



**Assistência odontológica diferenciada para
crianças de 0 a 3 anos: avaliação de impacto
no Serviço Público Municipal em Natal-RN**

Pesquisadora: **Adriana Costa de Souza Martins Câmara**

Orientador: **Prof. Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira**



NATAL – RN

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Adriana Costa de Souza Martins Câmara

**Assistência odontológica diferenciada para
crianças de 0 a 3 anos: avaliação de impacto
no Serviço Público Municipal em Natal-RN**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia área de
concentração em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal do Rio Grande do
Norte, como requisito para a obtenção do
grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli

Natal – RN

2009

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à memória do meu querido pai, Paulo Abílio de Souza Martins Júnior, que contribuiu para a construção do meu ser.

À minha amada filha, Mariana, por me proporcionar momentos inesquecíveis da expressão do amor puro de uma criança.

AGRADECIMENTOS

Agradecer parece tão simples quando dizemos apenas OBRIGADO, mas como usar apenas uma palavra para expressar verdadeiramente o que estamos sentindo e o quanto as pessoas que participaram dessa pesquisa foram importantes de uma forma ou de outra. Por isso, esse talvez seja o momento mais difícil da escrita desse trabalho. Usarei a ordem cronológica dos fatos para ir associando às pessoas e assim não correr o perigo de esquecer alguém.

Ao **Deus trino (Pai, Filho e Espírito Santo)** pela oportunidade da vida, pela oportunidade de entrar no mestrado, pela oportunidade da realização deste trabalho e pela oportunidade de concluir o curso. **Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu (Ecle, 3.1).**

À **Rossana**, pela insistência dela para que eu fizesse o mestrado dessa vez e por estar constantemente se lembrando de mim nos momentos da carreira profissional.

Ao meu **apaixonante esposo, Bago**, pelo INCENTIVO, pela força, pelos puxões de orelha (às vezes sendo até chato) e principalmente pelo maravilhoso pai que ele é, pois se não fosse assim não teria conseguido nem começar o curso.

À minha querida **mãe Auxiliadora**, pelo exemplo de mulher que ela é: pai-mãe. Pela força que me deu na hora em que fui mãe e precisei ser também aluna.

Às minhas **irmãs Ana Paula, Amanda e Andira**, pelas horas que se dedicaram à Mariana quando precisei ir às aulas, fazer algum trabalho, estudar, enfim, se elas não estivessem tão presentes eu não teria conseguido.

Ao meu **tio Zé Dias**, que na ausência do irmão, fez às vezes de pai na hora de cobrar de nós a nossa formação acadêmica.

Às **minhas amigas de curso: Geórgia, Marina, Líbia, Aldinha, Stela e Rossana**, por tudo o que aprendi com elas e pela amizade que nasceu e cresceu entre nós.

A todos os **professores** do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e aos professores convidados por repassarem os seus conhecimentos e contribuírem para a nossa formação.

Ao meu **orientador, Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli**, pela forma como ele me conduziu tranquilamente para a realização desse trabalho através de toda a sua carga de conhecimento e de experiência. Fica para mim o exemplo do profissional competente e inteligente, capaz de ajudar a todos que o procura em busca de socorro e acima de tudo com muita humildade.

À **Secretaria Municipal de Saúde** pelo consentimento dado para a realização desta pesquisa nas Unidades de Saúde.

A todos os **diretores e administradores das Unidades de Saúde** pela forma com que fui recebida.

À **Dra. Isabel** que sempre me acolheu tão bem e sempre distribuindo simpatia. Sua contribuição foi muito importante para a realização deste trabalho.

Aos **Agentes Comunitários das Unidades da Guarita, Monte Líbano e Quintas** que contribuíram na realização da coleta dos dados, foram atores fundamentais.

Às **professoras do Centro Educacional da Criança** por me permitirem finalizar a minha coleta de dados no bairro das Quintas.

A todos **os responsáveis** pelas crianças que participaram deste estudo, por consentirem a participação delas e contribuírem respondendo o questionário.

A **Geórgia**, na qualidade de examinadora, sua disponibilidade em me ajudar foi essencial para a realização deste trabalho.

Ao examinador **Isaías**, sua ajuda foi de fundamental importância.

Ao bolsista **Rauni** na ajuda da realização da calibração dos examinadores.

Aos funcionários **Sandra, Cleide e Ana**, que de uma forma ou de outra estiveram sempre disponíveis para ajudar, seja no atendimento na secretaria ou na hora da esterilização dos materiais.

Ao professor **Antônio de Medeiros Júnior**, deste a graduação está sempre contribuindo para a minha formação e em especial, por sua fundamental contribuição na Qualificação.

À professora **Maria Ângela** por sua relevante contribuição na Qualificação

Aos **funcionários da biblioteca**, em especial a Cecília e a Mônica, pelo auxílio dado na hora do empréstimo dos livros e na correção das referências deste trabalho.

Resumo

No Brasil, as crianças menores de cinco anos passaram a ser uma população alvo de atenção odontológica pública sistematizada somente a partir dos anos 1990. Inúmeras experiências de implantação do atendimento aos bebês nos municípios surgiram ao longo dos anos, mas não se tem avaliado o efeito comparativo entre crianças expostas e não expostas ao programa. Portanto, os objetivos desta pesquisa foram caracterizar a atenção odontológica para bebês no serviço público de saúde em Natal e avaliar o impacto de uma assistência odontológica diferenciada para bebês a partir da comparação de indicadores de saúde bucal em crianças expostas e não-expostas ao atendimento. O estudo constou de um grupo experimental (exposto ao atendimento diferenciado) e um grupo controle (não exposto ao atendimento diferenciado), havendo emparelhamento entre os grupos com relação ao sexo, idade e condição sócio-econômica. Após a obtenção do consentimento livre e esclarecido, foi realizado um questionário com os responsáveis para detecção de alguns fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie e em seguida foi realizado o exame bucal da criança, verificando o Índice de Placa Visível (IPV), Índice de Sangramento Gengival (ISG), ceo-s e atividade de cárie. A amostra constou de 40 crianças em cada grupo. Os resultados obtidos mostraram para o IPV uma diferença de 7 pontos percentuais para o grupo que sofreu intervenção, contudo não houve diferença estatística significativa pela aplicação do teste “t” de Student ($p=0,314$) e para o ISG o grupo controle apresentou uma média mais baixa (0,8%) em relação ao grupo experimental (2,77%), havendo diferença estatística segundo o teste de Mann-Whitney ($p= 0,003$). Com relação ao ceo-s e a atividade de cárie não houve diferença estatística significativa entre os grupos. Entre as prováveis explicações para esta ausência de impacto, podem ser incluídas a ausência de alteração significativa no modelo de prática entre os grupos, mesmo considerando que o grupo experimental se propõe a ter como proposta uma atenção diferenciada, além da limitação da própria assistência odontológica em resolver problemas bucais em população de baixa renda.

Abstract

In Brazil, 0-5 years old children just have an oral health care system since 1990's. Innumerable experiences of implantation of the attendance to the babies in the cities had appeared throughout the years, but it hasn't been evaluated the comparative effect between children displayed and not displayed to the program. In this regard, the main of this research was describe the Early Childhood Oral Health Care in public health service in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil and evaluate the impact of this specific oral health care for babies by comparison of indicators between exposed and non-exposed children. It was created an experimental group, formed by children covered by program which was paired, based on sex, age and socioeconomic status, with a control group, formed by uncovered children. After filling ethical application, the parents of children were questioned about some risk factors to dental caries and, in sequence, it was accomplish an oral examination in the child. It was verified the Visible Plaque Index (VPI), Gingival Bleeding Index (GBI), dmfs and verification of caries activity. The sample was 40 children in each group. The results showed, for VPI, a difference of 7 percentile points for the experimental group, however this difference had no statistical significance, obtained by Student's "t" test ($p=0.314$). In relation to GBI, the control group showed a low mean (0.8%) comparing with experimental group (2.77%) and this difference was statistically significant ($p=0.003$). The results for dmfs and evaluation of caries activity showed no statistical difference between groups. Among the probable reasons for absence of impact of intervention, could be included: (a) the practice model was the same in two groups, or the difference was very weak and (b) the oral health care has intrinsic limitations for to impact on oral health in low income populations.

Lista de Figuras

Figura 1. Evolução da cobertura da ESF. Região Nordeste, 1998-2005/2006. Fonte: Ministério da Saúde.	22
Figura 2. Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família. Brasil, 1998. Fonte: Ministério da Saúde.....	22
Figura 3. Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família. Brasil, 2009. Fonte: Ministério da Saúde.	23
Figura 4. Meta e evolução do número de ESB implantadas. Brasil 2001 – Maio/2009. Fonte: Ministério da Saúde	24
Figura 5. Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas. Brasil 2001-Maio/2009. Fonte: Ministério da Saúde.....	25
Figura 6. Mapa do bairro das Quintas com a localização de todos os seus equipamentos e serviços.	41
Figura 7. Unidade Básica de Saúde do Bairro das Quintas.	42
Figura 8. Mapa do bairro do Alecrim com a localização de todos os seus equipamentos e serviços.	43
Figura 9. Unidade de Saúde da Família da Guarita.	44
Figura 10. Mapa do bairro do Bom Pastor com a localização de todos os seus equipamentos e serviços.....	45
Figura 11. Unidade de Saúde da Família Monte Líbano	45
Figura 12. Exame clínico realizado por um dos examinadores.....	47

Lista de Quadros

Quadro 1. Variáveis dependentes	38
Quadro 2. Variáveis independentes de ajuste	39

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual das variáveis relativas à descrição da amostra de acordo com o grupo estudado. Natal, RN. 2009.	51
Tabela 2. Estatística descritiva das variáveis estudadas de acordo com os grupos e respectivos testes estatísticos. Natal, RN. 2009.	52

Tabela 3. Estatística descritiva das variáveis estudadas de acordo com os grupos e respectivos testes estatísticos, subdivididos pelo tempo de participação do grupo experimental no Programa. Natal, RN. 2009.	52
Tabela 4. Distribuição absoluta e percentual das variáveis dependentes de acordo com o grupo estudado. Natal, RN. 2009.....	55
Tabela 5. Distribuição absoluta e percentual das variáveis independentes de ajuste de acordo com o grupo estudado. Natal, RN. 2009.	56

Sumário

1. Introdução.....	13
2. Revisão de Literatura	16
2.1 A evolução da saúde bucal no Brasil.....	16
2.2 A criação do Sistema Único de Saúde	18
2.3 Saúde Bucal no SUS	19
2.4 O Programa Saúde da Família.....	20
2.5 A Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família	23
2.6 A Atenção Precoce em Odontologia.....	27
2.7 Avaliação em Saúde.....	29
3. Objetivos.....	34
4. Método	36
4.1 Tipo de Estudo.....	36
4.2 População e Amostra	36
4.3 Variáveis.....	37
4.4 Coleta de Dados.....	40
4.4.1 Caracterização das Unidades de Saúde	40
4.4.2 Instrumentos de coleta de dados	46
4.5 Estudo Piloto	48
4.6 Análise dos dados.....	48
4.7 Implicações Éticas	48
5. Resultados e Discussão.....	50
6. Considerações Finais.....	62
7. Referências Bibliográficas.....	65
8. Anexos	71

1. Introdução

É bom ser criança, ter de todos atenção.

Da mamãe carinho, do papai a proteção.

É tão bom se divertir e não ter que trabalhar.

Só comer, crescer, dormir, brincar

É bom ser criança, isso às vezes nos convém.

Nós temos direitos que gente grande não tem.

Só brincar, brincar, brincar, sem pensar no boletim.

Bem que isso podia nunca mais ter fim...

Música: É bom ser criança

Autor: Toquinho

1. Introdução

Desde o Brasil Colonial a assistência odontológica pública tem sido influenciada pela política da época. Um modelo que perdurou durante toda a segunda metade do século XX foi o sistema incremental, que se caracterizou pela entrada da Odontologia nas escolas com o objetivo de prevenir a cárie dentária na infância (a partir dos 6 anos). Nos anos 1990 iniciou-se uma discussão sobre outras perspectivas e estratégias para o atendimento odontológico. Diante disso, surge no país o Atendimento Precoce em Odontologia tendo como população-alvo as crianças de 0-5 anos de idade que até então tinham sido excluídas da atenção odontológica pública.

O primeiro seguidor dessa nova prática no Brasil foi o Prof. Luiz Reinaldo de Figueiredo Walter quando implantou a Bebê-Clínica na Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 1985. Com a divulgação dos primeiros resultados da Bebê-Clínica vários municípios aderiram a essa nova experiência na Odontologia.

A lógica de implantação da Atenção Precoce tem como base a captação precoce, seja da gestante ou da criança. Porém tem sido feita de forma acrítica, tornando-se, muitas, vezes, uma prática desvinculada de ações que envolvam toda a população a ser assistida, correndo o risco de se tornar um modelo excludente.

Em Natal-RN, a Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao Programa Bebê-Clínica em 1996 com a capacitação de 20 dentistas da rede e implantando o mesmo em três dos quatro Distritos Sanitários. Com a incorporação do dentista no Programa Saúde da Família em meados de 2002, os dentistas que atendiam no Bebê-Clínica passaram a atuar dentro do PSF. Enquanto durou o programa, pouco foi feito no sentido de avaliá-lo e na divulgação dos resultados obtidos. É somente a partir da avaliação que se determina se uma ação em saúde obteve êxito com relação aos objetivos pré-determinados, podendo esta se dar de forma quantitativa e/ou qualitativa.

Atualmente no município de Natal-RN o atendimento aos bebês tem sido realizado apenas pelas unidades que possuem o Programa Saúde da Família. O bebê chega à unidade para o acompanhamento no programa Crescimento e Desenvolvimento realizado pelo profissional de enfermagem, de onde ele é encaminhado para o dentista. A partir daí fica a critério desse profissional a marcação do retorno e o acompanhamento, não havendo um padrão entre as unidades.

Desse modo, tentando buscar respostas a vários questionamentos que me rondavam desde o período da graduação, quando conheci um pouco da assistência dada a essa população, e também com o fato de ter sido mãe de primeira viagem quando se iniciavam as atividades no mestrado, então resolvi que o meu objeto de estudo seriam os bebês novamente. Considerando a necessidade de se aprofundar na real efetividade que o atendimento diferenciado proporciona, esta avaliação pretende comparar indicadores de saúde bucal em bebês expostos e não-expostos a este tipo de atendimento.

2. Revisão de Literatura

Minuciosa formiga não tem que se lhe diga:

leva a sua palhinha asinha, asinha.

Assim devera eu ser e não esta cigarra
que se põe a cantar e me deita a perder.

Assim devera eu ser: de patinhas no chão,
formiguinha ao trabalho e ao tostão.

Assim devera eu ser se não fora não querer.

Música: Formiga Bossa Nova

Canta: Adriana Calganhoto

2. Revisão de Literatura

2.1 A evolução da saúde bucal no Brasil

A assistência da odontologia no Brasil teve início com a chegada da Família Real Portuguesa. Até o final do século XIX boa parte dessa assistência foi dada pelas Forças Armadas. No Brasil Imperial a assistência pública era limitada ao que as entidades filantrópicas podiam realizar (Calado, 2000).

Com a proclamação da República, em 1889, muitas mudanças ocorreram a nível nacional, sobretudo a partir da Revolução de 1930. Várias leis foram aprovadas a partir da criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública todas com o objetivo de reformular o ensino e regular as profissões. O exercício da odontologia deixou de ser permitido a quem não fosse diplomado por escola federal ou equiparada (Narvai e Frazão, 2008).

Nas décadas seguintes, a formação odontológica no Brasil recebeu influência das grandes transformações ocorridas no ensino odontológico nos Estados Unidos, em decorrência do Relatório Gies (Narvai e Frazão, 2008). A prática odontológica do setor privado, caracterizada como cientificista ou flexneriana mereceu destaque. Ela privilegiava o indivíduo como objeto de prática e responsável pela saúde. Além disso, os EUA influenciaram as ações de assistência pública, ocorrendo no país uma disseminação da política de higiene, da qual se derivou a higiene escolar, tendo como reflexo a entrada da odontologia nas escolas (Costa, Chagas e Silvestre, 2006).

Em 1912 acontece a primeira experiência da odontologia inserida na assistência pública por meio da fundação das Clínicas Dentárias Escolares. Com isso, nota-se que o atendimento nas escolas no Brasil até 1952 mostrou-se rudimentar, caracterizando um programa sem planejamento, com falta de avaliação, ausência de sistema de trabalho e técnicas uniformes, sem preparação adequada de profissionais para executar as tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão. Havendo assim, no serviço público o mesmo tipo de atenção dada nos consultórios particulares (Costa, Chagas e Silvestre, 2006).

Os primeiros programas da odontologia sanitária no Brasil foram implementados em 1952 pelo SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, inicialmente em Aimorés-MG e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste. A população epidemiologicamente tida como a mais vulnerável – os escolares- foi o alvo desses programas, pois apresentava-se como a mais sensível às intervenções de saúde pública.

Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do país (Narvai, 2006).

O modelo de assistência a escolares do SESP tinha como vertente ideológica o movimento da odontologia sanitária e como proposta programática o Sistema Incremental de atendimento a escolares. Neste modelo as crianças que já tinham sido atendidas eram monitoradas por anos (ciclos), sempre tratando as novas cáries que surgiam e recebendo alta ao final do tratamento (Medeiros-Júnior, 2004).

Esperava-se que as ações preventivas e de educação sanitária reduzissem o surgimento de novas cáries, possibilitando, a médio prazo, um domínio do quadro epidemiológico, uma redução do tempo total de trabalho exigido para tratar crianças e, com isso, ter tempo para incluir no atendimento novos grupos como os adolescentes e os infantes, e além disso possibilitar ao dentista o aprofundamento no trabalho em si, abrangendo as doenças periodontais, problemas endodônticos, ortodônticos e cirúrgicos (Pinto, 2000).

A adoção do sistema incremental americano na tentativa de resolver os problemas brasileiros resultou num sistema excludente, pois não foram levadas em consideração as profundas diferenças que existiam entre os dois países, o Brasil com problemas gerais e os EUA focais. Não havia uma estratégia universal para atingir toda a população exposta ao risco de adoecer. A Odontologia seguiu uma direção enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram outra (Costa, Chagas e Silvestre, 2006).

Esse modelo excludente de assistência predominante a escolares caracterizou a odontologia entre os anos de 1950 e fins dos anos 1980 e o resto da população era assistida por algumas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as secretarias estaduais de saúde e entidades filantrópicas (Medeiros-Júnior, 2004).

A perspectiva da promoção à saúde e da prevenção da cárie dentária tomou outra direção que os sistemas incrementais, formulando propostas de iniciativas intersetoriais envolvendo uso de substâncias fluoradas em sistemas públicos de abastecimento de água e em escolas (Narvai e Frazão, 2008).

Contrariando as ações curativas do Sistema Incremental surge no fim da década de 1980, o Programa Inversão da Atenção, tentando mudar o foco da atenção curativa clássica, estabilizando o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos. Este programa é diferente do Sistema Incremental, pois não trabalha sob a ótica de acúmulo de necessidade e

tratamentos completados individuais em sequência. Ele tem como prioridade o controle da doença levando em consideração os conceitos atuais de prevenção e educação em saúde (Nickel, Lima, Silva, 2008).

Outro modelo difundido na odontologia é a Atenção Precoce, que teve como pressuposto a observação de freqüentes problemas bucais em pacientes na primeira infância. Esse modelo fez com que os profissionais mudassem a mentalidade e passassem a dar importância a prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua, resgatando assim a população menor de 6 anos (Nickel, Lima, Silva, 2008).

2.2 A criação do Sistema Único de Saúde

De acordo com Narvai e Frazai, em revisão feita em 2008, *“uma polarização marcou a evolução do sistema de saúde brasileiro ao longo do século XX: a separação entre a chamada “saúde pública” e a denominada “saúde previdenciária”. A primeira esteve sob comando dos órgãos aos quais incumbia controlar endemias e epidemias, implementar as ações de vacinação e de “educação sanitária” e outras consideradas de interesse coletivo. A “saúde previdenciária”, vinculada às Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões, se encarregava por sua vez, “na medida dos recursos disponíveis”, de prestar assistência aos trabalhadores e seus dependentes, desde que vinculados ao mercado formal de emprego, ou seja, aos portadores de “carteira de trabalho”. Neste âmbito ganhou destaque o INAMPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social”* (Narvai e Frazão, 2008).

Os profissionais e intelectuais da área da Saúde Coletiva lutaram por políticas mais universalistas consolidando um movimento que só fez crescer concomitantemente à insatisfação popular e aos resultados desfavoráveis do governo nas eleições. Esse movimento ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária e juntaram-se a ele várias lideranças políticas, sindicais e populares buscando alternativas para a reestruturação do modelo sanitário vigente (Medeiros-Júnior e Roncalli, 2004).

A proposta do Sistema Único de Saúde foi discutida publicamente, pela primeira vez, em 1979 no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Câmara dos Deputados. Esse simpósio foi considerado o marco inicial do Movimento pela Reforma Sanitária (Roncalli e Souza, 1997).

Em 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Foi lá que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa conferência evidenciou-se que as modificações no setor da saúde

transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira (Lima, Gerschman, Edler e Suarez, 2006). Para Medeiros Jr e Roncalli, *essa conferência diferiu das demais, até então realizadas, por duas características principais. Uma, o seu caráter democrático, pela presença significativa de milhares de delegados, representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde. Outra, sua dinâmica processual, que se iniciou por conferências municipais, depois estaduais, até chegar ao âmbito nacional* (Medeiros-Júnior e Roncalli, 2004).

Os parlamentares que participaram da Assembléia Nacional Constituinte foram favoráveis as principais deliberações da VIII CNS e estas foram consagradas na Carta Magna, a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, quando foi promulgada. Algumas das deliberações promulgadas referiam-se à (Narvai e Frazão, 2008):

- (a) saúde como um direito de todos e um dever do Estado;*
- (b) criação de um sistema único de saúde-SUS;*
- (c) gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera de governo;*
- (d) integralidade das ações de saúde, com prioridade para as medidas preventivas;*
- (e) participação da comunidade nas decisões relativas à saúde.*

2.3 Saúde Bucal no SUS

A inserção da saúde bucal no SUS tem sido marcada por conflitos e contradições, desde a criação do Sistema, pelos constituintes de 1988 (Narvai e Frazão, 2008).

Um momento que marcou a história da Odontologia do Brasil aconteceu em 1986: a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, pois não se tratou simplesmente de um encontro exclusivo de cirurgiões-dentistas. A população, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e se manifestando (Costa, Chagas e Silvestre, 2006).

Apesar de os delegados participantes da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal terem proposto claramente a inserção da saúde bucal no sistema único de saúde, os governos que se sucederam desde então não acataram essa deliberação (Narvai e Frazão, 2008).

Em 1993 aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde as discussões permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, levando em conta: a saúde bucal como direito de cidadania; um novo modelo de atenção em saúde bucal; os recursos humanos; o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da

saúde bucal no Sistema Único de Saúde teria a proposta de desmitificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levaram em consideração a realidade concreta. Dessa forma, foi aprovado que essa inserção se daria por meio de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde) descentralizado e no qual se garantiria a universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, associadas a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social (Costa, Chagas e Silvestre, 2006).

No ano 2000 uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal foi aberta com a edição da Portaria 1.444, de 28/12/2000, pelo Ministério da Saúde, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família (Brasil, 2000).

2.4 O Programa Saúde da Família

Nos últimos anos, com a mudança do objeto de atenção (a família), do enfoque de atuação (atenção primária) e da organização geral dos serviços, a estratégia de Saúde da Família passa a ser o desenho adotado pelo Ministério da Saúde, como um “novo modelo” de atenção, carreando os programas, projetos, ações e atividades que vêm sendo desenvolvidas no país (Calado, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido em 1994, embora se tenha notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, havia sido implantado em alguns municípios, entre eles Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros (Franco e Merhy, 2003).

Ele foi criado com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do SUS e entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo. Nos primeiros anos, recebeu a denominação de Programa Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF). (Brasil, 2008).

A ESF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área (Medeiros-Júnior, 2004). Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas (Brasil, 2001).

A equipe da ESF é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe – numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas (Franco e Merhy, 2003).

Os profissionais das USF, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano das pessoas com base nas teorias e conceitos do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais dos profissionais da USF são as seguintes (Brasil, 2001):

- 1. Planejamento de ações: capacidade para diagnosticar a realidade local. Nesse diagnóstico, é importante estar atento também aos aspectos positivos da comunidade, ao potencial que as pessoas têm para resolver seus problemas, inclusive os de saúde.*
- 2. Saúde, promoção e vigilância: é fundamental, nesta atribuição, entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. Busca-se, nesta atribuição, compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersectorialidade) e a participação social.*
- 3. Trabalho interdisciplinar em equipe: a ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas.*
- 4. Abordagem integral da família: entende-se, por essa atribuição, a abordagem integral da pessoa, vendo-a em seu contexto socioeconômico e cultural, com ética, compromisso e respeito.*

Os dados referentes ao número de Equipes de Saúde da Família passaram a ser registrados oficialmente a partir de 1998 com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Dessa forma, a estimativa de cobertura média populacional da ESF, no Brasil, só foi possível a partir de 1998, uma vez que, para calcular a proporção da população coberta pela estratégia, é necessário considerar o número de Equipes de Saúde da Família existentes no município (Brasil, 2008). A evolução da cobertura da ESF na região Nordeste desde 1998 até 2006 é mostrada na figura 1. Nas figuras 2 e 3 encontra-se a evolução da implantação das ESF nos anos de 1998 e 2009, respectivamente.

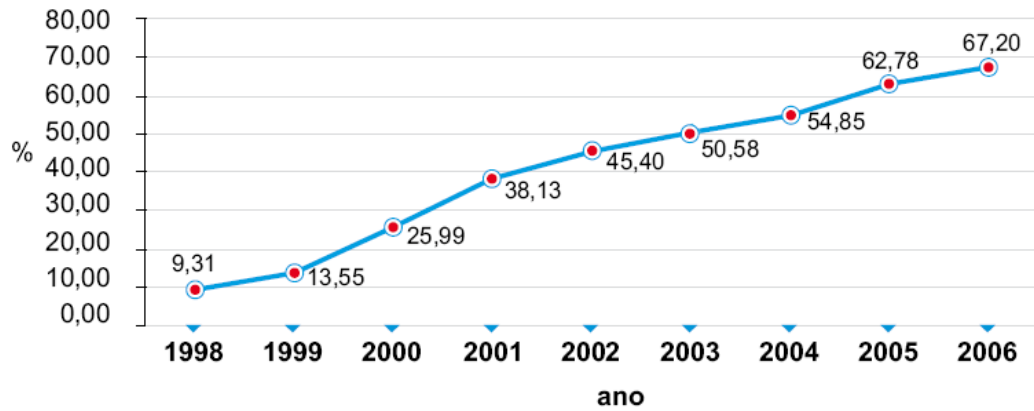


Figura 1. Evolução da cobertura da ESF. Região Nordeste, 1998-2005/2006.
 Fonte: Ministério da Saúde.

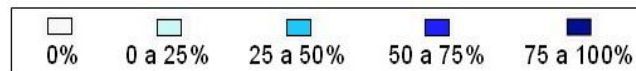


Figura 2. Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família. Brasil, 1998.
 Fonte: Ministério da Saúde

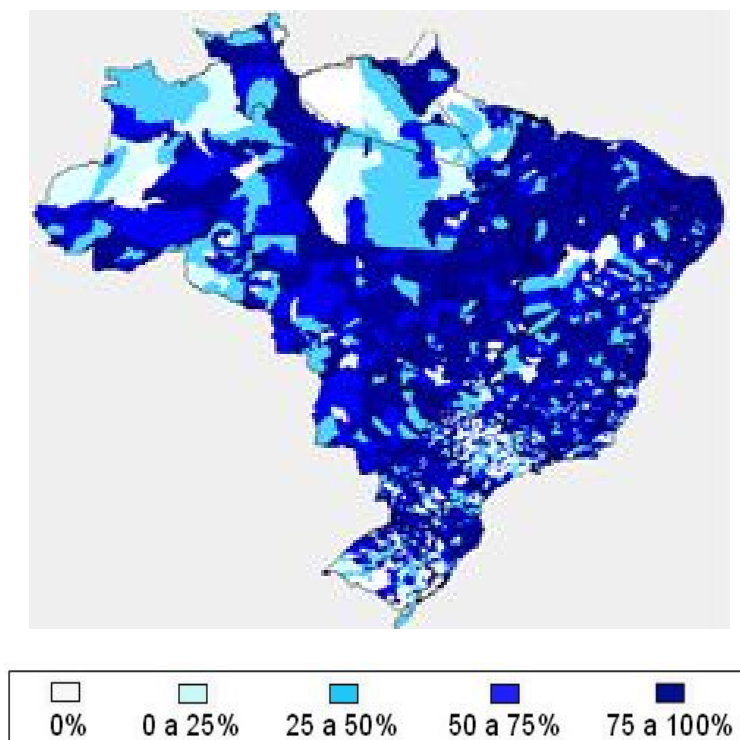


Figura 3. Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família. Brasil, 2009.
Fonte: Ministério da Saúde.

2.5 A Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família

Com as novas perspectivas de políticas públicas envolvendo a Odontologia, surgem dois projetos que buscam 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, que são o PSF, que a partir de 2001 passou a contar também com Equipes de Saúde Bucal, e o Programa Brasil Sorridente (Patrício, 2007).

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. (Costa, Chagas e Silvestre, 2006). Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios (Brasil, 2000).

A incorporação da 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 (Souza, 2005).

As normas e diretrizes para a reorganização da atenção à saúde bucal, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001 (Brasil, 2001). Dessa forma, foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal (Costa, Chagas e Silvestre, 2006):

- *ESB Modalidade I: composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).*
- *ESB Modalidade II: composta por CD, ACD e Técnico em Higiene Dental (THD).*

A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas, pois como foi inicialmente implantada de 1 ESB para duas ESF fazia com que o número de procedimentos clínicos curativos comprometessem a incorporação da filosofia da ESF no processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal (Costa, Chagas e Silvestre, 2006).

Nas figuras 4 e 5 pode-se acompanhar a meta e a evolução do número de ESB implantadas no Brasil desde 2001 até 2009 como também o número de municípios com ESB implantadas durante esse período, respectivamente.

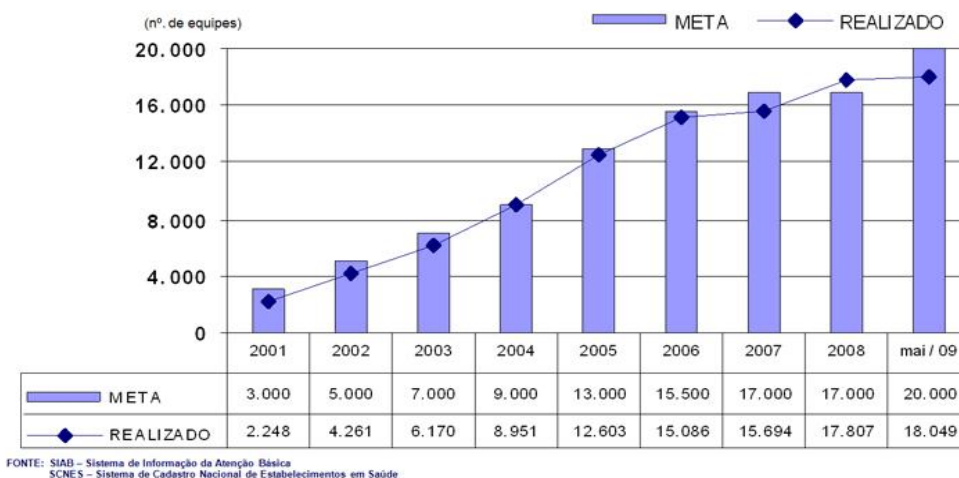


Figura 4. Meta e evolução do número de ESB implantadas. Brasil 2001 – Maio/2009.

Fonte:

Ministério da Saúde

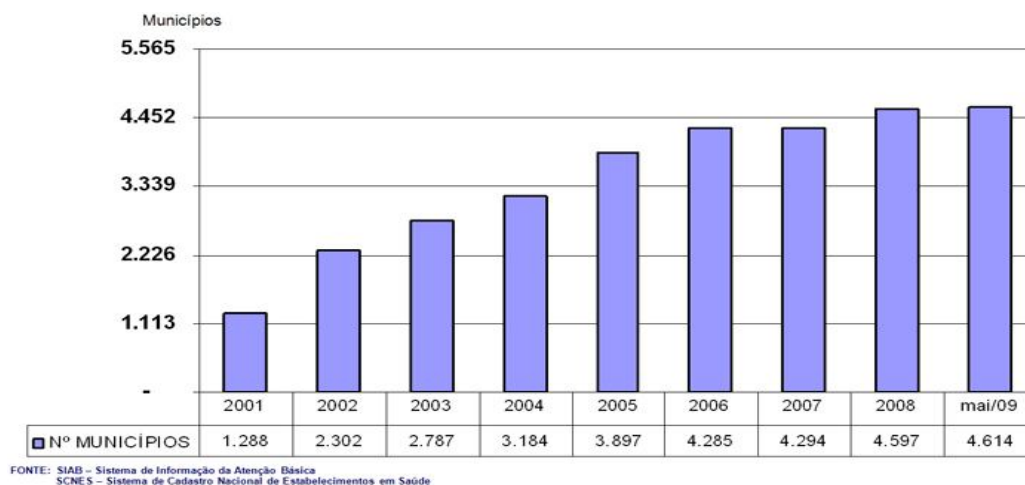


Figura 5. Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas. Brasil 2001-Maio/2009. Fonte: Ministério da Saúde.

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem como princípios a gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade) (Brasil, 2004).

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida. Para os grupos a seguir destacam-se as seguintes orientações (Brasil, 2004):

Grupo de 0 a 5 anos: *organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de*

ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos): *a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.*

Grupo de Gestantes: *Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos:*

- a. orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;*
- b. exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;*
- c. diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;*
- d. diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;*
- e. orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;*
- f. em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.*

Grupo de adultos: *os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo. Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.*

Grupo de idosos: a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos (as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso. Como elemento estratégico para ampliar o acesso à assistência, sugere-se a aplicação de tecnologias inovadoras que, a exemplo do tratamento restaurador atraumático (ART) e dos procedimentos periodontais de menor complexidade, possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura.

A demanda reprimida da assistência odontológica pública no Brasil é grande, inclusive nos serviços básicos. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A inserção de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal está comprometida pela baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. (Brasil, 2004).

Nesse sentido, foram instituídos os critérios, normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Portaria nº 1.570/GM, de 29 de Julho de 2004. Os CEO são unidades de referência para a Atenção Básica, e integrados ao processo de planejamento loco-regional ofertam, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor, classificados em dois tipos (Brasil, 2004): (a) CEO Tipo I: com três cadeiras odontológicas e (b) CEO Tipo II: com quatro ou mais cadeiras odontológicas.

2.6 A Atenção Precoce em Odontologia

Como no Brasil sempre prevaleceu a prática do atendimento odontológico aos escolares de 6 a 14 anos a assistência a crianças menores de 6 anos constituiu um problema no país. Esta exclusão da população abaixo de 6 anos se justificava em virtude de que se achava que a doença cárie desenvolvida na dentição decídua não tinha relação alguma com a dentição

permanente, além disso era mais prático atender somente escolares de primeiro grau (Roncalli,2000).

Só com o desenvolvimento da Cariologia e a sua incorporação na prática em alguns sistemas de saúde bucal no Brasil é que se disseminou o tratamento da cárie enquanto doença infecciosa, reforçando a importância do controle desta de modo mais precoce (Guimarães, Costa e Oliveira, 2003). A reboque destes conhecimentos surge a atenção precoce em Odontologia, resgatando a necessidade de inclusão da clientela de 0 a 5 anos em programas de saúde bucal (Roncalli,2000).

O primeiro programa odontológico voltado para bebês surgiu por volta de 1976, no Japão, onde no serviço público eram dadas orientações às mães de crianças com cerca de 4 meses de idade (Guimarães, Costa e Oliveira, 2003). Na Inglaterra, em 1977, iniciou-se um programa de cuidados dentários nos Departamentos de Serviço Social das creches de Londres com o objetivo de reduzir as necessidades de tratamento e estabilizar a saúde dental e para isso eram repassados fundamentos de educação odontológica e realizada uma ação profissional de controle mensal e bianual. Entre 1984 e 1986 a Universidade de Iowa estabeleceu um programa destinado a diagnosticar, interceptar e modificar práticas caseiras que poderiam trazer algum dano para a saúde bucal da criança (Walter, Ferelle e Issao, 1997).

No Brasil, a primeira experiência do atendimento precoce iniciou-se em 1985 na Universidade Estadual de Londrina através do Prof. Luiz Walter. Foi montada a Bebê-Clínica com o objetivo de criar técnicas de abordagem para crianças até 12 meses de idade para a realização de medidas de prevenção e curativas, além de desenvolver técnicas de acompanhamento para as crianças de até 30 meses de idade (Walter, Ferelle e Issao, 1997).

A divulgação dos primeiros resultados dessa nova prática fez com que houvesse uma expansão para o sistema público de saúde, começando pela Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda (RJ) e no município de Cambé (PR).

No município de Natal a implantação do programa ocorreu em 1996 dentro de unidades de saúde de três dos quatro Distritos Sanitários (Sul, Oeste e Leste) e estava voltado para a gestante e para as crianças de 0 a 36 meses. A promoção da saúde bucal das crianças através de ações de prevenção, educativas e, quando necessário, curativa, era o objetivo central do programa. O programa envolvia uma equipe multidisciplinar e o bebê, depois de matriculado, passava a ser acompanhado regularmente, com consultas em intervalos de um a três meses, de acordo com o risco à cárie e não havendo limite de idade para sair (Paiva,

2000). Eram levados em consideração aspectos tais como a alimentação, a higiene oral, o índice de cárie (ceo) e o risco de cárie. Com a implantação do Programa Saúde da Família no município a partir de 1998 os dentistas do Bebê-Clínica foram remanejados para as unidades do SF e aos poucos o programa, em sua característica mais formal, se desfez no município. A assistência passou a ser dada pelo PSF, contudo sem se caracterizar como “programa” de bebês.

Por sua vez, ao tomarmos como base as recomendações do Ministério da Saúde, observamos que a organização da atenção à saúde bucal deve se dar por meio de ciclo de vida do indivíduo. As orientações repassadas para os profissionais em relação aos bebês (0 a 24 meses) são (Brasil, 2006):

1. Direcionamento do trabalho preventivo à gestante, aos pais e aos cuidadores;
2. Erupção dos dentes – aparecimento de sintomas;
3. Uso do dentifrício fluoretado;
4. Orientações dos hábitos alimentares;
5. Orientações para o uso de mamadeira e chupeta
6. Importância da amamentação
7. Higiene bucal

Diante disso, para o profissional de saúde bucal, na prática não existe um modelo a ser seguido para a realização dos atendimentos, para o acompanhamento ou até mesmo para se avaliar o que se tem realizado. Assim, este estudo procurou caracterizar esse atendimento no município de Natal-RN e se esse tipo de abordagem precoce realmente apresenta algum resultado efetivo.

2.7 Avaliação em Saúde

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu após a Segunda Guerra Mundial em consequência do desempenho do Estado nas áreas da educação, na área social, do emprego e da saúde. (Contandriopoulos, 1997).

Os sistemas de saúde mundiais passam por mudanças devido ao crescimento das expectativas de atendimento da população em função do desenvolvimento de novas tecnologias médicas, de novos conhecimentos, além da necessidade do controle dos gastos públicos. Eles precisam de uma reformulação e aprofundamento e para isso, as decisões dos

gestores e planejadores devem ser tomadas baseadas em conhecimentos científicos sólidos. Para tanto, qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas (Contandriopoulos, 2006).

Para Contandriopoulos (1997) já existe um amplo consenso no conceito de avaliação:

“Avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”

Os procedimentos convencionais para se avaliar intervenções de saúde pública são baseados no estudo estatístico dos eventos de saúde, comparando medidas quantificáveis em grupos de atuação ou intervenção e em grupos controle (Antunes e Peres, 2006)

Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (Contandriopoulos, 1997). Considera-se bem-sucedida uma intervenção quando ela pode ser associada a uma diferença significativa entre os grupos controle e o de intervenção (Antunes e Peres, 2006).

Contandriopoulos (1997) leva em consideração dois tipos de avaliação: a normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização, os serviços ou os bens produzidos, e os resultados obtidos, com critérios e normas. A pesquisa avaliativa é o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos.

Para Antunes e Peres (2006) a avaliação se desdobra em três categorias:

- Avaliação de estrutura se relaciona com os recursos materiais e humanos necessários para a prestação de serviços de acordo com as necessidades de cada nível de atenção.
- Avaliação de processo compreende verificar a adequação das atividades, dos procedimentos e das ações desenvolvidos pelos serviços de saúde.

- Avaliação de resultado que se refere às conseqüências das ações ou atividades de saúde na população. Trata-se de estudar a efetividade do sistema de saúde.

Na avaliação é necessário que o avaliador identifique o recorte programático do seu objeto como sendo uma política, um programa ou um projeto. A política está relacionada com um conceito mais abrangente da intervenção; o programa constitui uma entre tantas ações em que se desdobra a política e; o projeto constitui uma unidade ainda menor de ação, entre as que integram o programa (Draibe, 2001).

Os estudos de avaliação dão conta de agregar processos e resultados por meio de conceitos que os relacionam. É o caso dos conceitos de eficácia, eficiência e efetividade (Draibe, 2001).

Eficácia – é a capacidade de produzir bens ou serviços, num período pré-determinado. Compara o realizado com o planejado e pode ser calculada a partir da relação entre as ações realizadas e as atividades inicialmente previstas (Costa, 2004).

Eficiência – é a capacidade de produzir bens e serviços, usando um mínimo de recursos e insumos. Expressa os efeitos alcançados em relação aos recursos despendidos e às atividades realizadas (Costa, 2004).

Efetividade – é a relação entre o impacto real e o impacto potencial. Representam as alterações que se pretende provocar na realidade sobre a qual o programa incide e essas alterações são de dois tipos: impactos e efeitos (Roncalli, 2009).

Segundo Draibe (2001) os resultados de um programa podem abranger diversas coisas tais como: os resultados propriamente ditos ou desempenho, impactos e efeitos. Uma mesma pesquisa de avaliação pode avaliar, simultaneamente, os três tipos de resultados.

Desempenho – é o que foi produzido pelo programa a partir das suas metas e derivado do seu processo particular de produção.

Impacto – refere-se às mudanças que realmente ocorreram na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocadas.

Efeitos – refere-se a outros impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional no qual se realizou.

Diante do que foi exposto o presente trabalho trata-se de uma pesquisa avaliativa do impacto de um projeto específico de assistência em saúde bucal realizada em crianças de 0-3 anos de idade nas unidades de saúde do município de Natal-RN.

3. Objetivos

Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo

E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo.

Corro o lápis em torno da mão e lhe dou uma luva

E se faço chover com dois riscos tenho um guarda-chuva.

Se um pinguinho de tinta cai num pedacinho azul do papel

Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu...

Música: Aquarela

Autor: Toquinho, Vinícius de Moraes

3. Objetivos

3.1 – Objetivos Gerais

- Caracterizar a atenção odontológica para bebês no serviço público de saúde em Natal.
- Avaliar os efeitos de uma assistência odontológica diferenciada para bebês a partir da comparação de indicadores de saúde bucal em crianças expostas e não-expostas ao atendimento.

3.2 – Objetivos Específicos

- Descrever o serviço de assistência odontológica para bebês a partir de aspectos relativos ao seu modelo organizativo.
- Verificar a diferença da presença de biofilme através do Índice de Placa Visível (IPV) entre o grupo das crianças expostas e as não-expostas ao programa.
- Diferenciar a quantidade de sangramento gengival através do Índice de Sangramento Gengival (ISG) nos grupos das crianças expostas e não-expostas ao programa.
- Identificar as diferenças existentes na prevalência de cárie através do Índice de Cárie (ceo-s) nos grupos das crianças expostas e não-expostas ao programa
- Comparar a atividade de cárie nos grupos das crianças expostas e não-expostas ao programa

4. Método

Depende de nós quem já foi ou ainda é criança

Que acredita ou tem esperança

Quem faz tudo pra um mundo melhor

Depende de nós que o circo esteja armado

Que o palhaço esteja engraçado

Que o riso esteja no ar

Sem que a gente precise sonhar

Que os ventos cantem nos galhos

Que as folhas bebam orvalhos

Que o sol descortine mais as manhãs

Depende de nós

Se este mundo ainda tem jeito

Apesar do que o homem tem feito

Se a vida sobreviverá.

Música: Depende de Nós

Canta: Balão Mágico

4. Método

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo se caracteriza como sendo um desenho seccional, pois é parte de uma observação da base populacional, onde foi analisada uma intervenção realizada no passado.

4.2 População e Amostra

A população alvo do estudo foram crianças que tinham a partir de um ano de idade atendidas em unidades do PSF e crianças de uma área de uma unidade básica de saúde (UBS), onde o atendimento odontológico é inexistente para essa idade.

Os critérios de inclusão foram:

1. A criança ter acima de um ano, considerando que nesta idade a mesma já apresenta alguns elementos dentários, pois a erupção inicia-se por volta do sexto mês com a erupção incisivos dos centrais inferiores, indo até o 12º mês com a erupção completa dos oito incisivos (Walter, 1997).

2. A criança está exposta ao atendimento odontológico há 1 ano ou mais, pois segundo Pinto (2000), na área de saúde, os efeitos reais do trabalho comunitário de uma equipe de saúde, como uma mudança de hábitos por exemplo, só podem ser constatados bem mais tarde.

Critérios de exclusão:

1. Crianças abaixo de um ano de idade
2. Crianças expostas ao atendimento odontológico a menos de um ano.

O estudo apresenta 2 grupos distintos:

- Um Grupo Experimental constituído pelas crianças expostas ao atendimento odontológico precoce realizado nas unidades do Programa Saúde da Família da Guarita e Monte Líbano.
- Um Grupo Controle constituído pelas crianças da área da Unidade Básica de Saúde do bairro das Quintas.

Segundo relato dos dentistas das unidades do PSF, o atendimento odontológico precoce tem a seguinte configuração: as gestantes chegam à unidade para a realização do pré-natal e logo são encaminhadas para as dentistas da unidade, onde recebem as orientações sobre a saúde bucal. Após o nascimento do bebê, a criança passa a ser acompanhada no

programa Crescimento e Desenvolvimento (CD) e então, as mães são encaminhadas novamente ao dentista e começam a receber orientação sobre os cuidados com a cavidade oral da criança, passando a visitar o dentista periodicamente. Só as crianças de 0-3 anos são incluídas nessa etapa do programa, pois ainda nessa faixa etária é possível realizar as medidas de prevenção. Após os 3 anos as crianças passam a ser acompanhadas nas creches e nas escolas.

Na Secretaria Municipal de Saúde existe um protocolo de saúde bucal (Prefeitura Municipal de Natal, 2006) para auxiliar os profissionais no atendimento da comunidade em geral, contudo este documento não traz nada a respeito de como deve ser realizado o atendimento aos bebês na prática (número de atendimentos por mês, número de retornos, como avaliar o atendimento...), ele apenas orienta nos cuidados que devem ser dados a essa população.

Para a constituição do grupo controle foi realizado um emparelhamento com o grupo experimental, levando em consideração o sexo, a idade e a condição sócio-econômica da família da criança. Para a classificação da condição sócio-econômica foi levado em consideração o Critério de Classificação Econômica Brasil (Anexo 1).

A amostra foi intencional de 40 crianças para cada grupo. Este tamanho de amostra permite estimar uma diferença de até 15 pontos percentuais entre os grupos, com um erro α de 5% e um poder $(1-\beta)$ de 85%. Tomou-se como base uma estimativa de ocorrência de atividade de cárie de 40% e foi utilizado, para o cálculo do tamanho da amostra, o aplicativo Epi-Info 6.04. Devido à escassa literatura, a diferença entre os grupos foi estabelecida de modo arbitrário, considerando também, a factibilidade do estudo.

4.3 Variáveis

A pergunta central do estudo é *“os bebês atendidos de forma diferenciada terão menos problemas bucais do que os que não passam por essa forma de assistência?”*. Neste sentido, as variáveis do estudo serão descritas a seguir.

Variáveis Dependentes: condições bucais (presença de biofilme, presença de sangramento gengival, experiência de cárie)

Variável Independente Principal: Exposição ao programa (Grupo Experimental e Grupos Controle)

Variáveis Independentes de Ajuste: sexo, data de nascimento, data de início no programa, quantas vezes foi atendido, presença de doença sistêmica, uso de medicação, condições da família, amamentação, limpeza dos dentes, presença de hábitos deletérios e exposição ao flúor.

Quadro 1. Variáveis dependentes

Variável	Classificação	Escala de medida
Índice de Placa Visível (IPV)	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	Presença / Ausência
Índice de Sangramento gengival (ISG)	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	Presença / Ausência
Índice de cárie (ceo-s)	Quantitativa discreta	Número de superfícies cariadas, extraídas e obturadas.
Atividade de cárie	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	Presença / Ausência

Quadro 2. Variáveis independentes de ajuste

Variável	Classificação	Escala de medida
Sexo	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sexo biológico do indivíduo
Idade	Quantitativa contínua racional	Número de anos vividos
Idade de início no programa	Quantitativa contínua racional	Com quantos meses entrou no programa
Nº de atendimentos	Categórica ordinal	Quantas vezes foi atendido
Presença de doenças sistêmicas	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Possui ou não doença sistêmica
Toma medicamento	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Toma ou não algum tipo de medicamento
Condição sócio-econômica	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Classificação em classes econômicas
Tipo de amamentação	Categórica nominal exaustiva	Que tipo de amamentação faz uso.
Frequência da amamentação	Categórica nominal exaustiva	Quantas vezes é amamentada durante o dia
Tempo de amamentação	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Há quanto tempo é amamentado
Faz uso de alimentos açucarados	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Faz uso de alimentos açucarados durante as refeições	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Faz uso de alimentos açucarados entre às refeições	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Alimentação noturna	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Limpeza dos dentes	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Frequência da limpeza dos dentes	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Quantas vezes a limpeza é feita
Uso do fio dental	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Hábitos deletérios	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Frequência do hábito	Categórica nominal exaustiva	Quantas vezes realiza o hábito deletério durante o dia.
Tempo do hábito	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Desde quando realiza o hábito deletério
Exposição ao flúor	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não
Uso de dentífrico	Categórica nominal mutuamente exclusiva	Sim / Não

4.4 Coleta de Dados

4.4.1 Caracterização das Unidades de Saúde

A coleta de dados foi realizada nas Unidades de Saúde do Município de Natal, a partir da permissão da Secretaria de Saúde do Município (Anexo 2).

Para compor o grupo controle foi escolhida a unidade básica das Quintas, situada no distrito oeste, na Travessa Luiz Sampaio, 712 no bairro das Quintas, no município de Natal. O bairro possui uma população residente de aproximadamente 28.674 pessoas, sendo 15% composta por crianças na faixa etária de 0-9 anos de idade. 75% do bairro é drenado e pavimentado (SEMURB, 2009). De acordo com o Censo Demográfico 2000, do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – a região Oeste possui 195.584 habitantes, 28% da população de Natal, que ocupam 47.209 domicílios e cuja renda média mensal é de 2,92 salários mínimos.

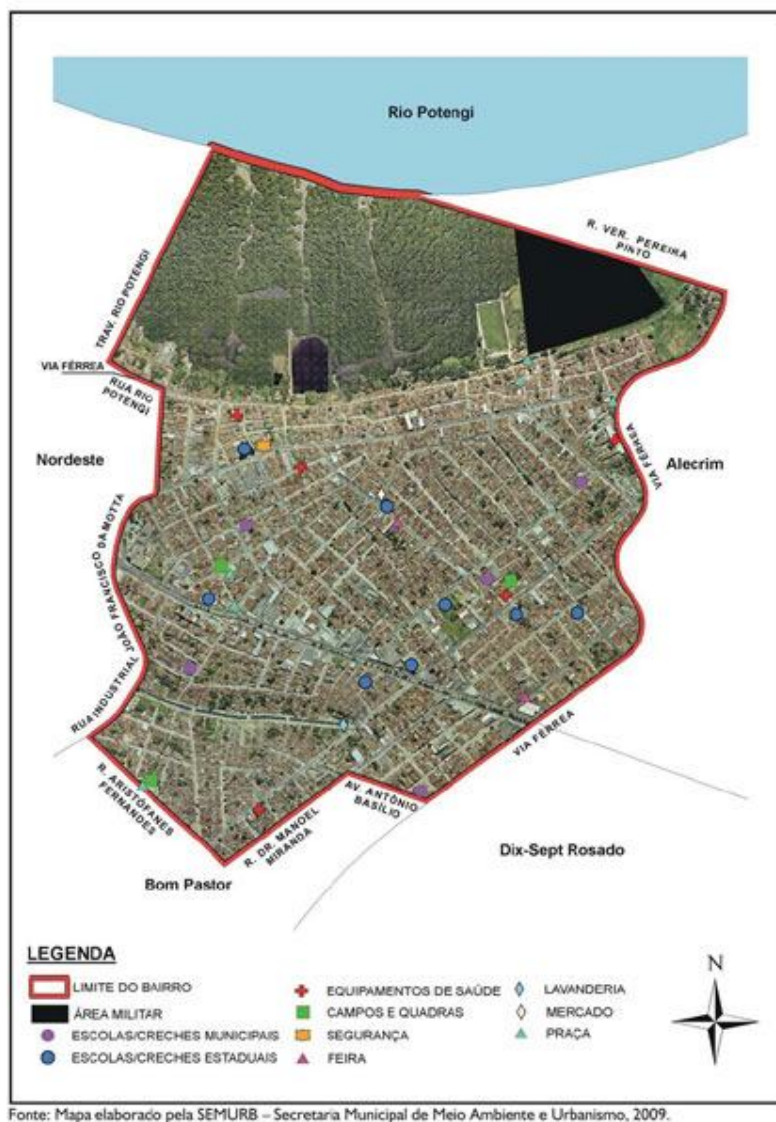


Figura 6. Mapa do bairro das Quintas com a localização de todos os seus equipamentos e serviços.

A unidade de saúde tem uma cobertura populacional de 30.000 habitantes distribuídos em 21 microáreas, sendo 20 cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A unidade possui 42 profissionais atuando, dentre eles: pediatras, dentistas, nutricionistas, enfermeiros, psicóloga, ginecologista, bioquímicos, técnicos de enfermagem e os agentes de saúde, totalizando em média 3.000 atendimentos por mês. No que se refere ao atendimento odontológico, existem dois dentistas que só atendem os pacientes a partir de 10 anos de idade, totalizando em torno de 300 atendimentos por mês, destes a maioria sendo restauração e exodontia de dentes permanentes.



Figura 7. Unidade Básica de Saúde do Bairro das Quintas.

O grupo experimental foi composto por duas unidades do Programa Saúde da Família, a unidade da Guarita localizada no Distrito Leste e a unidade de Monte Líbano localizada no Distrito Oeste. Primeiro foi feita a coleta na unidade da Guarita, mas como o número de crianças dentro dos critérios de inclusão era insuficiente, então houve a complementação com as crianças da unidade de Monte Líbano.

A unidade do PSF da Guarita está localizada na Rua Pres. Sarmiento, 1955, no bairro do Alecrim. O bairro está localizado na região administrativa leste, possui uma população em torno de 31.064 habitantes, sendo 11,73% composta por crianças entre 0-9 anos de idade. 95% do bairro é drenado e pavimentado (SEMURB, 2009). De acordo com o último recenseamento geral ocorrido no Brasil, o do ano 2000, a Região possui 116.106 habitantes, número que corresponde a 16% da população natalense e ocupa 30.046 domicílios, com renda média mensal de 9 salários mínimos.

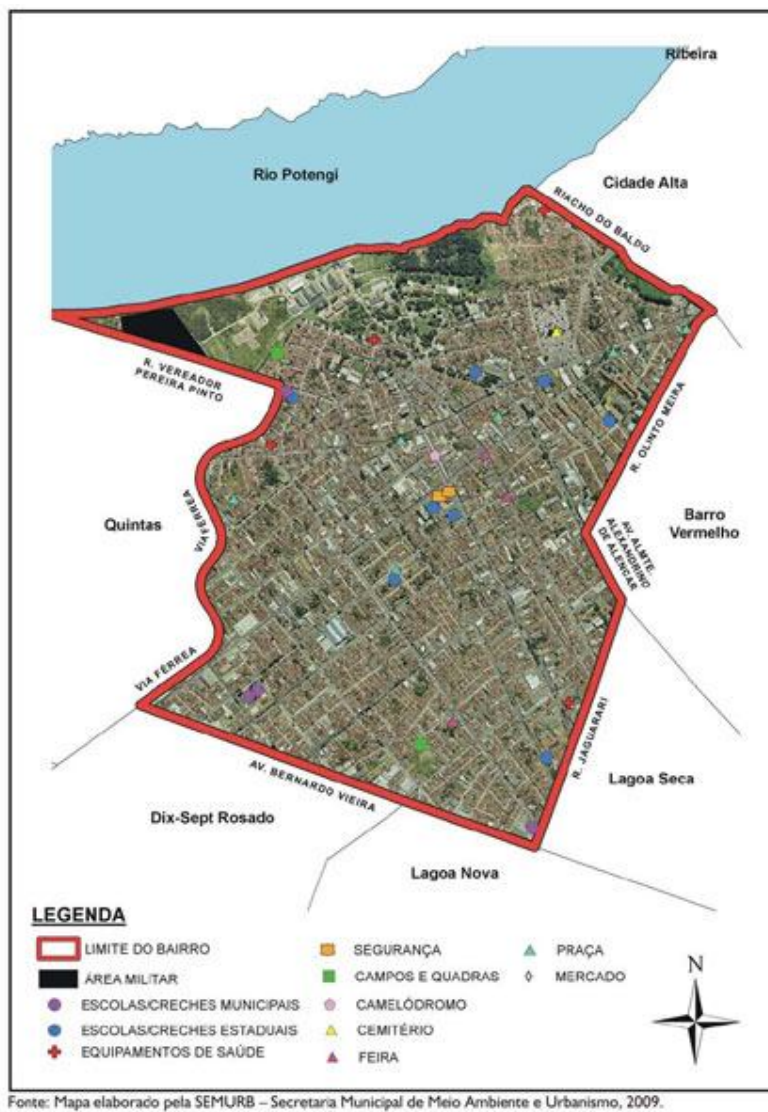


Figura 8. Mapa do bairro do Alecrim com a localização de todos os seus equipamentos e serviços.

O programa foi implantado na comunidade em 05/2003 com 2 equipes. No início, só existia 1 Equipe de Saúde Bucal (ESB) para as 2 ESF e só em 2005 a outra foi incluída. Ele tem uma cobertura de 1.500 famílias e em torno de 6.500 pessoas. Possui no momento 8 agentes comunitários de saúde (ACS), faltando 1 agente em cada equipe. Realiza em média 450 atendimentos médicos e de enfermagem. O atendimento odontológico aos bebês é feito por apenas uma das dentistas da unidade desde 09/2006. Ele é feito uma vez por semana através do agendamento dando uma média de 40 atendimentos por mês. A criança é encaminhada por meio do ACS ou do profissional de enfermagem quando ele se encontra

dentro do programa Crescimento e Desenvolvimento, o qual acompanha a criança todo mês durante o 1º ano e depois passa a ser acompanhada de 6 em 6 meses até completar 3 anos.



Figura 9. Unidade de Saúde da Família da Guarita.

A unidade do PSF de Monte Líbano está localizada na Rua Matusalém, s/n no bairro do Bom Pastor. O bairro localiza-se na região administrativa oeste e possui uma população em torno de 17.055 pessoas, sendo 17,37% desta composta por crianças na faixa etária entre 0-9 anos de idade. 80% do bairro é drenado e pavimentado (SEMURB, 2009).

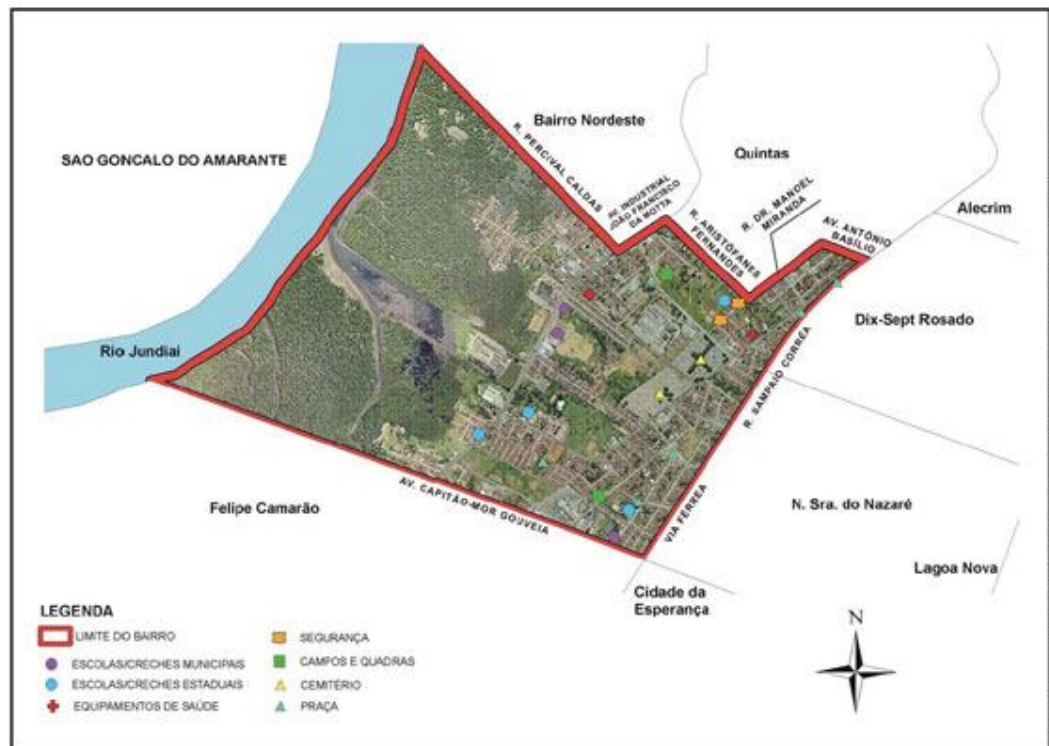


Figura 10. Mapa do bairro do Bom Pastor com a localização de todos os seus equipamentos e serviços.

O programa teve início em 11/2003 com 3 equipes de SF e até 2005 só possuía 2 dentistas. A cobertura populacional é de 7.488 pessoas. Possui 13 ACS estando 2 licenciados. Realiza em média 3.000 atendimentos em toda a unidade. O atendimento odontológico aos bebês acontece desde 2005 e todas as dentistas realizam esse tipo de atendimento. A frequência dos atendimentos varia de acordo com o profissional, podendo ser 1 vez ao mês, 2 dias no mês ou toda semana, dando algo em torno de 90 atendimentos por mês. Da mesma forma como ocorre na Guarita, as crianças são encaminhadas do programa CD pelo profissional de enfermagem.



Figura 11. Unidade de Saúde da Família Monte Libano

4.4.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário com os responsáveis pelas crianças (Anexo 3) e em seguida foi realizado um exame clínico da cavidade oral dessas crianças.

Após explicação e esclarecimento da pesquisa, os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4) e em seguida eles respondiam ao questionário para se conhecer alguns dados sobre a saúde geral, alimentação, amamentação, hábitos deletérios e higiene oral da criança, bem como sobre as condições sócio-econômicas das famílias.

O exame clínico foi realizado por dois examinadores, calibrados e que não sabiam a que grupo pertencia a criança examinada, caracterizando assim um estudo cego. A calibração interexaminadores foi realizada a partir da Correlação de Pearson, com um valor médio de 0,75 para as variáveis relativas ao biofilme, sangramento e cárie. Os exames clínicos foram realizados nas dependências das próprias unidades de saúde ou nas residências das crianças. Foi utilizada luz natural no momento do exame clínico. Dependendo da idade da criança a posição utilizada foi joelho a joelho. Os examinadores utilizavam jaleco, gorro, máscara e luva como equipamentos de proteção e o instrumental utilizado foi o espelho bucal, a sonda exploradora e a sonda periodontal padrão OMS.

O exame clínico iniciou-se com a avaliação da presença de biofilme, aplicando-se o índice de Placa Visível (IPV), onde as faces de todos os dentes foram avaliadas, levando em consideração que os dentes posteriores apresentam 5 faces e os anteriores 4 (não inclui a incisal), em seguida somou-se o número total de faces que apresentavam placa e dividiu-se pelo número total de faces que a criança possuía e multiplicava-se por 100 (Oppermann e Rösing, 2003).



Figura 12. Exame clínico realizado por um dos examinadores.

Em seguida foi feita a avaliação do sangramento gengival utilizando-se o Índice de Sangramento Gengival (ISG). Este índice demonstra a presença de sangramento espontâneo, sangramento após a sondagem e se não há sangramento. Foram avaliados todos os elementos dentários. O cálculo foi feito a partir da quantidade de faces com sangramento dividida pelo número de faces de todos os dentes, levando em consideração a presença apenas de 4 faces para todos os dentes. Depois o resultado é multiplicado por 100 e assim obteve-se o valor percentual do índice (Oppermann e Rösing, 2003).

Para a avaliação da presença de cárie foi utilizado o ceo-s (cariado, extraído e obturado por superfície) inovado (Pinto, 2000), onde observou-se a presença de: dente hígido, mancha branca, cárie de esmalte, cárie de dentina, dente restaurado mas cariado, dente restaurado e sem cárie, dente perdido por cárie, dente perdido por outra razão, coroa não erupcionada, trauma.

Para finalizar o exame clínico foi analisada a atividade de cárie, levando em consideração a lesão branca de esmalte e cárie de dentina, sendo elas classificadas em ativas ou inativas. Para a lesão branca foi considerada ativa quando a mesma apresentou-se opaca, áspera e rugosa e inativa quando tinha aspecto liso e brilhante. A cárie de dentina ativa apresenta-se com tecido dentinário amolecido e de cor marrom-claro e inativa quando o tecido está escurecido e duro (Maltz e Carvalho, 2003)

4.5 Estudo Piloto

Um estudo piloto foi realizado na Unidade do Programa Saúde da Família da Guarita com o objetivo de aprimorar os instrumentos de coleta de dados. Para esse estudo, foram utilizadas metade das crianças da unidade que apresentavam os critérios de inclusão propostos.

4.6 Análise dos dados

Foi construído um banco de dados em plataforma Excel e posteriormente exportado para o programa SPSS 16.0. Para as variáveis dependentes de caráter quantitativo, como IPV e ISG, foram realizados testes paramétricos (teste “t” de Student), testando-se previamente a normalidade dos dados. Para variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui². Considerando o tamanho da amostra e a estratégia de emparelhamento, não foram conduzidas análises multivariadas.

4.7 Implicações Éticas

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para devida análise recebendo parecer favorável à sua execução sob o Protocolo N° 276/2008, apresentando-se de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 5).

5. Resultados e Discussão

Sou eu que vou ser seu amigo
Vou lhe dar abrigo
Se você quiser
Quando surgirem
Seus primeiros raios de mulher
A vida se abrirá
Num feroz carrossel
E você vai rasgar meu papel...

O que está escrito em mim
Comigo ficará guardado
Se lhe dá prazer
A vida segue sempre em frente
O que se há de fazer...

Música: O caderno

Autor: Toquinho

5. Resultados e Discussão

Os resultados da coleta de dados nas crianças nos dois grupos estão ilustrados nas Tabelas 1 a 6. Na Tabela 1, podemos observar as principais variáveis que descrevem a amostra estudada. As variáveis “sexo”, “faixa etária” e “estratificação econômica” foram utilizadas, conforme descrito no método, como critérios de emparelhamento dos grupos. De acordo com Medronho (2006), o emparelhamento se refere ao procedimento pelo qual, para cada caso selecionado, são recrutados um ou mais controles idênticos com relação a certas características outras que não o fator sob investigação, sendo seu objetivo principal evitar confusão e aumentar a eficiência do estudo. Observa-se que o mesmo se deu de modo adequado, não se verificando diferenças entre os grupos.

Com relação ao tempo de permanência e frequência de atendimento, estas são relativas somente ao grupo de intervenção. Pode-se observar que pouco mais da metade permanece no programa há cerca de um ano e meio e outros 45% estão cobertos pelo programa há mais de um ano e meio. Com relação à frequência do atendimento, cerca de um terço tem uma consulta a cada 3 meses, outro terço tem uma consulta a cada 4 a 9 meses e o terço restante tem uma consulta a cada 10 meses ou mais.

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual das variáveis relativas à descrição da amostra de acordo com o grupo estudado. Natal, RN. 2009.

Variável		Grupo				Qui ²	p
		Intervenção		Controle			
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	15	37,5	15	37,5	0,000	1,000
	Feminino	25	62,5	25	62,5		
	Total	40	100,0	40	100,0		
Faixa Etária	Até 23 meses	9	22,5	9	22,5	0,406	0,982
	24 a 29 meses	6	15,0	7	17,5		
	30 a 35 meses	6	15,0	6	15,0		
	36 a 47 meses	8	20,0	6	15,0		
	48 meses e mais	11	27,5	12	30,0		
	Total	40	100,0	40	100,0		
Estratificação econômica	C	21	52,5	21	52,5	0,000	1,000
	D	19	47,5	19	47,5		
	Total	40	100,0	40	100,0		
Tempo de permanência no Programa	Até 18 meses	22	55,0	-	-	-	-
	19 meses e mais	18	45,0	-	-		
	Total	40	100,0	-	-		
Frequência do atendimento	A cada 3 meses	14	35,0	-	-	-	-
	De 4 a 9 meses	13	32,5	-	-		
	10 meses e mais	13	32,5	-	-		
	Total	40	100,0	-	-		

As Tabelas 2 e 3 mostram os resultados da comparação entre os dois grupos estudados com relação às variáveis de natureza quantitativa (Índice de Placa Visível – IPV e Índice de Sangramento Gengival – ISG), ambas expressas em termos percentuais. Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov o IPV apresentou distribuição normal e o ISG não, de modo que foi aplicado o teste “t” de Student para o primeiro e o teste de Mann-Whitney para o segundo.

Na Tabela 2 observa-se uma diferença de aproximadamente 7 pontos percentuais a mais no Índice de Placa Visível para o grupo de intervenção, contudo, pela aplicação do teste “t” de Student essa diferença não apresentou significância estatística ($p=0,314$). No caso do Índice de Sangramento Gengival, a diferença, em termos proporcionais, é mais alta, com um valor cerca de 3 vezes maior no grupo de intervenção. Mesmo com uma variabilidade alta, o teste de Mann-Whitney mostrou significância estatística para esta diferença ($p=0,003$).

Com o intuito de observar se o efeito do tempo em que a criança está submetida ao programa é um fator que influencia nestes resultados, foi realizada uma análise estratificada, ilustrada na Tabela 3. Pode-se observar que os efeitos são mantidos para as duas variáveis mesmo quando se consideram os tempos de cobertura de programa diferentes (até 18 meses e 19 meses e mais).

Tabela 2. Estatística descritiva das variáveis estudadas de acordo com os grupos e respectivos testes estatísticos. Natal, RN. 2009.

Variável	Grupo	Estatística Descritiva						Teste ^(*)	
		n	Média	D.P.	Q25	Med	Q75	Estat.	p
Placa Visível	Intervenção	40	52,27	27,39	27,50	45,00	81,50	1,012	0,314
	Controle	40	45,90	28,90	15,50	48,50	71,00		
Sangramento	Intervenção	40	2,77	4,22	0,00	1,00	3,00	520,0	0,003
	Controle	40	0,80	1,93	0,00	0,00	0,75		

(*) Para Placa Visível, teste "t" de Student e para Sangramento, teste de Mann-Whitney.

Tabela 3. Estatística descritiva das variáveis estudadas de acordo com os grupos e respectivos testes estatísticos, subdivididos pelo tempo de participação do grupo experimental no Programa. Natal, RN. 2009.

	Variável	Grupo	Estatística Descritiva						Teste ^(*)	
			n	Média	D.P.	Q25	Med	Q75	Estat.	p
Até 18 meses	Placa Visível	Intervenção	22	47,09	27,20	18,75	42,00	69,50	1,020	0,313
		Controle	22	38,50	28,64	13,00	30,50	61,00		
	Sangramento	Intervenção	22	2,09	3,58	0,00	0,00	3,00	166,5	0,028
		Controle	22	0,68	2,21	0,00	0,00	0,00		
19 meses e +	Placa Visível	Intervenção	18	58,61	27,03	33,50	51,00	86,25	0,405	0,688
		Controle	18	54,94	27,30	33,00	63,00	77,25		
	Sangramento	Intervenção	18	3,61	4,86	0,00	1,50	5,50	97,5	0,040
		Controle	18	0,94	1,58	0,00	0,00	2,00		

(*) Para Placa Visível, teste "t" de Student e, para Sangramento, teste de Mann-Whitney.

O IPV e o ISG são índices que estão diretamente relacionados com a forma e a frequência com que a higiene oral está sendo realizada e posteriormente influenciarão na prevalência de cárie.

Araújo e Figueiredo (1999) afirmam que o estado da gengiva indica qual o cuidado real que a criança e/ou seus responsáveis tem com relação à higiene oral e que o fato da criança comparecer ao consultório sem ou com pouca placa, mas na profilaxia apresentar

sangramento é um indicativo de que os procedimentos caseiros de higiene oral não estão sendo plenamente executados, existindo a necessidade de serem realizados com maior dedicação e eficiência.

No estudo de Santos e Soviero (2002) os resultados demonstraram a necessidade da melhoria dos conselhos dados aos pais ou cuidadores com relação à higiene oral para a diminuição do acúmulo de biofilme.

Em Buischi (2000) é considerado que as medidas de promoção de saúde como, por exemplo, o controle adequado de biofilme, devem ser implementadas em crianças abaixo de três anos de idade. Nesse sentido, demonstrou-se que o estabelecimento do hábito de limpeza por volta dos 12 meses aumentou sensivelmente a chance da criança se apresentar livre de cárie aos 36 meses de idade.

Tossi e Petry (2002) avaliaram o impacto de diferentes abordagens educacionais no controle da placa e do sangramento gengival e observaram uma importante diminuição em ambos índices, contudo, o método que incluiu a motivação no componente educacional foi significativamente mais efetivo.

Para Petry e Pretto (1999) motivar os pacientes é uma das tarefas mais difíceis para a Odontologia, pois não segue uma técnica definida. A motivação humana é muito complexa e baseia-se em aspectos relacionados a expectativas, sentimentos e valores que iniciam, mantêm e regulam o comportamento. Fatores diversos, como experiências prévias, falta de conhecimento, não aceitação de problemas, diminuição da auto-imagem, circunstâncias sociais, econômicas e situações emocionais podem determinar comportamentos negativos em relação à saúde.

Miceli e Soviero (2000) consideram que todo o trabalho de motivação deve estar direcionado para os pais e para as pessoas que cuidam das crianças, como outros familiares e profissionais de escolas ou creches. Deve-se enfatizar que o hábito de limpeza da boca e dos dentes deve fazer parte do conjunto de hábitos de higiene pessoal, como tomar banho, limpar os ouvidos, lavar as mãos antes das refeições, dentre outros que começam a ser introduzidos desde o nascimento. Além disso, oferecer uma orientação clara, de forma a fazer com que os pais ou responsáveis entendam o processo de desenvolvimento da doença, tende a favorecer a sua participação nas atividades de prevenção e controle da cárie.

Da análise realizada pelos índices do IPV e do ISG nas tabelas 2 e 3 chama atenção o grupo que sofreu intervenção, pois o mesmo apresenta valores sempre mais altos para ambos os índices, contudo apenas o ISG apresentou diferença estatística significativa. Essa diferença também foi encontrada até mesmo quando se analisou os dois tempos de exposição das crianças ao programa. Diante disso e do que foi exposto acredita-se que essas crianças apresentam uma má higiene oral, podendo estar influenciada pela forma como está sendo realizada como também pela frequência dessa higienização.

Para as variáveis dependentes de natureza categórica, foram realizadas análises a partir de tabelas de frequência, aplicando-se o teste de Qui² e calculando-se a medida de risco *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança. Mesmo considerando o efeito observado nas Tabelas 2 e 3 para o IPV e ISG, os mesmos foram categorizados e incluídos nesta nova análise. No caso do ceo-s e respectivos componentes e o índice de atividade de cárie, embora os mesmos se constituam em variáveis quantitativas, sua ocorrência foi bastante baixa, de modo que foi necessário categorizá-las.

Na Tabela 4, observa-se que, em boa parte dos casos, temos valores menos favoráveis para o grupo de intervenção, contudo a única variável em que esta diferença é significativa foi o ISG, resultado semelhante ao encontrado quando da análise da variável em sua expressão quantitativa, mediante o teste de Mann-Whitney.

Tabela 4. Distribuição absoluta e percentual das variáveis dependentes de acordo com o grupo estudado. Natal, RN. 2009.

Variável		Grupo				Qui ²	p	OR	IC(95%)
		Intervenção		Controle					
		n	%	n	%				
Placa Visível	≤ 45,5%	21	52,5	19	47,5	0,200	0,655	1,22	0,51-2,94
	> 45,5%	19	47,5	21	52,5				
Sangramento Gengival	Ausência	17	42,5	30	75,0	8,717	0,003	0,25	0,09-0,64
	Presença	23	57,5	10	25,0				
Lesão Branca	Ausência	36	90,0	30	75,0	3,117	0,077	3,00	0,85-10,54
	Presença	4	10,0	10	25,0				
Cárie de Esmalte	Ausência	27	67,5	26	65,0	0,056	0,813	1,12	0,44-2,82
	Presença	13	32,5	14	35,0				
Cárie de Dentina	Ausência	26	65,0	31	77,5	1,526	0,217	0,54	0,20-1,45
	Presença	14	35,0	9	22,5				
ceo-s (sem MB)	ceo-s = 0	24	60,0	25	62,5	0,053	0,818	0,90	0,37-2,21
	ceo-s ≥ 1	16	40,0	15	37,5				
ceo-s (com MB)	ceo-s = 0	24	60,0	23	57,5	0,052	0,820	1,11	0,45-2,70
	ceo-s ≥ 1	16	40,0	17	42,5				
Atividade de Cárie ⁽¹⁾	Ausência	25	62,5	24	60,0	0,053	0,818	1,11	0,45-2,73
	Presença	15	37,5	16	40,0				
Atividade de Cárie ⁽²⁾	Ausência	30	75,0	30	75,0	0,000	1,000	1,00	0,36-2,75
	Presença	10	25,0	10	25,0				

(1) Cárie ativa (2) Cárie inativa

Mesmo tendo o cuidado de emparelhar os grupos no sentido de minimizar os efeitos das variáveis de confusão, foi realizada uma análise comparando as variáveis dependentes com algumas destas variáveis. De todas aquelas ilustradas nos quadros 1 e 2 do método, as que apresentaram uma frequência que permitisse a análise foram comparadas com as principais variáveis dependentes por intermédio de testes apropriados. Na Tabela 5, pode-se observar a análise destas variáveis de confusão em relação aos grupos estudados. A “aplicação de flúor” é a variável que apresenta significância tanto quando comparada com os grupos estudados quanto com relação às variáveis dependentes.

Tabela 5. Distribuição absoluta e percentual das variáveis independentes de ajuste de acordo com o grupo estudado. Natal, RN. 2009.

Variável		Grupo				Qui ²	p	OR	IC(95%)
		Intervenção		Controle					
		n	%	n	%				
Amamentação Peito	Sim	13	32,5	8	20,0	1,614	0,204	1,93	0,69-5,33
	Não	27	67,5	32	80,0				
Uso de Mamadeira	Não	22	55,0	23	57,5	0,051	0,822	0,90	0,37-2,19
	Sim	18	45,0	17	42,5				
Alimentação Noturna	Não	20	50,0	27	67,5	2,527	0,112	0,48	0,19-1,19
	Sim	20	50,0	13	32,5				
Uso de chupeta	Não	31	77,5	33	82,5	0,313	0,576	0,73	0,24-2,20
	Sim	9	22,5	7	17,5				
Respiração bucal	Não	36	90,0	28	70,0	5,000	0,025	3,85	1,12-13,25
	Sim	4	10,0	12	30,0				
Aplicação de Flúor	Sim	25	62,5	4	10,0	28,854	<0,001	15,00	4,45-50,56
	Não	15	37,5	36	90,0				

A análise das Tabelas 4 e 5 mostra, de uma forma geral, uma ausência de efeito da intervenção sobre as variáveis estudadas, pela observação da não significância estatística. Além disso, quando essa diferença estatisticamente significativa ocorre é favorável ao grupo controle, como no caso do Índice de Sangramento Gengival. No caso das variáveis relativas à severidade da cárie dentária (ceo-s e componentes), as proporções são praticamente iguais entre os dois grupos.

É possível interpretar que algum impacto sobre este perfil seja difícil de ser obtido, uma vez que as crianças atendidas pelo programa já apresentam uma situação de saúde bucal deficiente. Além disso, o ceo-s representa uma história acumulada de cárie dentária. Entretanto, de algum modo, a situação de atividade de cárie, que representa a situação atual de ataque de cárie, poderia ser reduzida por ações odontológicas mais diferenciadas.

Ao que parece, portanto, o modelo de prática não se altera entre os grupos e, apesar do grupo experimental ter como proposta uma atenção diferenciada, este fato pode estar relacionado com as limitações que existem na assistência odontológica em resolver problemas bucais em população de baixa renda. Antunes e Peres (2006) afirmam que as pessoas carentes têm menos acesso aos serviços de saúde e deixam de procurá-los com finalidades preventivas ou nos estágios iniciais de suas necessidades de tratamento.

Ao longo dos anos vários estudos foram desenvolvidos dando ênfase à saúde bucal dos bebês. Alguns desses estudos apresentam como objetivo a avaliação de programas ou de práticas voltados para esse público, outros avaliam a prevalência de cárie precoce e não foram encontrados estudos comparando um determinado programa ou prática com um grupo controle de não-expostos.

Garboza e Walter (1997), avaliaram a prevalência da doença cárie em crianças de 0 a 5 anos atendidas pela Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina. Após o ingresso dessas crianças no programa a prevalência de cárie do tipo rampante (mamadeira) baixou (0%) e para a cárie simples também (2%), o que mostra a eficácia do atendimento precoce na promoção da saúde bucal nessa faixa etária, entretanto o estudo foi do tipo antes-depois, sem um grupo controle de comparação.

Paiva (2000) avaliou um programa de odontologia para Bebês em funcionamento há cinco anos na cidade do Natal. Verificou-se a prevalência de cárie em 52 crianças que ingressaram no programa com menos de 12 meses e tiveram uma permanência superior a 24 meses. Os resultados demonstraram uma baixa prevalência de cárie nas crianças.

Os estudos realizados dentro de um programa demonstram que o atendimento precoce tem efeito sobre a prevalência de cárie das crianças expostas ao atendimento, isso porque elas são atendidas periodicamente, seja através do exame clínico como também pelas informações dadas aos responsáveis e até mesmo à criança quando esta apresenta uma idade adequada.

Cerqueira (1998) avaliou a prevalência de cárie e a dieta consumida em crianças de 0 a 36 meses, de ambos os sexos, na cidade do Natal através de um estudo epidemiológico em um dia Nacional de Campanha de Multivacinação. Os índices ceo-d e ceo-s, até a faixa etária 18-24 meses, foram classificados como baixos e para as faixas 24-30 e 30-36 foram considerados moderados e altos respectivamente. A dieta foi classificada como de alta cariogenicidade, havendo predominância do aleitamento através da mamadeira (como forma de ingestão) e na hora do bebê dormir (horário do consumo noturno), além do uso do açúcar. Constatou-se que em mais de 50% das crianças era realizada a limpeza da boca, sendo que a maioria nunca visitou o dentista.

Barros, Castro, Pugliese e Reis (2001), estudaram as condições de saúde bucal de 340 crianças de 0-30 meses de idade de 20 creches de Salvador, considerando lesões incipientes e relacionando-as a alguns fatores determinantes da cárie. Observou-se uma prevalência de cárie de 55,3% quando todos os estágios da lesão foram considerados: 25% entre 0-12 meses; 51,18% entre 13-24 meses; 71,03% entre 25-30 meses ($\chi^2 = 25,31$; $p < 0,01$). Foi observado um aumento da prevalência de cárie com a idade e com o número de dentes irrompidos.

Os estudos acima demonstram que as crianças não expostas a uma determinada atenção apresentam uma prevalência alta de cárie e essa prevalência aumenta com a idade, devido ao número de dentes presentes.

Santos e Soviero (2002), analisaram a prevalência de cárie e de fatores de risco em crianças com idade até 36 meses cadastradas no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ). Foi realizada uma entrevista com os responsáveis para avaliar os fatores de risco à cárie. Além disso, foi realizado o exame bucal das crianças para a avaliação de cárie, de biofilme dental e de sangramento gengival. A prevalência de cárie encontrada, incluindo lesões não cavitadas, foi de 41,6%. Não houve associação significativa estatisticamente entre a prevalência de cárie e os fatores sócio-econômico-culturais, frequência de higiene, hábito de amamentação noturna e dieta cariogênica durante o dia. Entretanto, a associação entre cárie e presença de biofilme dental foi considerada altamente significativa ($p < 0,001$). Os resultados sugerem que o acúmulo de biofilme dental espesso foi o fator preponderante para a ocorrência da cárie de estabelecimento precoce na amostra avaliada.

Fraiz e Walter (2001) estudaram os fatores associados com o desenvolvimento de cárie dentária em pré-escolares que recebem acompanhamento e intervenção odontológica. O estudo abrangeu 200 crianças, de 24 a 48 meses de idade, que participavam do programa Bebê-Clínica (Universidade Estadual de Londrina) havia pelo menos 12 meses. A presença de

placa visível nos incisivos superiores esteve fortemente associada com a presença de cárie dentária. Outros fatores relacionados à presença de cárie foram a educação formal paterna ou de ambos os pais igual ou menor do que 8 anos, alto consumo de açúcar e uso de mamadeira durante o sono.

Silveira, Oliveira e Padilha (2002), avaliaram a redução de índice de placa visível (IPV) e índice de sangramento gengival (ISG) em crianças de 4 a 13 anos de idade em uma unidade do SUS do RJ. Foi calculado o IPV e ISG iniciais (registrados no início do ciclo de atendimento) e finais (registrados logo após as crianças terem participado de atividades promocionais de saúde com escovação supervisionada semanal, orientação de dieta individual e atividade educativa coletiva com a presença do responsável, bem como adequação do meio bucal e atendimento cirúrgico restaurador, num período médio de 6 meses). Os resultados encontrados mostraram um IPV-inicial = 29% contra IPV-final = 11% e ISG-inicial = 13% contra ISG-final = 5%. O programa de promoção de saúde analisado mostrou-se eficaz em relação ao controle de placa, mas embora o ISG tenha sofrido uma redução considerável, a presença de sangramento gengival final do ciclo de atendimento requer uma melhor abordagem da motivação do paciente em realizar a higiene bucal rotineiramente.

Hochstetter, Lombardo, D'eramo, Piovano e Bordoni (2007), avaliaram o impacto de um programa preventivo-educativo em um grupo de crianças na pré-escola. O grupo de estudo era de 58 crianças com idades entre 3,5 e 5 anos. As crianças foram randomizadas e divididas no grupo controle e experimental. O grupo experimental recebeu o componente educativo do programa no qual foram incluídos as crianças, os pais e professores. O programa preventivo foi aplicado em ambos os grupos e incluiu a aplicação de flúor 1,23% de 6 em 6 meses. Os resultados foram aferidos com 8 dias, 6 e 12 meses. Os resultados mostraram um significado decréscimo nos valores dos índices de placa e de sangramento gengival e sem aumento significativo de cárie no grupo experimental. Já o grupo controle mostrou um significativo aumento nos índices de placa e de sangramento gengival e nas superfícies com cáries.

Lemos, Barbosa, Ramos e Myaki (2008), avaliaram o fator assiduidade à consulta odontológica no atendimento a bebês. Foram avaliadas 100 crianças na faixa etária entre 0 e 48 meses, que freqüentaram a Bebê Clínica da Prefeitura Municipal de Jacareí, São Paulo. Estas foram divididas em 2 grupos: G1 (n=50) – bebês assíduos ao programa, ou seja, sem nenhuma falta nas chamadas; G2 (n=50) – bebês não assíduos ao programa, ou seja, com pelo menos uma falta não justificada. Todas as crianças receberam avaliação clínica quanto à presença de lesões de cárie. Os resultados mostraram que as crianças do grupo assíduo (G1)

apresentaram um ceo-d médio de 0,4, enquanto que as crianças do grupo não assíduo (G2) apresentaram um ceo-d médio de 3,6, havendo diferença estatística entre os grupos.

Um fator determinante para o sucesso de um programa está na frequência com que as crianças retornam às consultas e isso está diretamente relacionado com o grau de motivação dado aos responsáveis.

Tomita, Bijella, Lopes e Franco (1996), analisaram a prevalência de cárie na dentição decídua de crianças entre 0 e 6 anos, matriculadas em creches dos Municípios de Bauru e São Paulo. O primeiro grupo (Bauru) não recebia cuidados sistematizados de saúde na instituição e o segundo (São Paulo) apresentava uma rotina de cuidados como norma institucional. Através de análise de regressão múltipla, verificou-se a influência da idade e frequência de consultas odontológicas sobre a prevalência de cárie. Observou-se um melhor quadro de saúde bucal nas instituições de São Paulo, que provêem cuidados à criança, em proposta de sistema integrado de atenção. A prevalência de cárie foi mais elevada em Bauru nas crianças de 3-4 anos e 5-6 anos, apresentando significância estatística apenas para o grupo 3-4 anos.

Miasato (2000), comparou a prevalência de cárie em um grupo de crianças que receberam atenção odontológica na primeira infância (G1) com outro grupo de crianças que não receberam atenção odontológica na primeira infância (G2). O G1 foi formado para servir de controle para G2. O G1 era composto por crianças que iniciaram o programa da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO com até 12 meses de idade, e o G2 por crianças que iniciaram o programa com idade superior a 12 meses. Na época da coleta de dados ambos os grupos estavam com idade entre 15 e 34 meses, sendo que G1 estava com média de idade de 23,3 meses e G2 com 24,2 meses. A prevalência de cárie (cavitada e não cavitada) no G1 foi de 10 por cento, enquanto no G2 foi de 58 por cento (cavitada e não cavitada).

Apesar de existir na literatura estudos comparativos relacionados com o atendimento precoce, esses não apresentam um emparelhamento de variáveis, principalmente com relação à idade, que já foi demonstrada em outros estudos como um fator importante para a prevalência de cárie.

De uma maneira geral, portanto, embora alguns estudos relatem o sucesso de práticas específicas direcionadas aos bebês, este resultado não se reproduziu nesta pesquisa. Observa-se, contudo, que na maioria dos estudos relatados, não são utilizados grupos controle devidamente ajustados e provenientes de uma mesma população.

6. Considerações Finais

Prá gente ser feliz
Tem que cultivar
As nossas amizades
Os amigos de verdade
Prá gente ser feliz
Tem que mergulhar
Na própria fantasia
Na nossa liberdade...

Uma história de amor
De aventura e de magia
Só tem haver
Quem já foi criança um dia...

Música: Era uma vez

Autor: Toquinho

6. Considerações Finais

A atenção odontológica precoce no Brasil teve início há 24 anos, mas o seu crescimento se deu de forma lenta e apenas alguns municípios implantaram a idéia em seus sistemas de saúde. Até mesmo nos levantamentos epidemiológicos realizados no país, só no SB 2003 é que foram incluídas crianças entre 18 a 36 meses de idade. Então, o governo federal através das Equipes de Saúde Bucal introduzidas no Programa Saúde da Família passaram a dar assistência odontológica aos bebês.

Para que possamos fazer algumas considerações é preciso que se coloque uma das limitações desse estudo que é o tamanho amostral. Pode ser que o número de crianças tenha sido insuficiente para detectar alguma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Contudo, em algumas variáveis de desfecho os resultados são praticamente iguais nos dois grupos, como é o caso da atividade de cárie, cárie de esmalte e ceo-s. Nestas variáveis, mesmo em uma amostra consideravelmente maior, os resultados ainda seriam iguais estatisticamente.

No atendimento odontológico aos bebês dentro do PSF não existe nenhuma padronização com relação ao atendimento, acompanhamento ou avaliação do que tem sido realizado. Por isso, fica a cargo do profissional querer ou não atender essa população, decidir de que forma se dará os retornos dessas crianças e avaliar as ações desenvolvidas se estão sendo efetivas ou não.

O outro ponto a ser considerado é a frequência do retorno das crianças para as consultas. Um terço das crianças só retorna ao dentista de 10 em 10 meses ou mais, sendo este um tempo muito longo para que se possa fazer um trabalho preventivo, educativo ou de controle e como não existe uma padronização para esses atendimentos fica a critério do profissional remarcar esses pacientes.

Praticamente não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis dependentes e os grupos estudados, a não ser no que se refere ao sangramento gengival, o qual foi maior no grupo que sofreu intervenção, nos levando a acreditar que a prática do atendimento precoce quando não sistematizada e organizada não traz impacto algum sobre a população.

Assim, há que se reconhecer que os resultados deste estudo não colocam em cheque a atenção precoce em si, a qual tem sido estabelecida a partir de consistentes bases científicas.

O que fica claro no estudo é que este tipo de assistência precisa ser melhor organizada, com padronização de procedimentos, pautados na evidência científica. Ademais, embora não se tenha dados concretos para afirmar isso, é preciso ponderar a força que um modelo de prática odontológica tradicional pode exercer sobre o perfil de saúde bucal em populações que tradicionalmente tem baixo acesso a serviços e alta prevalência de problemas bucais.

Além disso, pode-se também acrescentar que um fator determinante para uma boa condição bucal dos bebês é a motivação dada aos responsáveis. Quanto mais eles se sentirem motivados mais retornarão com suas crianças à Unidade de Saúde, não faltando as consultas, terão cuidado em realizar tudo o que é repassado pelo dentista, contribuindo assim para o futuro sorriso saudável de suas crianças.

7. Referências Bibliográficas

No lago zulu
O casulo de seda
Da larga lagarta
Do corpo de estrela

Virada no vento
Não vai mais rasteira
Terá vida nova

Farfalla ligeira
Farfalla ligeira borboleta
Farfalla ligeira...

Música: Borboleta

Canta: Adriana Calganhoto

7. Referências Bibliográficas

- 1) Antunes JL, Peres MA, Boing AF, Kovaleski D, Antunes JL. Medidas de Condições socioeconômicas em Estudos Epidemiológicos de Saúde Bucal. In: Antunes JL, Peres MA. Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 233-247.
- 2) Araújo FB, Figueiredo MC. Promoção de saúde em Odontopediatria. In: Kriger L. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.283-348.
- 3) Barros SG, Castro Alves A, Pugliese LS, Reis SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. *Pesqu Odontol Bras* 2001 jul/set; 15(3): p. 215-222.
- 4) Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 5) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 dez. 2000. Seção 1: 85.
- 6) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267. Trata da reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica (Portaria de Normas e Diretrizes). *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 mar. 2001.
- 7) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 8) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 9) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 10) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Mapas da atenção básica e Saúde da Família [serial on line] 2009 [capturado 2009 Jul 27]; Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>.

- 11) Buischi YP. Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD; 2000.
- 12) Calado GS. A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- 13) Cerqueira, LM. Estudo da dieta, da utilização de medidas preventivas e da prevalência de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses na cidade do Natal [dissertação]. Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1998.
- 14) Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.
- 15) Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc Saúde Coletiva 2006 abr; 11(3): 705-711.
- 16) Costa I. Planejamento das ações de saúde. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004. p. 287-300.
- 17) Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006. (Serie Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11).
- 18) Draibe S. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira M, Carvalho M, organizadores. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE (PUC); 2001. p. 15-42.
- 19) Escorel S, Nascimento D R, Edler F C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In : Lima NT, Gerschaman S, Edler FC, Suarez JM. Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz; 2006. p. 59-82.
- 20) Fraiz FC, Walter LR. Estudo de fatores associados à cárie dental em crianças que recebem atendimento odontológico precoce. Pesqui Odontol Bras 2001 jul/set; 15(3): 201-207.

- 21) Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
- 22) Garboza CS, Walter LRF. Estudo da prevalência de cárie numa população de 0 a 5 anos atendida precocemente pela bebê-clínica da UEL. Semina 1997 fev; 18(esp): p.51-54.
- 23) Guimarães AO, Costa IC, Oliveira AL. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003 jan/fev; 6(29): 83-86.
- 24) Hochstetter AS, Lombardo MJ, D'eramo L, Piovano S, Bordoni N. Effectiveness of a preventive educational programme on the oral health of preschool children. IUHPE – Promot Educ 2007; 14(3): 155-58
- 25) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [serial on line] 2000. [capturado 2009 Jul 27]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
- 26) Lemos LV, Barbosa DL, Ramos CJ, Myaki S. Influência do Fator Assiduidade à Consulta Odontológica na Prevalência de Cárie Dentária em Indivíduos Atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí, SP, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2008 maio/ago; 8(2): 203-207.
- 27) Maltz M, Carvalho J. Diagnóstico da Doença Cárie. In: Kriger L. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 69-87.
- 28) Medeiros Júnior A, Roncalli AG. Políticas de saúde no Brasil. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004.
- 29) Medeiros Júnior A. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004.
- 30) Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneus; 2006.
- 31) Miasato, JM. Estudo comparativo da prevalência de cárie em crianças que receberam ou não atenção odontológica na primeira infância [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

-
- 32) Miceli VC, Soviero VM. Avaliação de um método para ensinar aos pais como diagnosticar a cárie de acometimento precoce. *Rev ABOPREV* 2000; 3(1): 4-10.
 - 33) Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2008. p. 1-20.
 - 34) Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(esp): 141-7.
 - 35) Nickel DA, Lima FG, SILVA BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 fev; 24(2): 241-246.
 - 36) Oppermann R, Rösing C. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: Kriger L, organizador. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 265-286.
 - 37) Paiva SVA. Programa de Odontologia para Bebês: uma avaliação quantitativa e qualitativa [dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2000.
 - 38) Patrício AA. Impacto do Programa de Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal na população de Natal-RN [dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
 - 39) Pattusi M, Costa J, Tomita N. O uso da Epidemiologia nos Serviços de Atenção à Saúde Bucal. In: Antunes JL, Peres M. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 322-334.
 - 40) Petry P, Pretto S. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 363-370.
 - 41) Pinto VG. Planejamento. In: *Saúde Bucal Coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 9-30.
 - 42) Prefeitura do Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Alecrim. In: *Natal: meu bairro, minha cidade*. Natal: SEMURB; 2009.
 - 43) Prefeitura do Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Quintas. In: *Natal: meu bairro, minha cidade*. Natal: SEMURB; 2009.

-
- 44) Prefeitura do Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Bom Pastor. In: Natal: meu bairro, minha cidade. Natal: SEMURB; 2009.
 - 45) Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Protocolo Integrado de Saúde Bucal do Município do Natal/RN. Natal : SMS, 2006. 83p.
 - 46) Roncalli AG, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Oliveira AG, Albuquerque AJ, Rego DM, Silva EM, Souza ECF, Costa IC et. al. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Natal: EDUFRN; 1997. p. 114-21.
 - 47) Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva [tese]. Araçatuba-SP: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2000.
 - 48) Roncalli AG. Indicadores de saúde e de saúde bucal: desafios para sua utilização em modelos assistenciais. In: Pereira AC. Tratado de saúde coletiva em Odontologia. Nova Odessa: Ed. Napoleão, 2009. 700p.
 - 49) Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia e Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. 154p.
 - 50) Santos APP, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(3): 203-208.
 - 51) Silveira JLG, Oliveira V, Padilha WW. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(2): 169-174.
 - 52) Souza TMS. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no RN: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial [dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
 - 53) Tomita NE, Bijela VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(5): 413-20.
 - 54) Tossi RF, Petry PC. Motivation on plaque control and gingival bleeding in school children. *Rev Saúde Pública* 2002 Oct; 36(5): 634-7.
 - 55) Walter LRF, Ferelle A, Isao M. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas; 1997.

8. Anexos

Um menino caminha
E caminhando chega no muro
E ali logo em frente
A esperar pela gente
O futuro está...

E o futuro é uma astronave
Que tentamos pilotar
Não tem tempo, nem piedade
Nem tem hora de chegar
Sem pedir licença
Muda a nossa vida
E depois convida
A rir ou chorar...

Música: Aquarela

Autor: Toquinho

8. Anexos

8.1 – Critério de Classificação Econômica Brasil

8.2 – Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde

8.3 – Questionário da coleta de dados

8.4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

8.5 – Protocolo do Comitê de Ética



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta. (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente

classe D, mas pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.



Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

 <p>PREFEITURA DO NATAL COMPROMISSO COM A CIDADE</p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL</p> <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	 <p>SMS Saúde Natal Acolhendo você</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>
--	---	--

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a realização da pesquisa intitulada “Atenção odontológica diferenciada para crianças de 0 a 3 anos: avaliação dos efeitos de um programa do serviço público municipal em Natal-RN” a ser desenvolvida pela mestranda em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, **Adriana Costa de S. Martins Câmara**, sob orientação do professor Dr. Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, desta Universidade. Consideramos que este estudo contribuirá para um maior conhecimento acerca desse tema. Por isso, estamos autorizando a presença da pesquisadora com os profissionais odontólogos das Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família. A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades.


 Edmilson Albuquerque Junior
 Secretário Municipal de Saúde do Natal/RN

Edmilson de Albuquerque Junior
 Secretário Municipal de Saúde



UFRN-CCS



Programa de Pós-Graduação Odontologia
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social

Atenção Odontológica diferenciada para crianças de 0 a 3 anos:
avaliação dos efeitos de um programa do serviço público municipal em Natal – RN

Ficha de Coleta de Dados

Local de Coleta: _____ Data da Coleta: __/__/__ Examinador: _____
Nº do Prontuário: _____

Dados Gerais: Informações sobre o bebê

Nome: _____ Sexo (1=Masc; 2=Fem): _____
Data Nasc: __/__/__ Data Início no Programa: __/__/__ Data Saída do Programa.: __/__/__
Nº de atendimentos : _____
Rua, Av: _____ Nº _____ Comp. _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Alguns tipos de doença ? () Sim () Não Qual ? _____
Toma alguma medicação ? () Sim () Não Qual ? _____

Condições da Família (Critério Brasil)

Capacidade de Consumo
(informar o número de bens)

Grau de Instrução do Chefe da Família
(marcar com "X")

Televisor em Cores	<input type="checkbox"/>	Aspirador de Pó	<input type="checkbox"/>	Analfabeto / Primário Incompleto	<input type="checkbox"/>
Rádio	<input type="checkbox"/>	Máquina de Lavar	<input type="checkbox"/>	Primário Completo	<input type="checkbox"/>
Banheiro	<input type="checkbox"/>	Videocassete / DVD	<input type="checkbox"/>	Ginasial Completo	<input type="checkbox"/>
Automóvel	<input type="checkbox"/>	Geladeira	<input type="checkbox"/>	Secundário Completo	<input type="checkbox"/>
Empregada Mensalista	<input type="checkbox"/>	Freezer	<input type="checkbox"/>	Superior Completo	<input type="checkbox"/>

Dieta

1. AMAMENTAÇÃO

Amamentação (1- Sim; 2-Não)

M T N Tempo (meses)

Peito	<input type="checkbox"/>	Frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamadeira	<input type="checkbox"/>	Frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ALIMENTAÇÃO

A criança faz uso de alimentos açucarados ? Sim () Não ()

Durante às refeições ? () Sim () Não Entre às refeições ? Sim () Não ()

3. ALIMENTAÇÃO NOTURNA

Para dormir () Durante a noite () Não ()

Higiene Bucal

Limpa os dentes do seu filho ? () Sim () Não

Com que frequência? () 1- Após as refeições; 2- Somente à noite; 3- Às vezes

Usa fio dental ? () Sim () Não

Hábitos Deletérios

Seu filho apresenta quais hábitos e com que frequência?

Hábito (1- Sim; 2-Não)

		M	T	N	Tempo (meses)
Chupeta	<input type="checkbox"/>	Frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedo	<input type="checkbox"/>	Frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rói unhas	<input type="checkbox"/>	Frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seu filho apresenta quais hábitos ?

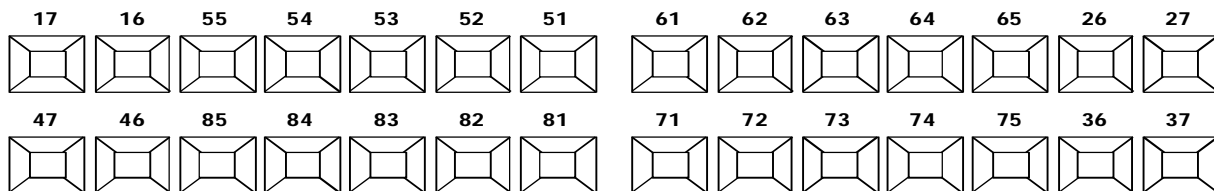
() Respira pela boca () Morde objetos () Morde lábios () Bruxismo

Exposição ao flúor

Aplicação de flúor : () Sim () Não Frequência : _____

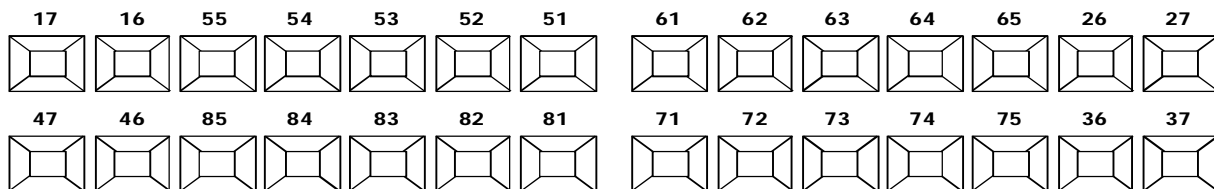
Uso de dentrífcio ; () Sim () Não

Exame Clínico – presença de biofilme



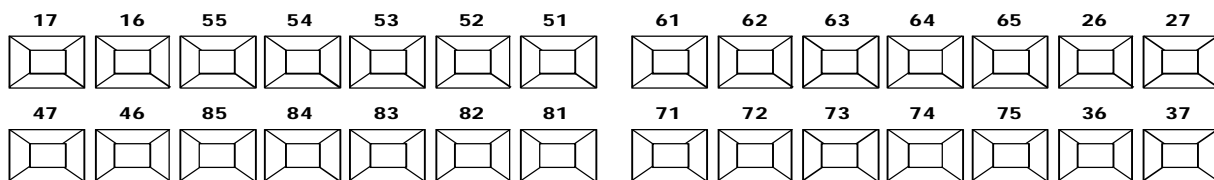
0 – sem biofilme; 1 – presença de biofilme

Exame Clínico – sangramento gengival



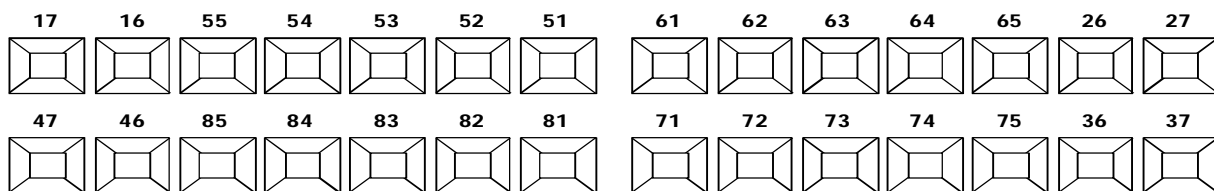
0 – sem sangramento; 1 – sangramento depois da sondagem; 2 – sangramento espontâneo

Exame Clínico – cárie (ceo-s)



0/A – dente hígido 1/B – mancha branca 2/C – cárie de esmalte 3/D – cárie de dentina 4/E – restaurado
 mas cariado 5/F – restaurado e sem cárie 6/G – dente perdido por cárie 7/H - dente perdido por outra
 razão 8/I – coroa não erupcionada 9/J – dente excluído T – trauma

Exame Clínico – atividade de cárie



0- sem atividade de cárie 1 – lesão ativa 2 – lesão inativa



UFRN-CCS

Programa de Pós-Graduação Odontologia
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para que a criança _____ possa participar da pesquisa cujo título é “Atenção Odontológica diferenciada para crianças de 0 a 3 anos: avaliação dos efeitos de um programa do serviço público municipal em Natal – RN”, que tem como coordenadora a dentista Adriana Costa. Você será responsável pela criança do início ao fim da pesquisa. A participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso traga nenhum prejuízo ou penalidade para você ou para a criança.

Essa pesquisa procura comparar o atendimento odontológico diferenciado de bebês de algumas unidades do serviço público de saúde do município de Natal com outras unidades em que esse atendimento não é tão específico. Caso você aceite o convite para a criança participar, você responderá a um questionário sobre as condições da família, informações gerais sobre a criança, além de dados relacionados com a dieta, higiene bucal, hábitos deletérios e exposição ao flúor da criança. A criança passará por um exame clínico para se observar as condições da cavidade oral da mesma. Neste exame, verificaremos a presença ou não de biofilme, de cárie, de sangramento gengival e a atividade de cárie. Este exame clínico poderá ser realizado tanto na unidade de saúde como também na residência da família.

A criança não correrá risco algum durante a realização da pesquisa e ela terá os seguintes benefícios : detecção precoce de algum problema bucal e acompanhamento pela dentista da unidade tanto na orientação como também no tratamento (se for necessário).

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome e o da criança não serão identificados em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Não haverá qualquer gasto de sua parte, mas caso haja, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se a criança sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, ela terá direito à indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito da pesquisa, poderá perguntar diretamente para a dentista Adriana Costa, no

endereço Rua João XVIII – Parnamirim ou pelo telefone 3272-3433. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova ou pelo telefone : 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Atenção Odontológica diferenciada para crianças de 0 a 3 anos: avaliação dos efeitos de um programa do serviço público municipal em Natal – RN”.

Autorizo também o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade e a da criança.

Nome do Responsável : _____

Assinatura

Pesquisador Responsável :

Adriana Costa – CRO 2416

Rua João XXIII – Parnamirim Fone : 3272-3433

Comitê de Ética e Pesquisa – Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova – Fone : 3215-3135

Natal, ____/____/____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº276 /2008
(Final)

Prof. nº	104/08 – CEP-UFRN
CAAE	0118 0.061.000-08
Projeto de Pesquisa	Atenção odontológica diferenciada para crianças de 0 a 3 anos: avaliação dos efeitos de um programa do serviço público municipal em Natal/RN
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde – Odontologia – Grupo III
Pesquisador Responsável	Adriana Costa de Souza Martins Câmara
Instituição Onde Será Realizado	UFRN – Departamento de Odontologia
Instituição Sediadora	Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – SMS da cidade de Natal/RN.
Nível de Abrangência do projeto de Pesquisa	Obtenção do Grau de Mestrado
Período de realização	Início: novembro de 2008 - Término: junho de 2009
Revisão Ética em	07 de novembro de 2008

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa - (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 13 de novembro de 2008.

Dulce Almeida
COORDENADORA DO CEP-UFRN

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[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](#)