

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

A CORRELAÇÃO DA DOENÇA PERIODONTAL COM FATORES
SOCIOECONÔMICOS DOS PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA UNIVERSIDADE

Patricia Gonçalves Mendes

São Paulo

2019

Patricia Gonçalves Mendes

**A CORRELAÇÃO DA DOENÇA PERIODONTAL COM FATORES
SOCIOECONÔMICOS DOS PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA UNIVERSIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistema de Saúde**.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa

São Paulo

2019

Mendes, Patricia Gonçalves.

A correlação da doença periodontal com fatores socioeconômicos dos pacientes assistidos em uma universidade. / Patricia Gonçalves Mendes. 2019.

84 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2019.

Orientador (a): Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa

1. Saúde coletiva. 2. Doença periodontal. 3. Levantamentos epidemiológicos. 4. Planejamento em saúde. 5. Gestão em Saúde.

I. Barbosa, Antônio Pires.

II. Título.

CDU 658:616

PATRICIA GONÇALVES MENDES

**A CORRELAÇÃO DA DOENÇA PERIODONTAL COM FATORES
SOCIOECONÔMICOS DOS PACIENTES ASSISTIDOS EM UMA UNIVERSIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof.ª Dra. Marcia Mello Costa De Liberal – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Prof.ª Dra. Lara Jansiski Motta Godinho – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

Prof. Dr. Jesús Pascual Mena Chalco - Universidade Federal do ABC - UFABC

Prof.ª Dra. Sonia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 24 de setembro de 2019

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmãos e esposo pelo carinho, paciência e
confiança.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e à minha família.

Aos meus pais, Luiz e Fátima, que sempre apoiaram meus sonhos e dedicaram sua vida em uma educação contínua e uma vida de honestidade.

Ao meu esposo, Danilo, que esteve presente e compartilhou uma das fases mais importantes da minha vida.

À Universidade Nove de Julho pela grande oportunidade da realização desse projeto e a companhia nessa jornada desde a graduação.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa, que com muita sabedoria conduziu a conclusão do trabalho, não mediu esforços para ajudar e compreendeu os grandes desafios propostos.

A todos os envolvidos no Programa de Mestrado de Gestão em Sistema de Saúde da Universidade Nove de Julho, desde a administração, secretaria, professores, coordenadores e diretoria.

Ao Raphael, pela colaboração no trabalho e paciência nesse período.

Aos colegas de profissão da Instituição pela parceria, orientação e confiança na profissão e carreira.

RESUMO

Os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal revelam numerosos agravos e sequelas na população do país, trazendo, em contrapartida, complicações de saúde pública. Estes são empregados para estipular o grau de risco de determinada população, tornando possível o conhecimento do problema, os possíveis métodos de prevenção, a formulação de programas e políticas conduzidas para a redução da incidência da doença. Os índices que medem o grau de severidade da Doença Periodontal são o Índice Periodontal Comunitário e o Índice de Perda de Inserção Periodontal, além disso, os fatores socioeconômicos podem estar diretamente ligados ao alto índice da doença. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa foi correlacionar o Índice Periodontal Comunitário e os fatores como renda, ocupação, escolaridade, chefe da família, idade, acesso, Índice de Higiene Oral Simplificado e tratamento sanitário para que se proponham ações de saúde e cuidado aos pacientes. Foram analisados 133 prontuários no período de janeiro a julho de 2018, e por meio da análise estatística descritiva observou-se que os pacientes que procuram os serviços na Universidade são mulheres, com idade entre 31 e 59 anos, de etnia branca, solteiros, com ensino de 1º e 2º grau incompletos, sendo o próprio paciente o maior responsável financeiro da família e trabalhador registrado. O Índice registrou que apenas 20% dos pacientes têm a gengiva saudável e as análises estatísticas da pesquisa que usaram o Software SPSS – IBM, fazendo a correlação por meio do teste estatístico Rô de Spearman, demonstraram correlação do índice CPI com o chefe da família, idade, IHOS e acesso. Conclui-se que há a necessidade de mudanças nas orientações de saúde bucal dos pacientes, pois muitos pacientes ainda procuram o serviço pelo motivo de dor, e que a falta de acesso impede que o cuidado seja contínuo e integral.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Doença Periodontal, Levantamentos Epidemiológicos, Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde

ABSTRACT

The epidemiological surveys of oral health reveal numerous injuries and sequelae in the population of the country, bringing, in contrast, public health complications. These are used to stipulate the degree of risk of a given population, making it possible to know the problem, the possible prevention methods, the formulation of programs and policies conducted to reduce the incidence of the disease. The indices that measure the degree of severity of Periodontal Disease are the Community Periodontal Index and the Periodontal Insertion Loss Index. In addition, socioeconomic factors may be directly linked to the high index of the disease. In this sense, the objective of the research was to correlate the Community Periodontal Index and factors such as income, occupation, education, head of household, age, access, Simplified Oral Hygiene Index and sanitary treatment to propose health actions and care to patients. . A total of 133 medical records were analyzed from January to July 2018, and through descriptive statistical analysis, it was observed that the patients seeking services at the University are women, aged between 31 and 59 years, white, single, with 1st and 2nd grade education incomplete, being the patient himself the largest financial responsible of the family and registered worker. The Index noted that only 20% of patients have healthy gums and statistical analyzes of the survey using the SPSS - IBM Software, correlating using the Spearman Rô statistical test, showed correlation of the CPI index with the head of household, age, IHOS and access. It is concluded that there is a need for changes in patients' oral health guidelines, as many patients still seek service due to pain, and that lack of access prevents care from being continuous and integral.

Keywords: *Health Unic System, Periodontal disease, Epidemiological Surveys, Health Planning and Health Management*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| LOS | LEI ORGÂNICA DA SAÚDE |
| SUS | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| ACS | AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE |
| ESF | ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA |
| CPI | ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO |
| OMS | ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE |
| DPS | DOENÇAS PERIODONTAIS |
| DP | DOENÇA PERIODONTAL |
| PNSB | POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL |
| PSF | PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA |
| MS | MINISTÉRIO DA SAÚDE |
| UBS | UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE |
| AB | ATENÇÃO BÁSICA |
| SE | SECRETARIA ESTADUAL |
| SM | SECRETARIA MUNICIPAL |
| DF | DISTRITO FEDERAL |
| CPI | ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO |
| PIP | PERDA DE INSERÇÃO PERIODONTAL |
| IHOS | ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO |
| MBA | ESPECIALIZAÇÃO E MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION |
| SBC | SAÚDE BUCAL COLETIVA |
| CAB | CLÍNICA DE ATENÇÃO BÁSICA |
| CEP | COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA |
| TCLE | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO |
| SPSS | STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------------|--|----|
| FIGURA 1 | Classificação do CPI para todas as idades, grupos etários e regiões do SB Brasil 2010..... | 15 |
| FIGURA 2 | Modelo do exame CPI com a utilização de uma Sonda Periodontal e as classificações..... | 25 |
| FIGURA 3 | Encadeamento das Atividades de Pesquisa..... | 28 |
| FIGURA 4 | Comparação do índice de Cárie entre os Levantamentos Bucais..... | 57 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|--|----|
| TABELA 1 | Renda Familiar..... | 35 |
| TABELA 2 | Frequência da Escovação, Troca da Escova Dental e Uso de Fio e Bochecho Bucal..... | 37 |
| TABELA 3 | Autopercepção e Renda..... | 40 |
| TABELA 4 | Autopercepção e Ocupação..... | 41 |
| TABELA 5 | Autopercepção e Escolaridade..... | 42 |
| TABELA 6 | Autopercepção e Chefe da Família..... | 43 |
| TABELA 7 | Autopercepção e CPI..... | 44 |
| TABELA 8 | Autopercepção e Idade..... | 45 |
| TABELA 9 | Autopercepção e Tratamento Sanitário..... | 46 |
| TABELA 10 | Autopercepção e IHOS..... | 47 |
| TABELA 11 | Correlação CPI e Renda..... | 48 |
| TABELA 12 | Correlação CPI e Ocupação..... | 48 |
| TABELA 13 | Correlação CPI e Escolaridade..... | 49 |
| TABELA 14 | Correlação CPI e Chefe da Família..... | 49 |
| TABELA 15 | Correlação CPI e Idade..... | 50 |
| TABELA 16 | Correlação CPI e Tratamento Sanitário..... | 50 |
| TABELA 17 | Correlação CPI e IHOS..... | 51 |
| TABELA 18 | Correlação CPI e Acesso..... | 51 |
| TABELA 19 | Localização das Residências dos Pacientes..... | 52 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|----------------------------|-----------|
| GRÁFICO 1 IHOS..... | 38 |
| GRÁFICO 2 CPI..... | 39 |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 | PROBLEMA DE PESQUISA | 16 |
| 1.2 | QUESTÃO DE PESQUISA | 17 |
| 1.3 | OBJETIVOS DA PESQUISA | 18 |
| 1.3.1 | GERAL..... | 18 |
| 1.3.2 | ESPECÍFICOS | 18 |
| 1.4 | JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA | 19 |
| 1.5 | ESTRUTURA DO TRABALHO | 19 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 21 |
| 2.1 | HISTÓRICO DE SAÚDE NO BRASIL | 21 |
| 2.2 | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 21 |
| 2.3 | ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 22 |
| 2.4 | LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS | 23 |
| 2.5 | FATORES SOCIOECONÔMICOS | 26 |
| 3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 27 |
| 3.1 | DELINEAMENTO DA PESQUISA..... | 27 |
| 3.2 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS..... | 29 |
| 3.3 | PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS | 31 |
| 4 | RESULTADOS DA PESQUISA..... | 33 |
| 5 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 51 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA | 57 |
| 7 | REFERÊNCIAS..... | 59 |
| 8 | ANEXOS | 67 |

1 INTRODUÇÃO

Após consolidado o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o país incumbe a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, estabelecido dentro da Lei Orgânica da Saúde (LOS), seus princípios doutrinários e organizativos, já concedidos na Constituição Federal de 1988, dispõem de um Sistema de Saúde público e universal (Barbosa, 2013; Guimarães, Meira, Paz, Dutra, & Campos, 2017a).

No entanto, foi essencial que o modelo de saúde se concentrasse no controle, prevenção e promoção de saúde, trazendo o entendimento do processo saúde-doença. Assim, o SUS perpetuou programas para que se fomentasse a atenção à saúde pública, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), orientados pela Atenção Primária a Saúde (APS). Em 2000, entre as equipes de saúde, foi inserida na ESF a equipe de Saúde Bucal, garantindo um atendimento integral e multiprofissional com foco na família (Manassero & Bavaresco, 2017).

Para estudar as doenças que acometem uma população a epidemiologia mostra-se primordial, assim, os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal revelam abundantes agravos e sequelas na população do país, trazendo, em contrapartida, complicações de saúde pública (Motta, Pissinato, Pinto, & Monken, 2016). Estes levantamentos são empregados para estipular o grau de risco de determinada população, tornando possível o conhecimento do problema, o possível método de prevenção e a formulação de programas e políticas conduzidas para a redução da incidência da doença (Motta et al., 2016; Passarelli, Prado, & Trevisan, 2017). Para a verificação do estado de saúde gengival, o índice CPI (Índice Periodontal Comunitário) é empregado, tendo sido proposto pela OMS (Organização Mundial de Saúde), em 1994, para analisar a presença de sangramento gengival, cálculo dentário e bolsa periodontal. No último levantamento realizado em 2010, os resultados obtidos foram de presença de sangramento e cálculo dentário em todas as idades (Brasil, 2012; Roncalli et al., 2012).

Assim como demonstra a tabela abaixo.

Figura 1

Classificação do CPI para todas as idades, grupos etários e regiões do SB Brasil 2010.

| Região | n | Higião | | | Sangramento | | | Cálculo | | | Bolsa Rasa | | | Bolsa Profunda | | | Excluído | | | | |
|--------------|--------------|--------|----------|------|-------------|----------|------|---------|----------|------|------------|----------|------|----------------|----------|------|----------|----------|------|------|-----|
| | | % | IC (95%) | | % | IC (95%) | | % | IC (95%) | | % | IC (95%) | | % | IC (95%) | | % | IC (95%) | | | |
| | | | L.I. | L.S. | | L.I. | L.S. | | L.I. | L.S. | | L.I. | L.S. | | L.I. | L.S. | | L.I. | L.S. | | |
| 12 anos | Norte | 1.690 | 41,6 | 33,6 | 50,2 | 9,7 | 6,6 | 14,1 | 44,1 | 36,5 | 51,9 | - | - | - | - | - | - | - | 4,5 | 2,1 | 9,4 |
| | Nordeste | 2.003 | 59,4 | 53,6 | 64,9 | 12,1 | 9,1 | 15,9 | 26,1 | 20,9 | 31,9 | - | - | - | - | - | - | - | 2,5 | 1,5 | 4,2 |
| | Sudeste | 1.332 | 67,9 | 60,7 | 74,5 | 10,8 | 7,7 | 14,9 | 19,9 | 15,2 | 25,7 | - | - | - | - | - | - | - | 1,3 | 0,6 | 2,8 |
| | Sul | 1.000 | 57,1 | 47,7 | 65,9 | 17,6 | 12,7 | 23,9 | 24,5 | 18,3 | 31,9 | - | - | - | - | - | - | - | 0,9 | 0,2 | 3,1 |
| | Centro-Oeste | 1.175 | 63,7 | 56,3 | 70,5 | 11,1 | 7,4 | 16,4 | 23,8 | 18,2 | 30,5 | - | - | - | - | - | - | - | 1,4 | 0,7 | 2,6 |
| Brasil | 7.200 | 62,9 | 57,8 | 67,7 | 11,7 | 9,5 | 14,3 | 23,7 | 20,1 | 27,7 | - | - | - | - | - | - | - | 1,7 | 1,1 | 2,6 | |
| 15 a 19 anos | Norte | 1.335 | 30,8 | 26,2 | 35,9 | 7,1 | 5,1 | 9,7 | 37,4 | 29,8 | 45,7 | 17,9 | 13,5 | 23,4 | 1,7 | 0,7 | 3,8 | 5,1 | 3,0 | 8,6 | |
| | Nordeste | 1.394 | 44,7 | 38,7 | 50,9 | 7,9 | 5,8 | 10,6 | 35,7 | 30,9 | 40,9 | 9,7 | 7,0 | 13,2 | 0,5 | 0,1 | 1,5 | 1,5 | 0,7 | 3,5 | |
| | Sudeste | 904 | 56,8 | 48,1 | 65,1 | 9,9 | 6,6 | 14,5 | 24,1 | 19,0 | 30,0 | 7,5 | 4,7 | 11,7 | 0,7 | 0,3 | 1,8 | 1,0 | 0,4 | 2,8 | |
| | Sul | 804 | 45,9 | 37,9 | 54,1 | 11,7 | 7,8 | 17,1 | 33,7 | 26,3 | 41,9 | 8,2 | 4,6 | 14,0 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 2,7 | |
| | Centro-Oeste | 868 | 48,3 | 41,1 | 55,5 | 10,1 | 7,2 | 14,0 | 30,5 | 23,5 | 38,6 | 8,3 | 6,0 | 11,3 | 0,1 | 0,0 | 0,4 | 2,7 | 1,2 | 6,3 | |
| Brasil | 5.305 | 50,9 | 45,4 | 56,4 | 9,7 | 7,5 | 12,3 | 28,4 | 24,8 | 32,4 | 8,8 | 6,9 | 11,3 | 0,7 | 0,3 | 1,2 | 1,5 | 0,9 | 2,4 | | |
| 35 a 44 anos | Norte | 2.471 | 8,3 | 5,6 | 12,2 | 1,1 | 0,7 | 1,9 | 20,2 | 16,9 | 23,9 | 14,6 | 10,9 | 19,3 | 1,8 | 1,1 | 2,9 | 53,9 | 47,2 | 60,5 | |
| | Nordeste | 2.367 | 17,9 | 15,2 | 21,0 | 2,6 | 1,9 | 3,6 | 26,2 | 22,0 | 30,9 | 13,1 | 10,8 | 15,7 | 2,8 | 2,1 | 3,8 | 37,3 | 32,8 | 42,1 | |
| | Sudeste | 1.568 | 18,3 | 15,1 | 21,9 | 1,5 | 0,8 | 2,6 | 30,5 | 26,6 | 34,5 | 16,7 | 13,6 | 20,4 | 5,0 | 3,1 | 7,8 | 28,1 | 24,0 | 32,5 | |
| | Sul | 1.610 | 19,9 | 15,5 | 25,1 | 3,2 | 2,1 | 4,7 | 27,6 | 22,6 | 33,3 | 11,4 | 9,1 | 14,2 | 2,9 | 1,7 | 5,0 | 35,0 | 29,2 | 41,3 | |
| | Centro-Oeste | 1.425 | 17,2 | 13,7 | 21,3 | 2,8 | 1,1 | 6,7 | 25,3 | 21,3 | 29,8 | 14,1 | 10,8 | 18,2 | 5,0 | 3,3 | 7,5 | 35,7 | 30,3 | 41,4 | |
| Brasil | 9.441 | 17,8 | 15,7 | 20,2 | 1,9 | 1,4 | 2,6 | 28,6 | 26,0 | 31,2 | 15,2 | 13,1 | 17,5 | 4,2 | 3,0 | 5,9 | 32,3 | 29,3 | 35,6 | | |
| 65 a 74 anos | Norte | 1.581 | 0,2 | 0,1 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 0,9 | 2,8 | 1,6 | 4,9 | 1,6 | 0,8 | 3,1 | 0,3 | 0,1 | 0,8 | 95,0 | 92,5 | 96,7 | |
| | Nordeste | 2.171 | 2,1 | 1,4 | 3,1 | 0,3 | 0,1 | 0,7 | 4,0 | 2,8 | 5,6 | 2,6 | 1,9 | 3,5 | 0,8 | 0,4 | 1,5 | 90,3 | 87,9 | 92,2 | |
| | Sudeste | 1.158 | 1,8 | 1,0 | 3,4 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 4,2 | 2,6 | 6,6 | 2,6 | 1,4 | 4,8 | 0,9 | 0,4 | 2,1 | 90,5 | 86,6 | 93,3 | |
| | Sul | 1.119 | 2,5 | 1,4 | 4,5 | 0,6 | 0,2 | 2,0 | 5,2 | 3,5 | 7,9 | 2,2 | 1,3 | 3,8 | 0,7 | 0,3 | 2,1 | 88,7 | 84,8 | 91,7 | |
| | Centro-Oeste | 1.087 | 1,0 | 0,6 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 3,0 | 1,8 | 5,0 | 3,4 | 1,9 | 6,0 | 1,3 | 0,5 | 3,2 | 91,3 | 87,5 | 94,0 | |
| Brasil | 7.116 | 1,8 | 1,2 | 2,8 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 4,2 | 3,1 | 5,6 | 2,5 | 1,7 | 3,8 | 0,8 | 0,5 | 1,5 | 90,5 | 88,1 | 92,4 | | |

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012

Estudos têm associado os problemas periodontais a variações socioeconômicas, fatores como renda e escolaridade comprovam o aumento das doenças bucais. Esses fatores agravam a qualidade de vida, geram efeitos que precisam ser observados e abrem espaços para novas políticas e ações de saúde com propósito de melhorar a saúde bucal da população (Bulgareli et al., 2018; Gesser, Peres, & Marcenes, 2001).

É relevante a comparação de doenças bucais no contexto socioeconômico. Na infância, a doença cárie se destaca e, na fase adulta, as doenças periodontais são mais prevalentes, as famílias que apresentam uma condição socioeconômica baixa, como renda e escolaridade, estão mais expostas às doenças bucais (Peres Neto et al., 2017).

Para Cascaes, os fatores culturais e socioeconômicos alteram os comportamentos relacionados à saúde. No país, aqueles com alto nível de escolaridade e com uma condição financeira melhor gastam mais com a prevenção e planos privados de saúde, já aqueles nos níveis mais baixos, tanto escolares quanto financeiros, utilizam seus recursos com cuidados curativos e medicamentos quando o fator é de urgência. Concluindo, os recursos usados com saúde são mais abrangentes nas famílias com

nível socioeconômico mais elevado, mas o impacto é amplamente maior nas famílias mais pobres e com baixa escolaridade (Cascaes et al., 2017).

Lemos conclui que os indícios de agravos à saúde são de grande valia para a gestão e análise da situação da população, além de fornecer informações sobre o funcionamento e o monitoramento dos serviços de saúde, suas metas e objetivos, e geram uma análise da utilização dos serviços pelos indivíduos, que na saúde bucal ainda geram discussões e avaliações mais pertinentes (Lemos et al., 2018).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

As doenças periodontais (DPs) são doenças inflamatórias que acometem os tecidos de proteção e sustentação dos dentes e em fases mais avançadas são causadoras das perdas dentais. Está relacionada a qualidade de vida do indivíduo, pois são as causas mais comuns das perdas dentárias, ocasionando problemas de mastigação e aparência. Um estudo realizado com os pacientes com DP mostrou que quanto mais avançada a doença, maior seu impacto no dia a dia e nas relações interpessoais, tornando-se um grande problema para a saúde pública (Chaves, Alves, Lima, & Pereira, 2018; Júnior et al., 2006; Lima & Lara, 2015).

Em um trabalho feito com 300 prontuários dos pacientes atendidos na Clínica Integrada de Odontologia da Faculdade Maria Milza CLIOF, localizada na Bahia, demonstrou-se que são significativos os números de pacientes com presença da DP, seja em seu estágio inicial, como a gengivite (52%) ou mais avançado, como as periodontites (36,4%) e conclui que a escassez de informações e prevenção sobre a doença podem ser as responsáveis pelo seu crescimento (Santos, 2017).

Desde os programas incrementais, a odontologia passou a ser reconhecida pelos atendimentos coletivos e os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal começaram a ser executados. Apenas em 1980 os levantamentos aconteceram em âmbito nacional, tendo sido realizado o primeiro em 1986 e, dez anos depois, o segundo. Mesmo sendo de grande importância, os estudos não fizeram parte da política de saúde bucal. A OMS propôs metas em relação à saúde bucal, e nesse sentido novos levantamentos foram realizados para o conhecimento real da situação da população. O Projeto SB Brasil teve início em 2000 e, assim, foi expandido até o último

levantamento realizado em 2010, contribuindo para a idealização da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Roncalli et al., 2012).

Em 2010, a população adulta brasileira foi a mais atingida pela DP, em comparação com o levantamento realizado em 2003. Segundo Vettore, em 2013 o acompanhamento dos problemas de saúde bucal deve ser observado e incluído nas ações da vigilância epidemiológica e torna-se prioritário no desenvolvimento das políticas em saúde bucal (Vettore, Marques, & Peres, 2013).

Em uma pesquisa realizada no município de Valência, na Espanha, com 733 pacientes, identificou-se que fatores socioeconômicos, como classe social, estão relacionados à DP e concluiu-se que os grupos de risco carecem de educação, tratamentos e prevenção de doenças bucais (Silla, Pastor, Catalá, Arcís, & Company, 2017).

Assim como em estudos internacionais, as pesquisas nacionais têm mostrado que as prevalências da DP estão ligadas aos indicadores como renda e escolaridade (Borrell & Joseph, 2018). Como mostra o estudo de Neves, o indicador renda familiar tem forte relação com a prevalência da gengivite em 176 alunos de uma instituição de ensino (Neves, Passos, & Oliveira, 2010).

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Com base no problema destacado, os altos níveis da DP podem estar ligados diretamente a fatores socioeconômicos e, dessa forma, a direcionar a realização do estudo, é proposta a seguinte questão de pesquisa: A correlação dos fatores como renda, escolaridade, ocupação, chefia familiar, idade, acesso, IHOS e tratamento sanitário podem estar relacionados com a doença periodontal?

1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.3.1 Geral

- Correlacionar os fatores socioeconômicos como renda, escolaridade, ocupação, chefe da família, idade, acesso, IHOS e a doença periodontal dos pacientes assistidos em uma Clínica Escola de Odontologia.

1.3.2 Específicos

- Traçar o perfil da população assistida na Clínica Escola de Odontologia;
- Levantar dados sobre a autopercepção de saúde bucal dos pacientes;

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

A medição da condição bucal de uma população tem sido modificada gradualmente; diversos aspectos são avaliados, como a prevalência da cárie, doença periodontal, oclusopatias, fluorose e outros, o grande objetivo é corroborar sua gravidade. Atualmente, seguem-se padrões mundialmente utilizados dispostos pela OMS. As doenças bucais têm trazido grandes problemas à população. Em 1979, foi estimado que 91% das crianças entre 5 e 14 anos de idade manifestavam alguma doença e que 100% da população com mais de 15 anos de idade apresentava problemas gengivais com estágios intermediários até avançados, quando possuíam um ou mais dentes indicados para extração (Narvai & Frazão, 2008; Roncalli et al., 2012).

Estudos sobre a prevalência de cáries e condições gengivais revelaram que houve uma queda de 70% em sua incidência em crianças entre 8 e 10 anos nas últimas décadas, quando analisada apenas a doença cárie. Entretanto, não houve declínio sobre as condições gengivais. Os autores CHAMBRONE et al, 2010 levantaram, por meio de uma revisão sistemática, que as doenças periodontais são altamente presentes em crianças e adolescentes do sexo masculino e com condições socioeconômicas baixas (Chambrone, Macedo, Ramalho, Trevizani Filho, & Chambrone, 2010).

Nesse sentido, ao avaliar a prevalência das doenças periodontais, faz-se necessário planejar ações de saúde voltadas para essa população, visto que a doença reflete prejuízos incontáveis à saúde bucal e à vida pessoal de cada indivíduo.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALH

O presente trabalho está estruturado em 6 capítulos, com os seguintes escopos:

Nesta introdução foram apresentados a evidenciação dos problemas e seus objetivos. No capítulo dois, serão apresentados os marcos conceituais e pressupostos teóricos na forma de um referencial teórico e respectivos polos, com a realização da revisão bibliográfica do trabalho, capaz de amparar apresentação de resultados, discussão e respostas.

O capítulo três, em que serão definidos e descritos os métodos e técnicas de pesquisa utilizados no trabalho, assim como o delineamento da pesquisa, o procedimento de coleta de dados,

os procedimentos de análise de dados e as limitações da pesquisa.

O quarto capítulo demonstra os resultados da análise realizada, o quinto traz a discussão dos resultados e a sexta e última parte traz a conclusão do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DE SAÚDE NO BRASIL

Sem um Sistema de Saúde concreto, as comunidades faziam uso da medicina popular, com chás, ervas, rituais e outros, para a cura das doenças existentes na época. Profissionais da medicina eram trazidos de Portugal, mas apenas os chefes e senhores dos cafés tinham acesso. Foi nessa época que a primeira Faculdade de Medicina foi instituída no país e o sanitarismo começou a ser, de forma lenta, ativado, pois as campanhas contra os surtos de doença eram mantidas apenas até se obter o controle (Viana & Dal Poz, 1998).

Ideias e sugestões foram propostas para que o sistema de saúde ganhasse força, mas foi apenas em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde que ficou estabelecida como princípio o acesso universal a saúde. Esse novo modelo de saúde foi fixado na Constituição Brasileira e assegura a universalidade, a descentralização, a integralidade, a regionalização e hierarquização como uma nova forma de organizar o sistema (Guimarães, Meira, Paz, Dutra, & Campos, 2017b; Schechtman et al., 2002; Viana & Dal Poz, 1998).

Segundo Gerschman, o Sistema Único de Saúde (SUS) avoca arranjos institucionais que preexistiram e ainda os mantêm e mesmo com todas as oposições e impactos, ainda há uma consonância para sua preservação (Gerschman & Santos, 2006).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A consolidação do SUS em 1990 é com plena certeza o benefício mais marcante para os cidadãos brasileiros e trabalhadores. É um sistema que defende a proteção social, garantindo saúde a todos e fazendo cumprir o dever do Estado e da Sociedade (referenciar artigo 196 da CF). Um sistema que traz como único uma integração entre as três esferas de governo sendo Municípios, Estados e União, que juntos participam dos programas, ações e serviços do SUS. Tendo como regimento seus princípios doutrinários e organizativos: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação social da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado (Barbosa, 2013; Mattos, 2009; Teixeira, 2011).

Segundo Menicucci, a ideia de um sistema de saúde democrata colide com a história de uma população marcada por desigualdades e divisão dentro da atenção à saúde (Menicucci, 2009). Nesse sentido, a base do SUS é constituída por documentos e leis que constroem e instituem o sistema. Em 1988, a Constituição Federal estabeleceu a defesa social, a Lei 8.080/90, designada como a organizadora e reguladora do sistema e a Lei 8.142/90, que determina a partição social e a Lei Complementar 141/2012 que compõe sobre o financiamento e recursos financeiros (Guimarães et al., 2017a; Matta & Pontes, 2007).

2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A inovação na maneira de executar a saúde traz proposta de reformulação para o cuidado e, dessa maneira, programas e estratégias foram criados. O Programa Saúde da Família (PSF) ganhou a responsabilidade de ampliar os papéis dos profissionais, introduzindo a integralidade no cuidado à saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), em 1991, integra o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo como foco a diminuição da mortalidade infantil e materna, contudo a nova estratégia ganha ímpeto e os cuidados de saúde passam a ser não apenas de forma individual, mas coletiva e familiar (Scorel, Giovanella, Mendonça, & Senna, 2007).

O PSF muda a prática de cuidado, inverte a forma de assistência, incluindo as visitas domiciliares, o cuidado integral, contínuo para a população adstrita, conhece a família e seu ambiente de convivência e seus fatores de risco, humaniza práticas, acolhe de forma qualificada e cria vínculos entre os usuários e os profissionais da saúde (Sousa, 2008).

Por possuir um tempo determinado para existir, em 2006 o PSF passou a ser ESF- Estratégia Saúde da Família, pois garante assim a continuidade e permanência da estratégia. As equipes da ESF são constituídas de forma multidisciplinares, sendo a base um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo ser modificada conforme a necessidade de cada unidade. As unidades de saúde a qual faz parte a ESF são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), comandadas pela Atenção Básica (AB) e regidas pelos princípios do SUS (Dalpiaz & Stedile, 2011).

Em uma pesquisa realizada em uma UBS de Minas Gerais, concluiu-se a importância dos membros das equipes de saúde da família, demonstrando que os profissionais identificam o valor

de serem educadores em saúde e que grandes barreiras culturais ainda são entraves para esse compartilhamento (M. C. P. Fernandes & Backes, 2010).

Visando o atendimento integral e contínuo, em 2000, foi inserida a equipe de saúde bucal na ESF. Proveniente de um modelo curativista e mutilador, sem cuidado individual, a odontologia na ESF atravessa barreiras e se objetiva no cuidado familiar, coletivo e individual de forma preventiva, modificando os cuidados com ações de promoções de saúde, reabilitação e manutenção da saúde bucal, fazendo uso da epidemiologia para identificar os problemas prevalentes e os riscos de cada indivíduo. (Bento et al., 2017; Manassero & Bavaresco, 2017; A. N. Martins, Lanna, Santos, & Magalhães, 2014).

A inserção do cirurgião dentista na ESF trouxe grandes benefícios à saúde da população e traz como reflexão a formação deste. Segundo Motta, para a formação de um profissional generalista, com um olhar integral, faz-se necessária a inclusão em práticas de atenção básica em sua formação acadêmica. Em um estudo realizado em uma Clínica Escola de Odontologia, para avaliar a instalação da Clínica de Atenção Básica nos estágios dos alunos relatou-se que foi colaborativa para os aprendizados em relação ao cuidado da família, resgatando o conceito de processo-saúde da doença e fortalecendo as tomadas de decisões frente aos problemas encontrados (Motta, Gonçalves, & Lopes, 2015).

2.4 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo Roncalli, há um conceito comum sobre a epidemiologia, “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde” (Roncalli, 2006).

Para o entendimento das doenças bucais que atingem uma determinada população ou comunidade, faz-se necessário o uso de levantamentos epidemiológicos. Oliveira relata a importância de conhecer a prevalência das doenças, colher dados, investigar, analisar para que possam ser definidas ações de saúde no âmbito preciso. Ainda reforça que é necessário rigor em seus métodos, de maneira que haja confiabilidade e validade, para aceitar possíveis comparações. Diante do exposto, a OMS promove a padronização de procedimentos para os países a fim de facilitar a aplicação, leitura e comparação dos dados (Frias, Antunes, & Narvai, 2004; Oliveira et

al., 1998). No Brasil, o primeiro inquérito foi em 1986, após dez anos aconteceu o segundo e, em 2003, o penúltimo, nomeados de Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), que logo se originou Projeto SB Brasil. O conhecimento desses estudos propiciou a criação de uma metodologia aplicada não apenas no país, mas fora dele, originando estudos para coadjuvar o campo científico brasileiro e proporcionando a mais recente das pesquisas, o Projeto SB Brasil 2010 (Andrade, Narvai, & Montagner, 2016).

O último inquérito do MS teve em sua execução as Secretarias Estaduais (SE) e Municipais (SM) de Saúde de cinco macrorregiões, contando com o suporte de universidades, institutos de pesquisa e a entidade odontológica. Foram 26 capitais estaduais, Distrito Federal (DF) e 150 municípios do interior; e cerca de dois mil profissionais do SUS participaram da execução do projeto. Os resultados ficam disponíveis no documento da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010. (Ministério da Saúde, 2012; Soares, Freire, & Reis, 2017).

Após os inquéritos realizados e analisados, pode-se diagnosticar os consecutivos problemas de saúde bucal: a cárie, periodontopatias, más-oclusões, fissuras lábios-palatais e câncer (Narvai & Frazão, 2008).

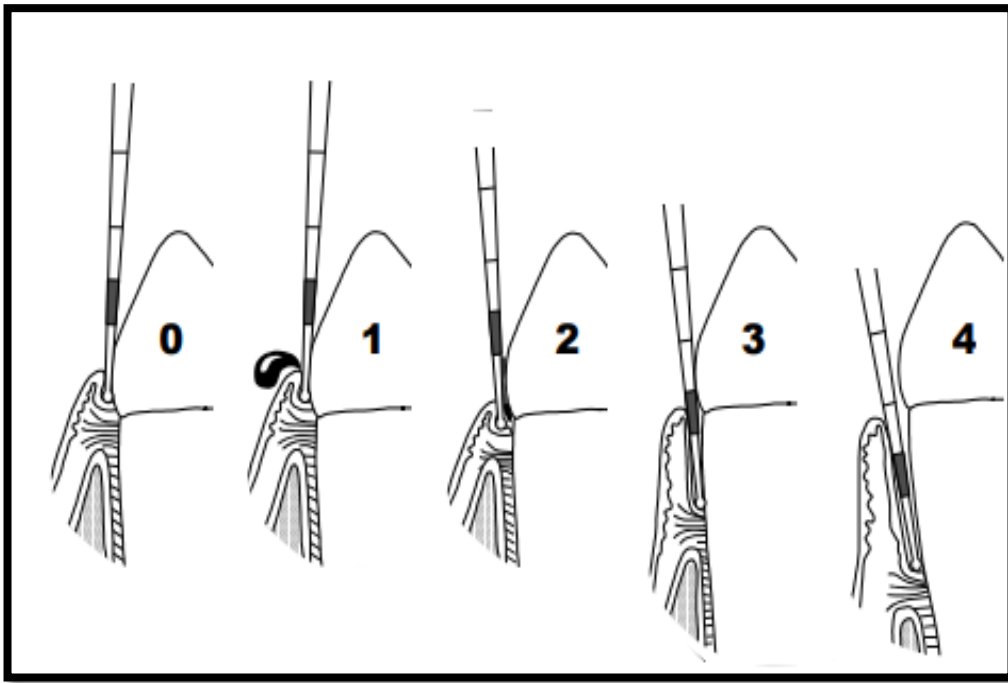
Os índices de cárie e a doença periodontal são atualmente o primeiro e o segundo problema mais grave de saúde bucal, mesmo apresentando queda entre os levantamentos, como a doença cárie, ainda são preocupantes os prejuízos e sequelas que podem causar. Sendo de origem inflamatória e tendo o biofilme como sua etiologia, a DP invade os tecidos de suporte (gingiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso). Dados epidemiológicos mostram que a DP é a grande causadora de perdas dentárias (Lucena, Barros, Queiroz, Freire & Carneiro, 2015).

As condições periodontais são examinadas com dois índices, segundo SB Brasil 2010, o índice CPI (Índice Periodontal Comunitário) e PIP (Perda de Inserção Periodontal). Para o CPI, as idades relevantes são 12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos, para o PIP apenas as idades de 35-44 e 65-74 anos são examinadas. O índice CPI mede a presença de sangramento gengival, cálculo dental e bolsa periodontal a partir da margem gengival, fazendo uso dos códigos 0 – quando não há alteração, 1- quando há presença de sangramento, 2- quando há presença de cálculo dentário; para as bolsas periodontais faz uso dos códigos 3- quando a bolsa é rasa e 4 - para bolsas periodontais profundas (demonstrado na figura 2); o código X- é utilizado quando o sextante não pode ser examinado. Já o PIP mede a condição da inserção periodontal, utilizando os códigos 0-

para nenhuma alteração, 1- para perda de 3 e 4mm, 2- para perda de 6 e 8mm, 3- para perda de 9 e 11mm, 4- para perda maior que 12mm (Brasil, 2009).

Figura 2

Modelo do exame CPI com a utilização de uma Sonda Periodontal e suas classificações.



Fonte: BRASIL, 2000

Guimarães em sua pesquisa com pacientes portadores de diabetes mellitus investigou o grau de envolvimento dos tecidos de proteção e sustentação dentários, concluindo que mais de 70% dos pacientes apresentaram sangramento, 3,63% presença de cálculo dentário e 0,28% de bolsas periodontais profundas, resultando ainda em 3% dos pacientes com perda de inserção periodontal e finaliza que as boas condições gengivais podem oferecer melhoras na doença (de Almeida, Ferreira, Queiroz, Dornelas, & Coelho, 2015).

Outro índice utilizado para medir a presença de autocuidado com saúde bucal é o IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado), uma ferramenta utilizada pelo CD para acompanhar os pacientes na evolução e motivação de sua higienização bucal. O índice é realizado por meio de um agente químico conhecido como evidenciador, corando dentes e faces (vestibular dos dentes 11, 16, 26 e lingual dos dentes 31, 36 e 46) específicas são “coradas” e avaliadas conforme a quantidade de

biofilme, sendo analisados entre um score de 0-1 para pacientes com ótima escovação, 1,1-2 para uma escovação regular e 2,1-3 para uma péssima escovação (Melo et al., 2014).

O índice utilizado para a pesquisa foi o CPI, a análise foi realizada com a utilização dos códigos, sendo 0- para pacientes que não tiveram alteração nos tecidos de suporte e sustentação periodontal, 1- para pacientes que tiveram sangramento, sendo considerado nessa análise como pacientes com gengivite, classificados como leve, 2- para classificá-los como casos moderados de doença periodontal e 3- para casos avançados da doença periodontal, essa classificação será correlacionada com os fatores de renda, escolaridade, ocupação, chefe da família, idade, acesso, IHOS e tratamento sanitário.

2.5 FATORES SOCIOECONÔMICOS

Os fatores socioeconômicos e culturais estão diretamente ligados à saúde bucal, quesitos como alimentação, moradia, renda, trabalho, lazer, transporte, acesso à saúde e informação são determinantes para se obter melhorias nas condições de saúde. Nesse contexto é preciso considerar o conjunto de dimensões para resultar o bom desenvolvimento (Bento et al., 2017; Motta et al., 2016).

Meneghim relata que não há uma padronização base de fatores socioeconômicos e a doença cárie, a maior parte encontrada na literatura relacionada com classes sociais, renda, profissão, uso de escolas públicas ou privadas ou apenas regiões e cidades (Meneghim, Kozlowski, Pereira, Ambrosano, & Meneghim, 2007). Já Gesser expõe em seu estudo que pesquisas internacionais relacionam piores indicadores de doenças gengivais com fatores de escolaridade e renda e conclui que a mesma situação é nacional também (Gesser et al., 2001).

Essa correlação está presente não apenas na saúde bucal, mas ganha importância na saúde geral dos pacientes. Em um estudo realizado com pacientes obesos, conclui-se que é preciso conhecer a situação de condições ambientais em que estão inseridos os pacientes, para que uma intervenção seja melhor estudada e executada (Rodrigues & Silveira, 2015).

Revisões sistemáticas realizadas no estudo de Borrell revelam que quanto menor a posição socioeconômica no começo da vida, maior é a possibilidade de acontecer a progressão das doenças periodontais, não levando em conta quais fatores foram utilizados (Borrell & Joseph, 2018).

Em uma pesquisa realizada por Boing, foram analisados 86 artigos sobre fatores socioeconômicos influenciadores na doença cárie e periodontal, tendo sido levantados que quarenta diferentes tipos de fatores podem estar ligados às doenças bucais e em mais de 40% dos trabalhos, os fatores como ocupação, escolaridade e renda foram recorrentes (Boing, Peres, Kovaleski, Zange, & Antunes, 2005).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

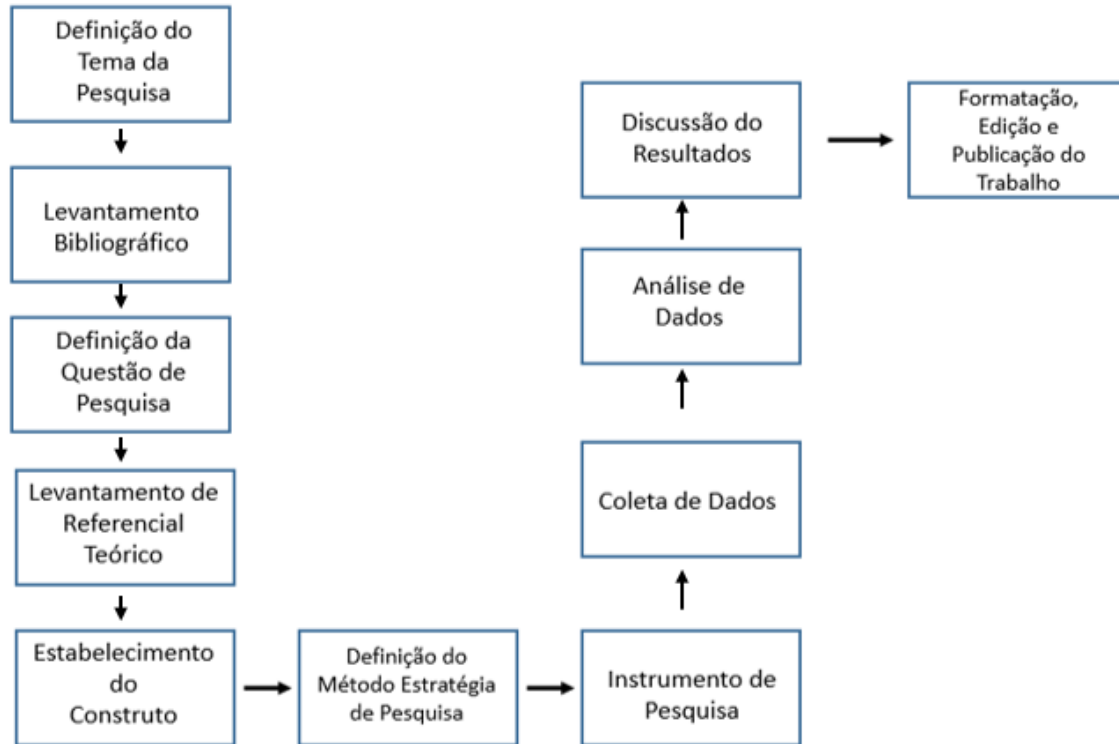
Segundo Fachin 2001, o método é uma ferramenta que permite ao pesquisador de qualquer área a orientação geral para o planejamento da pesquisa, formulação de hipótese, investigação e interpretação dos resultados. De forma simples, o método é o modo de descrever e explicar um estudo (Fachin, 2001).

A pesquisa bibliográfica foi realizada primeiramente pelo levantamento de obras nas línguas portuguesa e inglesa, na qual abordamos os temas Doença Periodontal e Fatores Socioeconômicos. Foi utilizado para a pesquisa o aplicativo Publish orPerish, que é de livre acesso, onde busca dados do SciELO, MEDLINE, LILACS, BIREME e Google Acadêmico. As palavras chave pesquisadas foram: Sistema Único de Saúde (*Health Unic System*), Doença Periodontal (*Periodontal disease*), Levantamentos Epidemiológicos (*Epidemiological Surveys*), Planejamento em Saúde (*Health Planning*), Gestão em Saúde (*Health Management*).

A figura 3 representa o encadeamento das atividades desenvolvidas na pesquisa, definida como uma sequência lógica que une os dados a serem coletados à questão do estudo e às conclusões obtidas.

Figura 3

Encadeamento da Atividade de Pesquisa



Fonte: Elaborada pela Autora

O método de pesquisa utilizado no trabalho foi definido após análise dos métodos utilizados nas ciências sociais. A questão de pesquisa proposta foi: A correlação dos fatores, como renda, escolaridade, ocupação, chefia familiar, idade, acesso, IHOS e tratamento sanitário, podem estar relacionados com a doença periodontal? Nesse sentido, a Pesquisa Documental foi a proposta metodológica selecionada para responder a questão levantada.

O Levantamento fornece informações de um grupo em relação ao problema discutido para a realização de uma análise quantitativa, a fim de obter conclusões sobre os dados. Raupp (2006) realça ainda que os levantamentos realizados por todo o universo é um censo e que apenas grandes órgãos como governo ou instituições conseguem desenvolver. Assim, dados de amostra de uma população podem ser utilizados como referências para a pesquisa (Raupp & Beuren, 2006).

Segundo Martins (2016), os levantamentos respondem questões em relação à classificação de uma variável ou de características de grupos, devendo ser utilizada uma coleta de dados sistemática de populações ou amostras (G. de A. Martins & Theóphilo, 2016).

Devido ao método abordado, foi preciso utilizar uma abordagem quantitativa, visto que são mensuradas em escalas numéricas, utilizando técnicas estatísticas descritivas para projetar os dados analisados e desviar possíveis deturpações de resultados (A. M. Fernandes, Bruchêz, d'Ávila, Castilhos, & Olea, 2018).

Com o foco na objetividade, a abordagem quantitativa considera que a realidade só pode ser entendida com a análise dos dados. Alguns autores relatam que essa abordagem garante o manejo efetivo com o experimento, o pesquisador fica de forma neutra com o objeto de estudo, os dados são avaliados por um sistema matemático fazendo uso das estatísticas e probabilidades para explicar os fenômenos (Marques & Melo, 2017).

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a pesquisa optou-se pela análise de dados dos prontuários de pacientes atendidos na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Nove de Julho, localizada no estado de São Paulo. Os dados colhidos estão no Anexo 1.

A instituição que foi o objeto dessa pesquisa caracteriza-se por uma história de mais de 60 anos de dedicação a educação de Ensino Superior, é uma empresa privada, com cinco centros de Pós-Graduação, noventa cursos de graduação, cerca de cem cursos de Especialização e Master of Business Administration (MBA), vinte e um cursos de Mestrado e Doutorado e diversos cursos de extensão, localizados no estado de São Paulo.

O Curso de Odontologia forma o Cirurgião Dentista Generalista, capaz de estabelecer diagnóstico de saúde bucal individual e coletiva, formular, avaliar e executar ações e programas e políticas de saúde, estabelecer uma relação adequada com seus pacientes e com a sociedade, valorizar a educação continuada, novos conhecimentos e tecnologias, dentre outros.

Dentre as disciplinas está a Saúde Bucal Coletiva (SBC), onde os alunos aprimoram o atendimento individual e coletivo, atendendo as famílias e seus membros, desenvolvendo levantamentos epidemiológicos, diagnósticos e ações de saúde. Os estágios dos alunos são

realizados dentro da Universidade, na Clínica Escola de Odontologia. Na disciplina de SBC realizam o estágio na Clínica de Atenção Básica (CAB), para a evolução da disciplina de SBC eles preenchem a ficha de atendimento familiar (ANEXO 2), a ficha de atendimento individual (ANEXO 3) e a ficha odontológica individual (ANEXO 4), onde são levantados dados da família, como membros, tipo de moradia, saneamento básico e renda, os dados pessoais de saúde e de saúde bucal de cada paciente, incluindo os levantamentos epidemiológicos. Esses dados ficam armazenados em prontuários cadastrados no sistema da Universidade.

O trabalho está sobre cobertura do projeto de pesquisa submetido e aprovado em 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Nove de Julho, sob registro 31652114.2.0000.5511, número de parecer 768.001 na data de 27/08/2014 (ANEXO 5).

Para o uso de dados dos prontuários dos pacientes foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual os participantes assinam a sua anuência de participação, autorizando a utilização dos dados colhidos na consulta (ANEXO 6).

Foram utilizados como variáveis independentes os fatores socioeconômicos, a renda familiar, a escolaridade do paciente, a ocupação do paciente, chefe da família, idade, acesso, tratamento sanitário e IHOS e a variável dependente da Doença Periodontal, classificada por meio do Índice Periodontal Comunitário (CPI).

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Muitos procedimentos estatísticos são baseados em suposições para sua aplicação. Dentre as suposições, podemos citar a homogeneidade de variância: essa hipótese significa que as variâncias devem ser as mesmas para as diferentes populações consideradas. Os grupos devem proceder de uma população que segue distribuição normal: essa hipótese significa que a população é distribuída normalmente. Dados em uma escala de intervalo ou de razão: isso significa que a distância entre os pontos de sua escala deve ser igual em todas as partes ao longo da escala e independência, em que o comportamento de um participante não influencia no comportamento de outro (Field, 2009).

VERIFICAÇÃO DA NORMALIDADE DOS DADOS

A normalidade dos dados é uma das suposições frequentemente utilizadas para determinar que tipo de teste estatístico será empregado e muitos dos procedimentos estatísticos são testes paramétricos, os quais requerem que os dados sejam retirados de uma população normalmente distribuída. Portanto, a aderência do modelo ou o grau com que o modelo estatístico representa os dados deve ser adequado. Para dar suporte às análises gráficas, métodos objetivos são necessários para determinar se uma distribuição é ou não normal (Field, 2009). Dentre os testes comumente utilizados, os de Shapiro-Wilk (SW) e Kolmogorov-Smirnov (KS) estão disponíveis em programas estatísticos como SPSS.

Foram coletados dados dos prontuários dos pacientes do período de janeiro de 2018 até julho de 2018, período escolhido devido aos dados mais atuais da clínica, resultando em 133 prontuários analisados. Para a análise descritiva os dados foram tabulados por meio do *Software Microsoft® Excel para Windows 2013*.

Antes das análises de correlação foi utilizado o teste de normalidade que, para FIELD (2009), é uma das suposições mais frequentes utilizadas para definir qual tipo de teste estatístico será utilizado.

Para o presente trabalho, a análise foi baseada no teste não paramétrico. As técnicas da Estatística Não-Paramétrica são particularmente adaptáveis aos dados das ciências do comportamento. A aplicação dessas técnicas não exige suposições quanto à distribuição da variável

populacional. Os testes não-paramétricos são extremamente interessantes para análises de dados qualitativos. Na Estatística Paramétrica, para aplicação de teste como o “t” de Student, a variável em análise precisa ser numérica. Como o próprio nome sugere, a Estatística Não-Paramétrica independe dos parâmetros populacionais e de suas respectivas estimativas. Assim, se a variável populacional analisada não segue uma distribuição normal e/ou as amostras forem pequenas, pode-se aplicar um teste Não-Paramétrico (Field, 2009).

Vantagens dos Métodos Não-Paramétricos

1. Os métodos Não-Paramétricos podem ser aplicados a uma ampla diversidade de situações porque não exigem populações distribuídas normalmente.
2. Ao contrário dos métodos Paramétricos, os métodos Não-Paramétricos podem frequentemente ser aplicados a dados não-numéricos.
3. Os métodos Não-Paramétricos em geral envolvem cálculos mais simples do que seus correspondentes Paramétricos, sendo, assim, mais fáceis de entender.

Desvantagens dos Métodos Não-Paramétricos

1. Os métodos Não-Paramétricos tendem a perder informação porque os dados numéricos são frequentemente reduzidos a uma forma qualitativa.
2. Os testes Não-Paramétricos não são tão eficientes quanto os testes Paramétricos; assim, com um teste Não-Paramétrico, em geral necessitamos de uma amostra maior ou maiores diferenças para então rejeitarmos uma hipótese nula.

Para a análise da pesquisa o Software SPSS – IBM foi utilizado, fazendo a correlação por meio do teste estatístico Rô de Spearman. É uma medida não paramétrica de correlação, o coeficiente analisa a relação entre duas variáveis (Field, 2009). Para análise da autopercepção em saúde bucal foi realizado apenas o cruzamento das variáveis.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

O objetivo a seguir é demonstrar os resultados da pesquisa com a utilização dos métodos propostos no capítulo anterior e comparar com resultados obtidos no SB Brasil 2010, o levantamento mais atual. Os resultados foram obtidos por meio de análise dos prontuários dos pacientes assistidos na Clínica Escola de Odontologia da Universidade. No início dos atendimentos, os alunos preenchem as fichas de dados familiares, pessoais e saúde geral e bucal, e os pacientes finalizam as fichas respondendo sobre sua percepção de saúde bucal. Foram analisados 133 prontuários, podendo ter alteração no resultado total de cada esfera analisada.

Sobre a Ficha Familiar, os dados obtidos foram: total de membros por família, tipo de moradia, tipo de habitação, abastecimento de água, tratamento de água, tratamento sanitário, descarte de lixo e renda familiar.

As escalas de membros por família variaram de 1 a 10 membros, sendo que 27% das famílias tinham 2 membros, 19% com 4 membros, 18% com 1 membro e 17% com 3 membros. Das famílias assistidas, 99% moram em casas de alvenaria, apenas 1% residia em casa de madeira, sendo 69% casa própria, 28% alugada, 2% cedida e 1% algum outro tipo. Todas as residências possuem água de abastecimento pela rede geral, mas 79% filtram a água para uso, 14% fazem cloração, 5% água mineral, 2% não fazem tratamento na água e 1% fazem fervura. O tratamento sanitário realizado pelo esgoto é de 96%, apenas 3% pela fossa e 1% a céu aberto, o descarte de lixo ocorre por meio de coleta tradicional (95%) e apenas 5% usam coleta seletiva. A renda familiar como demonstra a tabela 1 ficou dividida em famílias que recebem até 1 salário mínimo (18%), de 2 a 3 salários mínimos (50%) e mais de 3 salários mínimos (32%).

Tabela 1**Renda Familiar**

| RENDA FAMILIAR | % |
|----------------------------|-----|
| Até 1 salário mínimo | 18% |
| De 2 a 3 salários mínimos | 50% |
| Mais de 3 salários mínimos | 32% |

Fonte: Dados da Pesquisa

Sobre os dados analisados da Ficha Individual Odontológica temos: a média do sexo, idade, etnia, estado civil, profissão, escolaridade e quem é o chefe da família.

A maioria dos pacientes era do sexo feminino (58%), sendo 66% de etnia branca, 33% pardas, 18% pretas e 1% amarelas, a maioria declarou ser solteiro (58%), dividindo-se em casados 32%, divorciados 5%, possuir união estável 2% e viúvo 2%. Sobre a idade dos pacientes, 5% maiores de 60 anos, 54% de 31 a 59 anos, 29% de 19 a 30 anos e 12% com idade até 18 anos, do qual 25% tinham 1º grau incompleto e 2º grau completo, 15% tinham 2º grau incompleto, 13% possuíam superior completo, 11% com superior incompleto e 10% apresentam 1º grau completo, sendo 30% trabalhadores registrados, 25% trabalhadores autônomos, 14% desempregados, 13% estudantes, 8% donas de casa, 6% aposentados, 2% sem atividade eventual e 2% trabalhadores eventuais, o responsável financeiro de cada família ficou distribuído em 35% o próprio paciente, 26% pai ou mãe, 23% marido, 10% esposa, 5% outros e 1% sogro(a).

Os atendimentos odontológicos e a autopercepção sobre a saúde bucal foram divididos em: se teve dor de dente nos últimos 6 meses; se na vida já foi ao dentista; qual motivo da última consulta odontológica; se está satisfeito com seus dentes; se já teve problemas para falar, sentiu vergonha de falar, deixou de realizar algum lazer por causa dos dentes.

Apenas 2% dos pacientes consideraram não precisar de tratamento odontológico ou 2% não sabiam se havia necessidade de tratamento, 96% dos pacientes responderam ter necessidade de tratamento odontológico, sendo que 51% dos pacientes disseram não ter sentido dor de dente nos últimos 6 meses e 43% que sentiram dor. A maioria relata já ter ido ao CD alguma vez na vida (91%), divididos em 48% consultório particular, 15% alunos de faculdade, 14% dentista de convênio, 11% unidade de saúde municipal, 5% unidade de saúde do estado, 5% não se lembra, 2% atendimento em sindicato e 1% outro lugar, pelos motivos de dor de dente (24%), seguido de realização de prevenção (21%), outro motivo não presente na ficha (20%), realizar restauração (14%), para extração (13%), não se lembra (4%) e nunca necessitou (4%), assim como demonstra a tabela 8.

Sobre a satisfação dos pacientes em relação aos seus dentes, 21% responderam que estão satisfeitos, 17% responderam que não estão nem satisfeitos e nem insatisfeitos, 14% estão muito insatisfeitos e 6% estão muito satisfeitos, sendo que 77% não têm dificuldade de falar por causa dos dentes e 22% sentem dificuldade, mas 21% já deixaram de sair e se divertir por causa dos dentes e 78% não interromperam suas atividades de lazer, dos quais 48% sentem vergonha de sorrir e 48% não sentem.

Em relação à frequência da escovação diária, o uso de fio dental e enxaguatório bucal estão demonstrados na tabela 2, do qual 98% tem sua própria escova, 1% divide a escova com os familiares e 1% não usa escova de dentes, desses, 40% realizam a escovação duas vezes ao dia, 38% três vezes ao dia, 11% uma vez ao dia e 11% mais de 3 vezes ao dia, e 40% fazem a troca de 3 a 4 vezes ao ano da escova de dentes, 28% mais de 4 vezes ao ano, 21% duas vezes ao ano, 7% menos de uma vez ao ano e 4% não se lembram. Sobre o uso do fio dental, 52% não usam e 48% usam, assim como 53% não usam enxaguatório bucal e 47% usam.

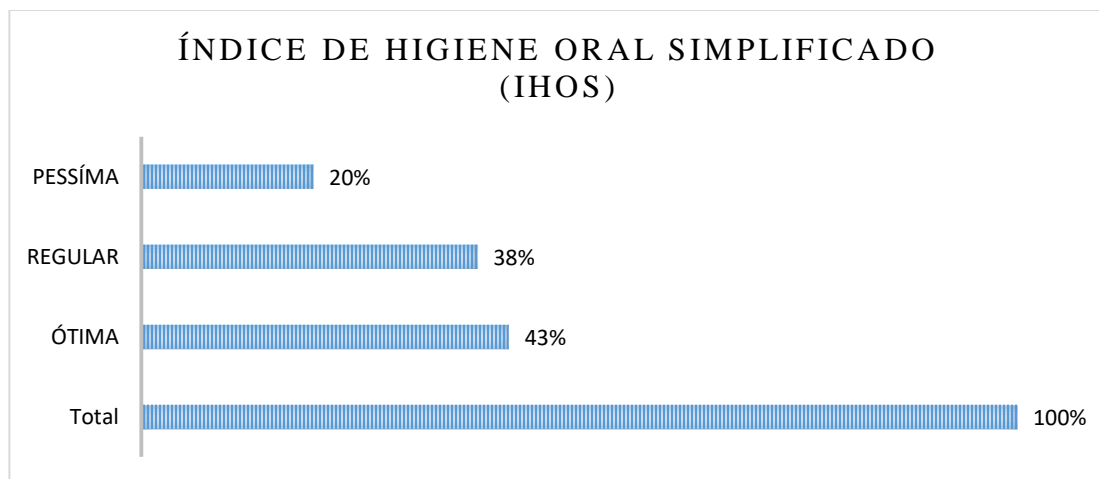
Tabela 2**Frequência da Escovação, Troca da escova dental e Uso de Fio e Bochecho Bucal**

| <u>FREQUÊNCIA DA ESCOVAÇÃO</u> | % |
|---------------------------------------|----------|
| Duas vezes ao dia | 40% |
| Três vezes ao dia | 38% |
| Uma vez ao dia | 11% |
| Mais de 3 vezes ao dia | 11% |
| <u>TROCA DA ESCOVA DENTAL</u> | % |
| De 3 a 4 vezes ao ano | 40% |
| Mais de 4 vezes ao ano | 28% |
| Duas vezes ao ano | 21% |
| Menos de uma vez ao ano | 7% |
| Não se lembra | 4% |
| <u>USO DO FIO DENTAL</u> | % |
| Não usam | 52% |
| Usam | 48% |
| <u>USO DE ENXAGUANTE BUCAL</u> | % |
| Não Usam | 53% |
| Usam | 47% |

O índice de Higiene Oral Simplificado demonstra a presença de biofilme dental e a qualidade da higienização dos pacientes, demonstrados no gráfico 1

Gráfico 1

IHOS



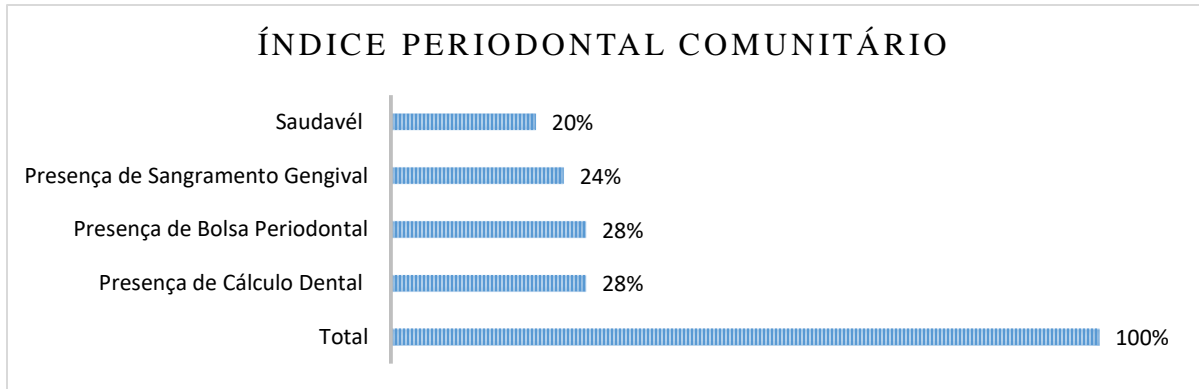
Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto a higienização dos pacientes, 43% estava ótima, 38% regular e 20% péssima.

A avaliação da gravidade da Doença Periodontal é demonstrada pelo Índice periodontal Comunitário (CPI) demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 2

CPI



Fonte: Dados da Pesquisa

A classificação do CPI dos pacientes assistidos resultou em 28% com presença de cálculo dental e presença de bolsa periodontal, 24% apenas presença de sangramento gengival e 20% estava com a gengiva saudável.

Para analisar a opinião do paciente sobre sua saúde bucal foi criado um constructo de auto percepção envolvendo as seguintes questões: Considera-se a necessidade de tratamento? Se teve dor de dente nos últimos 6 meses? Se já foi ao dentista na vida? Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? Deixou de ter lazer por causa dos dentes? Foi realizado um cruzamento da auto percepção com as variáveis de renda, ocupação, escolaridade, chefe da família, idade, descarte de dejetos e IHOS.

Entre as tabelas 3 e 10 foram feitos cruzamentos sem fundamentação estatística da Auto percepção do paciente com a renda, ocupação, escolaridade, chefe da família, CPI, idade, tratamento sanitário e IHOS. Para análise foi criada uma escala classificada em baixa concentração de 0 a 0,8, média concentração de 1 a 1,6 e alta concentração acima de 2,2. A escala determina a percepção do paciente sobre sua saúde bucal.

Tabela 3- AUTOPERCEPÇÃO E RENDA

| | RENDA | | | Total |
|--------------|-----------------|-------------------|--------------------|------------|
| | até 1 salário | de 2 a 3 salários | mais de 3 salários | |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 0,2 | 7 | 14 | 6 | 27 |
| 0,25 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 0,4 | 9 | 10 | 5 | 24 |
| 0,5 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 0,6 | 3 | 14 | 2 | 19 |
| 0,75 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 0,8 | 6 | 12 | 3 | 21 |
| Total | 29 (29%) | 52 (53%) | 18 (18%) | 99 |
| 1 | 5 | 7 | 0 | 12 |
| 1,2 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,25 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,4 | 3 | 1 | 0 | 4 |
| 1,5 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1,6 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Total | 10 (48%) | 11 (52%) | 0 | 21 |
| 2,2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 3 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 3,8 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 1 (25%) | 0 | 3 (75%) | 4 |
| TOTAL | 40 | 63 | 21 | 124 |

Fonte: Autor

A tabela 3 demonstra autopercepção baixa independente da renda familiar, porém, de 124 pacientes 99 estão na escala de baixa concentração 0,8, sendo 53% com renda familiar de 2 a 3 salários, 29% até 1 salário e 18% recebem mais de 3 salários.

Tabela 4 – AUTOPERCEPÇÃO E VÍNCULO OCUPACIONAL

| | VÍNCULO OCUPACIONAL | | | | | | | | Total |
|--------------|------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|------------|
| | Trabalhador Registrado | Trabalhador Autônomo | Trabalhador Eventual | Sem Atividade Definida | Desempregado | Estudante | Aposentado | Dona de Casa | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 0,2 | 7 | 5 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 | 1 | 28 |
| 0,25 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 0,4 | 11 | 9 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 26 |
| 0,5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| 0,6 | 5 | 7 | 1 | 0 | 2 | 4 | 1 | 1 | 21 |
| 0,75 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| 0,8 | 7 | 3 | 0 | 0 | 5 | 1 | 1 | 4 | 21 |
| Total | 34 (32%) | 25 (23%) | 2 (2%) | 3 (3%) | 16 (15%) | 13 (12%) | 6 (6%) | 8 (7%) | 107 |
| 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 12 |
| 1,2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1,25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,4 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 3 (14%) | 9 (43%) | 1 (5%) | 0 | 3 (14%) | 3 (14%) | 1 (5%) | 1 (5%) | 21 |
| 2,2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 3,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 1 (25%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (25%) | 1 (25%) | 1 (25%) | 4 |
| TOTAL | 38 | 34 | 3 | 3 | 19 | 17 | 8 | 10 | 132 |

Fonte: Autor

A tabela 4 demonstra autopercepção baixa em todas as classificações de vínculo ocupacional sendo um total de 132 pacientes, porém, 107 estão na escala de baixa concentração (até 0,8), 32% dos pacientes são trabalhadores registrados e 23% trabalhadores autônomos, o restante fica dividido em trabalho eventual (2%), 3% sem atividade definida, 15% desempregado, 12% estudante, 6% aposentados e 7% dona de casa.

Tabela 5 – AUTOPERCEPÇÃO E ESCOLARIDADE

| | ESCOLARIDADE | | | | | | Total |
|--------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|---------------------|-------------------|------------|
| | 1º Grau Incompleto | 1º Grau Completo | 2º Grau Incompleto | 2º Grau Completo | Superior Incompleto | Superior Completo | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 0,2 | 5 | 3 | 2 | 8 | 2 | 8 | 28 |
| 0,25 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| 0,4 | 4 | 2 | 3 | 7 | 6 | 4 | 26 |
| 0,5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| 0,6 | 4 | 2 | 4 | 6 | 4 | 1 | 21 |
| 0,75 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| 0,8 | 6 | 2 | 3 | 7 | 1 | 2 | 21 |
| Total | 23 (21%) | 10 (9%) | 15 (14%) | 29 (27%) | 15 (14%) | 15 (14%) | 107 |
| 1 | 4 | 1 | 3 | 3 | 0 | 1 | 12 |
| 1,2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1,25 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1,4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| 1,5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1,6 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 10 (48%) | 2 (10%) | 4 (19%) | 4 (19%) | 0 | 1 (5%) | 21 |
| 2,2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 0 | 1 (33%) | 1 (33%) | 0 | 0 | 1 (33%) | 3 |
| TOTAL | 33 | 13 | 20 | 33 | 15 | 17 | 131 |

Fonte: Autor

A tabela 5 demonstra que 131 pacientes tiveram baixa autopercepção independente da sua escolaridade, contudo 107 pacientes se concentraram na escala até 0,8 sendo 29% com ensino médio completo, 23% apenas com 1º grau incompleto, 14% com 2º grau incompleto, 14% ensino superior e 9% 1º grau completo.

Tabela 6 – AUTOPERCEPÇÃO E CHEFE DA FAMÍLIA

| | CHEFE DA FAMÍLIA | | | | | | Total |
|--------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| | Paciente | Marido | Esposa | Pai ou Mãe | Sogro(a) | Outros | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 0,2 | 8 | 7 | 2 | 7 | 0 | 3 | 27 |
| 0,25 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 0,4 | 8 | 4 | 4 | 5 | 0 | 3 | 24 |
| 0,5 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| 0,6 | 9 | 2 | 3 | 6 | 1 | 0 | 21 |
| 0,75 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 0,8 | 6 | 9 | 1 | 4 | 0 | 0 | 20 |
| Total | 35 (34%) | 24 (23%) | 10 (10%) | 26 (25%) | 1 (1%) | 7 (7%) | 103 |
| 1 | 5 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 12 |
| 1,2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1,25 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| 1,5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,6 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 9 (43%) | 3 (14%) | 2 (10%) | 7 (33%) | 0 | 0 | 21 |
| 2,2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3,8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 1 (25%) | 2 (50%) | 1 (25%) | 0 | 0 | 0 | 4 |
| TOTAL | 45 | 29 | 13 | 33 | 1 | 7 | 128 |

Fonte: Autor

A tabela 6 demonstra autopercepção baixa independente do chefe da família, porém, do total de 128 pacientes, 103 estão concentrados na escala até 0,8, sendo 34% o próprio paciente chefe da família, 24% marido, 10% a esposa, 26% pai ou mãe e o restante de 8% sendo 1% o(a) sogro(a) e 7% outros.

Tabela 7 – AUTOPERCEPÇÃO E CPI

| | CPI | | | | Total |
|--------------|-----------------|-------------------------|-------------------|----------------------|------------|
| | Saudável | Sangramento Gengival | Cálculo Dental | Bolsa Periodontal | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 0,2 | 5 | 9 | 7 | 5 | 26 |
| 0,25 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 0,4 | 4 | 9 | 8 | 4 | 25 |
| 0,5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 0,6 | 3 | 4 | 5 | 9 | 21 |
| 0,75 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| 0,8 | 3 | 2 | 8 | 8 | 21 |
| Total | 23 (22%) | 24 (23%) | 29 (28%) | 28 (27%) | 104 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 11 |
| 1,2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 1,25 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,4 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 |
| 1,5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,6 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Total | 2 (10%) | 7 (35%) | 6 (30%) | 5 (25%) | 20 |
| 2,2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 3,8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 1 (25%) | 1 (25%) | 0 | 2 (50%) | 4 |
| TOTAL | 26 | 32 | 35 | 35 | 128 |

Fonte: Autor

A tabela 7 demonstra autopercepção baixa independente do CPI, contudo a maioria dos pacientes (104) estão concentrados na baixa escala (0,8), sendo 28% com presença de cálculo dental, 27% com presença de bolsa periodontal, 23% com sangramento gengival e 22% com a gengiva saudável.

Tabela 8 – AUTOPERCEPÇÃO E IDADE

| | IDADE | | | | Total |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|
| | Até 18 anos | De 19 a 30 anos | De 31 a 59 anos | Mais de 60 anos | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 0,2 | 3 | 7 | 15 | 3 | 28 |
| 0,25 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 0,4 | 2 | 14 | 9 | 1 | 26 |
| 0,5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| 0,6 | 2 | 8 | 10 | 1 | 21 |
| 0,75 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 0,8 | 2 | 5 | 14 | 0 | 21 |
| Total | 12 (11%) | 38 (36%) | 51 (48%) | 6 (6%) | 107 |
| 1 | 1 | 1 | 10 | 0 | 12 |
| 1,2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1,25 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1,4 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 |
| 1,5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1,6 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Total | 3 (14%) | 1 (5%) | 17 (81%) | 0 | 21 |
| 2,2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3,8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 1 (25%) | 0 | 3 (75%) | 0 | 4 |
| TOTAL | 16 | 39 | 71 | 6 | 132 |

Fonte: Autor

A tabela 8 demonstra baixa autopercepção independentemente da idade, no total de 132 pacientes 107 estão concentrados na escala baixa de 0,8, sendo 48% com idade de 31 a 59 anos, 36% de 19 a 30 anos, 11% até 18 anos e 6% maiores de 60 anos.

Tabela 9 – AUTOPERCEPÇÃO E TRATAMENTO SANITÁRIO

| | TRATAMENTO SANITÁRIO | | | Total |
|--------------|----------------------|----------------|---------------|------------|
| | Esgoto | Fossa | Céu aberto | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 0,2 | 27 | 1 | 0 | 28 |
| 0,25 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| 0,4 | 25 | 0 | 1 | 26 |
| 0,5 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 0,6 | 20 | 0 | 0 | 20 |
| 0,75 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| 0,8 | 21 | 0 | 0 | 21 |
| Total | 101 (98%) | 1 (1%) | 1 (1%) | 103 |
| 1 | 11 | 1 | 0 | 12 |
| 1,2 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1,25 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,4 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 1,5 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,6 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 17 (85%) | 3 (15%) | 0 | 20 |
| 2,2 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 3 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 3,8 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 4 (100%) | 0 | 0 | 4 |
| TOTAL | 122 | 4 | 1 | 127 |

Fonte: Autor

A tabela 9 demonstra autopercepção baixa independente dos tipos de tratamento sanitário, porém, com uma maior concentração em Esgoto. Do total de 127 pacientes, 103 estão concentrados na baixa escala até 0,8, sendo 98% esgoto, 1% céu aberto e 1% fossa.

Tabela 10 – AUTOPERCEPÇÃO E IHOS

| | IHOS | | | Total |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|
| | Ótima | Regular | Péssima | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 0,2 | 10 | 10 | 4 | 24 |
| 0,25 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 0,4 | 14 | 5 | 4 | 23 |
| 0,5 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| 0,6 | 7 | 9 | 5 | 21 |
| 0,75 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 0,8 | 5 | 6 | 5 | 16 |
| Total | 41 (45%) | 33 (36%) | 18 (20%) | 92 |
| 1 | 2 | 6 | 2 | 10 |
| 1,2 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1,25 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1,4 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 1,5 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1,6 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 3 (19%) | 10 (63%) | 3 (19%) | 16 |
| 2,2 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 3 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 3,8 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 2 (50%) | 0 | 1 (50%) | 4 |
| TOTAL | 47 | 43 | 22 | 112 |

Fonte: Autor

A tabela 10 demonstra autopercepção baixa independente dos IHOS. Dos 112 pacientes avaliados, 92 estão na escala de concentração baixa (0,8), sendo 45% com ótima higiene, 36% está regular e 20% com higiene péssima.

Para responder o objetivo da pesquisa foi realizada uma análise de correlação dos fatores socioeconômicos, como renda, escolaridade, ocupação e chefe da família, com o índice CPI. Visto que o fator etiológico da doença periodontal é a presença de biofilme dental foi necessária a correlação com o índice IHOS. Os fatores idade, tratamento sanitário e o acesso a Universidade complementaram a análise de correlação, trazendo dados significativos para a pesquisa.

Seguindo as regras de análise não paramétricas, optou-se por uma significância de até 10%, ou seja, foi rejeitado H_0 se $p \leq 0,05$ ou $p \leq 0,10$.

Tabela 11- Correlação CPI e Renda

| | | | CPI | RENDA |
|----------------|-------|---------------------------|-------|-------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | -,141 |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | ,125 |
| | | N | 128 | 120 |
| | RENDA | Coeficiente de Correlação | -,141 | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | ,125 | . |
| | | N | 120 | 124 |

Fonte: Autor

Entre a renda familiar e o índice CPI, não houve correlação, pois, o valor foi maior que a significância trabalhada.

Tabela 12 – Correlação CPI e Profissão

| | | | CPI | PROFISSÃO |
|----------------|-----------|---------------------------|-------|-----------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | ,028 |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | ,753 |
| | | N | 128 | 128 |
| | PROFISSÃO | Coeficiente de Correlação | ,028 | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | ,753 | . |
| | | N | 128 | 132 |

Fonte: Autor

Entre a ocupação do paciente e o índice CPI não houve correlação, pois, o valor foi maior que a significância trabalhada.

Tabela 13 – Correlação CPI e Escolaridade

| | | | CPI | ESCOLARIDADE |
|----------------|--------------|---------------------------|-------|--------------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | -,017 |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | ,853 |
| | | N | 128 | 127 |
| | ESCOLARIDADE | Coeficiente de Correlação | -,017 | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | ,853 | . |
| | | N | 127 | 131 |

Fonte: Autor

Entre a escolaridade do paciente e o índice CPI não houve correlação, pois, o valor foi maior que a significância trabalhada.

Tabela 14 – Correlação CPI e Chefe da Família

| | | | CPI | CHEFE |
|----------------|-------|---------------------------|--------|--------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | -,211* |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | ,019 |
| | | N | 128 | 124 |
| | CHEFE | Coeficiente de Correlação | -,211* | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | ,019 | . |
| | | N | 124 | 128 |

Fonte: Autor

Entre o chefe de família e o índice CPI houve correlação, quando o nível de significância foi 10%.

Tabela 15 – Correlação CPI e Idade

| | | | CPI | IDADE |
|----------------|-------|---------------------------|--------|--------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | ,311** |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | ,000 |
| | | N | 128 | 128 |
| | IDADE | Coeficiente de Correlação | ,311** | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | ,000 | . |
| | | N | 128 | 132 |

Fonte: Autor

Em relação a idade do paciente e o índice CPI houve correlação, sendo o valor menor que 0,10.

Tabela 16 – Correlação CPI e Dejetos

| | | | CPI | DEJETOS |
|----------------|---------|---------------------------|-------|---------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | ,053 |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | ,558 |
| | | N | 128 | 123 |
| | DEJETOS | Coeficiente de Correlação | ,053 | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | ,558 | . |
| | | N | 123 | 127 |

Fonte: Autor

Não houve correlação dos destinos dos dejetos e o índice CPI, sendo o valor final maior que a significância.

Tabela 17 – Correlação CPI e IHOS

| | | | CPI | IHOS |
|----------------|------|---------------------------|--------|--------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | ,308** |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | ,001 |
| | | N | 128 | 111 |
| | IHOS | Coeficiente de Correlação | ,308** | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | ,001 | . |
| | | N | 111 | 112 |

Fonte: Autor

O índice IHOS tem correlação com o índice CPI, sendo o valor menor que o valor da significância.

Tabela 18 – Correlação CPI e Acesso

| | | | CPI | ACESSO |
|----------------|--------|---------------------------|---------|---------|
| Rô de Spearman | CPI | Coeficiente de Correlação | 1,000 | 1,000** |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | . |
| | | N | 128 | 128 |
| | ACESSO | Coeficiente de Correlação | 1,000** | 1,000 |
| | | Sig. (2 extremidades) | . | . |
| | | N | 128 | 128 |

Fonte: Autor

A representação da tabela demonstra que há correlação com o acesso e o índice periodontal. Quanto mais distante a localização do paciente, o nível da severidade da doença periodontal se eleva.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O atendimento familiar acontece na Universidade por meio da CAB. Alunos a partir do quinto semestre já estão preparados para realizar os atendimentos básicos e desenvolver os índices epidemiológicos. As famílias assistidas podem se inscrever direto na recepção da Universidade, pelo site ou participarem de alguma ação social desenvolvida pela Universidade.

A Universidade atende pacientes de todas as regiões dentro e fora de São Paulo (SP); para essa pesquisa as famílias são de municípios dentro de SP, sendo divididos em Centro, Centro Expandido e Periferia, e relacionados quanto ao acesso e as conduções que utilizam para chegar até a Universidade: 0 - acesso direto; 1 - ônibus/ metrô, até 1 condução; 2 - ônibus/metrô/trem de 2 a 3 conduções; 3 - ônibus/metrô/trem, mais de 4 conduções.

Do total de 109 cidades, 15% são do Centro, 12% fazem parte do Centro Expandido e 73% são da Periferia. Dentro da análise sobre o acesso, o Centro expandido utiliza acesso direto até 2 conduções; Centro expandido faz uso de uma ou duas conduções; Periferia utiliza de uma até mais de três conduções. Assim como demonstra a tabela 19.

Tabela 19

Localização das Residências dos Pacientes

| | |
|-------------------------|--------------|
| Centro | 15% |
| Acesso | 0 - 2 |
| Centro Expandido | 12% |
| Acesso | 1 - 2 |
| Periferia | 73% |
| Acesso | 1 - 3 |

Fonte: Autor

A localização é um dos requisitos de procura para o tratamento bucal, apesar de existirem famílias vindas de regiões bem distantes, o custo e a qualidade do tratamento fazem parte da escolha do local. A pesquisa retrata que existe uma correlação significativa quanto ao acesso e o índice CPI, quanto mais distante a vinda desses pacientes, mais existe a presença da doença periodontal. Como demonstra a tabela 25, os pacientes que precisam se deslocar de regiões mais distantes e fazer uso de mais de três conduções até o atendimento da Universidade são os mais atingidos pela doença, trazendo uma reflexão sobre como anda o acesso aos serviços, a informação e se recebem alguma orientação de sua saúde onde residem.

Segundo Stopa (2017), o usuário percebe a necessidade de tratamento de saúde e reconhece sua condição de doença, mas muitas vezes sofre influências com sua posição sociodemográfica. Em sua pesquisa sobre o acesso aos serviços de saúde, relata que menos da metade dos brasileiros consultaram um cirurgião dentista nos últimos dozes meses, dentre eles aqueles que residiam na região Norte do país, concluindo que deve haver reformulações nas políticas de saúde para que não haja tanta disparidade quanto ao acesso dos serviços (Stopa et al., 2017).

Para Motta (2015), a odontologia passa por marcantes mudanças quanto à assistência, vinda de um modelo muito tecnicista e biológico, fragmentado devido às especializações precoces e posto de lado quanto à prevenção e o atendimento integral (Motta et al., 2015).

O atendimento familiar gera maior conhecimento sobre as necessidades, as doenças, a cultura e costumes no âmbito familiar, garantindo um atendimento de qualidade, mais específico no diagnóstico e tratamento de doenças bucais pelos discentes. Nesse sentido, o profissional deve ser preparado para essas alterações das assistências, promover uma atenção às mudanças epidemiológicas e as novas formas de prestar o cuidado em saúde voltado para promoção e prevenção de doenças com foco social (Motta et al., 2015; Nakamura, Gonçalves, Castro, & Closs, 2016).

O perfil das famílias assistidas na CAB da Universidade estudada relata grande diversificação quanto à quantidade de membros por família, a renda familiar, a profissão, a escolaridade e quem é o responsável pela família. Assim como há semelhança em outros trabalhos, as idades que mais procuram atendimento variam de 21 a 50 anos, como é citado no trabalho de

Nakamura (2016), que caracteriza o maior interesse desses pacientes ser a conservação dos dentes presentes e a recolocação dos dentes perdidos (Nakamura et al., 2016).

A maioria dos pacientes assistidos na Universidade já passaram por atendimento odontológico na vida, mas o grande motivo pela procura do profissional ainda é pela dor de dente, o que reflete uma população ainda sem instruções sobre a importância da higienização bucal diária. Em um estudo realizado em uma Universidade pública descobriu-se que 30% dos alunos estrangeiros de vários cursos de graduação não conhecem o fio dental e escovam os dentes apenas duas vezes ao dia, já os alunos brasileiros conheciam o fio dental e escovavam os dentes apenas três vezes ao dia, concluindo que as diferenças étnicas também estão ligadas a higienização e informação, influenciando em futuras doenças bucais (Silva, Benedito, Joaquim, Sousa, & Leite, 2018).

Assim como o trabalho de Assis (2018), que realizou um levantamento sobre a higienização dos pacientes de uma clínica odontológica integrada afirmando que os pacientes não recebem o ensino devido quanto à prevenção, já que um pouco mais de 50% faziam a escovação diária três vezes ao dia, concluindo que nem sempre o paciente em tratamento recebe as orientações necessárias e suficientes para as mudanças de hábitos (Assis, 2018). Fazendo sentido, as mudanças intituladas no ensino acadêmico com a criação de uma grade voltada aos cuidados primários em saúde, multiprofissional e integral, os discentes precisam conhecer a realidade de seus pacientes, para que possam de alguma forma modificar os cuidados, empoderá-los quanto à importância dos cuidados bucais e motivá-los para que aos poucos entendam o valor de seus próprios cuidados com a saúde bucal.

Nos estudos de correlação em saúde bucal coletiva, o índice mais utilizado é o da cárie. Estudos revelam que a doença está relativamente ligada aos fatores como baixa renda, escolaridade e profissão. Apesar de sofrer declínios desde os primeiros levantamentos epidemiológicos, ainda não foi possível erradicar a doença. Como mostra a figura 4, comparando os índices da doença cárie entre os anos de 1986, 2003 e 2010.

Figura 4

Comparação do Índice de Cárie entre os Levantamentos Bucais

| Ano/região | Cariado | Perdido | Obturado | CPOD |
|-----------------|---------|-----------|----------|-----------|
| Mulheres | | | | |
| 1986 | | | | |
| Norte | 1,9;2,6 | 18,7;20,8 | 0,5;1,1 | 21,9;23,7 |
| Nordeste | 2,7;3,2 | 14,4;16,0 | 1,9;2,5 | 19,8;20,9 |
| Sudeste | 2,3;2,7 | 14,5;15,7 | 4,5;5,2 | 22,0;22,7 |
| Sul | 3,9;4,8 | 10,7;13,0 | 5,0;6,4 | 21,3;22,6 |
| Centro-Oeste | 2,3;2,9 | 15,4;17,2 | 3,4;4,4 | 22,3;23,3 |
| 2003 | | | | |
| Norte | 2,1;3,0 | 13,0;15,3 | 3,0;4,4 | 19,5;21,2 |
| Nordeste | 2,0;2,5 | 11,2;12,7 | 4,3;5,3 | 18,4;19,6 |
| Sudeste | 1,9;2,7 | 9,3;11,3 | 6,6;8,1 | 19,2;20,7 |
| Sul | 0,9;1,7 | 6,6;9,3 | 9,9;12,1 | 19,2;21,1 |
| Centro-Oeste | 1,4;2,1 | 10,7;13,1 | 6,5;8,2 | 20,2;21,8 |
| 2010 | | | | |
| Norte | 2,2;2,5 | 8,3;9,0 | 4,2;4,7 | 15,0;15,7 |
| Nordeste | 1,8;2,1 | 7,2;7,9 | 5,4;5,9 | 14,7;15,4 |
| Sudeste | 1,3;1,6 | 5,4;6,3 | 6,7;7,5 | 13,9;14,9 |
| Sul | 1,2;1,5 | 4,8;5,8 | 8,1;8,9 | 14,7;15,6 |
| Centro-Oeste | 1,4;1,8 | 6,2;7,2 | 7,8;8,7 | 16,1;17,0 |
| Homens | | | | |
| 1986 | | | | |
| Norte | 1,6;2,9 | 16,1;20,1 | 0,2;0,9 | 19,1;22,7 |
| Nordeste | 3,0;3,9 | 11,9;14,6 | 1,6;2,9 | 18,0;19,9 |
| Sudeste | 2,8;3,6 | 12,1;14,1 | 3,8;5,0 | 19,9;21,3 |
| Sul | 4,2;5,7 | 5,7;9,0 | 4,0;6,5 | 16,2;18,9 |
| Centro-Oeste | 3,1;4,6 | 11,1;14,4 | 2,5;4,2 | 18,7;21,2 |
| 2003 | | | | |
| Norte | 2,7;3,9 | 8,3;11,1 | 2,5;4,1 | 14,8;17,7 |
| Nordeste | 2,2;3,2 | 8,8;10,8 | 3,4;4,9 | 15,6;17,6 |
| Sudeste | 1,8;3,8 | 5,8;9,3 | 5,7;8,8 | 15,8;19,4 |
| Sul | 0,8;1,8 | 6,0;9,5 | 7,7;10,3 | 16,6;19,4 |
| Centro-Oeste | 2,1;3,4 | 8,1;11,1 | 5,3;7,9 | 17,6;20,4 |
| 2010 | | | | |
| Norte | 2,5;3,0 | 7,5;8,4 | 3,6;4,3 | 14,2;15,1 |
| Nordeste | 2,1;2,6 | 5,9;6,8 | 4,4;5,1 | 12,9;13,9 |
| Sudeste | 1,2;1,7 | 4,9;6,5 | 6,0;7,2 | 13,0;14,5 |
| Sul | 1,0;1,5 | 3,8;4,9 | 7,3;8,4 | 12,8;14,1 |
| Centro-Oeste | 1,5;2,1 | 4,9;6,1 | 6,9;8,2 | 14,2;15,5 |

Fonte: (Nascimento, Frazão, Bousquat, & Antunes, 2013)

Em relação ao Índice Periodontal Comunitário, que mede presença de sangramento gengival, cálculo dentário e bolsa periodontal, demonstrou que apenas 20% dos pacientes tinham a condição gengival saudável, os restantes possuíam presença de sangramento, cálculo e bolsa periodontal,

assim como no último levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, que em todas as idades e regiões os pacientes tinham presença dos sinais.

Contudo, a análise do SB Brasil traz dados comparativos relevantes; para a idade de 12 anos encontraram 62,9% dos sextantes hígidos, porém, a maioria sendo da região Sudeste do Brasil, tendo a pior situação a região Norte. A pior situação encontrada foi com a presença de cálculo dental (23,7%) e sangramento gengival (11,7%) (Roncalli et al., 2012). Fase que necessita de grandes cuidados e motivação para que na fase adulta consigam evitar o sofrimento com a saúde bucal e principalmente evitar perdas dentárias.

Para a faixa etária adulta, a presença de cálculo foi significativa, 28,6% da população, já apresentando condições bucais preocupantes, sendo 32,3% com os sextantes excluídos, pois não havia presença de dentes, assim como nos maiores de 65 anos, que 90,5% possuem perdas dentárias (Roncalli et al., 2012).

No presente estudo não houve correlação do CPI com o fator renda, escolaridade, profissão, apesar de alguns estudos relacionarem esses fatores com algumas doenças bucais. No trabalho de Vetore (2013), relata que a prevalência da doença periodontal levantada no SB Brasil 2010 é menor em cidades com menos desigualdades de renda e maior quanto ao nível baixo de escolaridade (Vettore et al., 2013).

A pesquisa retrata que 50% da renda das famílias são de 2 a 3 salários mínimos, não muito diferente do levantamento realizado em 2010 que demonstra a renda familiar em SP, que foi de 1 a 3 salários mínimos (53,9%), mesmo não tendo correlação com o CPI no presente trabalho, o fator renda pode alterar o percurso da doença, visto que muitas famílias não possuem condições financeiras para o acesso aos serviços de saúde. Em uma pesquisa realizada por Sabbah (2010), demonstrou-se que níveis elevados das desigualdades de renda foram associados aos níveis da DP, enfatizando que esse fator pode fazer grande diferença na presença da doença (Sabbah, Sheiham, & Bernabé, 2010).

O responsável financeiro pela família teve uma significativa correlação. Devido ao pouco tempo para procurar o serviço de saúde e na grande maioria não deixar de ir ao trabalho para se cuidar, os fatores da DP estão relacionados. Esses membros são os mais prejudicados quanto aos problemas de saúde, devendo muitas vezes ter que escolher entre sua saúde e o dia de trabalho, assim acabam procurando ajuda apenas quando a doença já está instalada.

Assim como no trabalho de Stopa (2017), em que os chefes da família são mais prejudicados quanto ao uso dos serviços de saúde, o nível de escolaridade é baixo, não tiveram consultas médicas e odontológicas no último ano, demonstrando que esses descuidados podem gerar agravos à saúde física e bucal (Stopa et al., 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados do estudo reforçam a importância das orientações sobre saúde bucal. Muitos pacientes ainda procuram o serviço pelo motivo de dor, ou seja, quando a doença já está instalada. Apesar de não haver correlação do CPI com o fator renda, escolaridade e profissão, outros aspectos são importantes para os cuidados dos pacientes assistidos. Muitos vindos de uma região sem acesso ao serviço de saúde, mesmo a OMS preconizando um dentista para cada 1.500 habitantes, os problemas de acesso aos serviços se tornam preocupantes, pois a demanda de pacientes que conseguem consultar um CD é baixa, principalmente em áreas com baixo nível de escolaridade.

As aplicações da epidemiologia na saúde bucal são informar a situação da saúde na população, investigar os fatores que influenciam a saúde e propor ações e políticas que ajudem a alterar o percurso das doenças. No presente trabalho observou-se que a DP está ligada a todas as idades e em grande parte das regiões menos favorecidas, a falta de acesso aos serviços e as orientações necessárias para o controle da doença ainda precisam ser reforçadas.

Com a PNSB houve ganhos sublimes na odontologia, o aumento dos Centros de Especialidades, a entrega de kits de higiene bucal e a ampliação do acesso ao serviço modificaram realidades nas áreas mais restritas. Porém, ela ainda está em expansão e é preciso focar nas regiões onde o serviço não chega por completo e nem é contínuo para superar as desigualdades socioeconômicas no uso do serviço.

6.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

Pode-se aumentar o número de análises, visto que a Clínica de Atenção Básica atende grande parte da população assistida na Universidade.

O uso do CPI pode subestimar a prevalência da doença periodontal, visto que apenas alguns dentes são analisados (dentes índices) no levantamento.

Ainda para trabalhos futuros será necessário aprofundar os serviços de saúde oferecidos pelas regiões onde o CPI teve grande correlação.

Pode-se avaliar a prevalência da doença antes e depois das práticas de educação em saúde, para reforçar a importância do autocuidado.

7 REFERÊNCIAS

- Andrade, F. R. de, Narvai, P. C., & Montagner, M. Â. (2016). Eficácia da calibração in vivo em inquéritos de saúde bucal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *19*, 812–821.
- Assis, L. O. (2018). *Avaliação do Conhecimento Sobre Higiene Bucal de Pacientes Atendidos em um Curso de Odontologia Como Precursor de Mudanças de Paradigmas de Ensino*. Universidade Federal do Espírito Santo.
- Barbosa, E. C. (2013). 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, *2*(2), 85–102.
- Bento, A., Lopes, K., Maia, C., Cunha, L., Lima, M., & Silva, C. (2017). O uso das práticas de educação em saúde por cirurgiões-dentistas do serviço público. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, *2*.
- Boing, A. F., Peres, M. A., Kovaleski, D. F., Zange, S. E., & Antunes, J. L. F. (2005). Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: Características da produção na década de 90. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*, 673–678.
- Borrell, L. N., & Joseph, S. P. (2018). Limited Longitudinal Evidence Suggests That Socioeconomic Position May Influence Periodontal Diseases Over the Course of Life. *The Journal of Evidence-Based Dental Practice*, *18*(1), 82–84.
- Brasil. (2012). *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais*. Ministério da Saúde. (Brasília-DF).
- Brasil, M. da S. (2009). *Manual da Equipe de Campo SBBrasil 2010*. Ministério da Saúde. (Brasília-DF).

- Bulgareli, J. V., Faria, E. T. de, Cortellazzi, K. L., Guerra, L. M., Meneghim, M. de C., Ambrosano, G. M. B., ... Pereira, A. C. (2018). Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Revista de Saúde Pública, 52*, 44.
- Cascaes, A. M., Camargo, M. B. J. de, Castilhos, E. D. de, Silva, A. E. R., Barros, A. J. D., Cascaes, A. M., ... Barros, A. J. D. (2017). Gastos privados com saúde bucal no Brasil: Análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009. *Cadernos de Saúde Pública, 33*(1).
- Chambrone, L., Macedo, S. B., Ramalho, F. C., Trevizani Filho, E., & Chambrone, L. A. (2010). Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: Condições locais associadas ao sangramento à sondagem. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*, 337–343.
- Chaves, C. O., Alves, C. M. C., Lima, L. L., & Pereira, A. de F. V. (2018). Autopercepção e condição periodontal de pacientes com periodontite agressiva. *Revista de Pesquisa em Saúde, 18*(2).
- Dalpiaz, A. K., & Stedile, N. L. R. (2011). *Estratégia Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas premissas*.
- de Almeida, B. B., Ferreira, A. C. R., Queiroz, A. P. G., Dornelas, G. N., & Coelho, M. M. S. T. (2015). Condições periodontais em portadores de diabetes mellitus atendidos no centro de referência Sul Fluminense de diabetes e hipertensão de Vassoura-RJ. *Braz J Periodontol-December, 25*(04), 14–23p.
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de, & Senna, M. de C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 164–176*.
- Fachin, O. (2001). *Fundamentos de Metodologia*. Saraiva Educação S.A.

- Fernandes, A. M., Bruchêz, A., d'Ávila, A. A. F., Castilhos, N. C., & Olea, P. M. (2018). Metodologia de pesquisa de dissertação sobre inovação: Análise bibliométrica. *Desafio Online*, 6(1).
- Fernandes, M. C. P., & Backes, V. M. S. (2010). Educação em saúde: Perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 567–573.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. (2ª Edição). Porto Alegre: Artmed S.A.
- Frias, A. C., Antunes, J. L. F., & Narvai, P. C. (2004). Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: Cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7, 144–154.
- Gerschman, S., & Santos, M. A. B. (2006). O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21(61), 177–227.
- Gesser, H. C., Peres, M. A., & Marcenes, W. (2001). Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Revista de Saúde Pública*, 35, 289–293.
- Guimarães, R. M., Meira, K. C., Paz, E. P. A., Dutra, V. G. P., & Campos, C. E. A. (2017a). Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1407–1416.
- Guimarães, R. M., Meira, K. C., Paz, E. P. A., Dutra, V. G. P., & Campos, C. E. A. (2017b). Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1407–1416.
- Júnior, J., Gaetti, E., Bosco, J. M. D., Lopes, A. M., Landucci, L. F., Jardim, E. C. G., & Carneiro, S. R. S. (2006). Occurrence of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in patients with chronic periodontitis, aggressive periodontitis, healthy subjects and children

- with gingivitis in two cities of the state of São Paulo, Brazil. *Journal of Applied Oral Science*, 14(3), 153–156.
- Lemos, P. N., Rodrigues, D. A., Frazão, P., Hirooka, L. B., Guisilini, A. C., Narvai, P. C., ... Narvai, P. C. (2018). Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: Um olhar a partir de indicadores de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4).
- Lima, H. G. de, & Lara, V. S. (2015). Aspectos Imunológicos da Doença Periodontal Inflamatória: Participação dos Mastócitos. *Journal of Health Sciences*, 15(3).
- Manassero, F. B., & Bavaresco, C. S. (2017). Inserção do Cirurgião-Dentista na ESF: Revisão de literatura. *Revista de APS*, 19(2), 286–291.
- Marques, K. A., & Melo, A. F. F. de. (2017). Abordagens Metodológicas no Campo da Pesquisa Científica. *Blucher Education Proceedings*, 2(1), 11–21.
- Martins, A. N., Lanna, T. V., Santos, P. C. F., & Magalhães, S. R. (2014). A inserção do cirurgião dentista no PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 4(1).
- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2016). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas* (3º). São Paulo: Atlas S.A.
- Matta, G. C., & Pontes, A. L. de M. (2007). *Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde / Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*. Fiocruz.
- Mattos, R. A. de. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 771–780.

- Melo, B. M., Alves, A. D., Nogueira, E. G., Jardim, D. N., Milhomem, D. G., & Pereira, Y. C. L. (2014). A importância da prevenção baseada no IHOS. *Journal of Orofacial Investigation, 1*(2), 14.
- Meneghim, M. de C., Kozlowski, F. C., Pereira, A. C., Ambrosano, G. M. B., & Meneghim, Z. M. de A. P. (2007). Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*, 523–529.
- Menicucci, T. M. G. (2009). O Sistema Único de Saúde, 20 anos: Balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública, 25*, 1620–1625.
- Ministério da Saúde. (2012). *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados SBBrasil 2010*. Ministério da Saúde. (Brasília-DF).
- Motta, L. J., Gonçalves, P. E., & Lopes, M. C. (2015). Atenção Básica em Saúde Bucal: A experiência no curso de graduação. *ABCS Health Sciences, 40*(3).
<https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.815>
- Motta, L. J., Pissinato, A. V. da S., Pinto, M. M., & Monken, S. F. (2016). Análise dos índices de saúde bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 A 2010. *Revista Economia & Gestão, 16*(42), 138–152.
- Nakamura, C. C., Gonçalves, D. R., Castro, R. F. M. de, & Closs, P. S. (2016). Perfil dos pacientes atendidos na clínica odontológica da Faculdade São Lucas, Porto Velho – RO. *Saber Científico, 1*(1), 42–52.
- Narvai, P. C., & Frazão, P. (2008). Saúde Bucal Coletiva. *Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística em Odontologia. São Paulo: Atheneu*, p21–48.
- Nascimento, S. do, Frazão, P., Bousquat, A., & Antunes, J. L. F. (2013). Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Revista Saúde Pública*, p.69-77.

- Neves, A. M., Passos, I. A., & Oliveira, A. F. B. de. (2010). Estudo da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. *Odontologia Clínica-Científica (Online)*, 9(1), 65–71.
- Oliveira, A. G. R. da C., Unfer, B., Costa, I. do C. C., Arcieri, R. M., Guimarães, L. O. C., & Saliba, N. A. (1998). Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: Análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1, 177–189.
- Passarelli, D. H. C. P., Prado, B. N., & Trevisan, S. (2017). Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 22(1), 25–29.
- Peres Neto, J., Mendes, K. L. C., Wada, R. S., Sousa, M. da L. R. de, Peres Neto, J., Mendes, K. L. C., ... Sousa, M. da L. R. de. (2017). Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1905–1911.
- Prevalência da doença cárie e periodontal em adolescentes de uma escola da rede particular de Quixadá-CE. (2015). *Revista Revisão Católica*, 4(2).
- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2006). *Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências*. São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, A. P. dos S., & Silveira, E. A. da. (2015). Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 165–174.
- Roncalli, A. G. (2006). Epidemiologia e saúde bucal coletiva: Um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, p.105-114.

- Roncalli, A. G., Silva, N. N. da, Nascimento, A. C., Freitas, C. H. S. de M., Casotti, E., Peres, K. G., ... Narvai, P. C. (2012). Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s40–s57.
- Sabbah, W., Sheiham, A., & Bernabé, E. (2010). Income inequality and periodontal diseases in rich countries: An ecological cross-sectional study. *International dental journal*, 370–374.
- Santos, M. A. dos. (2017). *Condição periodontal em prontuários de pacientes atendidos em uma clínica escola do recôncavo baiano*. Trabalho de Conclusão de Curso.
- Schechtman, A., Cortes, B. A., Júnior, M., Mendes, E. V., Wong Un, J. A., Medeiros, M., ... Nogueira, R. P. (2002). *Caminhos da saúde Pública no Brasil* (362.1). Editora Fiocruz.
- Silla, J. M. A., Pastor, P. A., Catalá, M. B., Arcís, C. B., & Company, J.-M. (2017). Socioeconomic factors and severity of periodontal disease in adults (35-44 years). A cross sectional study. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 9(8), e988–e994.
- Silva, C. H. F. da, Benedito, F. C. S., Joaquim, D. C., Sousa, D. F. de, & Leite, A. C. R. de M. (2018). Saúde bucal: Dos hábitos e conhecimento de higiene ao comportamento e acesso a serviços odontológicos de universitários brasileiros e estrangeiros. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 23(1), 17–23.
- Soares, F. F., Freire, M. do C. M., & Reis, S. C. G. B. (2017). Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010): Que propõem os coordenadores para futuros inquéritos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.
- Sousa, M. F. de. (2008). O Programa Saúde da Família no Brasil: Análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2).
- Stopa, S. R., Malta, D. C., Monteiro, C. N., Szwarcwald, C. L., Goldbaum, M., & Cesar, C. L. G. (2017). Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista Saúde Pública*, 51(suppl 1).

Teixeira, C. (2011). *Os princípios do sistema único de saúde*.

Vettore, M. V., Marques, R. A. de A., & Peres, M. A. (2013). Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: Abordagem multinível. *Revista de Saúde Pública*, 47, 29–39.

Viana, A. L., & Dal Poz, M. R. (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), 11–48.

8 ANEXOS

ANEXO 1

Tabela 1: Identificação de Fatores Socioeconômicos

Renda Familiar: () Até 1 salário mínimo () de 2 a 3 salários mínimos () mais de 3 salários mínimos

Escolaridade: () não alfabetizado () ensino fundamental () ensino médio () ensino médio () ensino superior completo () ensino superior completo

Chefe da Família: () paciente () marido () esposa () pai ou mãe () sogro(a) () outro

Profissão: () estudante () outro

Tabela 2: Identificação de dados Pessoais

Sexo: () masculino () feminino

Cor declarada: () branca () preta () parda () amarela () indígena

Idade: () 18 a 30 () 31 a 50 () 50 ou mais

Estado Civil: () casado () solteiro () divorciado () viúvo(a)

Tabela 3: Autopercepção e Impactos de saúde Bucal

Necessita de Tratamento Bucal? () Sim () Não () Não Sabe

Nos últimos 6 meses teve dor de dente? () Sim () Não () Não Sabe

Já foi ao dentista alguma vez na vida? () Sim () Não () Não Sabe

Se sim. Onde foi a última consulta? () não se lembra () unidade de saúde do estado () unidade de saúde municipal () dentista do sindicato () dentista convênio () dentista faculdade () dentista particular () outro

Se sim. Qual motivo foi ao dentista na última consulta? () não se lembra () prevenção () restauração () extrações () dor () outro motivo

Com relação aos seus dentes o sr(a) está? () muito satisfeito () satisfeito () nem satisfeito nem insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito

Teve dificuldade de falar por causa dos seus dentes? () não () sim

Deixou de sair ou se divertir por causa dos dentes? () não () sim

Seus dentes fizeram sentir vergonha de falar ou sorrir? () não () sim

Uso da Escova de dentes? () não usa () escova própria () divide a escova com familiares

Qual frequência? () não escova () uma vez ao dia () duas vezes ao dia () três vezes ao dia

Troca de escova quantas vezes ao ano? () não troca () menos de uma vez ao ano () mais de duas vezes ao ano () mais de três vezes ao ano

Usa fio dental? () não () sim

Usa solução para bochecho? () não () sim

Tabela 4: Avaliação do CPI

- 0- para pacientes que não tiveram alteração nos tecidos de suporte e sustentação periodontal;
- 1- para pacientes que tiveram sangramento, sendo considerado nessa análise como pacientes com gengivite, classificados como leve;
- 2- para classificá-los como casos moderados de doença periodontal;
- 3- para casos avançados da doença periodontal.

Avaliação IHOS

0-1 para pacientes com ótima escovação;

1,1-2 para uma escovação regular;

2,1-3 para uma péssima escovação.

ANEXO 2



UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
CLÍNICA ESCOLA DE ODONTOLOGIA
SAÚDE BUCAL COLETIVA - CLÍNICA DE ATENÇÃO BÁSICA
FICHA DE ATENDIMENTO FAMILIAR

Identificação do responsável _____

Número de prontuário familiar _____ Data da primeira consulta: ___/___/___

| | | | | | |
|------------|-----|---------|-----|----|--|
| Logradouro | | | | Nº | |
| Bairro | | Cidade | | | |
| Estado | | CEP | | | |
| Telefone | () | Celular | () | | |

Identificação familiar:

| | NOME | IDADE | Sexo F/M | Doença ou Condição Referida |
|-----|------|-------|----------|-----------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

Siglas para identificação das doenças e/ou condições referidas: ALC/Alcoolismo; DST/Doença sex. transmissível; DEF/ Deficiência; EPV/ Epilepsia; HAN/ Hanseníase; HA/ Hipertensão Arterial; CHA/ Chagas; DESN/ desnutrição; DIA/ Diabetes; GES/ Gestação; MAL/ Malária; TB/ Tuberculose.

Estudo sócio – econômico:

| | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|--------------------|--|--------------------|--------------------|
| MORADIA | Própria () | Alugada () | Outros. Qual? | | | |
| TIPO DE HABITAÇÃO | ABASTECIMENTO DE ÁGUA | | TRATAMENTO DE ÁGUA | | DESTINO DE DEJETOS | DESCARTE DO LIXO |
| Tijolo | Rede Geral | | Filtragem | | Esgoto | Coleta Tradicional |
| Taipa* | Poço Artesiano* | | Fervura | | Fossa | Inclinado |
| Madeira | Poço Freático* | | Cloração | | Caju Aberto* | Enterrado |
| Material aproveitado* | Nascente de Água* | | Mineral | | | Caju Aberto* |
| Palafra (suspensa)* | Outros* | | Sem Tratamento* | | | Coleta Seletiva |
| | | | | | | Outros |
| TRANSPORTE | Particular () Ônibus () Metro () Trem () Serviço da prefeitura () | | | | | |

Serviços de Referência em Saúde:

| Serviço | Local | Já utilizaram? |
|----------|-------|----------------|
| UBS | | () S () N |
| AMA | | () S () N |
| AME | | () S () N |
| Hospital | | () S () N |
| | | |

Renda Familiar:

| | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Até 1 salário Mínimo () | 2 a 3 salários Mínimo () | Mais de 3 salários Mínimo () |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|

ANEXO 3

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
CLÍNICA ESCOLA DE ODONTOLOGIA
SAÚDE BUCAL COLETIVA - CLÍNICA DE ATENÇÃO BÁSICA



FICHA DE ATENDIMENTO FAMILIAR INDIVIDUAL
(UMA PARA CADA INTEGRANTE)

Número de prontuário familiar _____ Data da primeira consulta: __/__/__

RG _____ CPF _____

| | | | |
|---------------------|---|----------------|--|
| Nome: | | DN: / / | |
| Nome Social: | | | |
| Sexo: () M () F | Naturalidade: | Nacionalidade: | |
| Estado civil: | () Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) | | |
| Cor declarada: | () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena | | |
| Escolaridade: | () Não alfabetizado () Ensino fundamental () Médio () Superior Completo () Superior Incompleto | | |
| Ocupação/Profissão: | () Estudante () Outro: | | |
| NR cartão SUS | | | |

Dados de saúde:

| | | | |
|---------------------------------------|--------------|--|-------------|
| PA (mmHg): | Pulso (bpm): | Resp: /Min | Temp (°C): |
| Medidas antropométricas | | Peso (kg): | Altura (m): |
| | | IMC (kg/m ²): | |
| Imunização possui cartão: () S () N | | Vacinação: () Em dia () Em atraso () Não sabe | |

Mulheres:

| | | | |
|-------------------------|--|-------------------------------|-----------|
| Menarca-idade | Menopausa-idade | Nº gestações | Nº partos |
| DUM / / | Ativa sexualmente () S () N Qual o método contraceptivo? | | |
| Dispareunia () S () N | Mamografia __/__/__ | Citologia oncológica __/__/__ | |

Homens:

| | |
|--|--|
| Já realizou exame de próstata? () S () N | Quando? / / |
| Ativo sexualmente () S () N Qual o método contraceptivo? | |
| Cansaço () S () N | Apatia () S () N Aumento de peso () S () N Valor Kg. |

Alergias:

| | |
|--------------------|--------------|
| Alergias | Se sim qual? |
| Alimentar | () S () N |
| Anti-inflamatórios | () S () N |
| Antibióticos | () S () N |
| Anestésicos | () S () N |
| Analgésicos | () S () N |
| Outros | () S () N |

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
CLÍNICA ESCOLA DE ODONTOLOGIA
SAÚDE BUCAL COLETIVA - CLÍNICA DE ATENÇÃO BÁSICA

Doenças referidas:

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Doenças na Tireoide () S () N Qual? | | |
| Hipertensão: () S () N | Se Sim, faz dieta hipossódica: () S () N | |
| Diabetes: () S () N | Se Sim, faz dieta para DM: () S () N | |
| Problemas cardíacos () S () N Quais? | | |
| Asma / Bronquite () S () N | Pneumonia () S () N | DPOC () S () N |
| AVC () S () N | Problemas de Fígado () S () N | Hepatite () S () N |
| Úlcera gástrica () S () N | Problemas Renais () S () N | Tuberculose () S () N |
| Doenças infantis () S () N | Hemofilia () S () N | Anemia () S () N |
| Hemorragia () S () N | Transfusão sanguínea () S () N | Convulsão () S () N |
| Sífilis () S () N | Febre reumática () S () N | HIV + () S () N |
| Outras Infecto- Contagiosa () S () N Quais? | | |
| Câncer () S () N Local: | | |
| Faz Químio () S () N. Qto tempo? _____ anos | Faz Químio () S () N | |
| Faz Radio () S () N. Qto tempo? _____ anos | Faz Radio () S () N | |
| Epilepsia () S () N | Tratamento Psiquiátrico () S () N | |

Hábitos:

| | | |
|-------------------------------|--------------|-----------------|
| Tabagista () S () N | Frequência: | Quantidade/dia: |
| Produto: | Parou/tempo: | |
| Etilista () S () N | Frequência: | Quantidade dia: |
| Atividade Física: () S () N | Frequência: | |

Espiritualidade:

| | |
|-----------|------------|
| Religião: | Frequente: |
|-----------|------------|

Medicação

| Nome: | Dosagem: | Posologia: |
|-------|----------|------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

Antecedentes cirúrgicos/ clínico:

| | |
|---|---|
| Já se submeteu há algum tratamento cirúrgico () S () N | |
| Hemorragias? () S () N | Possui alterações de cicatrizações () S () N Local: |
| Qual foi a última vez que foi ao dentista? _____ Sente dor de dente? () S () N | |
| Motivo: _____ | |
| Já passou ou está passando por atendimento psicológico? () Sim, já passei () Sim, estou passando. () Não | |
| Caso "Sim" Em que local? _____ Há quanto tempo? _____ | |

ANEXO 4

2

4. Os seus dentes o incomodaram ao escovar? () (0. não; 1. sim; 9. não se aplica)
5. Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? () (0. não; 1. sim; 9. não se aplica)
6. Os seus dentes atrapalharam para estudar/ trabalhar ou fazer tarefas da escola/ trabalho? () (0. não; 1. sim; 9. não se aplica)
7. Você deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? () (0. Não; 1. sim; 2. não sabe; 9. não se aplica)
8. Você deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? () (0. Não; 1. sim; 2. não sabe; 9. não se aplica)
9. Você deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? () (0. Não; 1. sim; 2. não sabe; 9. não se aplica)
10. Os seus dentes fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? () (0. Não; 1. sim; 2. não sabe; 9. não se aplica)

5. AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL (para todas as idades)

1. Uso da Escova de dentes () (0. não usa; 1. escova própria; 2. divide escova com familiares)
2. Tipo de Escova de dentes () (0. macia; 1. dura)
3. Frequência de escovação diária ()/dia (0. não escova; 1. uma vez ao dia; 2. duas vezes ao dia; 3. três vezes ao dia; 4. mais de 3 vezes)
4. Troca de escova por ano () (0. não lembra; 1. menos de uma vez ao ano; 2. duas vezes ao ano; 3. três-quatro vezes ao ano; 4. mais de quatro vezes ao ano)
5. Usa fio dental? () (0. Não; 1. sim) 5.1 Se sim, quando? () (1. antes da escovação; 2. depois da escovação)
6. Você usa enxaguatório bucal? () (0. Não; 1. sim) 6.1 Se sim, quando? () (1. antes da escovação; 2. depois da escovação)
7. Você escova a língua? () (0. Não; 1. sim)
8. Você realiza bochecho com flúor? () (0. Não; 1. sim)
9. Qual(is) é (são) o(s) dente(s) mais importante(s) para você? Porquê?

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras.
São Paulo, _____ de _____ de 20____.

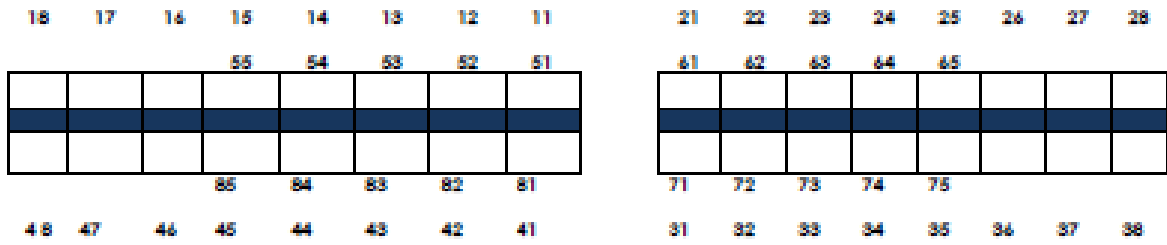
Assinatura do paciente ou responsável

Levantamento Epidemiológico (TODOS OS CÓDIGOS DOS ÍNDICES ENCONTRAM-SE NA COLA)

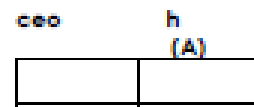
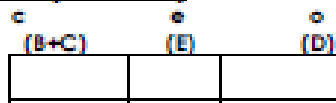
1 - ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA (IHQS)

| V-16 | V-11 | V-26 | L-36 | V-31 | L-46 | Soma dos valores das faces/6: | IHQs 0-1 ÓTIMA 1,1-2 REGULAR 2,1-3 PESSÍMA |
|------|------|------|------|------|------|-------------------------------|---|
| | | | | | | | |

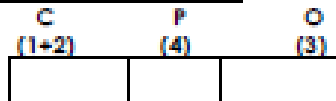
2 - ÍNDICE DE CÁRIE DENTÁRIA (CPOD/ceod)



*Avaliar ceod (decíduos)



*Avaliar CPOD (permanentes)



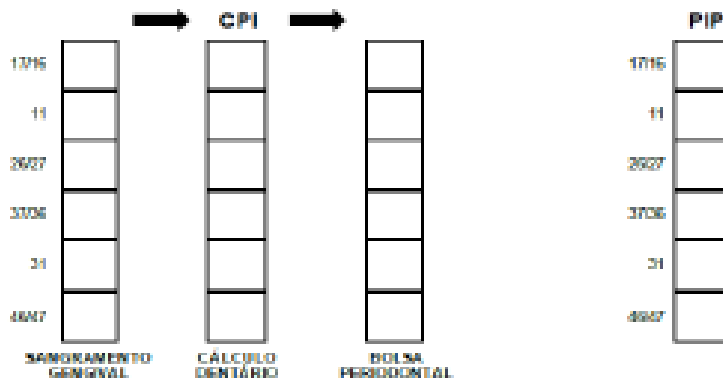
*AVALIAÇÃO DE RISCO À CÁRIE DO PACIENTE

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (CPI) E PERDA DE INSERÇÃO PERIODONTAL (PIP)

A cavidade oral é dividida em sextantes. Em cada sextante dentes chaves serão avaliados e a pior condição será anotada no quadrado correspondente.

3 - ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (CPI) - Para maiores de 12 anos

4 - PERDA DE INSERÇÃO PERIODONTAL (PIP) - Para maiores de 15 anos



5 - ÍNDICE DE FLUOROSE (DEAN)- para todas as Idades

6 - ÍNDICE DE EROÇÃO DENTAL (SEVERIDADE)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

TOTAL DE DENTES AFETADOS PELA EROÇÃO

7 - TRAUMATISMO DENTÁRIO (somente avaliado nos incisivos superiores e inferiores)

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 12 | 11 | 21 | 22 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 42 | 41 | 31 | 32 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

TOTAL DE DENTES AFETADOS PELO TRAUMATISMO

8 - LESÃO DE MUCOSA/LINGUA

| | |
|----------------------|----------------------|
| S | N |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

9 - PRÓTESE DENTÁRIA (EDENTULISMO)

USO DE PRÓTESE

Sup Inf

NECESSIDADE DE

PRÓTESE

Sup Inf

NECESSIDADE DE TRATAMENTO: () (1.prevenção ou tratamento de rotina; 2. tratamento imediato- raspagem, lesões de cárie, exodontias, entre outros; 3. intervenção de urgência-paciente com dor ou lesão suspeita; 4. paciente encaminhado para avaliação médica por condição sistêmica).

NECESSIDADE DE REFERÊNCIA? () (0.Não; 1.Sim). QUAL(IS) ESPECIALIDADE(S): _____

EXAME FÍSICO

GERAL: _____

EXTRA-ORAL: _____

INTRA-ORAL: _____

EXAME DENTAL – DESCRIÇÃO DENTE – A - DENTE.

| DENTE | DATA DO PRIMEIRO EXAME | DATA DA REAVALIAÇÃO |
|---------|------------------------|---------------------|
| 18 | | |
| 17 | | |
| 16 | | |
| 15 (55) | | |
| 14 (54) | | |
| 13 (53) | | |
| 12 (52) | | |
| 11 (51) | | |
| 21 (61) | | |
| 22 (62) | | |
| 23 (63) | | |
| 24 (64) | | |
| 25 (65) | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 38 | | |
| 37 | | |
| 36 | | |
| 35 (75) | | |
| 34 (74) | | |
| 33 (73) | | |
| 32 (72) | | |
| 31 (71) | | |
| 41 (81) | | |
| 42 (82) | | |
| 43 (83) | | |
| 44 (84) | | |
| 45 (85) | | |
| 46 | | |
| 47 | | |
| 48 | | |

PLANO DE TRATAMENTO - DESCREVER AS ESPECIALIDADES E AÇÕES (O QUE SERÁ EXECUTADO E O QUE SERÁ ENCAMINHADO- REFERENCIADO)

FASE 1:

FASE 2:

FASE 3:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional

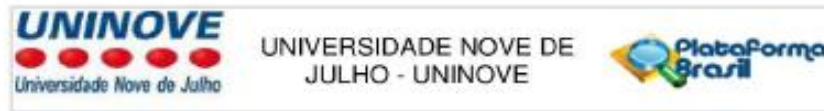
São Paulo, _____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente ou responsável

PROCEDIMENTO REALIZADO

| DENTE | DATA | PRCEDIMENTO REALIZADO |
|---------|------|-----------------------|
| 18 | | |
| 17 | | |
| 16 | | |
| 15 (55) | | |
| 14 (54) | | |
| 13 (53) | | |
| 12 (52) | | |
| 11 (51) | | |
| 21 (61) | | |
| 22 (62) | | |
| 23 (63) | | |
| 24 (64) | | |
| 25 (65) | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 38 | | |
| 37 | | |
| 36 | | |
| 35 (75) | | |
| 34 (74) | | |
| 33 (73) | | |
| 32 (72) | | |
| 31 (71) | | |
| 41 (81) | | |
| 42 (82) | | |
| 43 (83) | | |
| 44 (84) | | |
| 45 (85) | | |
| 46 | | |
| 47 | | |
| 48 | | |

ANEXO 5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA CLÍNICA DE ATENÇÃO BÁSICA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO - UNINOVE

Pesquisador: Patricia Elaine Gonçalves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31652114.2.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

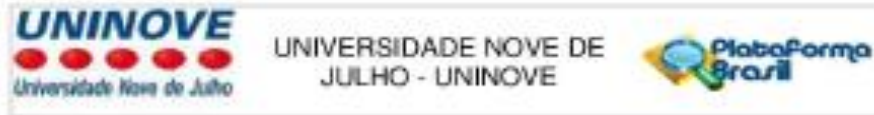
Número do Parecer: 766.001

Data da Relatoria: 27/08/2014

Apresentação do Projeto:

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação. O presente projeto tem como objetivo avaliar as ações desenvolvidas na Clínica de Atenção Básica do Curso de Odontologia da Universidade Nove de Julho – UNINOVE. Será realizada uma revisão bibliográfica sobre Políticas Públicas em Saúde Bucal no Brasil, para a capacitação dos alunos participantes. Também serão aplicados formulários para a coleta de dados junto aos prontuários das famílias assistidas e acompanhadas na Clínica de Atenção Básica, que correspondem às fichas aplicadas durante o atendimento da clínica, a saber, Ficha A, Ficha individual com índices epidemiológicos de saúde bucal e Ficha de referência e contra-referência. Poderá ser realizada também pesquisa com todos os envolvidos nesta Clínica. Antes da realização da pesquisa, os participantes serão informados sobre o conteúdo da pesquisa e assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido, declarando sua anuência diante da mesma. Quanto aos resultados, será confeccionado um banco de dados no programa EPI INFO for Windows para tabulação e análise dos dados coletados nas fichas clínicas e questionário e, o programa EPIBUCO para análise de dados epidemiológicos. Poderão ser empregados testes estatísticos de acordo com os dados obtidos. Haverá análise qualitativa das perguntas abertas.

Endereço: VERGUEIRO nº 235/248
Bairro: LIBERDADE **CEP:** 01.504-001
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3385-9197 **E-mail:** comitodoetica@uninovo.br



Comissão de Parecer: 308/01

Nove de Julho, bem como aplicação de questionário ao corpo docente e discente do curso. Em relação aos benefícios, busca-se traçar um perfil das famílias assistidas e acompanhadas na Clínica de Atenção Básica CABB, bem como o impacto das ações desenvolvidas pela mesma para a melhoria da saúde desta população assistidas, como também a divulgação das práticas de atenção básica como eixo norteador na formação do aluno de Odontologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é eticamente exequível e pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após modificações acatadas, está adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

SÃO PAULO, 27 de Agosto de 2014

Assinado por:
Stella Regina Zamuner
(Coordenador)

Endereço: VERGUEIRO nº 235248
Bairro: LIBERDADE CEP: 01.504-001
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11) 2385-9197 E-mail: comitetedica@uninove.br

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(Pesquisa Científica em Seres Humanos – Resolução nº 196/96 – CNS)**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa científica. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma, podendo abandonar a qualquer tempo sua participação no projeto. Em caso de dúvidas, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo ou pesquisador responsável.

I- Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Nome: _____
 RG: _____ CPF: _____ Sexo: M () F () Nasc: __ / __ / __
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____ Telefone: _____
 e-mail: _____

Nome do responsável legal: _____
 RG: _____ CPF: _____ Sexo: M () F () Nasc: / /
 Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.): _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____ Telefone: _____

II- Dados sobre a pesquisa científica/pesquisador:

- Título do projeto: **AValiação das ações desenvolvidas na Clínica de Atenção Básica do Curso de Odontologia da Universidade Nove de Julho - UNINOVE**
- Pesquisador responsável: Patrícia Elaine Gonçalves
- Inscrição no Conselho Regional: CROSP 82204
- Endereço: Rua Vergueiro, 249 – Departamento de Odontologia.
- Fone: /3385-9064/99385-9992/96182-8554

III- Desenho do estudo e objetivos:

Objetivos principais:

Avaliar as ações desenvolvidas na Clínica de Atenção Básica do Curso de Odontologia da Universidade Nove de Julho - UNINOVE

IV- Avaliação do risco da pesquisa:

A pesquisa não oferece risco, já que serão analisadas as fichas preenchidas previamente pelos discentes sobre as famílias assistidas e acompanhadas na Clínica de Atenção Básica do curso de Odontologia da Universidade Nove de Julho, bem como os questionários aplicados a docentes e discentes do curso. Os dados coletados, bem os formulários elaborados para a coleta serão devidamente arquivados e mantido sob vigilância do Pesquisador Responsável. Além disso, não haverá nenhum procedimento, intervenção ou tratamento complementar dirigido aos participantes da pesquisa. Os questionários aplicados aos discentes e aos docentes contem 9 (nove) perguntas, que poderão ser aplicados de forma autônoma, ou seja, os sujeitos da pesquisa poderão responder, e o tempo médio necessário para o seu preenchimento será de no máximo 10 (dez) minutos

V- Benefícios:

Os Benefícios da pesquisa pretendem traçar um perfil das famílias assistidas e acompanhadas na Clínica de Atenção Básica CAB, bem como o impacto das ações desenvolvidas pela mesma para a melhoria da saúde desta população assistidas, como também a divulgação das práticas de atenção básica como eixo norteador na formação do aluno de Odontologia. Os resultados poderão servir de base para aplicação em outras Universidades, com a mudança da formação deste profissional.

VI- Garantia de acesso:

Em qualquer etapa do estudo, você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa aos pesquisadores responsáveis. Caso tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a comissão de ética em pesquisa da UNINOVE, pelo fone (11)3385-9059 ou pessoalmente na Rua Vergueiro, 249 -1º Andar – Liberdade – São Paulo – CEP 01504- 001; email: comitedeetica@uminove.br.

VII- Outras informações:

Sua colaboração é importante e necessária para o desenvolvimento da pesquisa, porém sua participação é voluntária.

Você poderá retirar-se do estudo ou não permitir a utilização de seus dados em qualquer momento da pesquisa.

Sendo um participante voluntário você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação na pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em reuniões e publicados com a proteção da identidade dos participantes.

VIII- Consentimento pós-esclarecimento:

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo acima citado. Sendo que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do entrevistado (a) ou responsável legal.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar do estudo.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____

Nome: _____

RG: _____