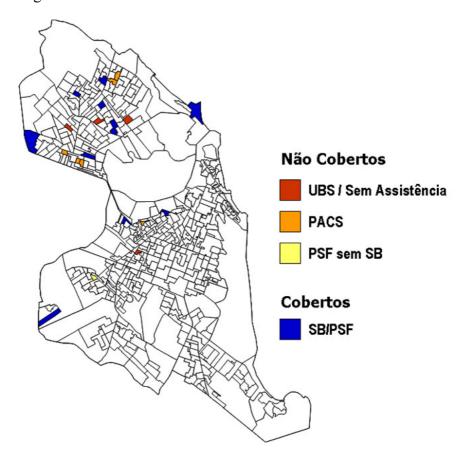


Figura 11. Distribuição dos setores experimentais e controles do município do Natal. 2007.

4.4 - Variáveis

A variável de interesse explanatória é a presença da ESB no PSF. Entre as variáveis de resposta (dependentes), estão aquelas relativas à situação de saúde da criança e situação de saúde bucal e que possuem a capacidade de serem fortemente influenciadas pela presença do PSF. Estas variáveis estão descritas no quadro a seguir.

Quadro 2. Elenco de variáveis dependentes (resposta) para o estudo.

Variáveis	Descrição
Saúde da Criança	
Cobertura vacinal para DPT em menores de 1 ano	Proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal para DPT adequado
Taxa de internação por IRA (Infecção Respiratória Aguda) em menores de 5 anos	Proporção de crianças com menos de 5 anos de idade que nos últimos 12 meses foram admitidas em hospitais por causa de IRA
Mortalidade em menores de 1 ano	Proporção de óbitos em menores de 1 ano de idade nos últimos 12 meses
Prevalência de baixo peso ao nascer	Proporção de nascimentos com menos de 2500 gramas ocorridos nos últimos 12 meses
Saúde Bucal	
Acesso a serviços de saúde bucal	Proporção de indivíduos que foram consultados pelo dentista da rede pública nos últimos 12 meses
Prevalência de dor de dente e outros agravos	Proporção de indivíduos que tiveram dor de dente e outros agravos nos últimos 12 meses
Cobertura de tratamento odontológico	Proporção de indivíduos que foram tratados pelo dentista da rede pública nos últimos 12 meses
Mutilação dentária	Proporção de indivíduos que tiveram seu último dente extraído pelo dentista da rede pública nos últimos 12 meses

As variáveis independentes de confundimento estão relacionadas aos distintos níveis de análise, considerando que foram obtidas em nível da família (domicílio) e do setor censitário. O quadro 3 ilustra a descrição das variáveis que foram utilizadas na análise.

As variáveis incluídas no plano de análise foram: a escolaridade da mãe, aglomeração domiciliar e renda familiar.

Quadro 3. Elenco de variáveis independentes de confundimento para o estudo.

Variáveis	Descrição
Obtidas em nível da família	
Escolaridade da mãe	Anos de estudo da mãe, dicotomizados a partir da mediana, formando as categorias "baixa" e "alta".
Aglomeração domiciliar	Número de indivíduos por cômodo no domicílio
Renda Familiar	Renda em reais do chefe da família no último mês
Obtidas em nível de setor censitário	
Classificação do setor	Classificação do setor definida pelo indicador agregado (ver quadro 1). Os setores foram classificados em 4 categorias: muito baixo, baixo, médio e alto.

4.5 - Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra deste estudo, tomou-se como base a proporção de indivíduos que tiveram dor dente, segundo os dados da pesquisa avaliativa do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)¹⁶. Este indicador foi adotado para o cálculo do tamanho da amostra, em virtude do mesmo ser o mais sensível para se medir a importância de uma intervenção por ESB.

O tamanho da amostra para estudos de intervenção é calculado a partir do efeito presumido da intervenção (neste caso, a implantação das ESB) associado a determinados valores de α (nível de significância ou confiança) e β (poder ou potência)².

Admitindo um Nível de Significância de 0,05 e um Poder de 90% (0,9), tendo a proporção de indivíduos com dor de dente em 11,2% (P₁), e considerando-se uma redução de 25%, com a presença da ESB, tem-se que o Efeito Esperado (Proporção de sucesso), seja a redução para 8,4% (P_2). A Diferença Padronizada (função de P_1 e P_2) é dada por:

$$\frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\overline{P}(1 - \overline{P})}}$$
 Onde: $\overline{P} = \frac{(P_1 + P_2)}{2} = 0.09$

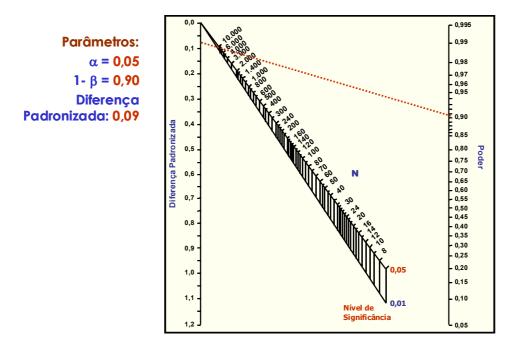


Figura 12. Diagrama para cálculo do tamanho da amostra com os parâmetros pré-estabelecidos.

Utilizando os parâmetros acima se chegou a uma amostra de 6.000 indivíduos, como observado na Figura 12. Considerando uma taxa de não resposta de 20% e um Efeito de Desenho de 1,5 a amostra passou a ser de 10.800 indivíduos. Uma vez que a média de domicílios em cada setor censitário é de 300 e que foram sorteados 30 setores, tínhamos ao todo 9000 domicílios a percorrer, pelo fato de trabalharmos com faixa etária aberta e que a média de indivíduos por domicílio é igual a 4, temos um total de aproximadamente 36.000 indivíduos nos 30 setores. Como precisávamos encontrar 10.800 indivíduos, chegamos á uma fração de amostragem de 3,33 (36.000/10.800). Em outras palavras, para encontrarmos os 10.800 indivíduos nos 30 setores, precisamos percorrer um domicílio a cada 3, dando um total de aproximadamente 3.000 domicílios dispostos nos 30 setores.

4.6 – Instrumentos e Estratégias de coleta de dados

Foi desenvolvida uma ficha (Anexo 1) que foi aplicada por ACD's e ACS's nos domicílios. Este questionário-entrevista foi aplicado junto ao informante mais qualificado do domicílio, sendo, portanto, um instrumento que agrega informações relativas a todos os residentes no domicílio. Fizeram parte da amostra, apenas aqueles indivíduos que se dispuseram a responder livremente os questionamentos, após a leitura pelo entrevistador do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Para o treinamento dos entrevistadores, foi desenvolvido um manual de instruções, contendo informações relativas ao preenchimento da ficha e às técnicas de reconhecimento da área e dos domicílios.

Os ACD's e ACS's foram treinados em oficinas de trabalho de 12 horas de duração (três turnos). No primeiro turno, foi feita a discussão dos objetivos do estudo e suas principais características. Em seguida, o treinamento propriamente dito foi realizado a partir da discussão do manual de instruções e da ficha de coleta, além do reconhecimento dos mapas dos setores e identificação das áreas de trabalho e dos percursos. No segundo turno (tarde) os ACD's e ACS's fizeram um piloto em suas áreas de atuação e, no terceiro turno, foram esclarecidas todas as dúvidas a respeito do exercício e estabelecidos os encaminhamentos e prazos da pesquisa.

4.7 - Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN para devida análise recebendo parecer favorável à sua execução sob o Protocolo 033/2006,

apresentando-se de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 3).

4.8 - Análise dos dados

O banco de dados da pesquisa foi construído na plataforma SPSS versão 13.0, com posterior verificação de consistência da digitação.

Considerando o modelo teórico do estudo (Figura 13), as variáveis independentes e os desfechos foram devidamente trabalhados no sentido de comporem um modelo de análise estratificada. Neste sentido, os efeitos da intervenção, ajustados para todas as variáveis confundidoras, foram observados nos principais desfechos a partir do cálculo da Odds Ratio (OR) ajustada para cada estrato e seus respectivos intervalos de confiança.

O nosso modelo de estudo permite a análise das variáveis independentes entre si e em relação às variáveis dependentes (desfechos). É possível avaliar se a presença da ESB no PSF está impactando positivamente na situação de saúde bucal da população sob sua responsabilidade, e ainda, se essa possível mudança de realidade pode está sendo influenciada pela condição socioeconômica (variáveis de confusão) dessa população.

Com o objetivo de verificar se uma possível ausência de efeito ocorre em função de uma deficiência de incorporação da saúde bucal no PSF, ou se, na verdade, é em decorrência de uma deficiência do PSF de uma forma geral, torna-se necessário avaliar alguns indicadores que expressem o impacto do PSF como um todo. Entre os indicadores mais sensíveis estão os relativos à saúde da criança. Utilizamos para essa análise os indicadores: óbitos em menores de um ano, internação por IRA em menores de cinco anos e a frequência de baixo peso ao nascer.

Em função do pequeno tamanho amostral e da dificuldade de se proceder a análise teórica, as morbidades referidas ferida na boca e mutilação dentária, apesar de terem sido coletadas, não serão analisadas neste trabalho.

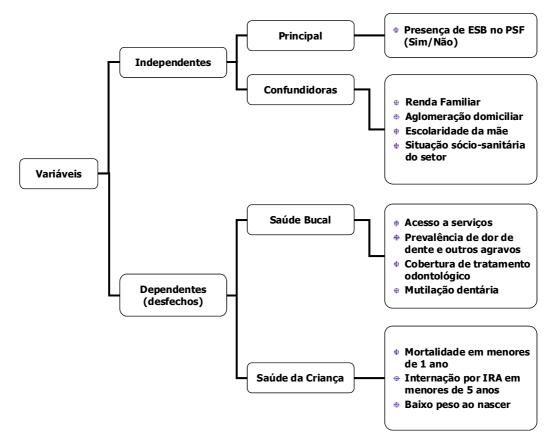


Figura 13. Modelo teórico para as variáveis utilizadas no estudo.

5 – Resultados e Discussão

...E não há melhor resposta Que o espetáculo da vida. (João Cabral de Melo Neto)

5.1 - Descrição da Amostra

Tabela 1. Número de domicílios e indivíduos pesquisados segundo o tipo de programa estudado. Natal, RN. 2007.

Tipo de cobertura	Número de domicílios	Número de indivíduos
PSF com ESB	947	3.573
PACS	630	2.130
PSF	25	73
UBS ou sem assistência	427	1.437
Total	2.029	7.186

Como podemos verificar na tabela 1, os dados primários foram coletados em 2.029 domicílios, totalizando uma amostra de 7.186 indivíduos. A média encontrada de indivíduos por domicílio foi de aproximadamente 3,5 aproximando-se bastante da média nacional que é de 3,8 e ficando um pouco abaixo da média do estado do Rio Grande do Norte e da Região Nordeste de 4,2 indivíduos por domicílio.

Do total de 7.186 indivíduos investigados, 3.573 estão em áreas cobertas pela Saúde Bucal (49,72% do total da amostra) e 3.613 em áreas não-cobertas (50,28% do total da amostra).

Tabela 2. Distribuição da amostra estudada, segundo tipo de programa pesquisado e situação do domicílio. Natal, RN. 2007.

		Situação do Domicílio							
	Dado c	oletado	Domicílio	fechado	Recusa		Total		
Tipo de Programa	n	%	n	%	n	%	n	%	
PSF com SB	3.451	96,6	98	2,7	24	0,7	3.573	100,0	
PSF	67	91,8	6	8,2	0	0	73	100,0	
PACS	1.974	93,9	120	5,7	9	0,4	2.103	100,0	
UBS ou não coberto	1.348	93,8	73	5,1	16	1,1	1.437	100,0	
Total	6.840	95,2	297	4,1	49	0,7	7.186	100,0	

Como observamos na tabela 2, a taxa de não resposta foi de 4,8%, bem abaixo do percentual esperado (20%). A condição domicílio fechado (4,1%) predominou quando comparada à recusa (0,7%), o que demonstra uma boa participação durante a coleta dos dados.

Conforme esclarecido na metodologia, foram sorteados 15 setores cobertos pela Saúde Bucal no PSF, e emparelhados a 15 setores não-cobertos. Durante o levantamento alguns setores deixaram de ter seus dados investigados, em função de desistências por parte dos entrevistadores, ocorrendo em consequência oito perdas de setores, sendo quatro cobertos e quatro não cobertos, restando então 22 setores (11 cobertos e 11 não cobertos). Dos 11 setores não-cobertos, um é coberto apenas pelo PSF sem Saúde Bucal, quatro não apresentam cobertura de nenhum tipo de programa, tendo como referência apenas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e seis apresentam cobertura pelo PACS. Entre os indivíduos investigados e com dados coletados de áreas não-cobertas, 67 estão em áreas de PSF, 1.348 em áreas sem cobertura de programa, 1.974 em área coberta por equipes de PACS, enquanto que 3.451 foram investigados e tiveram seus dados coletados em áreas cobertas por PSF com equipes de Saúde Bucal.

Tabela 3. Medidas descritivas do tempo de cobertura de acordo com o tipo de programa. Natal, RN. 2007.

Tempo de cobertura	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
PSF com SB	3.573	3,22	3,00	0,81	2	4
PSF	73	8,00	8,00	0,00	8	8
PACS	2.103	11,80	12,00	0,40	11	12
Total	5.749	6,42	4,00	4,179	2	12

Como podemos observar na tabela 3, em relação ao tempo de cobertura, a nossa amostra apresentou uma média de cobertura por Saúde Bucal no PSF de 3,22 anos, 8 anos na área coberta apenas por PSF, enquanto que em áreas cobertas por PACS observamos um tempo médio de cobertura de 11,64 anos.

O tempo médio de cobertura por Saúde Bucal de aproximadamente três anos, nas áreas analisadas, é compreensível, pois, mesmo com profissionais contratados desde 2002, quando da realização do concurso público, estes só puderam atuar a partir de 2004 quando a prefeitura adquiriu novos equipamentos odontológicos, estruturou os espaços físicos das Unidades e pôde, enfim, incorporar novas ESB³³.

Quanto à área coberta apenas por PSF, o tempo de oito de anos de cobertura, observado no momento da pesquisa, coincide com o tempo de implantação do programa, no município do Natal-RN, dado de forma efetiva a partir de 1998. Em relação às áreas cobertas pelo PACS, encontramos um tempo médio de aproximadamente onze anos, quando do momento da pesquisa. Esse tempo de implantação também é esperado se levarmos em consideração que a implantação do PACS ocorreu no ano de 1994, nos Distritos Sanitários Norte e Oeste³³.

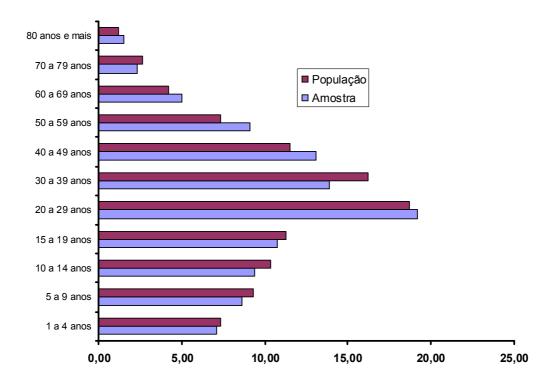


Figura 14. Distribuição percentual por faixa etária da amostra estudada, em comparação com a distribuição populacional. Natal, RN. 2007.

Como observamos na Figura 14, quanto à faixa etária, a nossa amostra aproximou-se muito da distribuição etária da população de Natal-RN, com a maioria dos indivíduos pesquisados (46,2%) apresentando idade entre 20 e 49 anos, percentual bastante aproximado da média nacional e da Região Nordeste para essa faixa etária que são respectivamente 44% e 40%. Esse dado é significativo por demonstrar, que a amostra estudada não se diferencia das características de distribuição por faixa etária da população de Natal-RN e da população nacional, concedendo ainda mais legitimidade aos resultados encontrados.

Tabela 4. Medidas descritivas das características socioeconômicas de acordo com o tipo de programa. Natal, RN. 2007.

Variável	Estatística Descritiva						
Aglomeração Domiciliar	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
PSF com SB	3.447	0,89	0,80	0,53	0,10	6,00	
PSF	67	0,85	0,75	0,44	0,30	2,00	
PACS	1.969	0,93	0,83	0,51	0,13	5,00	
UBS ou Não-Coberto	1.348	0,86	0,80	0,36	0,06	2,17	
Total	6.831	0,90	0,80	0,49	0,06	6,00	
Renda Familiar	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
PSF com SB	2.996	787,75	600,00	763,65	0	8.000	
PSF	67	618,51	500,00	384,78	100	1.800	
PACS	1.573	682,04	500,00	539,37	0	3.500	
UBS ou Não-Coberto	962	628,76	500,00	523,04	100	5.000	
Total	5.598	728,70	500,00	668,447	0	8.000	
Escolaridade da Mãe	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
PSF com SB	3.429	6,85	7,00	3,93	0	15	
PSF	63	5,49	4,00	3,91	0	11	
PACS	1.824	6,80	6,00	3,88	0	15	
UBS ou Não-Coberto	1.348	6,65	7,00	3,69	0	15	
Total	6.664	6,78	7,00	3,87	0	15	

Como observado na tabela 4, a amostra é composta de forma geral por indivíduos residentes em domicílios cuja média de indivíduos por cômodos é de 0,90 com renda familiar média de R\$ 728,70 e escolaridade da mãe de 6,78 anos estudados. Em relação à condição de aglomeração domiciliar verificamos uma maior aglomeração em áreas cobertas por PACS (média de 0,93 indivíduos por cômodo) muito próximo da média geral, na condição de renda familiar observamos uma melhor condição em áreas cobertas por ESB no PSF (média de R\$ 787,75) e a pior condição para áreas com PSF sem ESB com a média de R\$ 618,51. Já na condição de escolaridade da mãe, a melhor média observada foi em áreas cobertas por ESB no PSF (6,85 anos) sem muita discrepância para as áreas cobertas por PACS (6,80 anos) e áreas sem cobertura de programas assistenciais ou com UBS (6,65 anos), no entanto, em áreas cobertas apenas por PSF essa média cai para 5,49 anos estudados.

5.2 - Associação entre as variáveis

5.2.1 - Análise dos fatores de confusão

Neste tópico faremos uma análise dos fatores de confusão. Primeiramente será feita a análise da associação entre variáveis dependentes (desfechos) com as variáveis de confusão e depois analisaremos a associação entre as variáveis independentes principal e de confundimento. Vale ressaltar que as análises serão realizadas sobre os valores ponderados, com os valores brutos funcionando apenas como dados de referência. Utilizamos essa ferramenta de ponderação em função da discrepância observada entre os setores. Como alguns setores mostraram-se muito maiores do que outros e isso poderia gerar um possível viés, decidimos aplicar uma ponderação para cada setor, fazendo com que cada indivíduo do setor tivesse um determinado peso na amostra.

As tabelas 5 a 15, nos trazem a distribuição das frequências bruta e ponderada das variáveis dependentes (desfechos) em relação às variáveis independente de confusão "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe".

Tabela 5. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável acha que necessita de tratamento de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Fred	Freqüência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	60,6	60,1	40.0E	<0.001	1 15	1,29-1,62
Alta (>=0,80)	68,9	68,6	40,05	<0,001	1,45	1,29-1,02
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	58,5	58,3	75,74	<0.001	1,78	1,57-2,03
Baixa (<r\$500)< td=""><td>71,8</td><td>71,4</td><td>75,74</td><td>\0,001</td><td>1,70</td></r\$500)<>	71,8	71,4	75,74	\0,001	1,70	
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	65,5	64,9	0,28	0,595	0,97	0,85-1,10
Baixa (< 4 anos)	64,5	64,1	0,20	0,393	0,97	

Tamanho total da amostra: 6.690 para aglomeração domiciliar, 5.495 para renda familiar e 6.525 para escolaridade da mãe.

Observando a tabela 5, verificamos que, dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar, daqueles que residem em alta aglomeração domiciliar,

68,6% acham que necessitam de tratamento, enquanto que daqueles residentes em condição de aglomeração domiciliar baixa 60,1% referiram necessidade de tratamento odontológico.

Além da diferença percentual entre as duas condições, constatamos também uma diferença estatística significativa (p<0,001) e OR de 1,45 indicando "fator de risco" para condição alta aglomeração domiciliar, ou seja, indivíduos residentes nessa condição têm maior chance de referirem necessitar de tratamento odontológico, do que aqueles em condição de baixa aglomeração domiciliar. Esse dado nos revela que a condição social "aglomeração domiciliar" pode estar influenciando no desfecho.

Quando analisamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos com condição de baixa renda familiar 71,4% referiram necessidade de tratamento odontológico, enquanto que daqueles que estão inclusos na faixa de renda familiar alta essa proporção foi de 58,3%.

Assim como no dado de aglomeração domiciliar, também verificamos diferença estatística significativa (p < 0.001) e OR de 1.78 apontando uma maior chance para condição baixa renda familiar, ou seja, a possibilidade de indivíduos com baixa renda familiar referirem necessidade de tratamento é quase duas vezes maior do que aqueles de alta renda. Esse dado, assim como o anterior, também nos revela que a condição social relativa à renda familiar, pode está influenciando no desfecho.

Examinando o dado "Escolaridade da mãe", verificamos que dos indivíduos cuja mãe tem alta escolaridade 64,9% referiram achar que necessitam de tratamento ao passo que daqueles que estão na condição de baixa escolaridade da mãe esse valor foi de 64,1%.

A pequena diferença percentual de 0,8 ponto nos indica que a variável "Escolaridade" da mãe", não está exercendo influência sobre o desfecho "Acha que necessita de tratamento".

Tabela 6. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não foi ao dentista no último ano de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Freqüência					
Variável	Bruta	Ponderada	F	р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	80,2	81,4	42,66	<0.001	0.66	0.50.0.74
Alta (>=0,80)	73,4	74,1		<0,001	0,66	0,58-0,74
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	79,5	80,3	15,21	<0.001	0,76	0,66-0,87
Baixa (<r\$500)< td=""><td>73,7</td><td>75,5</td><td>13,21</td><td>\0,001</td><td>0,76</td></r\$500)<>	73,7	75,5	13,21	\0,001	0,76	
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	77,2	77,7	0.000	0,940	1,00	0,88-1,15
Baixa (< 4 anos)	76,1	77,8	0,006	0,940	1,00	

Tamanho total da amostra: 6.727 para aglomeração domiciliar, 5.529 para renda familiar e 6.567 para escolaridade da mãe.

Observando a tabela 6, verificamos que dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados para esse desfecho, daqueles residentes em baixa aglomeração domiciliar 81,4% referiram não ter ido ao dentista no setor público, ao ponto que daqueles em condição de alta aglomeração domiciliar 74,1% fizeram essa referência.

Além da diferença percentual entre as duas condições, constatamos também uma diferença estatística significativa (p<0,001) e OR de 0,66 indicando "fator de proteção" para condição alta aglomeração domiciliar, ou seja, que indivíduos residentes em moradias com baixa aglomeração domiciliar têm menor chance de ir ao dentista do que aqueles residentes em condição de alta aglomeração domiciliar. Esse dado nos revela que a condição aglomeração domiciliar pode está influenciando no desfecho "Não foi ao dentista do setor público no último ano".

Quando analisamos o dado "Renda familiar", observamos que 80,3% dos indivíduos da amostra, a esse desfecho, com dados de renda coletados que estão na condição de renda familiar alta, referiram não ter ido ao dentista do setor público, enquanto que dos indivíduos com baixa renda familiar esse valor é de 75,5%.

Assim como no dado de aglomeração domiciliar, também verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p < 0.001) e OR de 0.76 apontando "fator de proteção" para a condição baixa renda familiar, ou seja, indivíduos residentes na condição de

alta renda familiar têm menor chance de ir ao dentista no setor público. Esse dado também nos revela que a condição social renda familiar, pode estar influenciando no desfecho "Não foi ao dentista do setor público no último ano".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe" na tabela 6, verificamos que 77,7% dos indivíduos em condição de alta escolaridade da mãe referiram não ter ido ao dentista no último ano, ao passo que a proporção de indivíduos na condição de baixa escolaridade da mãe foi de 77,8%.

Com valores percentuais praticamente iguais, entre alta e baixa escolaridade, verificamos ausência de influência dessa variável de confundimento, sobre o desfecho "Não foi ao dentista do setor público no último ano".

È importante destacar que estamos considerando a ida ao dentista do setor público, característica essa que pode estar influenciando a menor ida de indivíduos com uma melhor condição de renda familiar e aglomeração domiciliar ao dentista, ou seja, indicando que provavelmente esses indivíduos estão sendo acolhidos pela iniciativa privada.

Tabela 7. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não teve acesso à assistência odontológica no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Freqüência					
Variável	Bruta	Ponderada	F	р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	69,2	70,9	18,17	<0.001	0,74	0,64-0,85
Alta (>=0,80)	63,7	64,3	10,17	<0,001	0,74	0,04-0,05
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	67,2	68,5	1,35	0,245	0,91	0,78-1,06
Baixa (<r\$500)< td=""><td>64,5</td><td>66,5</td><td>1,55</td><td>0,245</td><td>0,91</td></r\$500)<>	64,5	66,5	1,55	0,245	0,91	
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	67,1	67,6	0.000	0.022	0,99	0,86-1,15
Baixa (< 4 anos)	65,1	67,4	0,009	0,922	0,99	

Tamanho total da amostra: 4.598 para aglomeração domiciliar, 3.728 para renda familiar e 4.497 para escolaridade da mãe.

A variável descrita na tabela 7 foi composta a partir das duas variáveis anteriores: "Acha que necessita de tratamento" e "Foi ao dentista do setor público no último ano". Consideramos as possibilidades "sim" e "não" para os dois desfechos, e categorizamos a variável em "Assistido" e "Desassistido".

"Assistido" é entendido como aquele indivíduo que acha que não necessita de tratamento e foi ao dentista do setor público no último ano, ou ainda, aquele que acha que necessita de tratamento e também foi ao dentista do setor público no último ano. Na primeira situação consideramos que o tratamento foi concluído e o usuário se imagina livre de necessidade, e na segunda hipótese consideramos a condição de tratamento iniciado, todavia, incompleto. A categoria "Desassistido" foi composta por aqueles indivíduos que referiram necessidade de tratamento e que não foram ao dentista do setor público.

Ao analisarmos a tabela, observamos que, dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados, daqueles que residem na condição de baixa aglomeração domiciliar 70,9% não tiveram acesso à assistência odontológica no setor público (Desassistidos), enquanto que a proporção para indivíduos em condição de alta aglomeração domiciliar foi de 64,3%.

Além da diferença percentual entre as duas condições, constatamos também uma diferença estatística significativa (p<0,001) e OR de 0,74 indicando "fator de proteção" para a condição alta aglomeração domiciliar, ou seja, indivíduos residentes em moradias com baixa aglomeração domiciliar têm menor chance de ter acesso a serviços odontológicos do que aqueles residentes em condição de alta aglomeração domiciliar, ou melhor, condição socioeconômica. Esse dado nos revela que esta variável, pode estar influenciando no desfecho "Não teve acesso à assistência odontológica no setor público".

Quando analisamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos com dados de renda coletados que estão na condição de renda familiar alta 68,5% não tiveram acesso à assistência odontológica no setor público, enquanto que a proporção para esse desfecho entre os indivíduos inclusos na faixa de renda familiar baixa foi de 66,5%.

Além da pouca diferença de apenas 2 pontos percentuais, também não verificamos diferença estatística significativa (p=0.245), indicando ausência de influência do dado de renda familiar sobre o desfecho "Não teve acesso à assistência odontológica no setor público no último ano".

Ao examinarmos os dados de "Escolaridade da mãe" na tabela 7, verificamos que dos indivíduos na condição de alta escolaridade da mãe da amostra 67,6% referiram não ter tido acesso à assistência odontológica no setor público no último ano, ao passo que daqueles na condição de baixa escolaridade da mãe a proporção foi de 67,4%.

Com valores percentuais praticamente iguais, entre alta e baixa escolaridade, verificamos ausência de influência dessa variável de confundimento, sobre o desfecho.

Tabela 8. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não fez restauração no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confianca. Natal, RN. 2007.

	Fred	qüência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	40,1	42,1	0,81	0.370	1,11	0,88-1,39
Alta (>=0,80)	41,8	44,6	0,61	0,370	1,11	0,00-1,39
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	43,5	46,6	0.004	0.050	0,99	0,77-1,27
Baixa (<r\$500)< td=""><td>43,4</td><td>46,4</td><td>0,004</td><td>0,952</td><td>0,99</td></r\$500)<>	43,4	46,4	0,004	0,952	0,99	
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	38,0	41,7	F 70	0.02	1,33	1,05-1,68
Baixa (< 4 anos)	47,9	48,7	5,70	0,02		

Tamanho total da amostra: 1.558 para aglomeração domiciliar, 1.274 para renda familiar e 1.507 para escolaridade da mãe.

Verificando a tabela 8, observamos que dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados, daqueles que residem em condição de alta aglomeração domiciliar 44,6% foram ao dentista no setor público e não realizaram restauração, enquanto que daqueles residentes em baixa aglomeração domiciliar essa proporção foi de 42,1%.

Apesar da diferença percentual entre as duas condições, não observamos diferença estatística significativa (p=0.370), indicando ausência de influência da variável "aglomeração domiciliar", sobre o desfecho "Foi ao dentista do setor público e não fez restauração".

Quando examinamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos na condição de renda familiar alta 46,6% foram ao dentista no setor público e não realizaram restauração, enquanto que daqueles que estão inclusos na faixa de renda familiar baixa a proporção é de 46,4%.

Da mesma forma como ocorrido no dado de aglomeração domiciliar, também não verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p=0.952) indicando que esse dado também não está influenciando no desfecho "Foi ao dentista do setor público e não fez restauração".

Ao Examinarmos o dado "Escolaridade da mãe" na tabela 8, verificamos que dos indivíduos que estão na condição de baixa escolaridade da mãe 48,7% referiram ter ido ao dentista no setor público e não ter feito restauração, enquanto que naqueles em condição de alta escolaridade da mãe essa proporção foi de 41,7%.

Observamos diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p=0,02), com OR de 1,33 indicando "fator de risco" para a condição baixa escolaridade da mãe, ou seja, que indivíduos cuja mãe apresenta "alta escolaridade" têm maior chance de irem ao dentista do setor público e realizarem restauração, quando comparados aqueles em que a mãe tem baixa escolaridade. Esse dado nos revela que a condição "Escolaridade da mãe", pode está influenciando no desfecho estudado.

Tabela 9. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não fez extração no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Fred	jüência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	Р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	50,7	52,1	0,80	0,372	0,90	0,72-1,13
Alta (>=0,80)	47,5	49,6	0,00	0,372	0,90	0,72-1,13
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	52,6	53,8	3,24	0,072	0.80	0,63-1,02
Baixa (<r\$500)< td=""><td>46,7</td><td>48,2</td><td>3,24</td><td>0,072</td><td>0,00</td></r\$500)<>	46,7	48,2	3,24	0,072	0,00	
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	49,9	51,9	4.04	0,204	0,86	0,68-1,08
Baixa (< 4 anos)	46,8	48,2	1,61	0,204		

Tamanho total da amostra: 1.559 para aglomeração domiciliar, 1.276 para renda familiar e 1.508 para escolaridade da mãe.

Analisando a tabela 9, observamos que dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar, 52,1% daqueles que residem em condição de baixa aglomeração domiciliar foram ao dentista no setor público e não realizaram extração, enquanto que daqueles que se encontram na condição de alta aglomeração domiciliar a proporção foi de 49,6%.

Além da pequena diferença percentual entre as duas condições, também não observamos diferença estatística significativa (p=0,372), indicando ausência de influência da variável "aglomeração domiciliar", sobre o desfecho "Foi ao dentista do setor público e não fez extração".

Quando examinamos o dado "Renda familiar", observamos dos indivíduos que estão na condição de renda familiar alta 53,8% foram ao dentista no setor público e não realizaram extração, enquanto que o percentual daqueles inclusos na faixa de renda familiar baixa foi de 48,2%.

Da mesma como ocorrido no dado de aglomeração domiciliar, também não verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p=0.072) indicando que esse dado também não está influenciando no desfecho "Foi ao dentista do setor público e não fez restauração".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe" na tabela 9, verificamos que dos indivíduos na condição de alta escolaridade da mãe 51,9% referiram ter ido ao dentista e não realizado extração, ao passo que daqueles na condição de baixa escolaridade da mãe o percentual foi de 48,2%.

Porém, assim como as duas outras variáveis de confusão, a variável "Escolaridade da mãe" também não apresenta diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p=0,204) indicando que a variável "Escolaridade da mãe", não está exercendo influência sobre o desfecho "Foi ao dentista do setor público e não realizou extração".

Assim, como podemos verificar na tabela 9, nenhuma variável de confundimento causou influência sobre o indicador "Foi ao dentista do setor público e não fez extração".

Tabela 10. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não fez prevenção no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Freqüência					
Variável	Bruta	Ponderada	F	Р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	48,7	48,8	0,75	0,386	1,10	0,88-1,38
Alta (>=0,80)	49,3	51,3	0,75	0,300	1,10	0,00-1,30
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	49,0	50,9	1,53	0,216	1,16	0,91-1,48
Baixa (<r\$500)< td=""><td>53,0</td><td>54,6</td><td>1,55</td><td>0,210</td><td>1,10</td></r\$500)<>	53,0	54,6	1,55	0,210	1,10	
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	48,1	50,0	0.46	0,499	1,08	0,86-1,37
Baixa (< 4 anos)	51,6	52,0	0,46	0,499	1,00	

Tamanho total da amostra: 1.558 para aglomeração domiciliar, 1.276 para renda familiar e 1.507 para escolaridade da mãe.

Analisando a tabela 10, podemos verificar que dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar, daqueles que residem em condição de alta aglomeração domiciliar 51,3% foram ao dentista no setor público e não realizaram prevenção, enquanto que daqueles em condição de baixa aglomeração domiciliar a proporção foi de 48,8%.

Além da pequena diferença percentual entre as duas condições, não observamos diferença estatística significativa (p=0,386) indicando ausência de influência da variável "aglomeração domiciliar", sobre o desfecho "Foi ao dentista do setor público e não fez prevenção".

Quando examinamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos na condição de renda familiar baixa 54,6% foram ao dentista no setor público e não realizaram prevenção, enquanto que daqueles de renda familiar alta a proporção foi de 50,9%.

Da mesma forma como ocorrido no dado de aglomeração domiciliar, também não verificamos diferença estatisticamente significativa para renda familiar (p=0,216) indicando que esse dado também não está influenciando no desfecho "Foi ao dentista do setor público e não fez prevenção".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe", verificamos que dos indivíduos da amostra com essa informação coletada, que estão na condição de baixa escolaridade da mãe 52,0% referiram ter ido ao dentista e não realizado prevenção, ao passo que a proporção entre aqueles em condição de alta escolaridade da mãe foi de 50,0%.

Porém, da mesma forma das variáveis anteriores, a variável "Escolaridade da mãe" também não apresenta diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p=0,499) o que indica ausência de influência dessa variável sobre o desfecho "Foi ao dentista do setor público e não realizou prevenção".

Deste modo, como podemos verificar na tabela 10, nenhuma variável de confundimento causou influência sobre o indicador "Foi ao dentista do setor público e não fez prevenção".

Tabela 11. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não participou de palestras no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Fred	jüência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	Р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	91,3	92,1	17.40	<0.001	0,69	0,58-0,82
Alta (>=0,80)	87,3	89,0	17,49	<0,001	0,09	0,50-0,62
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	90,1	91,0	4,73	0.02	0,82	0,68-0,98
Baixa (<r\$500)< td=""><td>87,4</td><td>89,2</td><td>4,73</td><td>0,03</td><td>0,02</td></r\$500)<>	87,4	89,2	4,73	0,03	0,02	
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	88,6	89,6	11.00	<0.001	1,39	1,15-1,68
Baixa (< 4 anos)	91,0	92,3	11,80	\ 0,001	1,39	

Tamanho total da amostra: 6.694 para aglomeração domiciliar, 5.493 para renda familiar e 6.529 para escolaridade da mãe.

Observando a tabela 11, verificamos que, dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados, daqueles que residem em baixa aglomeração domiciliar 92,1% referiram não ter participado de palestras no setor público, ao ponto que entre aqueles que residem na condição de alta aglomeração domiciliar essa proporção foi de 89,0%.

Além da diferença percentual entre as duas condições, constatamos também uma diferença estatística significativa (p<0,001) e OR de 0,69 indicando "fator de proteção" para a condição alta aglomeração domiciliar, ou seja, que indivíduos residentes em moradias com baixa aglomeração domiciliar têm menor chance de participarem de palestras no setor público

do que aqueles residentes em condição de alta aglomeração domiciliar. Esse dado nos revela que a condição social, aglomeração domiciliar, pode está influenciando no desfecho.

Quando analisamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos da amostra com dados de renda coletados, entre aqueles que estão na condição de renda familiar alta 91,0% referiram não ter participado de palestras no setor público, enquanto que dos inclusos na faixa de renda familiar baixa a proporção foi de 89,2%.

Assim como no dado de aglomeração domiciliar, também verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p=0.03) e OR de 0.82 apontando "fator de proteção" para a condição baixa renda familiar, ou seja, que indivíduos residentes em condição de alta renda familiar têm menor chance de participarem de palestras no setor público, do que os de baixa renda familiar. Esse dado também nos revela que a condição social, renda familiar, pode estar influenciando no desfecho "Não participou de palestras no setor público".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe" na tabela 11, verificamos que, dos indivíduos da amostra com essa informação coletada, daqueles em condição de baixa escolaridade da mãe 92,3% referiram não ter participado de palestras no setor público, ao passo que a proporção dos que estão na condição de alta escolaridade da mãe foi de 89,6%.

Observamos diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p<0,001), com OR de 1,39 indicando que indivíduos cuja mãe tem alta escolaridade têm maior chance de participarem de palestras no setor público, quando comparados aqueles em que a mãe tem baixa escolaridade. Esse dado nos revela que a condição "Escolaridade da mãe", também pode estar influenciando no desfecho "Não participou de palestras no setor público".

Como podemos observar na tabela 11, as três variáveis de confundimento podem estar influenciando no desfecho "Não participou de palestras no setor público".

Tabela 12. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável referiu dor de dente de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Fred	j üência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	Р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	20,1	19,4	0.20	0.012	1,19	1,04-1,35
Alta (>=0,80)	23,1	22,2	6,39	0,012	1,19	1,04-1,33
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	19,7	18,9	17,43	<0.001	1,36	1,18-1,57
Baixa (<r\$500)< td=""><td>24,7</td><td>24,1</td><td>17,43</td><td><0,001</td><td>1,30</td><td>1,10-1,57</td></r\$500)<>	24,7	24,1	17,43	<0,001	1,30	1,10-1,57
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	21,2	20,5	0,58	0,447	1,06	0,92-1,22
Baixa (< 4 anos)	22,5	21,4	0,50	U, 44 7		

Tamanho total da amostra: 6.699 para aglomeração domiciliar, 5.512 para renda familiar e 6.536 para escolaridade da mãe.

Observando a tabela 12, verificamos que dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados, daqueles que residem em alta aglomeração domiciliar 22,2% referiram ter tido dor de dente e entre aqueles que residem em condição de baixa aglomeração domiciliar a proporção foi de 19,4%.

Apesar da pequena diferença percentual entre as duas condições, constatamos diferença estatística significativa (p=0.012) e OR de 1,19 indicando que indivíduos residentes em alta aglomeração domiciliar têm maior chance de referirem dor de dente do que aqueles residentes em condição de baixa aglomeração domiciliar. Esse dado nos revela que a condição social, aglomeração domiciliar, pode estar influenciando no desfecho "Referiu dor de dente".

Quando analisamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos na condição de renda familiar baixa 24,1% referiram ter tido dor de dente no último ano, enquanto que entre, aqueles de renda familiar alta, a proporção foi de 18,9%.

Assim como no dado de aglomeração domiciliar, também verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p<0,001) e OR de 1,36 indicando que indivíduos residentes na condição de baixa renda familiar referem mais dor de dente do que aqueles residentes em condição de renda familiar alta. Esse dado também nos revela que a condição social renda familiar pode estar influenciando no desfecho "Referiu dor de dente".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe" na tabela 12, verificamos que, dos indivíduos da amostra com essa informação coletada que se encontram na condição de baixa escolaridade da mãe 21,4% referiram não ter tido dor de dente, enquanto que, entre aqueles que estão na condição de alta escolaridade da mãe, a proporção foi de 20,05%.

Porém, esse dado não apresenta diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p=0,447) indicando que a variável "Escolaridade da mãe", não está exercendo influência sobre o desfecho "Referiu dor de dente".

Tabela 13. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não tratou dor de dente no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Fred	j üência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	Р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	72,5	72,6	0.1	0,756	0,96	0,74-1,24
Alta (>=0,80)	73,2	71,8	0,1	0,730	0,90	0,14-1,24
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	73,7	73,0	0,001	0.978	1,00	0,75-1,33
Baixa (<r\$500)< td=""><td>73,4</td><td>73,0</td><td>0,001</td><td>0,970</td><td>1,00</td><td>0,73-1,33</td></r\$500)<>	73,4	73,0	0,001	0,970	1,00	0,73-1,33
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	73,9	73,0	0,32	0,570	0,92	0,70-1,22
Baixa (< 4 anos)	72,0	71,4	0,32	0,370	0,32	0,10-1,22

Tamanho total da amostra: 1.443 para aglomeração domiciliar, 1.212 para renda familiar e 1.407 para escolaridade da mãe.

Analisando a tabela 13, podemos verificar que, dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados, daqueles que residem em condição de baixa aglomeração domiciliar 72.6% não trataram dor de dente no setor público, enquanto que daqueles na condição de alta aglomeração domiciliar a proporção foi de 71,8%.

Apesar da diferença percentual entre as duas condições, não observamos diferença estatística significativa (p=0,756) indicando ausência de influência da variável "aglomeração domiciliar", sobre o desfecho "Tratou dor de dente no setor público".

Quando examinamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos da amostra com dados de renda coletados que estão na condição de renda familiar baixa 73,0% não trataram dor de dente no setor público, observando-se a mesma proporção para aqueles inclusos na faixa de renda familiar alta.

Da mesma forma como ocorrido no dado de aglomeração domiciliar, também não verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p=0.978) indicando que esse dado também não está influenciando no desfecho "Não tratou dor de dente no setor público".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe", verificamos que dos indivíduos da amostra com essa informação coletada que estão na condição de alta escolaridade da mãe 73% não trataram dor de dente no setor público, ao passo que daqueles em condição de baixa escolaridade da mãe a proporção foi de 71,4%.

Porém, esse dado não apresenta diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p=0,570) o que indica que a variável "Escolaridade da mãe", não está exercendo influência sobre o desfecho "Não tratou dor de dente no setor público".

Como podemos verificar na tabela 13, nenhuma variável de confundimento influenciou sobre o indicador "Não tratou dor de dente no setor público".

Tabela 14. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável referiu sangramento gengival de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Fred	ηüência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	8,2	7,6	0.45	0.021	0,98	0,79-1,20
Alta (>=0,80)	7,6	7,4	0,45 0,831	0,031	0,90	0,19-1,20
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	7,8	7,5	U 30	0,538	1,07	0,86-1,35
Baixa (<r\$500)< td=""><td>8,7</td><td>8,0</td><td>0,38</td><td>0,536</td><td>1,07</td><td>0,00-1,33</td></r\$500)<>	8,7	8,0	0,38	0,536	1,07	0,00-1,33
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	8,6	8,2	6,44	0,011	0,74	0,58-0,93
Baixa (< 4 anos)	6,5	6,2	0,44	0,011	0,74	0,50-0,95

Tamanho total da amostra: 6.682 para aglomeração domiciliar, 5.504 para renda familiar e 6.522 para escolaridade da mãe.

Verificando a tabela 14, observamos que dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados, daqueles que residem em condição de baixa aglomeração domiciliar 7,6% referiram sangramento gengival, ao ponto que daqueles residentes em condição de baixa aglomeração domiciliar a proporção foi de 7,4%.

Como podemos observar, não existe diferença estatística significativa entre as duas condições (p=0,831), indicando ausência de influência da variável "aglomeração domiciliar", sobre o desfecho "Referiu sangramento gengival".

Quando examinamos o dado "Renda familiar", verificamos que dos indivíduos da amostra com dados de renda coletados, que estão na condição de renda familiar baixa 8,0% referiram sangramento gengival, enquanto que entre aqueles inclusos na faixa de renda familiar alta essa proporção foi de 7,5%.

Da mesma forma como ocorreu com o dado de aglomeração domiciliar, também não verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p=0.538) indicando que esse dado também não está influenciando no desfecho "Referiu sangramento gengival".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe", podemos observar que dos indivíduos da amostra com essa informação coletada, que estão na condição de alta escolaridade da mãe 8,2% referiram ter tido sangramento gengival, ao passo que entre aqueles na condição de baixa escolaridade da mãe a proporção foi de 6,2%.

Observamos diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p=0.011) com OR de 0,74 indicando que indivíduos em condição de "baixa escolaridade da mãe" têm menor chance de referirem sangramento gengival, quando comparados aqueles em que a mãe tem alta escolaridade. Esse dado nos revela que a condição "Escolaridade da mãe", pode está influenciando no desfecho "Referiu sangramento gengival".

É importante verificarmos que, por se tratar de um dado referido, essa diferença pode estar sendo determinada por uma melhor percepção de sangramento, dos indivíduos em que a mãe apresenta uma maior escolaridade.

Tabela 15. Distribuição das freqüências bruta e ponderada da variável não tratou sangramento gengival no setor público de acordo com as variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe". Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Fred	_l üência				
Variável	Bruta	Ponderada	F	р	OR	IC (95%)
Aglomeração Domiciliar						
Baixa (<0,80)	86,9	86,2	0.49	0,486	1,23	0,69-2,20
Alta (>=0,80)	89,2	88,4	0,48	0,400	1,23	0,09-2,20
Renda Familiar						
Alta (>=R\$500)	90,1	90,3	2,28	0,131	0,61	0,32-1,16
Baixa (<r\$500)< td=""><td>87,2</td><td>85,0</td><td>2,20</td><td>0,131</td><td>0,01</td><td>0,32-1,10</td></r\$500)<>	87,2	85,0	2,20	0,131	0,01	0,32-1,10
Escolaridade da mãe						
Alta (>=4 anos)	89,3	88,6	0,09	0,765	1,12	0,53-2,38
Baixa (< 4 anos)	90,8	89,7	0,03	0,700	1,12	0,00-2,00

Tamanho total da amostra: 528 para aglomeração domiciliar, 452 para renda familiar e 517 para escolaridade da mãe.

Analisando a tabela 15, podemos verificar que dos indivíduos participantes da amostra com dados de aglomeração domiciliar coletados, daqueles que residem em condição de alta aglomeração domiciliar 88,4% não trataram sangramento gengival no setor público, enquanto que daqueles na condição de baixa aglomeração domiciliar a proporção foi de 86,2%.

Apesar da diferença percentual entre as duas condições, não observamos diferença estatística significativa (p=0,486) indicando ausência de influência da variável "aglomeração domiciliar", sobre o desfecho "Não tratou sangramento gengival no setor público".

Quando examinamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos da amostra com dados de renda coletados que estão na condição de renda familiar alta 90,3% não trataram sangramento gengival no setor público, enquanto que aqueles inclusos na faixa de renda familiar baixa a proporção foi de 88,4%.

Da mesma forma como ocorrido no dado de aglomeração domiciliar, também não verificamos diferença estatística significativa para renda familiar (p=0,131) indicando que esse dado também não está influenciando no desfecho "Não tratou sangramento gengival no setor público".

Ao examinarmos o dado "Escolaridade da mãe", verificamos que dos indivíduos da amostra com essa informação coletada, que estão na condição de baixa escolaridade da mãe 89,7% não trataram sangramento gengival no setor público, ao passo que daqueles na condição de alta escolaridade da mãe a proporção foi de 88,6%.

Esse dado também não apresenta diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (p=0,765) o que indica que a variável "Escolaridade da mãe", não está exercendo influência sobre o desfecho "Não tratou sangramento gengival no setor público".

Como podemos verificar na tabela 15, nenhuma variável de confundimento influenciou sobre o indicador "Não tratou sangramento gengival no setor público".

As tabelas 16 e 17 trarão a análise entre a variável independente de interesse em relação às variáveis confundidoras.

Serão considerados dois tipos de condição para áreas não cobertas, uma com algum tipo de programa assistencial e outra sem programa de qualquer natureza. Como faremos nossa análise dos desfechos, comparando áreas cobertas por ESB no PSF com áreas não cobertas nessas duas condições (tópico 5.2.2), é fundamental verificarmos se uma possível diferença estatística pode estar sendo determinada por diferenças socioeconômicas entre as áreas não cobertas

A tabela 16 nos traz a distribuição das frequências bruta e ponderada das variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe" em relação à variável independente "cobertura de saúde bucal", sendo não coberto definido como áreas de UBS, com PACS, com PSF sem ESB ou sem nenhum tipo de assistência.

Tabela 16. Distribuição das freqüências bruta e ponderada das variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar" "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe" de acordo com a variável independente "cobertura de saúde bucal no PSF". Não coberto definido como áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência. Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

Aglomeração Domici	liar Alta (>=0,80)						
	Coberto	Não-Coberto	F	р	OR	IC (95%)	
Bruta	50,2	56,0	6,02	0,014	1,15	1 02 1 20	
Ponderada	50,8	54,2	0,02	0,014	1,10	1,03-1,28	
Renda Familiar Baixa (<r\$500)< td=""></r\$500)<>							
	Coberto	Não-Coberto	F	Р	OR	IC (95%)	
Bruta	44,2	48,0	1,95	0,163	1,09	0,96-1,23	
Ponderada	45,1	47,2	1,95				
Baixa Escolaridade d	la Mãe (< 4 anos)						
	Coberto	Não-Coberto	F	Р	OR	IC (95%)	
Bruta	33,6	32,9	0.03	0.335	1.06	0,94-1,19	
Ponderada	33,0	34,3	0,93	0,335	1,06		

Tamanho total da amostra: 6.831 para aglomeração domiciliar, 5.598 para renda familiar e 6.664 para escolaridade da mãe.

Como podemos observar na tabela 16, dos indivíduos residentes em áreas não cobertas 54,2% residem em condição de alta aglomeração domiciliar, enquanto que dos moradores de área coberta para essa condição a proporção é de 50,8%.

Além da diferença percentual entre as duas áreas, constatamos também uma diferença estatística significativa (p=0.014) e OR de 1,15 indicando que indivíduos residentes em áreas não cobertas por ESB no PSF, têm maior chance de morarem em residência com alta aglomeração domiciliar. Esse dado pode está indicando que indivíduos residentes em áreas não cobertas por ESB têm piores condições para o dado "aglomeração domiciliar".

Quando examinamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos residentes em áreas não cobertas 47,2% estão na condição de baixa renda familiar, ao ponto que para os que estão em áreas cobertas pelas ESB a proporção para essa condição foi de 45,1%.

Porém, não verificamos diferença estatística significativa para a variável renda familiar (p=0,163) indicando que a variável "renda familiar" não está sendo influenciada pelo tipo de cobertura.

Como podemos verificar no dado "Escolaridade da mãe", dos indivíduos que residem em áreas não cobertas por ESB 34,3% estão na condição de baixa escolaridade da mãe, enquanto que dos residentes em áreas não cobertas por ESB essa proporção foi de 33,0%.

Porém, esse dado, assim como renda familiar não apresenta diferença estatisticamente significativa entre as duas áreas (p=0.335) o que indica que a variável "Escolaridade da mãe", não está sendo influenciada pelo tipo de cobertura.

A tabela 17 mostra a distribuição das frequências bruta e ponderada das variáveis independentes "aglomeração domiciliar", "renda familiar" e "escolaridade da mãe" em relação à variável independente "cobertura de saúde bucal", sendo não coberto definido como áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Tabela 17. Distribuição das freqüências bruta e ponderada das variáveis independentes "Aglomeração Domiciliar", "Renda Familiar" e "Escolaridade da mãe" de acordo com a variável independente "cobertura de saúde bucal no PSF". Não coberto definido como áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência. Valores da estatística "F", significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

Aglomeração Domiciliar Al	ta (>=0,80)						
	Coberto	Não-Coberto	F	р	OR	IC (95%)	
Bruta	50,2	55,0	3,23	0.072	1,13	0,99-1,30	
Ponderada	50,8	53,9	3,23	0,072	1,13	0,99-1,50	
Renda Familiar Baixa (<r\$500)< td=""></r\$500)<>							
	Coberto	Não-Coberto	F	Р	OR	IC (95%)	
Bruta	44,2	47,8	0,26	0.611	1,04	0,89-1,22	
Ponderada	45,1	46,1	0,20	0,011	1,04	0,09-1,22	
Escolaridade da Mãe (< 4 a	nos)						
	Coberto	Não-Coberto	F	Р	OR	IC (95%)	
Bruta	33,6	29,2	3,99	0.046	0,86	0,74-0,99	
Ponderada	33,0	29,7	5,99	0,040	0,00	0,14-0,99	

Tamanho total da amostra: 4.795 para aglomeração domiciliar, 3.958 para renda familiar e 4.777 para escolaridade da mãe.

Como podemos observar na tabela 17, dos indivíduos moradores de áreas não cobertas por programas assistenciais, 53,9% residem em condição de alta aglomeração domiciliar, enquanto que daqueles moradores de área coberta a proporção para essa condição foi de 50,8%.

Apesar da pequena diferença percentual (3,1 pontos percentuais) entre as duas áreas, não constatamos diferença estatística significativa (p=0.072) com o intervalo da OR incluindo o 1,00 indicando ausência de relação entre tipo de cobertura e "Aglomeração Domiciliar", para essa condição.

Quando examinamos o dado "Renda familiar", observamos que dos indivíduos residentes em áreas não cobertas, 46,1% estão na condição de baixa renda familiar, enquanto que daqueles moradores de áreas cobertas pelas ESB essa proporção foi de 45,1%.

Não verificamos diferença estatística significativa para a variável renda familiar (p=0,611) quando comparamos o tipo de cobertura nessa condição, indicando, assim como a variável anterior, ausência de relação entre tipo de cobertura e "Renda Familiar".

Como podemos verificar no dado "Escolaridade da mãe", 29,7% dos indivíduos que residem em áreas não cobertas se encontram na condição de baixa escolaridade da mãe, ao passo que dos moradores de áreas cobertas a proporção para essa condição foi de 33,0%.

Além da pequena diferença percentual entre as duas áreas (3,3 pontos percentuais), esse dado também apresenta diferença estatisticamente significativa (p=0,046) com OR de 0,86 indicativo de que em áreas cobertas a chance de se encontrar indivíduos cuja mãe tem baixa escolaridade é maior do que em áreas não cobertas, apontando para piores condições da variável "escolaridade da mãe", em áreas cobertas por ESB. Porém, podemos observar que essa diferença encontra-se no "limite da significância", tanto pelo p (0,046) quanto pelo IC (0,74-0,99), apontando para uma pequena praticidade do dado.

Tabela 18. Valores da significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança, dos desfechos que associados às variáveis independentes, principal e de confusão, registraram um p-valor menor ou igual a 0,20. Natal, RN. 2007.

Coberto x Não coberto (UBS, apenas PSF, PACS o		•	
Desfecho	р	OR	IC (OR)
Acha que necessita de tratamento	0,2	1,08	0,96-1,21
Não fez restauração no setor público	0,18	0,86	0,69-1,07
Não fez prevenção no setor público	0,12	0,84	0,68-1,05
Não foi ao dentista no último ano no setor público	0,05	0,88	0,77-1,00
Não participou de palestras no setor público	0,01	0,81	0,68-0,96
Não fez extração no setor público	<0,001	0,52	0,41-0,65
Coberto x Não coberto (UBS ou sem assistência)			
Desfecho	р	OR	IC (OR)
Não fez restauração no setor público	0,13	1,31	0,92-1,85
Não tratou sangramento no setor público	0,05	2,53	0,97-6,57
Referiu dor de dente	0,04	0,83	0,70-0,99
Não fez extração no setor público	0,002	1,77	1,22-2,57
Não tratou dor de dente no setor público	<0,001	2,51	1,66-3,82
Acha que necessita de tratamento	<0,001	2,07	1,77-2,42
Não foi ao dentista no último ano no setor público	<0,001	1,64	1,36-1,97
Aglomeração Domiciliar			
Desfecho	р	OR	IC (OR)
Referiu dor de dente	0,01	1,19	1,04-1,35
Acha que necessita de tratamento	<0,001	1,45	1,29-1,62
Não participou de palestras no setor público	<0,001	0,69	0,58-0,82
Não foi ao dentista no último ano no setor público	<0,001	0,66	0,58-0,74
Renda Familiar			
Desfecho	р	OR	IC (OR)
Não tratou sangramento gengival no setor público	0,13	0,61	0,32-1,16
Não participou de palestras no setor público	0,03	0,82	0,68-0,98
Acha que necessita de tratamento	<0,001	1,78	1,57-2,03
	<0,001	1,36	1,18-1,57
Referiu dor de dente	-,		
	<0,001	0,76	0,66-0,87
	•	0,76	0,66-0,87
Não foi ao dentista no último ano no setor público	•	0,76 OR	0,66-0,87
Não foi ao dentista no último ano no setor público Escolaridade da mãe	<0,001		
Não foi ao dentista no último ano no setor público Escolaridade da mãe Desfecho	<0,001 p	OR	IC (OR)
Não foi ao dentista no último ano no setor público Escolaridade da mãe Desfecho Não fez extração no setor público	<0,001 p 0,20	OR 0,86	IC (OR) 0,68-1,08

Na tabela 18 podemos verificar todos os desfechos, que quando associados à variável independente principal apresentaram significância menor ou igual a 0,20 durante a análise bivariada. Depois de feita a verificação da significância, para cada desfecho, na associação com o tipo de cobertura, aqueles que apresentaram um p-valor menor ou igual a 0,20 foram analisados na associação com as variáveis de confusão. Essa estratégia tem como objetivo determinar quais associações de desfechos serão analisadas de forma estratificada.

Como podemos observar, na tabela 18, alguns desfechos foram significativos apenas para a condição de não coberto que apresenta algum tipo de programa assistencial, enquanto que outros se mostraram significativos para a área não coberta que não apresenta nenhum tipo de programa. Essa particularidade foi observada também nas associações dos desfechos com as variáveis de confusão.

No tópico seguinte faremos as análises estratificadas de todas as associações significativas observadas na tabela 18.

5.2.2 - Análise da associação entre os desfechos e as variáveis independentes principais

Neste tópico faremos uma análise da associação entre a variável independente de interesse "cobertura de saúde bucal no PSF" em relação as variáveis dependentes.

Pelo fato do nosso estudo apresentar variáveis confundidoras, fez-se necessário a utilização da estratégia de análise multivariada, no interesse de se obter resultados conclusivos mais confiáveis.

Em função do pequeno número de variáveis confundidoras, optou-se pela análise multivariada do tipo estratificada. Segundo Luiz⁵⁶, uma importante estratégia para a investigação da existência de confundimento entre variáveis, é a comparação entre as medidas de associação bruta e ajustada, pela estratificação. A abordagem multivariada permite identificar a influência ou não, de uma variável, tida como de confusão, sobre um determinado desfecho. Uma outra característica apontada pelo autor para esse tipo de análise, é que ela pode indicar se o efeito de determinada variável pode ser alterado por uma terceira variável, revelando, a interação entre elas para a ocorrência do desfecho⁵⁶.

Das tabelas 19 a 29 analisaremos as variáveis dependentes associadas à variável de interesse explanatória, presença ou não da ESB no PSF, e de forma estratificada as variáveis

dependentes que durante nossa análise bivariada, apontaram alguma significância estatística quando associadas às variáveis de confusão, conforme a tabela 18.

Foram utilizadas duas condições de análise para áreas não cobertas, que classificamos em condição 1 e condição 2 de não coberta. Na condição 1 consideramos não coberto áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência, enquanto que na condição 2 foram consideradas áreas com UBS tradicionais ou sem nenhum tipo de assistência. A justificativa para essa distinção é a possibilidade de compararmos o efeito do PSF com ESB em áreas cobertas por algum tipo de programa assistencial e áreas desassistidas ou que apresentam o modelo tradicional de serviços, para verificarmos se o que está impactando é o programa em si ou se é a presença da ESB.

Tabela 19. Comparação da proporção de indivíduos que referiram achar que necessitam de tratamento entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar" e "Renda Familiar". Valores de significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Acha que neces	sita de tratamento			
Variável de Confusão	Propo	rção (%)	р	OR	I.C. (95%)
Aglomeração Domiciliar Baixa					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	59,1		1	
Não Coberto 1	-	61,1	0,569	1,09	0,92-1,28
Não Coberto 2	-	74,4	0,004	2,01	1,61-2,51
Aglomeração Domiciliar Alta					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	68,0		1	
Não Coberto 1	-	69,1	0,743	1,05	0,90-1,24
Não Coberto 2	-	81,9	0,004	2,13	1,70-2,67
Renda Familiar Alta					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	57,7		1	
Não Coberto 1	-	59,0	0,726	1,06	0,89-1,25
Não Coberto 2	-	74,1	0,008	2,09	1,65-2,65
Renda Familiar Baixa					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	70,5		1	
Não Coberto 1	-	72,3	0,601	1,09	0,89-1,34
Não Coberto 2	-	80,6	0,041	1,74	1,32-2,28
Total					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	65,2	63,6		1	
Não Coberto 1	64,8	65,4	0,196	1,08	0,96-1,21
Não Coberto 2	76,6	78,4	<0,001	2,07	1,77-2,43

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Como podemos observar na tabela 19, no desfecho "Acha que necessita de tratamento", quando comparamos áreas cobertas com áreas não cobertas na condição 1, verificamos que 63,6% dos indivíduos de áreas cobertas e 65,4% de áreas não cobertas referiram necessidade de tratamento odontológico. Mesmo observando uma pequena diferença percentual (1,8 ponto percentual), não constatamos diferença significativa entre as áreas cobertas e não cobertas (p=0,196).

Analisando o percentual geral do dado, nos chama a atenção o fato de 64,5% dos indivíduos inclusos na amostra referirem necessidade de tratamento odontológico. Este valor apesar de está abaixo da média nacional e regional (Macrorregião Nordeste) observada pelo Projeto SB Brasil 2003²⁴, que foram respectivamente 74,6% e 78,7%, nos parece muito alto. Se considerarmos, por exemplo, que a cidade do Natal-RN tem uma população de aproximadamente 800.000 pessoas, esse dado nos revela que cerca de 500.000 pessoas estariam considerando necessitar de tratamento odontológico, um número extremamente alto e indicativo de desassistência odontológica.

Quando comparamos áreas cobertas com não cobertas na condição 2, observamos que 78,4% dos indivíduos dessa área referiram necessidade de tratamento odontológico. Além da diferença percentual, verificamos também uma diferença estatística significativa (p<0,001) entre as áreas, com OR de 2,07 indicando risco para áreas não cobertas por ESB, ou seja, a possibilidade de um indivíduo residente em área não coberta referir necessidade de tratamento odontológico é duas vezes maior do que aqueles indivíduos moradores de áreas cobertas por ESB no PSF.

O percentual geral de indivíduos que acham que necessitam de tratamento odontológico de 71% é ainda mais espantoso do aquele verificado na associação com áreas não cobertas que apresentavam algum tipo de programa organizado. Este dado nos dá a noção de ausência de assistência, quase que total, das áreas não cobertas por nenhum tipo de programa assistencial, e valorizam ainda mais a presença do PSF em si, ou de algum tipo de programa assistencial. Porém, representa um percentual bem próximo daquele observado no SB Brasil 2003, tanto em nível nacional quanto regional (Macrorregião Nordeste), que foram respectivamente 74,6% e 78,7%.

Observando a análise estratificada para a variável de confundimento "Aglomeração Domiciliar" na tabela 19, podemos verificar que tanto "Aglomeração Domiciliar Baixa", quanto "Aglomeração Domiciliar Alta" mantém a direção dos valores de p e das OR com seus respectivos IC, tanto na condição 1, quanto na condição 2 de áreas não cobertas, indicando ausência de influência desta variável de confusão, na associação entre áreas cobertas e áreas não cobertas, quando analisamos o desfecho "Acha que necessita de tratamento".

A ausência de efeito da variável de confusão na associação entre áreas cobertas e não cobertas, também é verificada quando observamos a análise estratificada da variável "Renda Familiar". Tanto para a condição 1 de área não coberta, quanto para a condição 2, verificamos que os valores de p, das ORs e de seus respectivos intervalos de confiança mantém a mesma direção de significância observada nos dados bivariados. Esse resultado também nos aponta ausência de influência da variável de confundimento "Renda Familiar", na associação entre áreas cobertas e não cobertas para o desfecho "Acha que necessita de tratamento".

Tabela 20. Comparação da proporção de indivíduos que não foram ao dentista do setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta" e "Renda Familiar Alta e Baixa". Valores de significância, odds ratio e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

		lentista do setor 10 último ano			
Variável de Confusão	Prop	orção (%)	 P	OR	I.C. (95%)
Aglomeração Domiciliar Baixa					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	82,3		1	
Não Coberto 1	-	80,3	0,474	0,88	0,72-1,06
Não Coberto 2	-	88,0	0,094	1,57	1,17-2,10
Aglomeração Domiciliar Alta					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	75,1		1	
Não Coberto 1	-	73,2	0,548	0,91	0,77-1,07
Não Coberto 2	-	84,0	0,017	1,74	1,36-2,23
Renda Familiar Alta					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	80,4		1	
Não Coberto 1	-	80,1	0,978	0,98	0,81-1,20
Não Coberto 2	-	89,3	0,024	2,04	1,46-2,85
Renda Familiar Baixa					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	78,4		1	
Não Coberto 1	-	72,3	0,058	0,72	0,59-0,88
Não Coberto 2	-	82,3	0,415	1,28	0,95-1,73
Total					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	79,0	78,7		1	
Não Coberto 1	74,2	76,5	0,05	0,88	0,78-1,00
Não Coberto 2	86,1	85,8	<0,001	1,64	1,36-1,97

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Analisando a tabela 20 no desfecho "Não foi ao dentista no último ano", em que podemos avaliar o acesso a consulta odontológica, observamos que quando comparamos áreas cobertas com áreas não cobertas na condição 1, 78,7% dos indivíduos de áreas cobertas e 76,5% daqueles de áreas não cobertas não foram ao dentista no último ano, verificando-se significância estatística nesse dado (p=0,05) e OR de 0,88, indicativa de proteção para áreas

não cobertas pela saúde bucal no PSF, quanto ao acesso, ou seja, um indivíduo residente em área não coberta por ESB tem mais chance de conseguir uma consulta odontológica, do que aqueles de áreas cobertas.

Esse dado apesar de preocupante pelo fato de nos revelar que o PSF com ESB não está impactando no acesso, quando comparado à áreas que apresentam algum tipo de Programa, em função da significância estatística, nos parece pouco relevante em ternos práticos, pois além da pequena diferença em termos percentuais (de pouco mais de 2,0 pontos percentuais), entre as áreas, observarmos também o Intervalo de Confiança (IC 95%) contendo o valor 1 no seu limite superior, ficando assim no que podemos chamar de "limite da significância".

O percentual geral de "não ida ao dentista do setor público no último ano" de 77,6%, quando consideramos a condição 1 para áreas não cobertas, está acima do valor observado pelo SB Brasil 2003, tanto para a Macrorregião Nordeste que foi de 67,4%, quanto para a média nacional que foi de 60,3%. Ainda que entendamos que o Projeto SB 2003 considerou as mais variadas formas de oferta, como setor privado liberal, setor privado de planos, filantropia, setor público e outros, o percentual geral observado na amostra é bastante significativo, pois nos remete à idéia de que grande parte da população não está tendo acesso a consultas odontológicas.

Ao compararmos áreas cobertas com áreas não cobertas na condição 2, observamos que 85,8% daqueles de áreas não cobertas referiram não ter ido ao dentista do setor público no último ano, verificando-se significância estatística entre as áreas (p<0,001) e OR de 1,64 indicativa de "condição de risco" para áreas não cobertas pela saúde bucal no PSF, quanto ao acesso, ou seja, um indivíduo residente em área coberta por ESB tem mais chance de conseguir uma consulta odontológica, do que aqueles de áreas não cobertas.

Esse dado nos revela que o PSF com ESB aumenta o acesso a serviços odontológicos, quando comparado à áreas sem cobertura de programa. É importante verificar novamente, que a diferença está sendo dada, provavelmente, pela presença do PSF, ou seja, de um programa assistencial, e não pela presença da ESB, pois se assim fosse, esse dado de acesso teria impacto também quando comparado à áreas sem cobertura de ESB com presença de algum tipo de programa assistencial.

O percentual geral de "não ida ao dentista do setor público no último ano", quando consideramos áreas não cobertas como áreas com UBS ou sem nenhum tipo de assistência, foi de 82,25% bem superior ao valor observado no outro cruzamento, em que áreas não cobertas apresentavam algum tipo de programa assistencial, que foi de 77,6%, demonstrando que indivíduos residentes em áreas sem nenhum tipo de assistência têm muito mais dificuldade de conseguir acesso a serviços odontológicos.

Comparando esse dado com o observado durante o SB Brasil 2003, verificamos uma disparidade ainda maior, tanto para a Macrorregião Nordeste que foi de 67,4%, quanto para a média nacional que foi de 60,3%. Ainda que entendamos que o Projeto SB 2003 considerou as mais variadas formas de oferta, o percentual geral observado na amostra é bastante significativo.

Na análise estratificada da tabela 20, para a variável de confundimento "Aglomeração Domiciliar", podemos verificar que tanto "Aglomeração Domiciliar Baixa", quanto "Aglomeração Domiciliar Alta" mantém a direção dos valores de p e das OR com seus respectivos IC, tanto na condição 1, quanto na condição 2 de áreas não cobertas. Indicando ausência de influência desta variável de confusão, na associação entre áreas cobertas e áreas não cobertas, quando analisamos o desfecho "Não foi ao dentista no último ano".

A ausência de efeito da variável de confusão na associação entre áreas cobertas e não cobertas, também é verificada quando observamos a análise estratificada da variável "Renda Familiar". Tanto para a condição 1 de área não coberta, quanto para a condição 2, verificamos que os valores de p, das ORs e de seus respectivos intervalos de confiança mantém a mesma direção de significância observada nos dados bivariados.

Todavia, quando observamos a situação "renda familiar baixa" verificamos perda de significância do valor de p (0,415) para a condição 2 de área não coberta. Porém, essa perda pode ser considera pouco relevante, quando constatamos que o valor da OR (1,28) mantém a direção do dado bivariado (1,64). Podemos então cogitar que indivíduos com "renda familiar alta", residentes em áreas descobertas por programas assistenciais, buscam serviços odontológicos na assistência privada, diferentemente daqueles com "baixa renda" que por falta de opção buscam assistência no setor público, independente da forma como ela é oferecida, justificando a perda de significância para essa segunda condição de renda.

Esse resultado também nos aponta ausência de influência da variável de confundimento "Renda Familiar", na associação entre áreas cobertas e não cobertas para o desfecho "Não foi ao dentista do setor público no último ano".

Tabela 21. Comparação da proporção de indivíduos que não tiveram acesso à assistência odontológica no setor público no último ano entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pela variável de confundimento "Aglomeração Domiciliar". Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

		sso à assistência no setor público			
Variável de Confusão	Prop	orção (%)	p	OR	I.C. (95%)
Aglomeração Domiciliar Baixa					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	71,6		1	
Não Coberto 1	-	-	-	-	-
Não Coberto 2	-	84,3	0,006	2,12	1,57-2,86
Aglomeração Domiciliar Alta					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	64,9		1	
Não Coberto 1	-	-	-	-	-
Não Coberto 2	-	81,2	0,002	2,34	1,81-3,02
Total					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	68,1		1	
Não Coberto 1	-	66,5	0,304	0,93	0,81-1,07
Não Coberto 2	-	82,5	<0,001	2,22	1,82-2,69

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Analisando a tabela 21 no desfecho "Não teve acesso à assistência odontológica no setor público no último ano", verificamos que quando comparamos áreas cobertas com áreas não cobertas na condição 1, 68,1% dos indivíduos de áreas cobertas e 66,5% daqueles de áreas não cobertas não tiveram acesso à assistência odontológica no setor público no último ano, verificando-se ausência de significância entre as duas condições de cobertura (p=0,304).

Esse dado nos remete à idéia de ausência de impacto do PSF com ESB quando comparado à áreas não cobertas que apresentam algum tipo de programa assistencial, para a variável "Acesso à assistência odontológica no setor público no último ano".

Quando fazemos a comparação das áreas cobertas com a segunda condição de não coberto, verificamos que 82,5% dos indivíduos residentes nessas áreas não tiveram acesso à assistência odontológica no setor público no último ano.

Nesta segunda condição de análise verificamos uma diferença altamente significativa (p<0,001) e OR de 2,22 indicando que indivíduos residentes em áreas desassistidas de programas assistenciais tem duas vezes menos chance de ter acesso à assistência odontológica no setor público, do que aqueles residentes em áreas cobertas por ESB no PSF. Esse dado deixa claro o desequilíbrio assistencial entre áreas cobertas e áreas desassistidas por programas assistenciais.

Não podemos inferir que essa diferença se dê às custas da presença da ESB na ESF, em função de não termos observado efeito nas áreas não cobertas que apresentavam algum tipo de programa assistencial (condição 1), ficando o resultado mais relacionado com a presença do programa em si do que propriamente da odontologia.

Na análise estratificada para a variável de confundimento "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta" associada à segunda condição de não coberto, verificamos manutenção de significância dos valores de p, além de manutenção das ORs e de seus respectivos intervalos de confiança, determinando ausência de influência dessa variável de confusão na associação entre áreas cobertas e não cobertas para esse desfecho, ou seja, a condição socioeconômica não está interferindo na diferença entre as duas áreas.

Tabela 22. Comparação da **proporção de indivíduos que não fizeram restauração no setor público no último ano** entre as categorias das variáveis independentes de interesse estratificadas pela variável de confundimento "Escolaridade da mãe Alta e Baixa". Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

		auração no setor úblico			
Variável de Confusão	Prop	orção (%)	_ р	I.C. (95%)	
Escolaridade da mãe Alta					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	45,6		1	
Não Coberto 1	-	37,7	0,228	0,72	0,54-0,96
Não Coberto 2	-	51,4	0,656	1,26	0,84-1,89
Escolaridade da mãe Baixa					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	46,6		1	
Não Coberto 1	-	50,8	0,734	1,18	0,81-1,73
Não Coberto 2	-	54,4	0,852	1,37	0,69-2,72
Total					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	41,4	45,5		1	
Não Coberto 1	41,0	41,8	0,177	0,86	0,69-1,07
Não Coberto 2	52,7	52,2	0,131	1,31	0,92-1,85

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Analisando o desfecho "Foi ao dentista no setor público e não fez restauração", observamos que indivíduos de áreas não cobertas na condição 1 (58,2%) fazem mais restauração que indivíduos residentes em áreas cobertas pela ESB (54,5%). Porém, apesar da diferença percentual de aproximadamente 4,0 pontos, não constatamos significância estatística entre as áreas (p=0,18).

Em termos gerais, temos que 43,65% dos indivíduos estudados foram ao dentista do setor público no último ano, e não realizaram restauração. Ao mesmo tempo em que esse dado pode ser um dado positivo, indicando uma realidade menos curativista nas áreas cobertas por ESB no PSF, ele também pode nos levar à idéia de um modelo não resolutivo.

Quando comparamos as áreas cobertas com as não cobertas na condição 2, observamos que indivíduos de áreas não cobertas (52,2%) fazem menos restauração que indivíduos residentes em áreas cobertas pela ESB (45,5%). Porém, apesar da diferença percentual, também não constatamos significância estatística entre as áreas (p=0,13). Em

termos gerais, temos que 48,85% dos indivíduos observados foram ao dentista do setor público no último ano, e não realizaram restauração.

Temos a possibilidade de analisar esse dado, tanto pelo fator positivo que ele pode está nos indicando quanto como um dado que expressa limitação do programa. O fato de áreas com ESB no PSF não apresentarem diferença estatisticamente significativa, para o desfecho "Fez restauração no setor público no último ano", quando comparadas à áreas sem nenhum tipo de programa assistencial, pode está nos revelando uma mudança no modelo do PSF, que estaria indicando ser menos curativista. Porém, também podemos supor que essa ausência de diferença estatística significativa pode ser decorrente da ausência de cobertura, por parte da ESB, das necessidades gerais da população.

Na análise estratificada da tabela 22, para a variável de confundimento "Escolaridade da mãe", podemos verificar que tanto "Escolaridade da mãe alta", quanto "Escolaridade da mãe baixa" mantém a direção dos valores de p e das OR com seus respectivos IC, tanto na condição 1, quanto na condição 2 de áreas não cobertas. Isso nos indica ausência de influência desta variável de confusão, na associação entre áreas cobertas e áreas não cobertas, quando analisamos o desfecho "Foi ao dentista no setor público e não fez restauração".

Tabela 23. Comparação da **proporção de indivíduos que não fizeram extração no setor público no último ano** entre as categorias das variáveis independentes de interesse estratificadas pela variável de confundimento "Escolaridade da mãe Alta e Baixa". Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Não fez extração					
Variável de Confusão	Propo	rção (%)	p	OR	I.C. (95%)	
Escolaridade da mãe Alta						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	61,0		1		
Não Coberto 1	-	42,9	0,003	0,48	0,36-0,63	
Não Coberto 2	-	73,5	0,206 1,77		1,14-2,75	
Escolaridade da mãe Baixa						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	54,7	1			
Não Coberto 1	-	42,1	0,186	0,60	0,41-0,88	
Não Coberto 2	-	67,4	0,488	1,71	0,84-3,46	
Total						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	58,3	59,0	1			
Não Coberto 1	40,9	42,7	<0,001 0,52 0,41		0,41-0,65	
Não Coberto 2	70,1	71,9	0,002 1,78 1,23-2,58			

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

No desfecho "Foi ao dentista no setor público e não fez extração" constatamos na tabela 23 além da diferença percentual entre áreas cobertas e não cobertas na condição 1 59,0% e 42,7% respectivamente, uma alta significância estatística entre elas (p<0,001), com OR de 0,52. Estes dados nos indicam "fator de proteção" para áreas não cobertas, ou seja, indivíduos residentes nessas áreas têm maior chance de serem submetidos à exodontia dentária do que aqueles residentes em áreas cobertas, além de constatarmos um IC (95%) bastante significativo.

A observação dos números nos leva a identificar que indivíduos residentes em áreas não cobertas (57,3%), ao visitarem o dentista realizam mais extração do que indivíduos de áreas cobertas (41%). A análise desse dado nos conduz a duas possibilidades de observação.

A primeira seria o fato de estarmos observando uma mudança positiva no modelo de assistência odontológica do PSF com ESB, que estaria se mostrando menos extracionista quando comparado ao modelo de oferta sem ESB.

Porém, se analisarmos esse dado em conjunto com outros desfechos, podemos observar que os indivíduos de áreas cobertas e não cobertas na condição 1, vão praticamente da mesma forma ao dentista, fazem restauração praticamente da mesma forma, referem dor de dente da mesma forma, tratam igualmente essa dor e fazem prevenção também sem diferença significativa. Essas características podem nos levar a entender que, ao invés de estar modificando o modelo de assistência odontológica, o PSF com ESB pode não está sendo capaz de dar cobertura aos procedimentos necessários buscados pela comunidade, caracterizando uma ausência de assistência, tanto de caráter preventivo quanto curativo, quando comparado com áreas que apresentam algum tipo de assistência programática.

Já quando comparamos esse desfecho entre áreas cobertas e não cobertas na condição 2, observamos que 59,0% dos indivíduos residentes em áreas cobertas por ESB no PSF e 71,9% daqueles de áreas não cobertas foram ao dentista no setor público e não realizaram extração. Verificando a tabela 23, podemos constatar uma diferença estatisticamente significativa entre as áreas (p=0,002), com OR de 1,77 indicando risco para áreas não cobertas, ou seja, indivíduos residentes em áreas não cobertas por ESB, têm menor chance de serem submetidos à exodontia dentária do que aqueles residentes em áreas cobertas.

Observando os números, identificamos que indivíduos residentes em áreas cobertas (41%), ao visitarem o dentista realizam mais extração do que indivíduos de áreas não cobertas (28,1%).

Quando analisamos esse dado tomando como referência os desfechos, "Necessidade de tratamento", "Ida ao dentista" e "Acesso à assistência odontológica", verificamos ainda mais claramente que a ausência de programas de qualquer natureza, é o fator fundamental para a falta de resolutividade dos problemas bucais buscados pela população. Esse dado reforça a idéia, de que, genuinamente, a principal diferença entre as áreas, nessa condição de associação, é a presença do PSF como um programa assistencial nas áreas cobertas e não necessariamente a ESB.

Na análise estratificada verificamos perda de significância do p-valor na variável de confusão "Escolaridade da mãe Baixa" tanto na condição 1 quanto na condição 2 de não coberto (p=0,186) e (p=0,488) respectivamente, e "Escolaridade da mãe Alta" para a condição 2 (p=0,206). Porém, as ORs não mudaram suas direções, ou seja, essa perda de significância de p não foi significativa a ponto de modificar os direcionamentos de chances das ORs.

Podemos então determinar que a condição socioeconômica de renda familiar, não está influenciando na associação entre áreas cobertas e não cobertas para esse desfecho.

Tabela 24. Comparação da **proporção de indivíduos que não fizeram prevenção no setor público no último ano** entre as categorias das variáveis independentes de interesse. Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

Não fez prevenção no setor público								
Tipo de Cobertura Bruta Ponderada								
Com ESB/PSF	50,7 52,5		1					
Não Coberto 1	47,6	48,2	0,124	0,84	0,68-1,05			
Não Coberto 2	58,2	55,1	0,563	1,11	0,78-1,57			

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Examinando o desfecho "Foi ao dentista do setor público e não fez prevenção", na tabela 24, observamos que dos indivíduos que vão ao dentista e não realizam prevenção, 52,5% estão em áreas cobertas, enquanto que 48,2% são de áreas não cobertas na condição 1. Esse dado nos revela que indivíduos de áreas não cobertas têm mais contato com procedimentos de prevenção do que aqueles residentes em áreas cobertas por ESB. Apesar da diferença percentual de mais de 4,0 pontos, não constatamos diferença estatisticamente significativa (p=0,12) entre as áreas.

Quando consideramos a condição 2 de áreas não cobertas, observamos que dos indivíduos que vão ao dentista e não realizam prevenção, 52,5% estão em áreas cobertas e 55,1% em áreas não cobertas. Esse dado nos revela que indivíduos de áreas cobertas têm mais contato com procedimentos de prevenção quando comparados àqueles residentes em áreas não cobertas por programas assistenciais. Porém, apesar da diferença percentual positiva para áreas cobertas por ESB, não verificamos diferença estatisticamente significativa (p=0,56) entre as áreas.

Esses dados nos alertam para o fato de que o PSF com ESB pode não estar conseguindo impactar no que se refere a procedimentos de prevenção, quando comparado às áreas não cobertas pela ESB, negando, dessa forma, sua essência e busca, que é a mudança do modelo assistencial com o aumento das ações preventivas. Essa observação fica ainda mais evidente quando comparamos áreas cobertas com áreas não cobertas na condição 1, principalmente quando analisamos esse dado em conjunto aos de "fez restauração", "foi ao dentista", "referiu dor" e "participou de palestras".

Tabela 25. Comparação da proporção de indivíduos que não participaram de palestras no setor público entre as categorias das variáveis independentes de interesse estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta", "Renda Familiar Alta e Baixa" e "Escolaridade da mãe Alta e Baixa". Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	•	u de palestras no r público				
Variável de Confusão	Prop	orção (%)	P	OR	I.C. (95%)	
Aglomeração Domiciliar Baixa						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	93,4		1		
Não Coberto 1	-	90,7	0,167	0,69	0,52-0,91	
Não Coberto 2	-	-	-	-	-	
Aglomeração Domiciliar Alta						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	89,4		1		
Não Coberto 1	-	88,6		0,92	0,74-1,14	
Não Coberto 2	-	-	-	-	-	
Renda Familiar Alta						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	- 92,2		1		
Não Coberto 1	-	89,6	0,195	0,72	0,56-0,94	
Não Coberto 2	-	-	-	-	-	
Renda Familiar Baixa						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	90,5		1		
Não Coberto 1	-	87,8	0,277	0,75	0,58-0,97	
Não Coberto 2	-	-	-	-	-	
Escolaridade da mãe Alta						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	91,1		1		
Não Coberto 1	-	88,0		0,71	0,58-0,88	
Não Coberto 2	-	-	-	-	-	
Escolaridade da mãe Baixa						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	92,1		1		
Não Coberto 1	-	92,5	0,945	1,05	0,77-1,45	
Não Coberto 2	-	-	-	-	-	

Tabela 25. Continuação

	Não participo seto	_			
Variável de Confusão	Proporção (%)		P	OR	I.C. (95%)
Total					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	90,7	91,4		1	
Não Coberto 1	88,0	89,6	0,015	0,81	0,68-0,96
Não Coberto 2	90,3	91,8	0,702	1,05	0,83-1,32

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

No desfecho "Não participou de palestras no setor público", 91,4% dos indivíduos participantes da amostra de áreas cobertas e 89,6% daqueles de áreas não cobertas na condição 1, disseram não ter participado de palestras no setor público, ou seja, indivíduos de áreas não cobertas (10,4%) participam mais de palestras, quando comparados aqueles de áreas cobertas por ESB no PSF (8,6%).

Observamos diferença estatística significativa (*p*=0,015) com OR de 0,81 evidenciando "fator de proteção" para áreas não cobertas, ou seja, a chance de participar de palestras é maior para aqueles indivíduos residentes em áreas não cobertas pelas ESB. Esse dado nos revela, que em áreas onde observamos algum tipo de organização do serviço, a participação da população em palestras pode independer do tipo de programa ofertado.

Quando consideramos a condição 2 de áreas não cobertas, o percentual de indivíduos que não participaram de palestras no setor público, entre as duas áreas é praticamente o mesmo. Dos indivíduos residentes em áreas cobertas 91,4% disseram não ter participado de palestras no setor público, enquanto que daqueles moradores de áreas não cobertas, esse número é de 91,8%.

Como podemos verificar na tabela 25, não existe diferença estatística significativa (p=0,70) entre as áreas observadas. Esse dado associado ao de prevenção nos revela que as ações preventivas supostamente desenvolvidas pelas ESB no PSF, não têm conseguido impactar a ponto de percebermos diferenças estatísticas significativas, entre áreas cobertas e não cobertas por ESB.

Na análise estratificada, verificamos perdas de significância do p-valor nas variáveis de confusão "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta", "Renda Familiar Alta e Baixa" e

"Escolaridade da mãe Baixa", na associação entre áreas cobertas e não cobertas na condição 1. No entanto, ao verificarmos as respectivas ORs constatamos manutenção da direção de chances, indicando ausência de influência das variáveis de confusão na associação entre áreas cobertas e não cobertas para esse desfecho.

Tabela 26. Comparação da **proporção de indivíduos que referiram dor de dente** entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pelas variáveis de confundimento "Aglomeração Domiciliar Baixa e Alta" e "Renda Familiar Alta e Baixa". Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Referiu	dor de dente				
Variável de Confusão	Prop	orção (%)	Р	OR	I.C. (95%)	
Aglomeração Domiciliar Baixa						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	B/PSF - 19			1		
Não Coberto 1	-	-	-	-	-	
Não Coberto 2	-	16,8	0,557	0,84	0,65-1,08	
Aglomeração Domiciliar Alta						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	21,4		1		
Não Coberto 1	-	-	-	-	-	
Não Coberto 2	-	18,3	0,450 0,83		0,65-1,04	
Renda Familiar Alta						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	18,3		1		
Não Coberto 1	-	-	-	-	-	
Não Coberto 2	-	17,8	0,646	0,97	0,73-1,27	
Renda Familiar Baixa						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	-	22,0		1		
Não Coberto 1	-	-	-	-	-	
Não Coberto 2	-	19,7	0,655	0,87	0,66-1,15	
Total						
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada				
Com ESB/PSF	21,2	20,4		1		
Não Coberto 1	22,1	21,3	0,430	1,05	0,92-1,20	
Não Coberto 2	19,1	17,6	0,038	0,83	0,70-0,99	

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Analisando o desfecho "Referiu dor de dente", que representa um indicador bastante sensível às ações assistenciais, observamos que não há diferença estatisticamente significativa (p=0,43) entre as áreas cobertas e não cobertas pelas ESB na condição 1. Do total de indivíduos participantes da amostra para essa associação, 20,4% de áreas cobertas e 21,3% de não cobertas referiram ter sentido dor de dente.

Esses valores são muito superiores aos observados no SB Brasil 2003, tanto em nível regional 11,03% (Macrorregião Nordeste) quanto nacional 11,10%. Também diferem dos valores observados no estudo do PROESF para a região Nordeste, que avaliou o impacto do PSF sobre indicadores de saúde bucal em municípios com mais de 100 mil habitantes, que revelou uma prevalência de dor de dente, de 11,75% para áreas sem cobertura de PSF e 14,2% em áreas cobertas pelo programa.

O indicador prevalência de dor de dente, é extremamente importante pelo fato de ser o primeiro referencial de que a presença de um determinado programa está modificando uma determinada realidade, ou seja, é um indicador fundamental na avaliação e monitoramento de programas assistenciais.

No momento em que ele não apresenta diferença estatística significativa, entre áreas cobertas e não cobertas na condição 1, nos demonstra que o PSF com ESB não está conseguindo influenciar na condição de saúde bucal da população de sua responsabilidade, em nível preventivo.

Analisando a condição 2 para áreas não cobertas, observamos que indivíduos dessas áreas (17,6%) referem menos dor de dente do que aqueles de áreas cobertas por ESB no PSF (20,4%). Apesar da pequena diferença percentual (2,8 pontos percentuais), observamos diferença estatística significativa (p=0,038), com OR de 0,83 indicando "fator de proteção" para áreas não cobertas, ou seja, indivíduos de áreas cobertas por ESB no PSF têm maior chance de referirem dor de dente do que aqueles de áreas sem cobertura, na condição 2.

Na análise estratificada para as variáveis de confundimento "aglomeração domiciliar baixa e alta" e "renda familiar alta e baixa" associadas à condição 2 de não coberto, verificamos perda de significância do p-valor tanto nos dados de aglomeração domiciliar, quanto nos de renda familiar. Porém, verificamos que as ORs mantém a direção de proteção para áreas não cobertas, demonstrando ausência de influência dessas variáveis socioeconômicas na associação entre áreas cobertas e áreas não cobertas para o desfecho.

Esse dado ratifica a ausência de impacto do PSF com ESB nas ações preventivas, pois estas impediriam o surgimento da doença e impactariam sobre sua severidade, sendo detectada na referência da dor de dente. Porém, em função do *p*-valor (0,038) e do IC (0,70-0,99), podemos entender que em termos práticos o resultado apresenta pouca relevância, ficando no que podemos chamar de "limite da significância".

Esses valores, assim como os observados na associação anterior, são superiores aos verificados pelo SB Brasil 2003, tanto em nível regional (11,03%, Macrorregião Nordeste) quanto nacional (11,10%) e também diferem dos dados de dor de dente referendados no estudo do PROESF para a Região Nordeste.

Como já comentado anteriormente, o indicador prevalência de dor de dente, é extremamente importante na avaliação e monitoramento de programas assistenciais, pelo fato de ser o indicador mais sensível, para a verificação de mudança em uma determinada realidade.

Tabela 27. Comparação da **proporção de indivíduos que não trataram dor de dente no setor público no último ano** entre as categorias das variáveis independentes de interesse. Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

Não tratou dor de dente no setor público								
Tipo de Cobertura								
Com ESB/PSF	73,4	72,3		1				
Não Coberto 1	72,4	72,0	0,931	0,99	0,76-1,28			
Não Coberto 2	86,3	86,8	<0,001	2,51	1,66-3,82			

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Assim como o anterior, o desfecho "Não tratou dor de dente no setor público", também não apresentou diferença estatística significativa entre as áreas cobertas e não cobertas na condição 1 (p=0,93). Observamos que apenas 27,85% dos indivíduos que referiram dor de dente, trataram-na no setor público.

É fundamental observar, que os dados de dor dente e o seu tratamento, são praticamente iguais quando comparamos áreas cobertas pelas ESB e não cobertas (menos de 1,0 ponto percentual). Essa constatação pode ser analisada de duas formas, a primeira seria pela limitação de atendimento à demanda espontânea, demonstrando uma possível restrição de oferta ou cobertura e a segunda por uma baixa resolutividade às necessidades da comunidade.

Quando consideramos a condição 2 de áreas não cobertas, podemos observar na tabela 27, que indivíduos residentes em áreas cobertas tratam mais dor de dente (27,7%) do que aqueles moradores de áreas não cobertas por programas assistenciais (13,2%).

Verificamos que além da diferença percentual entre áreas cobertas e não cobertas de 72,3% e 86,8% respectivamente, existe também diferença estatisticamente significativa (p<0,001). A OR de 2,51 indica que indivíduos residentes em áreas cobertas têm mais do que o dobro da chance de tratarem dor de dente do que aqueles moradores de áreas não cobertas por programas assistenciais.

Caso tivéssemos verificado essa mesma significância estatística na associação anterior, em que consideramos áreas não cobertas como áreas que apresentam algum tipo de programa assistencial, poderíamos vaticinar que o PSF com ESB estaria sendo resolutivo para o tratamento da dor de dente. Porém, como não verificamos diferença estatística significativa naquela associação, podemos entender que a principal diferença é a ausência nessa segunda associação de um programa de qualquer natureza nas áreas não cobertas.

Tabela 28. Comparação da **proporção de indivíduos que referiram sangramento gengival** entre as categorias das variáveis independentes de interesse. Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

Referiu sangramento gengival								
Tipo de Cobertura	Ponderada							
Com ESB/PSF	7,9	7,7		1				
Não Coberto 1	7,8	7,2	0,477	0,93	0,75-1,14			
Não Coberto 2	9,1	7,3	0,628	0,94	0,74-1,20			

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

No desfecho "Referiu sangramento gengival", observamos que 7,7% dos indivíduos em áreas cobertas por ESB e 7,2% dos indivíduos de áreas não cobertas na condição 1 referiram ter tido sangramento gengival no último ano, não se observando significância estatística (p=0,477).

Pelo fato de representar um dado referido, devemos ter cautela ao analisá-lo. Porém, a ausência de diferença estatisticamente significativa, entre as duas áreas, nos leva ao entendimento de que a presença da ESB não está influenciando no direcionamento de ações preventivas, que possam levar a uma melhor realidade da condição de saúde bucal das

populações sob sua responsabilidade, ou ainda, que a presença de um serviço minimamente organizado pode garantir os mesmos níveis de indicadores de saúde bucal.

Podemos imaginar, portanto, que as atividades preventivas e coletivas realizadas pela ESB, não têm conseguido impactar positivamente no indicador sangramento gengival a ponto de determinarem um comportamento distinto deste, em áreas cobertas quando comparadas à áreas não cobertas pela ESB na condição 1.

Quando consideramos a condição 2 de áreas não cobertas, observamos que 7,7% dos indivíduos em áreas cobertas por ESB e 7,3% dos indivíduos de áreas não cobertas referiram ter tido sangramento gengival no último ano, não se observando significância estatística (p=0.628).

Como destacamos na primeira associação, em função do desfecho "Teve sangramento gengival" representar um dado referido, devemos analisá-lo de forma cuidadosa. Porém, assim como, o desfecho "Referiu dor de dente", a ausência de diferença estatisticamente significativa, entre as duas áreas, desse dado, nos leva ao entendimento de que as ações preventivas desenvolvidas pelas ESB, não estão impactando na melhoria da condição de saúde bucal das populações que estão sob seus cuidados.

Tabela 29. Comparação da **proporção de indivíduos que não trataram sangramento gengival no setor público no último ano** entre as categorias das variáveis independentes de interesse, estratificadas pela variável de confundimento "Renda Familiar Alta e Baixa". Valores de significância, *odds ratio* e respectivo intervalo de confiança. Natal, RN. 2007.

	Não tratou sang púl				
Variável de Confusão	Proporção (%)		p	OR	I.C. (95%)
Renda Familiar Alta					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	93,0		1	
Não Coberto 1	-	-	-	-	-
Não Coberto 2	-	93,9	0,862	1,16	0,28-4,77
Renda Familiar Baixa					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	-	80,4	1		
Não Coberto 1	-	-	-	-	-
Não Coberto 2	-	96,5	0,281	6,73	1,38-32,84
Total					
Tipo de Cobertura	Bruta	Ponderada			
Com ESB/PSF	90,3	88,3	1		
Não Coberto 1	85,8	86,3	0,542 0,83 0,4		0,46-1,50
Não Coberto 2	95,1	95,0	0,050	2,52	0,97-6,57

Legenda: Não coberto 1: áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência; Não coberto 2: áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência.

Ao observarmos o desfecho "Não tratou sangramento gengival no setor público", também podemos constatar ausência de significância estatística (p=0,542), entre as áreas cobertas por ESB no PSF e áreas não cobertas na condição 2, com 88,3% dos indivíduos de áreas cobertas por ESB no PSF e 86,3% dos de áreas não cobertas que referiram sangramento gengival, não o trataram no setor público.

Quando consideramos a condição 2 para áreas não cobertas, observamos que indivíduos de áreas cobertas por ESB no PSF tratam mais sangramento gengival no setor público (11,7%), do que aqueles de áreas não cobertas (5,0%).

Apesar de verificarmos um valor de p (0,05) significativo, essa significância não é acompanhada pelo intervalo de confiança da OR (0,97-6,57), que contém o número 1.

Na análise estratificada da tabela 29, para a variável de confundimento "Renda Familiar", podemos verificar que tanto na condição de "Renda Familiar Alta", quanto na de

"Renda Familiar Baixa" ocorre perda de significância do p-valor (p=0,862) e (p=0,281) respectivamente, no entanto a direção dos valores das ORs é mantida, indicando ausência de influência desta variável de confusão, na associação entre áreas cobertas e áreas não cobertas na condição 2, para o desfecho "Não tratou sangramento gengival no setor público".

A ausência de diferença estatisticamente significativa em relação ao tratamento de sangramento gengival entre áreas cobertas e não cobertas pela ESB no PSF, nos remete novamente a idéia de ausência de oferta de serviço ou baixa resolutividade dos agravos à saúde bucal em áreas cobertas.

5.2.3. Análise sintética dos efeitos das variáveis independentes sobre os desfechos

As figuras 14 e 15 resumem as análises das associações entre os desfechos e as variáveis independentes, considerando as duas condições de área não-coberta. Na figura 14 consideramos a condição 1 de não-coberto e no gráfico 15 a condição 2. O número 1 (barra vertical) nos gráficos indica ausência de efeito, com as barras horizontais indicando o intervalo das ORs, em que seu ponto central indica o valor da OR, com sua extremidade à direita indicando o limite superior e a extremidade à esquerda o limite inferior do intervalo. Dessa forma as barras que contêm o 1 indicam ausência de significância no valor das ORs, aquelas que estão à esquerda do 1 indicam proteção e as que estão à direita indicam condição de risco.

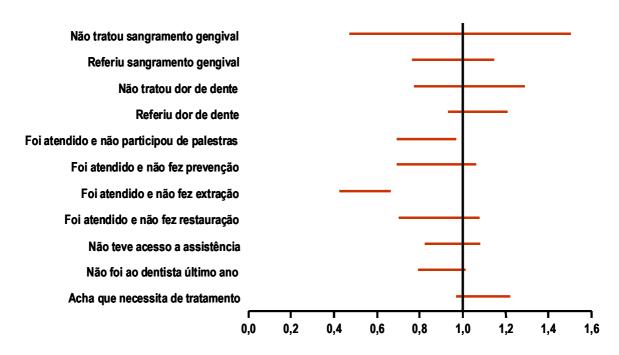


Figura 15. Intervalos de confiança para as *odds ratios* de acordo com os desfechos **considerando a situação 1 de cobertura**. Não-coberto definido como áreas de UBS, com PSF apenas, com PACS ou sem nenhum tipo de assistência. Natal, RN. 2007.

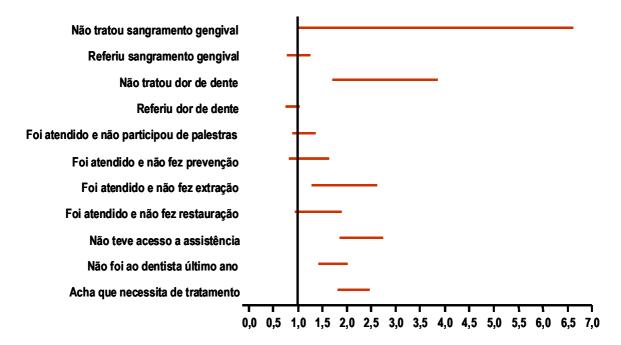


Figura 16. Intervalos de confiança para as *odds ratios* de acordo com os desfechos **considerando a situação 2 de cobertura**. Não-coberto definido como áreas de UBS ou sem nenhum tipo de assistência. Natal, RN. 2007.

Na figura 15 observamos o comportamento dos intervalos de confiança na situação 1 de não coberto, enquanto que na figura 16 verificamos a situação 2 de não coberto. Podemos

verificar distribuição distinta na significância dos desfechos entre as duas condições de não coberto.

Como já verificamos no tópico 5.2.2 durante a análise estratificada das variáveis dependentes em associação com as independentes, o PSF com ESB não consegue impactar sobre os indicadores de saúde bucal analisados, quando é comparado às áreas cobertas por algum tipo de programa assistencial (situação 1 de não coberto), demonstrando efeito positivo apenas na comparação com áreas que não apresentam nenhum tipo de programa.

Ao analisarmos o gráfico 15, observamos significância estatística apenas nos desfechos "foi atendido e não participou de palestras" e "foi atendido e não fez extração", sendo as áreas não cobertas indicando situação de "proteção" em relação às áreas cobertas, com OR de 0,81 e 0,52, ou seja, que indivíduos residentes em áreas não cobertas por ESB no PSF na condição 1 têm mais chances de, após terem ido ao dentista no setor público, participarem de palestras e realizarem extração, também no setor público. Extração aqui considerada como uma situação de resolutividade por parte do serviço, e não como um componente mutilador, ou seja, estamos considerando que o indivíduo realmente tinha indicação de procedimento.

Como podemos verificar também no gráfico 15 os demais desfechos não apresentam diferença estatística entre as condições de coberto e não coberto 1. Observamos, por exemplo, que o PSF com ESB não está provocando um efeito positivo sobre o dado de acesso à assistência odontológica quando comparado às áreas não cobertas na condição 1, não sendo resolutivo aos anseios da população, pois não podemos esquecer que a condição de desassistido é dada pela situação referida "eu acho que necessito de tratamento" e "não fui ao dentista no setor público", retratando ausência de impacto do PSF com ESB sobre a cobertura de ações de saúde bucal.

A ausência de impacto sobre os desfechos "foi atendido e não fez prevenção", "foi atendido e não participou de palestras" e "referiu dor de dente" expõe a insuficiência da ESB sobre ações preventivas, que estão diretamente relacionadas à severidade da doença refletida no dado "dor de dente", ou seja, não causando efeito sobre a dor, o PSF com ESB revela que não está conseguindo atuar de forma preventiva sobre o agravamento da cárie dentária.

Essa ausência de efeito associada ao não impacto sobre os desfechos "foi atendido e não fez restauração" e "foi atendido e não fez extração", mostram que o PSF com ESB não

está conseguindo impactar quando comparado à áreas não cobertas que apresentam algum tipo de programa assistencial, nem de forma preventiva e muito menos de forma resolutiva, pois não está dando conta de suprir as necessidades buscadas pela população.

Diferentemente da condição 1 de não coberto (gráfico 15) na associação entre áreas cobertas e não cobertas na condição 2 (gráfico 16), verificamos diferença estatística favorável às áreas cobertas em alguns desfechos, indicando "proteção" para indivíduos residentes em áreas cobertas pela ESB no PSF.

Verificamos no gráfico 16 efeito positivo do PSF com ESB sobre áreas não cobertas que não apresentam nenhum tipo de programa assistencial, nos seguintes desfechos: "acha que necessita de tratamento", "não foi ao dentista do setor público no último ano", "não teve acesso à assistência", "foi atendido e não fez extração" e "não tratou dor de dente". Os cinco indicadores dão a noção exata de desassistência em áreas não cobertas por programas assistenciais, principalmente os três primeiros que indicam cobertura de consulta odontológica e ações de saúde bucal, onde o indivíduo refere necessidade de tratamento e, no entanto, não teve acesso ao dentista do setor público e conseqüentemente à assistência odontológica.

Porém, esse impacto não pode ser creditado apenas à ESB e sim ao Programa de Saúde da Família em si, que atuando de forma organizada supera os indicadores de áreas descobertas por programas assistenciais. Só teríamos possibilidade de inferir efeito à ESB se esse impacto tivesse se manifestado também em áreas não cobertas na condição 1, pois dessa maneira seria possível admitir que mesmo na presença de outros programa de ações organizadas de saúde, o PSF com ESB consegue modificar a realidade de assistência à população sob sua responsabilidade.

Apesar do efeito positivo do PSF com ESB na associação com áreas não cobertas na condição 2, nos chama a atenção a ausência de impacto, da mesma forma como ocorrido na primeira associação, sobre os indicadores "foi atendido e não fez prevenção", "foi atendido e não participou de palestras" e "referiu dor de dente", ratificando a não influência da presença da ESB sobre ações preventivas, com consequências negativas sobre a severidade da doença.

Para que possamos entender essa ausência de impacto do PSF com ESB, é fundamental que busquemos os componentes explicativos desse fenômeno. É importante ressaltar que muito claramente a ausência de efeito se deu sobre as ações de saúde bucal e não sobre o programa em si. Essa afirmação é comprovada, quando observamos alguns

indicadores de saúde da criança, que foram levantados durante nossa pesquisa. Constatamos melhores condições de saúde da criança em áreas cobertas pelo PSF, quando comparadas às áreas não cobertas, para os três indicadores estudados, que foram óbitos em crianças menores de um ano, internação por IRA aos cinco anos de idade e baixo peso ao nascer, independente da condição de não coberto.

Essa constatação também foi observada no trabalho de Silva⁸⁷ que avaliou a evolução dos indicadores relacionados à saúde da criança no município de Sobral – CE, sete anos após a implantação do PSF. Observou-se uma redução significativa na taxa de mortalidade infantil que foi de 61,4 no início do estudo para 19,0 por mil nascidos vivos. Essa redução ocorreu tanto na mortalidade neonatal (0 a 27 dias) de 26,8 para cada mil nascidos vivos para 15,5 óbitos, quanto na pós-neonatal (28 dias a 11 meses) que apresentou uma redução de 34,6 para 3,5 a cada mil nascidos vivos, demonstrando uma melhora significativa na condição de saúde da criança para esse indicador após a implantação do PSF, no município de Sobral – CE. A autora constatou também melhoria na condição de cobertura do pré-natal para as mães, característica que influencia positivamente sobre esse indicador de saúde da criança.

Já no estudo de Roncalli e Lima⁷⁹ não foi verificado efeito adicional do PSF sobre o indicador internações por IRA em menores de cinco anos, quando se comparou áreas cobertas pelo PSF com áreas não cobertas por nenhum tipo de programa, assim como, no estudo de Cruz³⁷ que analisou a taxa de internações por IRA em municípios paulistas e também concluiu que a implantação do PSF nos municípios analisados não contribuiu para diminuição das taxas de hospitalização desse indicador.

Silva⁸⁷ também constatou uma redução de 34% no número de internações por IRA em crianças menores de cinco anos. A autora credita essa redução à organização da atenção a saúde, no município de Sobral – CE, em especial ao Programa Saúde da Família.

Talvez para entendermos essa ausência de efeito da ESB, tenhamos que considerar alguns tópicos fundamentais como, por exemplo, a forma como ocorreu a incorporação da saúde bucal no PSF, a formação acadêmica do cirurgião-dentista, o mercado profissional e ainda a perspectiva populacional acerca dos serviços.

A Odontologia não se incorporou ao PSF por uma compatibilidade ideológica com o programa, ou por uma modificação em sua visão elitista, mas sim por uma questão mercadológica, na busca de mais opções de trabalho para os milhares de profissionais que são

lançados anualmente no mercado profissional. A criação incontrolada de cursos de Odontologia, principalmente, na última década do século passado, saturou o mercado privado limitado, historicamente buscado pelos profissionais da área, exigindo dessa forma a criação de opções alternativas de mercado para a incorporação desses profissionais.

O movimento corporativista das entidades de classe odontológica aproveitou-se do aprimoramento dos mecanismos de financiamento do PSF, definidos pela NOB-96, da desassistência histórica da população mais pobre, dos altos índices de CPO-D apresentados por essa população, dos pequenos bons exemplos de incorporação da saúde bucal no PSF e do estrangulamento do mercado, para sensibilizar o Ministério da Saúde e a opinião pública no intuito de promover a reorganização da saúde bucal na Atenção Básica e provocar dessa forma a inclusão oficial da Odontologia no Programa de Saúde da Família, ocorrida no ano de 2000.

Com o excesso de profissionais, os agentes contratantes, principalmente as prefeituras, passaram a não valorizar os profissionais da Odontologia, que pela falta de mercado submeteram-se de sobre maneira a condições precárias de trabalho, tanto quanto a forma de contrato, muitas sem garantias trabalhistas, quanto pela falta de condições estruturais mínimas para o exercício da profissão. Como pode um profissional exercer satisfatoriamente sua profissão sem garantias trabalhistas e sem estrutura física mínima? Obviamente que os maiores prejudicados nesse processo serão a população e o Estado, aquela, pois mais uma vez não terá seus anseios satisfeitos e este que fará um investimento sem resolutividade. Apesar de ser um equívoco afirmar que melhores condições de trabalho, seja, do ponto de vista financeiro ou estrutural, garantem um atendimento mais acolhedor à população, não podemos deixar de considerar que são importantes motivadores profissionais.

O município do Natal-RN já apresenta desde 2002 uma relação empregatícia formal com os cirurgiões-dentistas e disponibiliza uma boa condição de trabalho para o desenvolvimento das atividades de saúde bucal, apesar de ter passado por um período de dois anos, após a incorporação das equipes, limitando a atuação da saúde bucal ao Distrito Sanitário Norte, em função da falta de condições estruturais e de vontade política para a incorporação das equipes nos demais distritos. Esse fato, muito provavelmente, ainda provoca conseqüências sobre o efeito da presença dessas equipes em áreas cobertas.

Uma outra questão comumente observada após o incentivo financeiro dado pelo Ministério da Saúde, às prefeituras, para a incorporação da Odontologia às equipes de saúde

da família, foi a transferência para estas de profissionais que já estavam no quadro técnico das secretarias de saúde, que para galgarem melhores remunerações, reivindicaram junto às prefeituras a sua inclusão nas ESBs. Incluir profissionais atuantes em um modelo de trabalho tradicional, em uma estratégia inovadora como é o Saúde da Família, sem que esses passem por uma atualização profissional, pode ser bastante comprometedor para o bom resultado da estratégia. Primeiro pelo risco da repetição das práticas e depois pelo desconhecimento dos objetivos da nova estratégia.

Nos é bastante claro que a não mudança das práticas, vai muito além da manutenção dos profissionais já atuantes no serviço, passa principalmente pela formação acadêmica do profissional da Odontologia, formado com uma visão estritamente técnica, alienada no saber clínico e com uma clara fragmentação do conhecimento, características presentes na visão flexneriana, dominante na formação acadêmica brasileira. Incorporar um profissional com uma visão elitista e individual, em uma estratégia como a do Saúde da Família que visa enxergar o indivíduo não de forma biológica, mas, sim integral e em relação com seu meio e sua história, não é tão simples como imaginado pelas entidades de classe quando da incorporação da Odontologia no PSF, é quase como uma agressão intelectual, a tudo que o profissional angariou durante sua formação acadêmica.

Aqui cabe a idéia da necessidade de transformar esse profissional de Odontologia em profissional de Saúde Bucal, trazendo para o debate o conceito de *Bucalidade* introduzido por Botazzo citado por Souza⁹⁰ na discussão sobre a clínica odontológica desejada na prática dos serviços. Se aquela historicamente mecanicista com ênfase na habilidade manual, restrita na dentadura humana que afastou dessa não apenas a boca humana como o próprio "dono" da boca e que comprovadamente não tem solucionado os anseios populacionais ou a clínica de visão ampliada que entende o indivíduo além do biológico, enxergando-o dentro de seu contexto histórico de existência⁹⁰.

Uma outra questão que também pode ser observada foi a incorporação tardia da Odontologia à ESF, que acabou por exacerbar o comportamento de isolamento, historicamente característico desse profissional. Essa característica é extremamente comprometedora ao sucesso da estratégia, que busca a visão multiprofissional dos componentes da equipe, já que esses precisam enxergar-se de forma coletiva, independente de sua formação profissional, mas sim como profissionais da saúde como um todo.

Mudar a visão mutiladora, historicamente arraigada à população é outro desafio da ESB. Deixemos claro que essa visão populacional não nasceu com o gênese, mas sim, com o tipo de serviço historicamente ofertado a essa população, que acostumada à essa prática, hoje tem dificuldade de assimilar uma prática mais conservadora e muitas vezes exige do profissional a repetição da prática mutiladora. Essa transformação passa muito pelo sentido de cidadania, que também deve ser buscado pelos profissionais junto à população. Indicar para a população os seus reais direitos já é um bom começo. A própria forma como essa população é recebida no serviço, já denota o sentido das práticas que lhe serão ofertadas. Praticar o acolhimento e novas práticas, talvez seja a melhor forma de transformar essa visão dita cultural da população.

Apesar dessa visão mais geral dos possíveis componentes explicativos da ausência de impacto do PSF com ESB na saúde bucal da população, os nossos resultados só podem sofrer inferência para Natal-RN. Entendemos que a melhor forma de se modificar esse pouco efeito da saúde bucal no PSF, seja cumprir minimamente os passos indicados pelas diretrizes da estratégia, como, por exemplo, realizar um levantamento territorial para tomar conhecimento da realidade de saúde bucal daquela população que se irá intervir, e posteriormente objetivar metas a serem alcançadas, como a redução dos índices de doenças bucais, por exemplo. É importante o profissional entender que em um primeiro momento provavelmente as práticas deverão ser no sentido de se recuperar a saúde do indivíduo, para a partir daí trabalhar por sua manutenção e prevenção.

É importante ratificarmos que o PSF, como programa em si, tem conseguido atuar de forma positiva nas áreas de intervenção quando comparado às áreas não cobertas, diferentemente da saúde bucal que mostrou efeito nulo sobre algumas variáveis e negativos sobre outras quando comparada a áreas que apresentavam algum tipo de programa assistencial, muito provavelmente em função da manutenção do modelo de trabalho tradicional desenvolvido pelas ESBs. É fundamental que a Odontologia faça uma reflexão profunda, urgente, e determine de forma clara o seu papel social dentro da Equipe de Saúde da Família, antes que seja aniquilada pela repetição das práticas e tenha constatada sua ineficácia dentro da estratégia de saúde da família.

6 – Considerações Finais

...Saudações há quem tem coragem
Aos que estão aqui pra qualquer viajem
Não fique esperando a vida passar tão rápido
A felicidade é um estado imaginário...
(Roberto Frejat)

Os resultados deste trabalho vêm ratificar a importância dos estudos de impacto na avaliação de programas de intervenção populacional, como o PSF, esclarecendo se os objetivos projetados estão sendo alcançados, ou ainda, percebidos pela população, e nos deixam claro a importância da avaliação e do monitoramento dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, confirmando o pensamento de autores como Silva Júnior e Mascarenhas⁷¹ que afirmam que pesquisas avaliativas expõem dados e ferramentas que podem ser usados no dia-dia dos serviços para a construção do pensamento dos profissionais sobre suas práticas e ainda, sua relação com a população.

É importante destacarmos que esse monitoramento vem sendo rotineiramente conduzido pela academia, porém, ele verdadeiramente deveria ser realizado pelo próprio serviço ou por sua gestão. Essa ausência de acompanhamento do serviço sobre a execução das práticas cotidianas de trabalho, é um dos principais empecilhos para a transformação dos modelos assistenciais. Seria fundamental, por exemplo, que a Secretaria Municipal de Saúde realizasse avaliações periódicas junto às equipes de saúde bucal do PSF e seus usuários, com o objetivo de saber se a estratégia teoricamente implantada vem sendo executada de acordo com suas diretrizes e princípios. Isso daria condições ao gestor de conhecer a real situação do serviço e detectar possíveis deficiências a serem corrigidas. A distância entre o serviço e o seu monitoramento corrobora para a repetição das práticas tradicionais de trabalho.

Deveria ser imprescindível para o bom andamento do serviço, o conhecimento por parte dos profissionais, ali presentes, do real impacto de suas ações sobre a saúde da população, que poderia servir como incentivo para a continuação das práticas utilizadas em caso de sucesso, ou ainda, de alerta para a sua modificação em caso de ser detectado o insucesso das mesmas

Antes de apresentarmos nossas últimas considerações faz-se necessário esclarecermos algumas limitações do nosso estudo. A primeira delas é o fato de nosso estudo trabalhar com indicadores de morbidade referida, o que pode gerar certa indagação e dúvida sobre seus resultados, porém, não podemos em hipótese alguma desconsiderar a importância e a validade desse tipo de informação, ainda que reconheçamos suas limitações.

Para ratificarmos essa relevância e validade basta lembrarmos que estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), levantamentos como a PNAD, ou ainda, o próprio trabalho desempenhado pelos ACSs são realizados levando-se em consideração dados de morbidade referida.

Uma revisão da literatura realizada por Idler e Benyamini citados por Barros, César, Carandina e Goldbaun⁹ confirma a alta correlação entre dados de morbidade e mortalidade referidas e suas medidas objetivas. Ainda segundo os autores, inquéritos de base populacional representam oportunidades únicas para a obtenção de informações sobre morbidades percebidas e auto-avaliação da saúde, além de possibilitarem a detecção dos problemas de saúde da parcela da população que não tem acesso aos serviços, superando uma das principais limitações dos dados obtidos a partir da demanda, a iniquidade no acesso aos serviços de saúde.

Ainda com relação a esse aspecto, Lima-Costa, Peixoto e Firmo⁵⁵ em um estudo para validar a hipertensão auto-referida, constataram que mesmo em uma população residente fora de grandes centros a hipertensão auto-referida representa um indicador apropriado para a aferição da prevalência da hipertensão arterial. Embora estudos a respeito da validade de informações auto-referidas em saúde bucal ainda não estejam disponíveis, é de se supor que, considerando os objetivos de um estudo comparativo, diferenças entre grupos possam ser captadas sem maiores vieses.

Uma outra limitação é o fato do nosso estudo ser do tipo transversal, que é um tipo de pesquisa que dificulta a associação temporal entre os desfechos e os fatores condicionantes. Porém, para minimizarmos essa limitação tivemos o cuidado de manter como critério de inclusão equipes com mais de um ano de implantação, o que a rigor o tornaria um estudo longitudinal, sem, no entanto, termos o controle da execução da intervenção.

Importante destacarmos, contudo, até pela ausência de monitoramento por parte do serviço, que a execução dessa intervenção por parte da equipe não ocorre de maneira padronizada, o que, aliás, pode ser entendido como mais um componente explicativo para o pouco efeito do PSF sobre os indicadores de saúde bucal analisados.

Um outro ponto fundamental a ser considerado, é a necessidade de um outro esforço analítico para a busca mais aprofundada dos subsídios que possam elucidar os componentes explicativos, do pouco impacto provocado pelo PSF. Ainda que não fosse uma proposição central de nosso estudo, tentamos de uma forma geral apontar alguns indícios que nos levassem a entender o porquê do efeito limitado do PSF sobre os indicadores de saúde bucal analisados, em função disso destacamos a importância da realização de novos estudos que possam nos apontar mais claramente os determinantes dessa limitação. Seria necessário, por exemplo, visitar o serviço objetivando buscar informações junto ao gestor sobre os critérios

utilizados para a implantação das equipes, entrevistar profissionais para saber sua visão sobre a estratégia, quais possíveis dificuldades na sua execução, saber dos usuários a percepção ou não de mudanças efetuadas após essa implantação, enfim buscar conhecer de forma mais profunda a realidade do cotidiano da equipe e da sua relação com a população.

Provavelmente a repetição do processo de trabalho tradicional e do modelo assistencial, são as responsáveis pelo pouco efeito do PSF sobre os indicadores de saúde bucal. Percebemos isso muito claramente quando comparamos áreas cobertas com áreas não cobertas nas duas condições, e quando consideramos o efeito positivo do PSF sobre os indicadores de saúde da criança. Verificamos uma ausência de impacto do PSF com ESB quando a área não coberta apresenta algum tipo de ação organizada, denotando que as práticas executadas nas duas áreas não diferem, não a ponto de provocarem alterações sobre esses indicadores. Algum efeito do PSF é percebido quando a área não coberta analisada apresenta ausência de qualquer tipo de programa assistencial, ainda assim, esse efeito é percebido mais claramente sobre os indicadores de cobertura (acesso ao dentista), porém, sobre aqueles indicadores que poderiam apontar alguma mudança na abordagem das ações de saúde bucal, como, por exemplo, os de ações preventivas, esse efeito desaparece.

É fundamental destacarmos que a expressão diferenciada do efeito do PSF sobre indicadores de saúde da criança e indicadores de saúde bucal, aponta para uma limitação da estratégia de saúde bucal e não do programa em si.

A ausência de impacto sobre ações de saúde bucal preventivas fica muito clara quando analisamos a variável dor de dente, e verificamos ausência de diferença estatística entre áreas cobertas e não cobertas independente da condição. A variável dor dente é extremamente importante na verificação e avaliação de ações assistenciais, pois representa um indicador bastante sensível na determinação de efeito ou não dessas ações sobre a saúde dos indivíduos. Além de indicar ausência de efeito sobre as ações preventivas, a dor de dente indica também o fato do PSF não estar conseguindo impactar sobre a resolutividade dos problemas de saúde bucal buscados pela população.

Essa ausência de efeito do PSF sobre as ações preventivas é ratificada quando analisamos os indicadores "foi atendido e não fez prevenção" e "foi atendido e não participou de palestras" entre as áreas cobertas e não cobertas, principalmente quando consideramos a condição 1 de não coberto, em que essas áreas apresentam melhores condições para a segunda variável do que as áreas cobertas.

A diferença do impacto do PSF entre as áreas não cobertas analisadas, nos deixa muito claro que o fundamental é se ter algum tipo de ação organizada, independente do programa em execução. Se não imaginemos, por que será que áreas com PACS têm melhores indicadores de saúde bucal do que áreas com PSF? Ainda que em nosso estudo não tenhamos subsídios suficientes para essa resposta, no nosso entendimento essa diferença não está sendo determinada pelo PACS em si, e sim pelo fato dessas áreas apresentarem ações minimamente organizadas, onde a UBS em que esse PACS está implantado configura-se certamente como um padrão diferenciado em relação àquelas que apresentam um modelo tradicional de trabalho. Precisaríamos de um outro esforço explicativo para confirmarmos essa nossa hipótese.

Não queremos com esse estudo colocar em debate a proposta do PSF e muito menos a incorporação da Odontologia à ESF. Não se têm como negar a importância fundamental do PSF quanto componente rearticulador da atenção integral dentro do SUS e o papel da ESB na complementação dessa integralidade. Porém, a implantação da saúde bucal dentro da estratégia vem se dando apenas no sentido de expandir a cobertura dos serviços e não no de modificar suas práticas. Então dessa forma o que está ocorrendo verdadeiramente é uma expansão da cobertura dos serviços, indicando um atraso de pelo menos trinta anos em sua ocorrência. Será que o fundamental é apenas expandir cobertura? O que esperamos fundamentalmente da presença da ESB na estratégia de saúde da família, é que ela consiga transformar o modelo historicamente ofertado à população, em um modelo centrado no usuário, que busque a resolução dos seus anseios, preservando os princípios do SUS, e que isso se dê independente do ambiente, seja dentro de um consultório odontológico ou no interior de um domicílio.

7 – ReferênciasBibliográficas

A mente do homem, uma vez ampliada por uma nova idéia, jamais retorna à sua dimensão original. (Oliver Holmes)

- 1 Almeida C, Travassos C, Porto S, Baptista T. A Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Eqüidade. Research in Public Health, Technical Papers 17. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1999
- 2 Altman DG. Practical Statistics for Medical Research. 1st ed. Chapman & Hall/CRC; 1990.
- Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. Ciências & Saúde Coletiva 2006; 11 (1): 123-30.
- 4 Andrade LOM, Bezerra RCR, Barreto ICHC. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. RAP 2005 mar-abr; 39(2): 327-49.
- 5 Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Junior T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. No prelo 2007
- Araújo YP. Atuação profissional e vivência do Cirurgião-Dentista na estratégia do Programa de Saúde da Família [Dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
- Baker J. Avaliando o impacto de projetos em desenvolvimento voltados à pobreza. In: Barreira MCR, Carvalho MCB, organizadores. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE-PUC; 2001.
- 8 Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21 (4): 1026-35.
- 9 Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo. São Paulo: USP/FSP; 2005.
- 10 Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 3 (7): 409-29.
- 11 Botazzo C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 1994. 66 p. (Série Tendências e Perspectivas em Saúde, 1).

12	Brasil, Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União. Brasília; 1988.
13	, Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União 20 de setembro de 1990.
14	, Lei 8.142 (Participação da comunidade na gestão do SUS). Diário Oficial da União 28 de dezembro de 1990.
15	, Ministério da Saúde. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
16	, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília, 1997. 34 p.
17	, Ministério da Saúde. Núcleos de Estudo em Saúde Coletiva. Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), estudos de linha base – Lote 1 – Nordeste. O impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde em 4 municípios da Região Nordeste: Relatório Final. Roncalli AG, Lima KC, pesquisadores. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
18	, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444. Diário Oficial da União 28 de dezembro de 2000.
19	, Ministério da Saúde. Portaria nº 267. Diário Oficial da União 06 de março de 2001.
20	, Ministério da Saúde. Portaria nº 673. Diário Oficial da União 03 de junho de 2003.
21	, Ministério da Saúde. Portaria nº 74. Diário Oficial da União 20 de janeiro de 2004.
22	, Ministério da Saúde. Portaria nº 650. Diário Oficial da União 28 de março de 2006.
23	, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

- 24 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, 2004. 51 p. 25 , Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília, 2006. 200 p. 26 , Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 27 _____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 _____, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 1987. , Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 1993. 30 Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios [Dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2002. 31 Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2): 301-306. 32 Capistrano Filho D. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. Revista de Odontologia em Saúde Coletiva 2000; 2(1): 8 33 Castro V. A Odontologia no Programa de Saúde da Família em Natal, RN. Alberto Allan Rodrigues Patrício. Natal, 2007. Entrevista gravada em equipamento digital.
- 34 Chiesa AM, Fracoli LA. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas Grandes Cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista Brasileira de saúde da Família 2004; 5 (7): 42-49.
- 35 Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

- 36 Cordeiro H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. Conferência pronunciada no Instituto de Medicina Social, em 12 de agosto de 2004. Mimeo
- 37 Cruz M G B. PSF Programa de Saúde da Família: comparando a mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações, entre municípios com e sem o programa no Estado de São Paulo [Dissertação]. Universidade de São Paulo, SP: Faculdade de Saúde Pública; 2002. 190p.
- 38 DATASUS. Informações de saúde. Rede assistencial hospitalar e ambulatorial da cidade do Natal/RN. [Acesso em 2007 fev]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br
- 39 Donabedian A. "The seven pillars of quality". Archives of Pathology Laboratory Medicine, 1990; 114: 1115-18.
- 40 _____. The hole of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin 1992; 18: 356-60.
- 41 Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCR, Carvalho MCB, organizadores. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo. IEE/PUC; 2004. p. 15-42.
- 42 Elster J. Justice Local. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens? New York: Russell Sage Foundation; 1992.
- 43 Emmi DP, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito do Mosqueiro (Pará) [Acesso em 2007 jan]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos.
- 44 Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.59-81.
- 45 France G. Introduzione, in La Sanitá in transformazione, L' Assistenza Sociale, Rivista Trimestralle sulle Prospettive Del Welfare, Roma, Ediesse; 1997.
- 46 Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p.55-124.

- 47 Garrafa V. Saúde Bucal e Cidadania. Rev. saúde em debate 1994 dez; 41: 50-7.
- 48 Geografía econômica do Brasil. Ranking do IDH-M dos municípios do Rio Grande do Norte (2000). [Acesso em 2007 fev]. Disponível em: http://www.frigoletto.com.br/geoecon/idhrn.htm
- 49 Gerschman S. A Democracia Inconclusa: Um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p.179-97.
- 50 Heimann LS, Mendonça MH. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.481-502.
- 51 IBGE cidades. [Acesso em 2007 fev]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat
- 52 IBGE. Tendências demográficas: uma análise dos resultados da sinopse preliminar do censo demográfico 2000/IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2001. 63 p.
- Instituto Nacional de Estudo e Pesquisas Educacionais Anísio Texeira (INEP). Cadastro de escolas da educação básica. [Acesso em 2007 fev]. Disponível em: http://www.inep.gov.br/basica/censo/cadastroescolas
- Instituto Nacional de Estudo e Pesquisas Educacionais Anísio Texeira (INEP). Cadastro da educação superior. [Acesso em 2007 fev]. Disponível em: http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/listaies.asp
- 55 Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). Rev. Saúde Pública 2004; 38(5): 637-42.
- 56 Luiz RR. Análise estatística com múltiplas variáveis. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 341-72.
- 57 Machado K. Equipe mínima, dilemas e respostas. RADIS 2006 nov; 51: 8-10.
- Martelli PJL, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco [On-Line].

 [Acesso em 2007 jan] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos.

- 59 Maynard A, Mcdaid D. "Evaluating health interventions: exploiting the potential." Health Policy 2003; 63: 215-26. 60 Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994. 108p. 61 . Avaliação de ações de saúde bucal. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1996. Mimeo 62 . PC. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? 2001. 63 Natal, Prefeitura Municipal. Lei nº 163 de 13 de outubro de 1997, que regulamenta o Programa Saúde da Família. Natal, 1997. 64, Prefeitura Municipal. Lei nº 5.108 de 12 de julho de 1999, que altera dispositivos da Lei Nº 163/97 e amplia o Programa Saúde da Família no Município de Natal. Natal, 1999. , Prefeitura Municipal. Lei Complementar nº. 032 de 06 de julho de 2001, que definiu critérios para a reorganização da Atenção Básica à Saúde no município do Natal. Natal, 2001. , Prefeitura Municipal. Lei nº. 062 de 06 de outubro de 2005, que definiu a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica do município do Natal. Natal, 2005. , (Rio Grande do Norte). [Acesso em 2007 fev]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/natal (Rio Grande do Norte). . Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Anuário Natal, RN: Departamento de Informação, Pesquisa e Estatística; 2005. 69 Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva 1999; 2(1): 9-14. 70 Oliveira Filho ML, Mariano CFH, Oliveira, FA, Roncalli AG, Lima, KC. Avaliação do impacto do PSF nos indicadores de saúde bucal no município de Mossoró-RN. . [Monografia de Especialização]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2005. 32p.
- 71 Paim JS. Medicina no Brasil: de movimento ideológico a ação política. 1985. Mimeo

- Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino, EG. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(1): 121-130.
- 73 Pedrosa JTS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Cad. de Saúde Pública 2001; 35: 303-11.
- 74 Pereira LCB. A Reforma do Estado dos Anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração e Reforma de Estado; 1997.
- 75 Pinto VG. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos; 1993.
- 76 PNUD/2000. Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil. [Acesso em 2007 fev]. Disponível em http://www.pnud.org.br.
- 77 Porto VMC. Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção de atenção à saúde bucal no SUS [Dissertação] São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2002.
- 78 Rocha N. Análise do Programa Saúde da Família no município do Natal RN: inovações assistenciais? [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.
- 79 Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(3): 713-24.
- 80 Salum MJLS. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. São Paulo: DataSUS; 1999.
- 81 Santos L, Carvalho GI. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. Saúde em Debate 1992; (34): 60-66.
- 82 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Atenção à Saúde da Família no Estado da Bahia. Salvador: Sesab; 1996.
- 83 Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA). O que é SUS?
- 84 Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2002; 18(supl): 203-11.

- 85 Serra CG. A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 1998.
- 86 Sheiham A, Joffe M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: Johnson, N, editor. Risk markers for oral diseases. Cambridge; 1992.
- 87 Silva AC. O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002 [Tese]. São Paulo (SP): USP; 2003.
- 88 Silva Jr AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Alves DS, Guljor AG. Cuidado as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 241-55.
- 89 Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-39.
- 90 Souza ECF. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(1): 18-43.
- 91 Souza SMD. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. In: Pinheiro JT, organizador. Ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF): ampliando a atenção básica à saúde. Recife: Ed. EDUPE; 2001.
- 92 Souza TMS. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial [Dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
- 93 Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública 1998 abr-jun; 14(2): 429-35.
- 94 Vasconcelos CM. Paradoxos da mudança no SUS [Tese]. Campinas, SP: UNICAMP; 2005.
- 95 Vasconcelos EM. A priorização das famílias nas políticas de saúde. Rev Saúde em Debate 1999 23(53): 06-19.

- 96 Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p.155-172.
- 97 Viana AL, Dal Poz M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva 1998; 8(2): 11-48.
- 98 Werneck MAF. A reforma sanitária no Brasil. In: Brasil, Ministério da Saúde. Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. p.247-266.
- 99 Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Revista divulgação saúde em debate 1996; 13: 18-35.

8 - Anexos

Não penso em tudo que já fiz e não esqueço de quem um dia amei eu desprezo os dias cinzentos eu aproveito pra sonhar enquanto é tempo . (Roberto Frejat)

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

<u>Baixar</u>	livros	de	Adm	inis	tra	ção

Baixar livros de Agronomia

Baixar livros de Arquitetura

Baixar livros de Artes

Baixar livros de Astronomia

Baixar livros de Biologia Geral

Baixar livros de Ciência da Computação

Baixar livros de Ciência da Informação

Baixar livros de Ciência Política

Baixar livros de Ciências da Saúde

Baixar livros de Comunicação

Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE

Baixar livros de Defesa civil

Baixar livros de Direito

Baixar livros de Direitos humanos

Baixar livros de Economia

Baixar livros de Economia Doméstica

Baixar livros de Educação

Baixar livros de Educação - Trânsito

Baixar livros de Educação Física

Baixar livros de Engenharia Aeroespacial

Baixar livros de Farmácia

Baixar livros de Filosofia

Baixar livros de Física

Baixar livros de Geociências

Baixar livros de Geografia

Baixar livros de História

Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura

Baixar livros de Literatura de Cordel

Baixar livros de Literatura Infantil

Baixar livros de Matemática

Baixar livros de Medicina

Baixar livros de Medicina Veterinária

Baixar livros de Meio Ambiente

Baixar livros de Meteorologia

Baixar Monografias e TCC

Baixar livros Multidisciplinar

Baixar livros de Música

Baixar livros de Psicologia

Baixar livros de Química

Baixar livros de Saúde Coletiva

Baixar livros de Serviço Social

Baixar livros de Sociologia

Baixar livros de Teologia

Baixar livros de Trabalho

Baixar livros de Turismo