

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Hugo Montes Ribeiro de Souza

**O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma clínica da família do município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Hugo Montes Ribeiro de Souza

**O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma clínica da família do município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado com Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The sociodemographic profile and the oral health situation of adult users of a primary healthcare service in the city of Rio de Janeiro.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S729p Souza, Hugo Montes Ribeiro de.  
O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma clínica da família do município do Rio de Janeiro / Hugo Montes Ribeiro de Souza. -- 2022.  
51 f. : il. color. ; graf. ; mapas

Orientador: Luiz Felipe da Silva Pinto.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Saúde Bucal. 2. Disparidades nos Níveis de Saúde.  
3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família.  
5. Atenção Primária à Saúde. 6. Equipe de Assistência ao Paciente.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 617.601098153

Hugo Montes Ribeiro de Souza

**O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma clínica da família do município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado com Saúde.

Aprovada em: 20 de maio de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Otávio Pereira D’Avila  
Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Vanessa Costa e Silva  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado oportunidades e luz nessa caminhada até aqui diante deste período atípico em nossas vidas.

Aos meus pais, Junot e Hilda, e aos meus familiares, pelo incentivo ao estudo e na ajuda a percorrer todo este caminho junto a mim.

Ao meu namorado Fábio, que sempre me apoiou e me ajudou em todo o processo de construção deste trabalho.

Ao meu orientador, que mesmo de longe me ajudou a construir o melhor percurso para a conclusão das etapas do mestrado.

Aos meus professores, que mesmo diante do cenário epidemiológico fizeram de tudo para manter a qualidade do ensino.

À minha equipe de Saúde Bucal, que sempre me apoiou e ajudou nos momentos mais fáceis e mais difíceis dessa caminhada.

Aos usuários da Unidade de Saúde, que puderam viver parte desta jornada comigo e que aceitaram participar desta pesquisa.

## RESUMO

Esta pesquisa analisou o perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos que acessam o serviço de Saúde Bucal de uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro. O objetivo específico foi comparar os resultados locais com os resultados do Brasil. Utilizamos como referência a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Os dados foram coletados por um questionário advindo do Módulo U (saúde bucal) da PNS e posteriormente inseridos no programa Kobotoolbox para serem analisados no Excel e no Power BI. É importante ressaltar que a coleta de dados se deu em momento pandêmico por covid-19 e, em termos gerais, as proporções das respostas na atual investigação foram inferiores as proporções do Brasil mostradas na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Um exemplo é a proporção de pessoas com plano médico ou odontológico, onde na pesquisa o valor foi de 9,5% e no Brasil chegou a 28,5%. Já pessoas que usavam pasta de dente, escova e fio dental na Unidade Básica de Saúde (UBS) foi de 48,5% e no Brasil 63%. Sobre a troca da escova, na UBS 30% faziam com menos de 3 meses. Já na PNS esse valor foi superior, chegando a 50,7%. Sobre a autoavaliação da Saúde Bucal, na UBS apenas 29,5% dos usuários consideram sua saúde bucal como boa ou muito boa, já no Brasil esse valor foi de 69,7%. Em relação a perda dentária, mais de 70% dos usuários da UBS possuíam ao menos uma ausência dentária, onde apenas 15% do total da população estudada possuía algum tipo de prótese, indicando uma certa vulnerabilidade e impossibilidade no acesso ao serviço de prótese. Também foi observado sobrecarga e precarização do trabalho, geradas possivelmente por uma deterioração do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro no período de 2017 e 2020. Além disso existe no Brasil uma grande heterogeneidade, um congelamento de recursos para a saúde, um processo de desfinanciamento por parte do governo federal e um período pandêmico por Covid-19, gerando preocupações com a manutenção de políticas mais novas, como o caso da Política Nacional de Saúde Bucal.

**Palavras-Chave:** Iniquidades em Saúde Bucal; Determinantes Sociais da Saúde; Estratégia Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Saúde Bucal.

## ABSTRACT

This research analysed the sociodemographic profile and the oral health situation of adult users who access the Oral Health service of a Family Health Service in the city of Rio de Janeiro. The specific objective was to compare the local results with the results of Brazil. We used the 2019 National Health Survey (PNS) as a reference. Data were collected by a questionnaire from Module U (oral health) of the PNS and later inserted into the Kobotoolbox program to be analysed in Excel and Power BI. It is important to note that the data collection took place during a pandemic due to covid-19 and, in general terms, the proportions of responses in the current investigation were lower than the proportions in Brazil shown in the 2019 National Health Survey. An example is the proportion of people with medical or dental plan, where in the survey the value was 9.5% and in Brazil it reached 28.5%. People who used toothpaste, brush and dental floss at UBS was 48.5% and in Brazil 63%. About changing the toothbrush, at UBS 30% did it with less than 3 months. In the PNS, this value was higher, reaching 50.7%. Regarding the self-assessment of Oral Health, at UBS only 29.5% of users consider their oral health as good or very good, whereas in Brazil this value was 69.7. Regarding tooth loss, more than 70% of UBS users had at least one tooth absence, where only 15% of the total population had some type of prosthesis, indicating a certain vulnerability and impossibility in accessing the prosthesis service. Work overload and precariousness were also observed, possibly generated by a deterioration in the development of the Family Health Strategy in Rio de Janeiro in the period 2017 and 2020. In addition, there is a great heterogeneity in Brazil, a freeze of resources for health, a defunding process by the federal government and a pandemic period due to Covid-19, raising concerns about the maintenance of newer policies, such as the National Policy on Oral Health.

Key words: Inequities in Oral Health; Social Determinants of Health; Family Health Strategy; Primary Health Care; Oral Health Team.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários segundo escolaridade – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ .....	22
Gráfico 2 - Distribuição de usuários segundo a frequência da troca da escova – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ .....	23
Gráfico 3 - Distribuição de usuários segundo autoavaliação da saúde bucal – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ .....	23
Gráfico 4 - Distribuição de usuários segundo a perda de dentes permanentes de cima – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ .....	24
Gráfico 5 - Distribuição de usuários segundo a perda de dentes permanentes debaixo – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ .....	25
Gráfico 6 - Distribuição de usuários segundo o uso de algum tipo de prótese – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ .....	25
Gráfico 7 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, segundo as grandes regiões do Brasil e clínica da família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ .....	27
Gráfico 8 - Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo o sexo, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ .....	28
Gráfico 9 - Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo a raça, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ .....	29
Gráfico 10 - Proporção de pessoas que trocavam a escova de dente por uma nova com menos de 3 meses de uso, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo sexo, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ .....	30
Gráfico 11 - Proporção de pessoas que consideravam sua saúde bucal como boa ou muito boa, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo as Grandes Regiões do Brasil e da Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ .....	31



Gráfico 12 - Distribuição percentual das pessoas que procuraram atendimento odontológico, no período de referência dos últimos 12 meses, por local de atendimento, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ .....	31
Gráfico 13 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam algum tipo de prótese dentária, segundo sexo, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ .....	31
Figura 1 - Mapa da Unidade de Saúde – Maestro Celestino.....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DSS	Determinante Social de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PAM	Posto de Assistência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UHC	<i>Universal Health Cover</i>

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
3	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA</b> .....	18
3.1	OBJETIVO GERAL .....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
4	<b>PROPOSTA METODOLÓGICA</b> .....	19
4.1	LOCAL DE PESQUISA, POPULAÇÃO ALVO E EQUIPE DE COLETA...	19
4.2	TRATAMENTO DOS DADOS .....	20
4.3	CRITERIO DE INCLUSAO .....	20
4.4	CRITERIO DE EXCLUSÃO .....	20
4.5	ASPECTOS ÉTICOS .....	20
5	<b>RESULTADOS</b> .....	22
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	26
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	35
	<b>REFERENCIAS</b> .....	37
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	40
	<b>APÊNDICE B - PARECER DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO</b> .....	43
	<b>ANEXO A - PARECER DO CEP DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA</b> .....	45
	<b>ANEXO B - PARECER DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO</b> .....	46
	<b>ANEXO C - QUESTIONÁRIO DO PROJETO</b> .....	47

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo propôs realizar uma investigação sobre a condição da saúde bucal de usuários adultos que acessam o serviço de Saúde Bucal de uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro. A desigual distribuição da cárie tem sido descrita em estudos com diferentes delineamentos e em diferentes países, com isso, o estudo das desigualdades socioeconômicas na distribuição dos agravos bucais se configuram como uma das prioridades de pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) no século 21. A OMS e a World Dental Reserch (IADR) pontuaram como objetivo global para a Saúde Bucal no ano 2020 a redução das desigualdades na Saúde Bucal entre estratos socioeconômicos e entre países com diferentes níveis de renda (BOING ET. AL. 2014).

No Brasil, com o início da expansão da saúde bucal nos serviços públicos, alguns grupos prioritários foram mais focados para as ações a serem realizadas. Com isso, em estudos realizados sobre Saúde Bucal e iniquidades sociais, há um grande acúmulo de pesquisas exclusivamente com crianças e adolescentes. Isso ocorreu devido aos aspectos históricos da assistência e do cuidado odontológico, que se dirigiam preferencialmente a esses grupos etários. Porém com as mudanças na estrutura etária da população, com o aumento da expectativa de vida e deslocamento da carga de doenças em direção a agravos crônicos, indica-se a necessidade de investigação também da população mais adulta (BOING, ET. AL. 2014).

Essa lógica de priorização da faixa etária mais jovem veio com a instalação de consultórios de odontologia em escolas devido a um modelo implantado no país nos anos 1950 pelo Serviço Especial de Saúde Pública. Este se caracterizou pela assistência restrita às crianças entre sete e quatorze anos. Por muito tempo essa foi a principal referência para a organização de serviços de saúde bucal no Brasil e acabou reduzindo a odontologia pública à atuação no espaço escolar com resultados limitados em termos de acesso e cobertura. (NIKEL, LIMA e SILVA, 2008). Com o movimento da Reforma Sanitária e a constituição do SUS, baseada na universalidade, equidade e integralidade a atenção, os esforços e recursos foram gradualmente redirecionados para as Unidades Básica de Saúde (UBS). Assim, os Dentistas e Auxiliares, que até então vinham trabalhando de forma isolada nas escolas começaram a compartilhar um mesmo local de trabalho com os demais profissionais da UBS (PIMENTEL ET. AL. 2012)

Mesmo após a mudança de espaço desses profissionais, manteve-se o corte assistencial nas UBS para as crianças. Apenas gradualmente, e dependendo do contexto de cada município, a oferta de ações e serviços foi se ampliando para a população adulta, estabelecendo-se assim

o chamado modelo tradicional de Atenção Básica em Saúde Bucal, centrado no atendimento odontológico com foco clínico e individual. (PIMENTEL ET. AL. 2012)

Com isso, é de extrema necessidade e de grande importância se ampliar e aprofundar a análise das variáveis que possam impactar na saúde bucal da população, para que somente assim seja viável propor políticas públicas que transformem a realidade atual. Além disso, Outra motivação desse estudo é a inserção do pesquisador como dentista de família da unidade investigada e a importância das equipes conhecerem a realidade da população adscrita para que o planejamento local dos serviços esteja adequado à esta realidade.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa Saúde da Família foi introduzido em 1994 e após alguns anos passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) devido a sua efetividade. Teve como uma das estratégias a reorganização da atenção básica a saúde através da priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e suas famílias. Em 2000, as equipes de Saúde Bucal (EqSB) foram incorporadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF). (BRASIL 1997 / 2006). Apenas com essa introdução tardia que a Saúde Bucal se inseriu como política pública no SUS, e em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente (PNSB) (BRASIL, 2004b)

A introdução da Saúde Bucal se deu devido ao suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998), que mostrou que pouco mais de um terço dos pesquisados havia se consultado com um Cirurgião Dentista no ano anterior à pesquisa e que 18,7% nunca haviam realizado qualquer consulta odontológica. A proporção de pessoas que nunca haviam se consultado em um dentista entre 20 e 49 anos foi 16 vezes maior entre os 20% mais pobres comparados aos 20% mais ricos (BARROS e BERTOLI, 2002)

Mesmo tardiamente, a PNSB reconhece a ESF como a principal estratégia para a reorganização das práticas de saúde bucal e a importância do seu papel na consolidação da Atenção Básica no SUS. A publicação da PNSB e a realização da 3º Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, foram essenciais para o desenho e a negociação das evoluções que se deram nos anos seguintes, tanto na garantia de financiamento para a expansão dos serviços de saúde bucal na APS, quanto para a incorporação de serviços e ações, que antes eram ofertadas de forma desorganizada, segundo o modelo tradicional. (GARCIA, 2013)

Para que essas mudanças pudessem de fato substituir as práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Ministério da Saúde passou a definir as características que espera ver consolidadas com a implantação das EqSB na ESF. São elas: adscrição da população; integralidade da assistência; articulação da referência e contrarreferência aos serviços de média e alta complexidade; definição da família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; além do acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (BRASIL, 2006)

A inserção da saúde bucal nas equipes da ESF representou a possibilidade da criação de espaços de práticas e relações multidisciplinares a serem construídas para a reorientação do

processo de trabalho. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que deve relacionar-se entre si, com os usuários e a gestão local a fim de responder às demandas da comunidade e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, através de medidas coletivas e mediante o estabelecimento de vínculo com a população adscrita à unidade de saúde. (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o modelo de Atenção Primária instalado no Brasil, comparando-se a outras experiências com a mesma orientação, apresenta três particularidades: a responsabilidade das equipes multidisciplinares sobre territórios definidos e com população adscrita; a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) como parte da equipe; e a inclusão da Saúde Bucal no Sistema Público de Saúde. (OPAS, 2011)

Apesar da inclusão na ESF representar um avanço enorme, esse movimento por si só não acarretou necessariamente maior integração entre dentistas e demais profissionais. Isso pode ser explicado devido ao fato de parte da expansão das equipes de saúde bucal ter sido realizada com profissionais que atuavam na Atenção Básica tradicional, quando houve a substituição do modelo. Esses profissionais permaneceram voltados para a realização de procedimentos individuais clínicos e cirúrgicos. Essa prática, totalmente refém do consultório dentário, fixou no imaginário social, tanto dos cidadãos quanto dos profissionais da saúde, a percepção de que saúde bucal é “coisa de dentista”, sendo visto como um trabalho isolado, que pode somente ser realizado no equipamento odontológico. Com isso, a partir da inserção da saúde bucal na ESF, foi desencadeado em um paradoxo, onde a saúde bucal ora parece compor a ESF, ora se apresenta de forma isolada e autônoma. (NAVAI e FRAZÃO, 2013)

Tanto para a EqSB como para a EqSF, para que se tenha uma formação ideal de uma assistência equânime e integral, existe a necessidade de planejar as ações com prioridade nas famílias que apresentam maior risco e vulnerabilidade social. Para tal, é de extrema importância que os profissionais tenham ao seu alcance instrumentos objetivos, válidos e validados para avaliar o risco familiar em saúde, e desta forma poder planejar as ações e oferecer a população uma assistência adequada. Porém, ainda existe uma quantidade escassa de instrumentos construídos e validados para guiar o planejamento das ações em saúde e saúde bucal na ESF. (CHEACHIRE ET, AL. 2013 e NASCIMENTO ET. AL. 2010). Um deles é o PCATool-SB, que recentemente demonstrou uma taxa de sucesso superior a 88% em quase todos os componentes. Este instrumento captou os principais atributos da APS e é o único instrumento descrito na literatura internacional com o atributo derivado Competência Cultural validado (D’AVILA ET. AL. 2021)

Os aspectos sociais da doença têm sido uma das preocupações constantes nos estudos de saúde que se propõem a compreender as articulações existentes entre os processos sociais e o processo saúde-doença. Essa integração do conhecimento biológico aos fenômenos sociais tem sido um desafio na epidemiologia, em grande parte decorrente das limitações observadas nos instrumentais metodológicos utilizados nos variados estudos. (PASSOS ET. AL. 2011).

Tratando-se de saúde bucal, vários autores têm demonstrado associações entre saúde bucal e desenvolvimento social, e as variáveis, frequentemente utilizadas para medir a condição socioeconômica foram a ocupação, a renda e a escolaridade (BALDINI ET. AL. 2002 e BOING AT. AL. 2005).

A saúde bucal, apesar de suas melhorias nas últimas décadas, ainda se constitui em problema de saúde pública. Dentes cariados, ausências dentárias, próteses mal adaptadas ou até mesmo fístula externa ou cicatriz de um abscesso, problemas não raros em brasileiros de baixa renda, causam baixa autoestima e geram em muitos casos dificuldade de inserção no mercado de trabalho e perda de oportunidade de emprego. Tais agravos afetam especialmente a população socioeconomicamente menos favorecida. (SILVA ET. AL. 2015).

As doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal etc.) são doenças crônicas não-transmissíveis e têm modelos de determinação social propostos. No passado, explicações biológicas imperavam no pensamento teórico sobre cárie dentária, fruto das descobertas bacteriológicas da época. Hoje, a odontologia coletiva passa a evidenciar os contrastes relacionados à doença e classe social, que representam outro aspecto da relação do meio social com a prevalência da doença, traduzido na forma desigual com que a cárie é sentida em grupos populacionais distintos. Muitos estudos associam fortemente as desigualdades sociais e os determinantes sociais com a etiologia da cárie e suas consequências (perda dental e dor de dente), especialmente a baixa escolaridade dos pais e renda familiar (CARNUT e SILVA 2012).

O conceito de determinantes sociais da saúde (DSS) aparece nas publicações dos anos 1970 e 1980, as quais enfatizavam que, para entender a saúde, incluindo a saúde bucal, é imprescindível analisar as populações no contexto das políticas públicas e ações de saúde dirigidas à sociedade. Pesquisas têm evidenciado a força dos DSS sobre a saúde bucal em diferentes populações. Por isso, tais pesquisas sustentam a inclusão dos DSS na avaliação e monitoramento de políticas públicas e podem contribuir para o aprofundamento das análises do impacto dos determinantes sociais na saúde bucal das populações. (BUENO ET. AL. 2014).

A Saúde Bucal é um componente indissociável e integrante da saúde geral. Muitas doenças sistêmicas têm suas primeiras manifestações na boca e sofrem consequências das condições de Saúde Bucal, sendo as alterações orais importantes sinais de diagnóstico precoce



para problemas de saúde geral. Logo, a saúde bucal afeta e é afetada pela saúde geral e pelo DSS. (BUENO ET. AL. 2010).

Há pesquisas que indicam grandes associações entre a posição socioeconômica baixa ao nascimento e o desenvolvimento de lesões orais crônicas mais futuramente. A baixa renda ao nascimento impacta diretamente na saúde oral dos indivíduos na idade jovem e adulta. Isso fica bem claro em um estudo onde foi sugerido que baixos níveis de posições socioeconômicas no início da vida aumentam o risco de moderado a grave de desenvolver periodontite na idade adulta. (CHUCH ET. AL. 2019). Mas além de pobreza ao nascimento, a situação de vulnerabilidade com o decorrer da vida também influencia diretamente nas condições orais futuras, como nos achados em uma pesquisa de 2011, onde concluiu-se que a pobreza ao nascimento e o número de episódios de pobreza ao longo da vida foram associados ao número de dentes não saudáveis aos 24 anos de idade. (PERES ET. AL. 2011).

Um estudo de 2012 demonstrou que é de fato necessária a priorização das áreas com maiores iniquidades sociais para melhorar a saúde bucal das populações com privações sociais (CARNUT ET. AL 2012). Outro estudo também de 2012 avaliou crianças de diferentes áreas e escolas (públicas e particulares) de São Paulo e chegou à conclusão de que os menores índices de cárie estão na população mais distante da periferia, onde os indicadores foram progressivamente maiores para os agravos orais nas áreas mais pobres e periféricas da cidade. (JUNQUEIRA ET. AL. 2012).

Em uma publicação de 2000, as desigualdades sociais em saúde bucal tiveram relação com a classe social, linhas de pobreza e modelo de desenvolvimento humano sustentável. Com isso, teve como resultado uma tendência de diminuição do índice de dentes cariados, perdidos e obturados à medida que se aumentava o índice de desenvolvimento humano IDH (MOYSÉS, 2000).

As condições da saúde bucal das populações têm reflexo diretamente na saúde integral e na qualidade de vida de toda a sociedade. Sabe-se que a melhora na saúde bucal dos indivíduos acontece por meio da prevenção, com bons hábitos de escovação e visitas periódicas ao consultório odontológico (PNS 2019). Porém alguns autores se questionam se ainda é útil o conceito de prevenção com crescente foco em uma ou várias doenças ou fatores de risco. Isso nos faz refletir sobre a importância no traçado de prioridades na organização do cuidado, para então ser proporcionada a redução das iniquidades em saúde das populações (STARFIELD AT. AL. 2008 e HART. 1971). A ênfase preventivista pode desviar o acesso para os usuários assintomáticos, culminando na lei dos cuidados inversos, onde a disponibilidade por uma assistência médica de qualidade tende a variar inversamente com a necessidade real da

população (NORMAM e TESSER, 2015). Essa ênfase preventivista pode resultar em um crescimento de cuidados preventivos medicalizantes e com baixa efetividade, fortalecendo a lógica consumista do mercado. (MONTORI, ISLEY e GUYATT, 2007).

Com o cenário mundial de grande desigualdade social e das condições orais, principalmente em países com diferentes níveis de renda, e mais acentuadas atualmente com a pandemia da Covid-19, a declaração de Astana parece não estar apoiando a meta da OMS e da IADR para o século XXI e para os anos 2020 citadas acima. Nela observou-se uma grande transmutação do direito universal à saúde em direção ao direito à cobertura universal a saúde – Universal Health Cover (UHC). Esse Princípio de cobertura isenta-se de dificuldades financeiras, introduz a noção da cobrança pela prestação de serviços de saúde por agentes de mercado, e contrapõe ao espírito da Alma-Ata, que é assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. (GIOVANELLA ET. AL. 2019).

Já a nível Brasil, o estado não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Com insuficientes recursos, o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, principalmente após a aprovação da EC-95\2016 (teto de gastos públicos), causando então o subfinanciamento crônico desse sistema e consequente afastamento da redução da desigualdade proposta pela OMS e pela IADR. (PAIM, 2018).

Localmente, no município do Rio de Janeiro, foi observado uma expansão da Estratégia Saúde da Família entre os anos de 2009 a 2016 graças a criação das Clínicas da Família, sendo bastante positivo para a saúde do município (SORANZ ET. AL., 2016). Logo em seguida, na gestão 2017 a 2020, com a criação de medidas de “reorganização da APS”, houve uma deterioração do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família. Essa “reorganização”, iniciada em 2018, foi então concretizada em 2019 com a demissão de profissionais e a redução na quantidade de equipes de Saúde da Família, o que ocasionou uma queda de 7% na cobertura populacional no ano de 2019. Além da redução, houve o “inchaço” das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, onde o número de profissionais foi consideravelmente reduzido, porém a população adscrita para cada EqSF aumentou. Isso tudo proporcionou a redução do sistema de saúde e paralisou a consolidação da APS. (O'DWYER ET. AL. 2019).

Houve também mudanças na logística de materiais e manutenção das unidades, com nítido sucateamento dos serviços, greves de funcionários, aparelhos médicos e ar-condicionado sem manutenção, prejudicando mais ainda o funcionamento das unidades básicas de saúde já que muitas precisaram suspender os atendimentos em meio ao sucateamento que cada dia mais pressionava o serviço. Sabe-se que no setor saúde, a gestão é difícil por causa das

complexidades dos problemas a resolver e da natureza dos serviços a serem produzidos. Ela não pode então ser reduzida a um conjunto de técnicas ou de receitas. A tese que pode ser defendida é que a gestão dos serviços de saúde pode ser eficiente, sendo que para isso é necessário a exigência da criação de condições organizacionais congruentes com as peculiaridades e as exigências da produção de serviços profissionais no contexto público. (DUSSAULT, 1992 e MINTZBERG, 1995)

O congelamento de recursos para a saúde e o processo de desfinanciamento por parte do governo federal tem gerado preocupações com a manutenção de políticas mais novas, como o caso da PNSB. Nesse cenário, é possível vislumbrar cortes de equipes, aumento do número de equipes de Saúde de Família cobertas por uma mesma equipe de Saúde Bucal e demissão de técnicos de saúde bucal, o que caracteriza mudanças de equipes de modalidade II (Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal) para a I (Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal OU Técnico em Saúde Bucal). Esses constantes ataques causam não só a descontinuidade do acesso e da oferta de ações para os usuários até então cobertos, mas também o retorno à tradicional forma de organização da assistência, colocando em risco os avanços conquistados desde o reconhecimento da saúde bucal como uma política, e consequente aumento na iniquidade em saúde bucal. (MENDONÇA, MATTA, CONDIM E GIOVANELLA, 2018)

### **3 OBJETIVOS DA PESQUISA:**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos da Clínica da Família Maestro Celestino como contribuição ao reconhecimento desse território de saúde.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Traçar o perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos que acessam o serviço de Saúde Bucal da Clínica da Família Maestro Celestino no bairro de Marechal Hermes no Rio de Janeiro;

Identificar semelhanças e diferenças entre os resultados locais e os resultados da população brasileira expressos na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019.

## 4 PROPOSTA METODOLÓGICA

Foi realizado um estudo com desenho transversal e amostra de 200 adultos maiores de 18 anos que acessaram o serviço de Saúde Bucal da Unidade de Saúde Maestro Celestino. As entrevistas foram realizadas com um instrumento de coleta de dados com perguntas fechadas (em anexo), baseando-se no módulo U da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS-2019) para que os resultados pudessem ser confrontados com os da atual investigação.

A PNS 2019 é um inquérito de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares de seu território. Nela foi possível estimar os dados para as áreas urbana e rural, por grandes regiões nacionais, Unidades da Federação (UFs), capitais, e regiões metropolitanas. A PNS foi planejada para ter periodicidade quinquenal. Devido às questões relacionadas a seu delineamento e execução, a segunda edição, prevista inicialmente para 2018, só foi a campo no ano de 2019. (STOPA ET. AL, 2020)

As entrevistas foram realizadas na própria sala da Saúde Bucal com usuários que faziam o acesso no serviço por demanda livre e principalmente por consultas agendadas. O período de coleta se deu junto ao retorno gradual dos agendamentos odontológicos, que estavam totalmente suspensos devido a pandemia da Covid 19. As entrevistas se deram de forma individual, sempre após o atendimento odontológico do usuário. Além disso, a aplicação do questionário foi realizada por um entrevistador capacitado. A seleção desses usuários para a entrevista foi feita por amostra de conveniência e esse instrumento de coleta teve em seu conteúdo questões sobre dados sociodemográficos, se o usuário possui planos médico e odontológico, uso de escova, pasta de dente e fio dental, frequência de escovação dentária, autoavaliação da saúde bucal, dificuldade para se alimentar devido a problemas relacionadas aos dentes ou a dentaduras, o principal motivo da ida ao Cirurgião Dentista, local da última consulta odontológica, ausência de dentes superiores e inferiores e se faz o uso de algum tipo de prótese oral. O tempo médio de coleta dos dados foi em torno de 10 minutos por usuário.

### 4.1 LOCAL DA PESQUISA, POPULAÇÃO ALVO E EQUIPE DE COLETA

A pesquisa foi conduzida na Clínica da Família Maestro Celestino, unidade de saúde da CAP 3.3 localizada no bairro de Marechal Hermes, zona Norte do Rio de Janeiro. A população do estudo compreende os usuários que acessam a Saúde Bucal nesta unidade de saúde. A equipe de Saúde Bucal que participou da coleta de dados é composta por um Cirurgião Dentista

(responsável principal pelas coletas), uma Técnica em Saúde Bucal e uma Auxiliar em Saúde bucal (modalidade II). Esta unidade possui três equipes de Saúde da Família denominadas: Lourenço Marques, Leocádio Figueiredo e Melhoral. Para ciência, o número de cadastrados por equipe é, respectivamente, 3.928 (Lourenço Marques), 3.506 (Leocádio Figueiredo) e 3.097 (Melhoral). O total de cadastrados de usuários na unidade é de 10.531.

#### 4.2 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram coletados pelo programa Kobotoolbox, que é uma ferramenta de coleta de dados através de questionários e armazenamento das informações tanto online como offline, sendo possível assim utilizar esta ferramenta em locais com ausência ou dificuldade de cobertura de rede telefônica e de internet. Além disso, por ser possível seu acesso e coleta de dados através de dispositivos portáteis como os telefones celulares, essa coleta em campo se torna muito mais otimizada e prática. Posteriormente os dados foram analisados em planilha no Excel e no Power BI. As informações coletadas, além de serem utilizadas como parte do processo para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, serão discutidas com os atores envolvidos e a divulgação dos resultados será realizada através de grupos nos quais a Equipe de Saúde Bucal participa na unidade, oficinas e apresentações em atividades científicas.

#### 4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Foram selecionados usuários maiores de 18 anos. Esse critério foi utilizado na PNS, e para que a comparação fosse mais fidedigna foi utilizado também no atual estudo. Além disso, a investigação da população adulta foi um dos focos da pesquisa.

#### 4.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Usuários que não são cobertos pela unidade de saúde na qual foi realizado o estudo.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi elaborado considerando a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam a pesquisa com seres humanos no território nacional, assim como a Resolução N°510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas

aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana e a Resolução N° 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, para resguardar o respeito aos princípios éticos assume-se irrestrito comprometimento com a presente pesquisa, a ser evidenciado na investigação, na análise e na forma de interação com o objeto pesquisado. Somando-se a isto, a participação na investigação foi precedida da obtenção do consentimento informado que foi claramente descrito, conforme modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Para minimizar os possíveis danos e assegurar sigilo e privacidade das informações prestadas, as análises foram agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome. Caso o participante se sentisse constrangido ou não quisesse continuar na pesquisa, a qualquer momento, poderia desistir e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

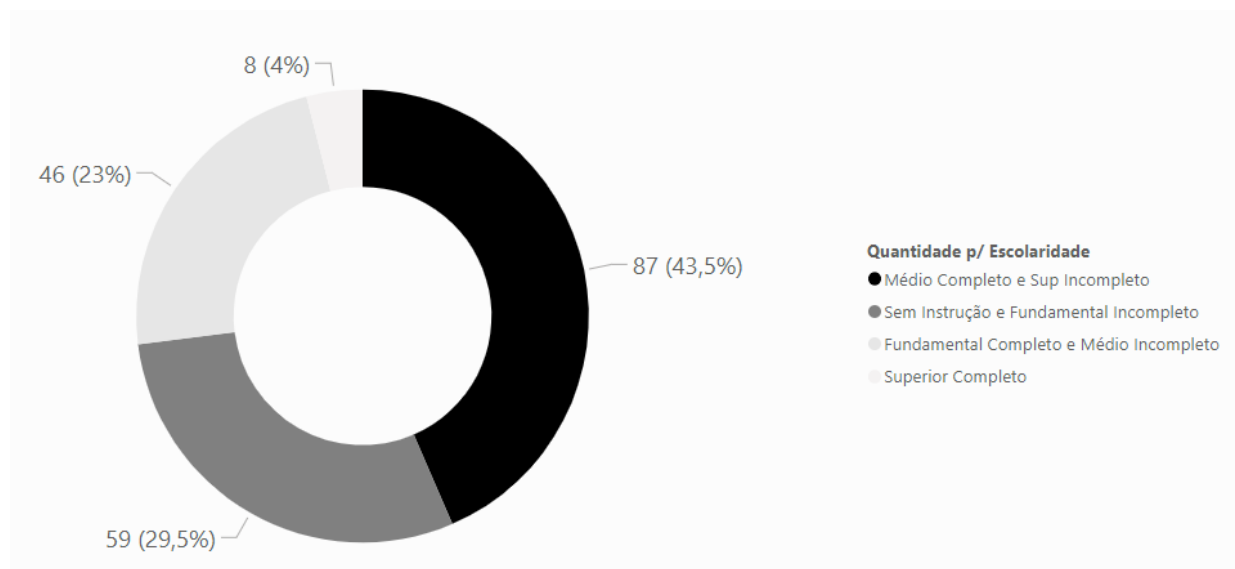
O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz (CEP Fiocruz) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (CEP SMS) com os números 4833610 e 4884708, respectivamente. (Anexos A e B)

## 5 RESULTADOS

No total, 200 usuários que acessaram a saúde bucal da unidade básica de saúde Maestro Celestino foram entrevistados sendo 93 (46,5%) usuários da equipe Lourenço Marques, 47 (23,5%) equipe Leocádio Figueiredo e 60 (30%) da equipe Melhoral, com média de idade de 39.5 anos, sendo que 70% deles eram do sexo feminino. Em relação a cor ou raça, 60 (30%) responderam preta, 53 (26,5%) branca e 87 (43,5%) parda.

Quando perguntados se existe distribuição de água em suas residências, 198 (99%) usuários responderam positivamente. Já em relação a posse de plano odontológico ou médico particular, apenas 9,5% responderam possuir. Sobre o nível de escolaridade, 59 (29,5%) eram sem instrução, 46 (23%) possuíam nível fundamental completo, 87 (43,5%) nível médio e 8 (4%) nível superior.

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários segundo escolaridade – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ



Fonte: Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

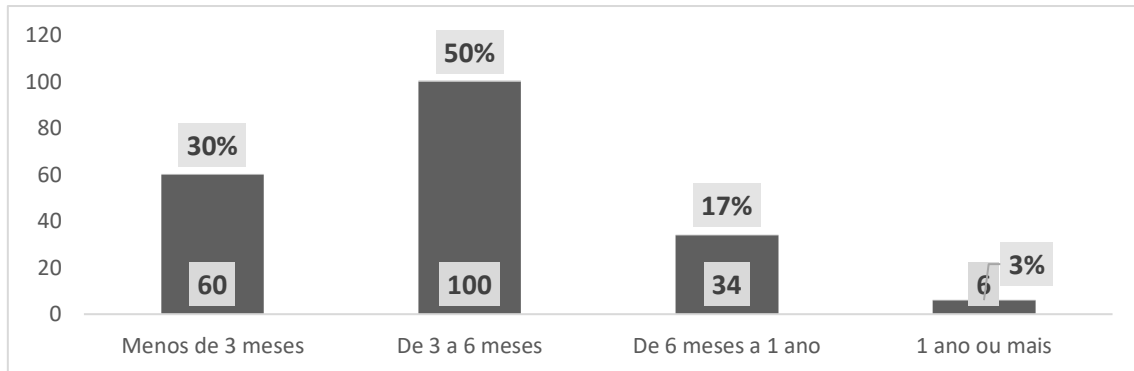
Do total dos entrevistados, 115 (57,5%) relataram que trabalham ou estagiam, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro, sendo a renda média total de R\$1.100,00.

Em relação ao uso de escova, pasta de dente, fio dental e enxaguante bucal, responderam sim, respectivamente, 200 (100%), 200 (100%), 97 (48,5) e 46(23%). Já em relação a frequência de escovação, 119 (59,5%) usuários responderam escovar 3 vezes ou mais por dia, 68 (34%) 2 vezes por dia, 13 (6,5%) apenas 1 vez ao dia e 0 (0%) não escova todos os dias. Sobre a troca



da escova dentária por uma nova, 60 (30%) usuário responderam demorar menos de 3 meses, 100 (50%) de 3 a 6 meses, 34 (17%) de 6 meses a 1 ano, 6 (3%) 1 ano ou mais e 0 (0%) nunca trocou.

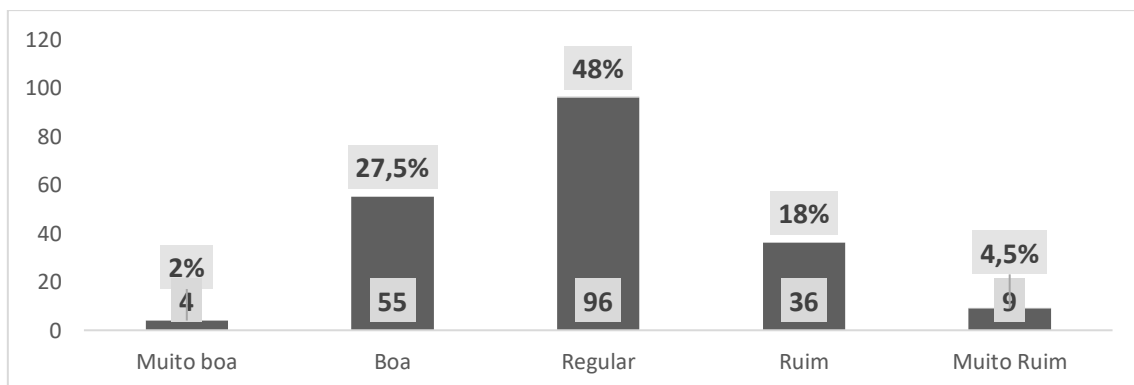
Gráfico 2 - Distribuição de usuários segundo a frequência da troca da escova – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ



Fonte: Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Sobre a autoavaliação da saúde bucal, 4 (2%) usuários responderam achar sua condição oral muito boa, 55 (27,5%) boa, 96 (48%) regular, 36 (18%) ruim e 9 (4,5%) muito ruim.

Gráfico 3 - Distribuição de usuários segundo autoavaliação da saúde bucal – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ



Fonte: Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Quando questionados se existe alguma dificuldade para se alimentar devido a problemas com seus dentes ou dentadura, 138 (69%) responderam nenhuma, 35 (17,5%) leve, 17 (8,5%) regular, 9 (4,5%) intenso e 1 (0,5%) muito intenso

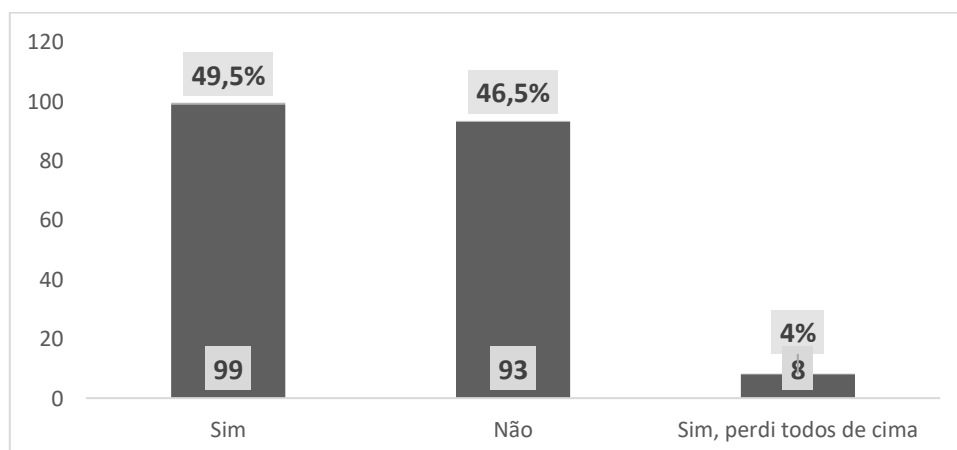
Em relação ao principal motivo para a última ida ao Dentista pelo usuário, 29 (14,5%) relataram terem ido para limpeza, prevenção ou revisão, 42 (21%) dor de dente, 32 (16%)

extração, 79 (39,5%) tratamento dentário (obturação, canal etc.), 1 (0,5%) problema na gengiva, 0 (0%) tratamento de ferida na boca, 0 (0%) Implante dentário, 11(5,5%) colocação/manutenção de aparelho nos dentes, 4 (2%) colocação/manutenção de prótese ou dentadura, 1 (0,5%) nunca havia ido ao dentista e 1 (0,5%) respondeu outros.

Quando perguntados em relação ao local da sua última consulta odontológica, 113 (56,5%) responderam terem ido a Unidade Básica de Saúde, 9 (4,5%) policlínica, PAM ou centro de especialidade, 4 (2%) UPA, 4 (2%) CEO, 2 (1%) ambulatório de hospital público, 67 (33,5%) Consultório particular ou hospital privado, 0 (0%) Pronto atendimento ou emergência de hospital privado e 1 (0,5%) outros. Já quando questionados se houve pagamento de algum valor por esta consulta odontológica, 59 (29,5%) respondeu que sim. Em relação a utilização do serviço público, 132 (66%) responderam que sua consulta odontológica foi feita pelo SUS.

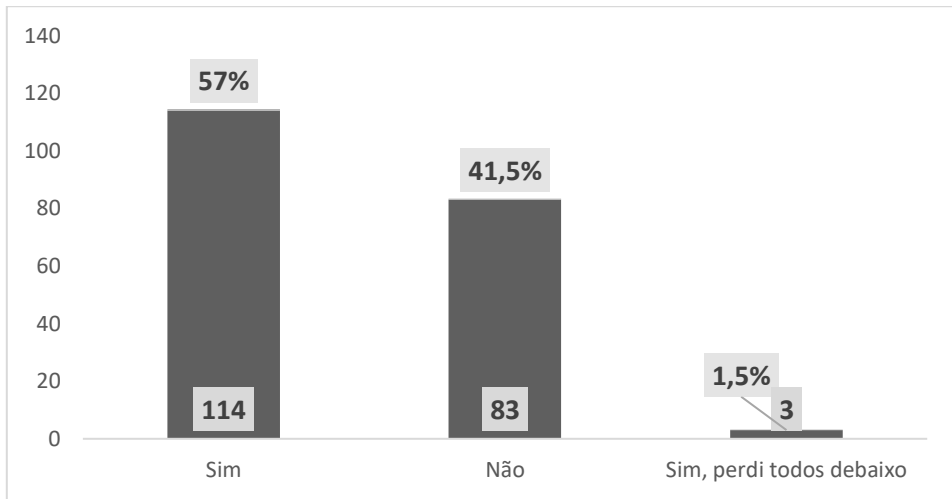
Em relação a perda de dentes superiores, 99 (49,5%) responderam ter perdido pelo menos algum elemento, onde destes, 32 (16%) pessoas perderam 1 dente, 27 (13,5%) 2 dentes, 13 (6,5%) 3 dentes, 8 (4%) 4 dentes, 6 (3%) 5 dentes, 5 (2,5%) 6 dentes, 1 (0,5%) 7 dentes, 1 (0,5%) 8 dentes, 1 (0,5%) 9 dentes, 1 (0,5%) 10 dentes, 1 (0,5%) 11 dentes, 2 (1%) 12 dentes, 2 (1%) 13 dentes e 8 (4%) perderam todos os seus dentes superiores. Já em relação a perda de dentes inferiores, 114 (57%) responderam ter perdido pelo menos algum elemento, onde destes, 32 (16%) perderam 1 dente, 35 (17,5%) 2 dentes, 12 (6%) 3 dentes, 20 (10%) 4 dentes, 4 (2%) 5 dentes, 3 (1,5%) 6 dentes, 1 (0,5%) 7 dentes, 2 (1%) 8 dentes, 1 (0,5%) 9 dentes, 1 (0,5%) 10 dentes, 2 (1%) 12 dentes, 1 (0,5%) 13 dentes e 3 (1,5%) perderam todos os seus dentes inferiores. Já em relação ao uso de algum tipo prótese dentária, 30 (15%) responderam sim.

Gráfico 4 - Distribuição de usuários segundo a perda de dentes permanentes de cima – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ



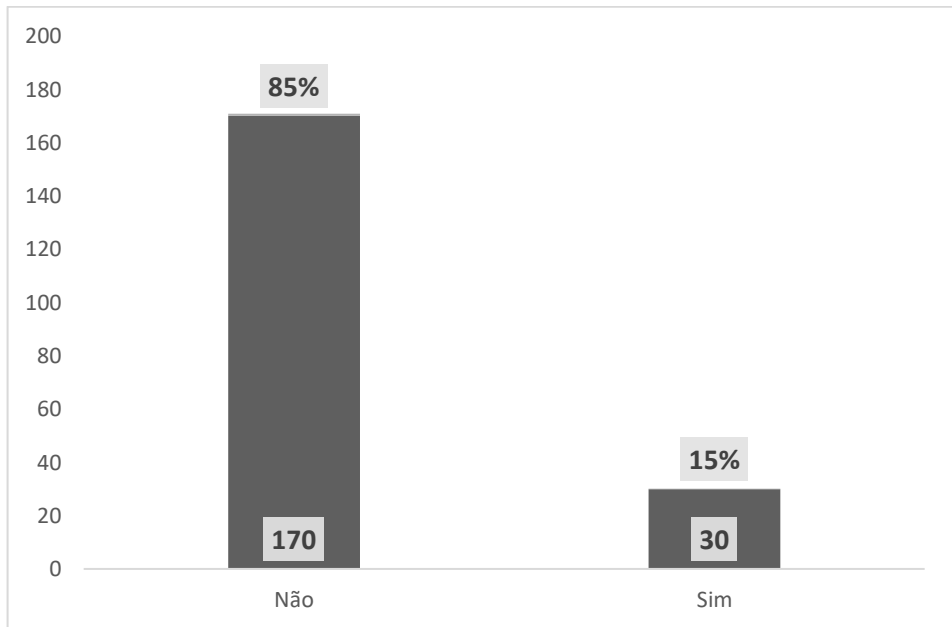
Fonte: Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Gráfico 5 - Distribuição de usuários segundo a perda de dentes permanentes debaixo – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ



Fonte: Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Gráfico 6 - Distribuição de usuários segundo o uso de algum tipo de prótese – Clínica da Família Maestro Celestino – Rio de Janeiro - SMS/RJ

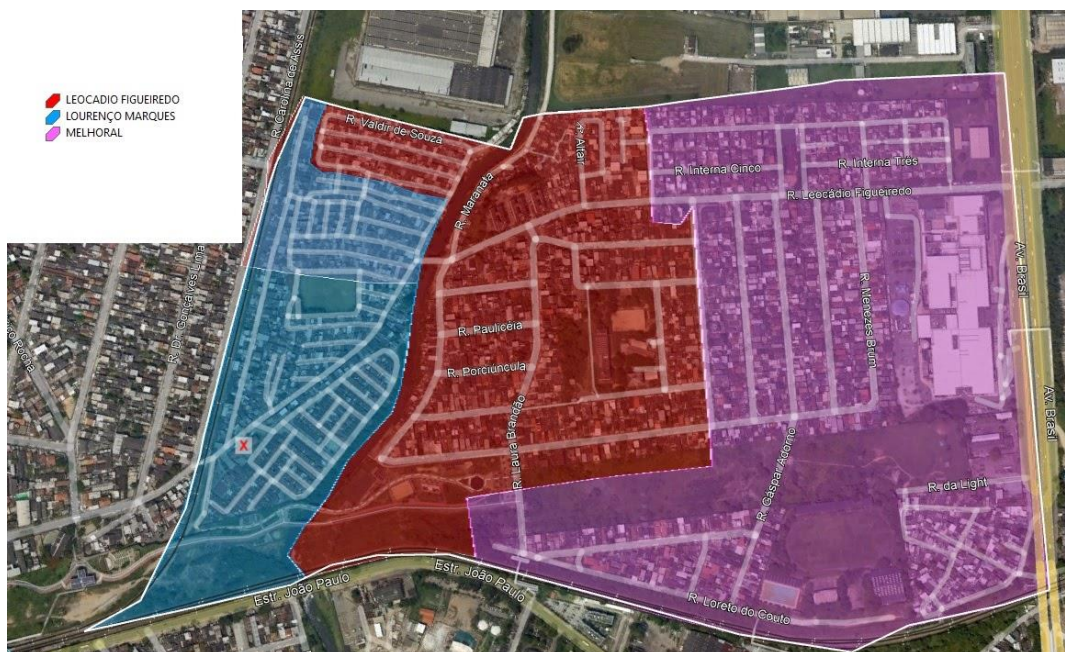


Fonte: Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

## 6 DISCUSSÃO:

Se fizermos uma análise inicial em relação aos usuários que mais acessaram a saúde bucal, podemos observar um maior volume dos da equipe Lourenço Marques. Isso pode ser explicado por alguns fatores do território. A Unidade Básica de Saúde fica localizada justamente na área dessa equipe, dando uma maior facilidade de acesso, pois é a região mais próxima ao serviço. Além disso, o território da equipe Lourenço Marques é composto por conflitos de mão armada por haver tráfico presente na região. Pelo fato de ser um local com certo nível de violência, muitos usuários das outras equipes acabam acessando menos, sendo refletido também esse resultado na atual investigação, onde 46,5% dos usuários que acessaram o serviço de saúde bucal foram da equipe de cadastro de maior proximidade com a UBS. (Figura1)

Figura 1 - Mapa da Unidade de Saúde - Maestro Celestino

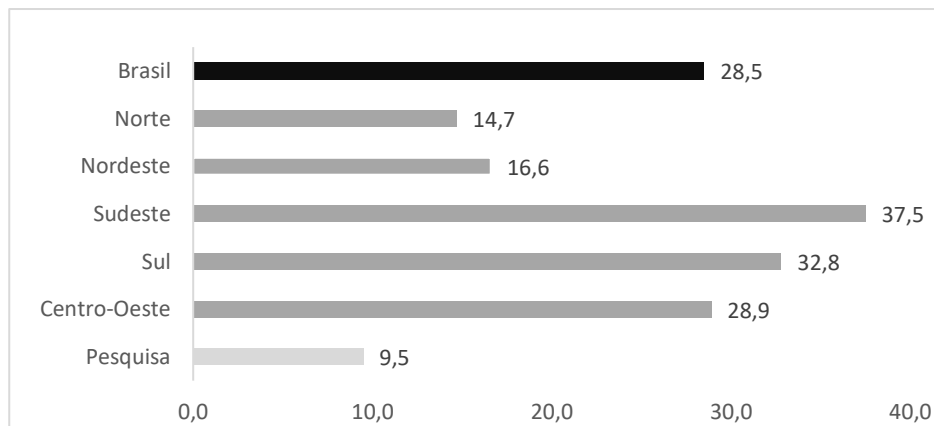


Fonte: Apresentação Accountability SUBPAV 2021 – Clínica da Família Maestro Celestino, CAP 3.3

Em 2019, 59,7 milhões de pessoas, o correspondente a 28,5% da população residente do país, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico. As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções (37,5%, 32,8% e 28,9%, respectivamente), e as regiões Norte e Nordeste, as menores (14,7% e 16,6%, respectivamente). Na pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Maestro Celestino possuíam algum plano de saúde,

médico ou odontológico, 9,5% dos entrevistados, sendo bastante inferior ao resultado no Brasil e nas grandes regiões.

Gráfico 7 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, segundo as grandes regiões do Brasil e clínica da família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ



Fonte: PNS- 2019 (IBGE) e Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

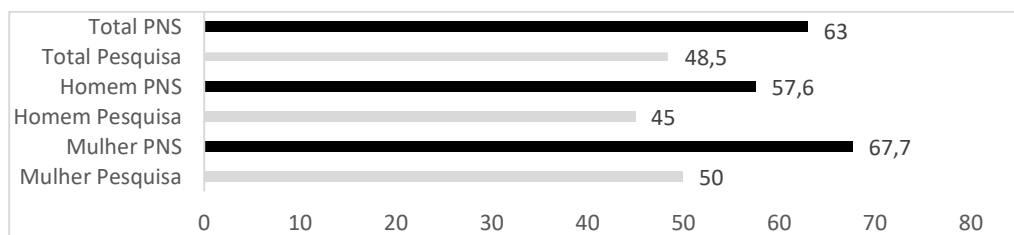
Segundo a PNS 2019, a proporção de pessoas com 18 anos ou mais de idade que escovava os dentes pelo menos 2 vezes ao dia cresceu em relação ao ano de 2013 de 89,1% para 93,6%. Esse aspecto também foi observado na atual pesquisa, onde 93,5% dos usuários responderam escovar os dentes pelo menos 2 vezes ao dia. Em relação ao sexo, a PNS 2019 indicou que entre as mulheres a escovação foi mais realizada do que entre os homens, sendo 95,3% para as mulheres e 91,7% para os homens. Já na pesquisa realizada na Unidade Maestro Celestino, a escovação entre as mulheres foi de 93,6% e entre os homens de 93,3%, que se aproxima dos resultados da PNS 2019. Na pesquisa Nacional de Saúde de 2019 foi observado que tanto para as mulheres como para os homens, esse hábito de higiene aumentou em relação a de 2013 (91,5% e 86,4%, respectivamente). Na atual investigação essa característica também foi observada.

Na PNS de 2019, observou-se que a partir de 30 anos de idade a proporção de pessoas que mantinham tal hábito decrescia conforme maior o grupo de idade a que pertencia. Isso não foi observado na atual pesquisa, onde os maiores grupos que realizavam esse hábito foram os usuários de 40 a 59 anos e 60+. Em 2019 no Brasil, 96,7% das pessoas entre 30 e 39 anos escovavam os dentes pelo menos 2 vezes ao dia, já na Maestro Celestino esse valor foi de 90,6%, sendo inferior ao resultado da PNS 2019. Já entre a população idosa no Brasil, esse valor foi de 86,5% e na atual investigação foi de 95,7%.

Em relação ao hábito de higiene oral com relação ao nível de instrução, no Brasil 87,5% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto tinham o hábito de escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia, ao passo que no conjunto de pessoas com nível superior completo, o hábito foi reportado por quase a totalidade: 98,2%. Já na atual investigação, os usuários sem instrução que possuíam esse hábito foram de 91,5% e os de nível superior completo totalizaram 100%, indicando uma maior frequência de escovação entre os indivíduos que possuíam graduação completa, assim como na PNS 2019. Observa-se também que a população sem instrução participante da pesquisa possuiu uma proporção de escovação maior que as da PNS, assim como as de nível superior.

Em 2019 no Brasil, a proporção de pessoas com 18 anos ou mais de idade que usavam simultaneamente escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes era 63,0%. Entre os homens foi de 57,6% e, entre as mulheres, 67,7%. Na atual investigação, a proporção de pessoas com 18 anos ou mais que utilizavam escova, pasta e fio dental foi de 48,5%. Entre os homens foi de 45% e, entre as mulheres, 50%, sendo esses valores inferiores ao da PNS 2019. Também foi observado, tanto na pesquisa como na PNS, uma maior frequência entre as mulheres do que entre os homens.

Gráfico 8 - Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo o sexo, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ



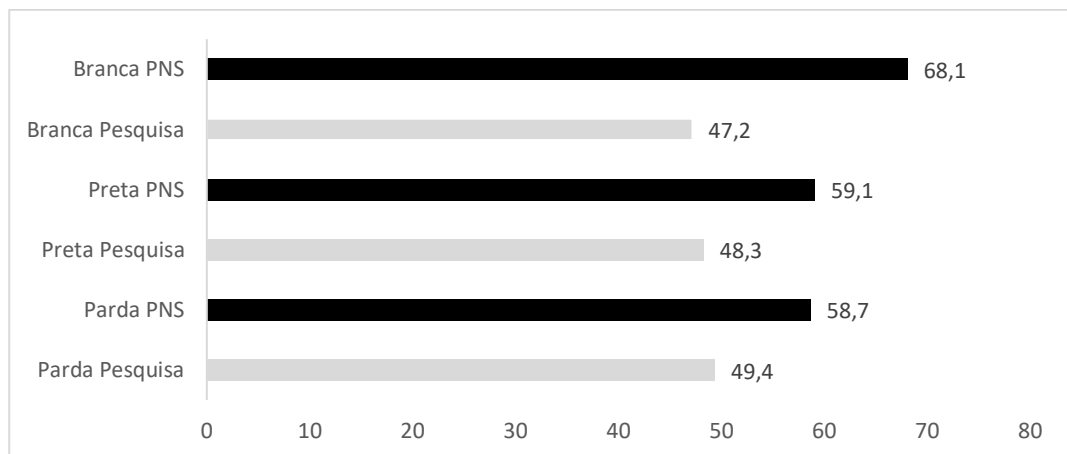
Fonte: PNS- 2019 (IBGE) e Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Em relação ao nível de instrução, no Brasil apenas 38,5% dos indivíduos sem instrução faziam o uso simultâneo de escova de dente, pasta de dente e fio dental. Já entre as pessoas com nível superior completo esse número subiu para 88,6%. Na pesquisa realizada com os indivíduos que acessaram a Unidade Básica de Saúde, entre os usuários sem instrução foi de 37,28% e entre os com nível superior de 50%, sendo inferiores quando comparados com a PNS 2019. Porém foi observado no Brasil o aumento do uso dos 3 itens quando comparado entre os níveis de escolaridade. O mesmo não aconteceu na atual investigação, onde a utilização dos

itens de higiene oral entre os indivíduos com nível superior foi menor que entre os usuários com nível médio.

Já em relação a cor ou raça, na PNS foi observado que entre os brancos, o uso de pasta, escova e fio dental foi maior que entre as outras cores, porém na atual pesquisa pode-se observar uma igualdade nas proporções, sendo a branca um pouco menor comparando-se com a parda e a preta. Todas as 3 raças da pesquisa foram inferiores quando comparadas com as do Brasil.

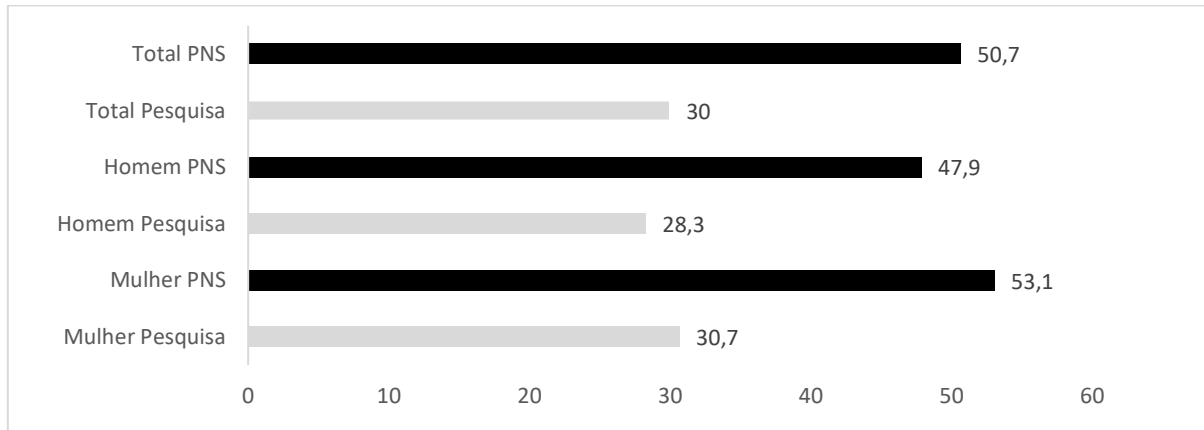
Gráfico 9 - Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo a raça, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ



Fonte: PNS- 2019 (IBGE) e Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Na pesquisa Nacional de Saúde de 2019, das pessoas com 18 anos ou mais, 50,7% trocavam sua escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso. Entre os jovens esse hábito foi mais frequente que entre os mais velhos, assim como as pessoas com maior nível de instrução. Na atual pesquisa, apenas 30% realizavam a troca com menos de 3 meses. Entre os jovens a troca também foi mais frequente, onde de 18 a 29, 29,17% realizavam essa troca, de 30 a 39, 25%, de 40 a 59, 24,66% e entre os idosos foi de 13,94%, seguindo assim o mesmo aspecto da PNS 2019. Já em relação ao nível de instrução, os usuários da pesquisa com nível fundamental foram os que mais realizaram a troca da escova por uma nova com menos de 3 meses, totalizando 41,30%. Em seguida o nível superior (37,5%), sem instrução (28,81%) e médio (24,14%).

Gráfico 10 - Proporção de pessoas que trocavam a escova de dente por uma nova com menos de 3 meses de uso, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo sexo, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ



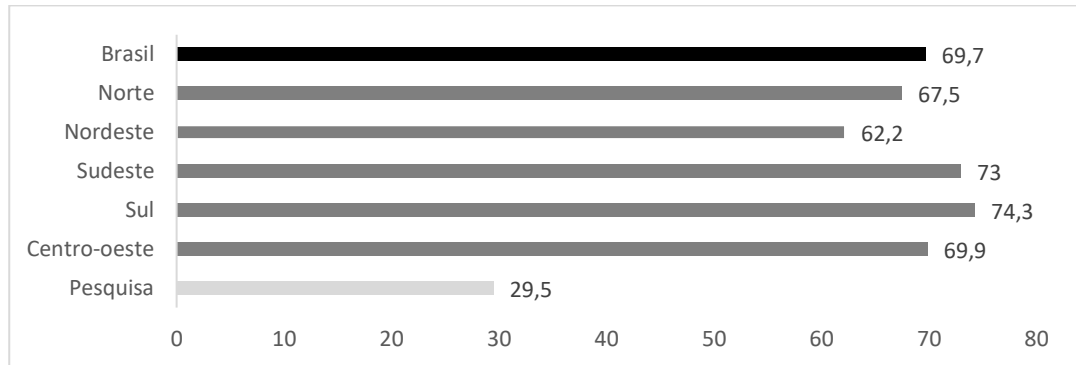
Fonte: PNS- 2019 (IBGE) e Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Em 2019, 69,7% das pessoas de 18 anos ou mais de idade avaliaram a sua saúde bucal como boa ou muito boa. As estimativas variaram de 62,2%, na Região Nordeste, a 74,3%, no Sul. Já na atual pesquisa, 29,5% das pessoas de 18 anos ou mais de idade avaliaram a sua saúde bucal como boa ou muita boa, sendo um valor inferior tanto no Brasil como em todas as grandes regiões. O momento que a coleta de dados se deu foi de um retorno gradual dos atendimentos odontológicos após meses de paralisação devido a pandemia da covid-19. Isso muito possivelmente influenciou nas respostas dos usuários, já que eles estavam há muito tempo sem acesso a consulta odontológica.

A PNS de 2019 indicou que 75% dos atendimentos odontológicos realizados ocorreram em consultório, clínica ou hospital privado, e 19,1% em unidades básicas de saúde. Já na atual pesquisa, 33,5% utilizaram o serviço privado e 56,5% as unidades Básicas de Saúde. Esse valor possivelmente foi diferente pois a coleta de dados da investigação se deu em uma UBS, onde as residências dos usuários estão próximas do local de oferta do serviço. É possível se discutir também sobre o atual momento em que vivemos de desemprego e diminuição de renda das famílias por este resultado, visto que 33,5% dos usuários que tiveram sua última consulta em consultório particular foram em busca de uma consulta no serviço público

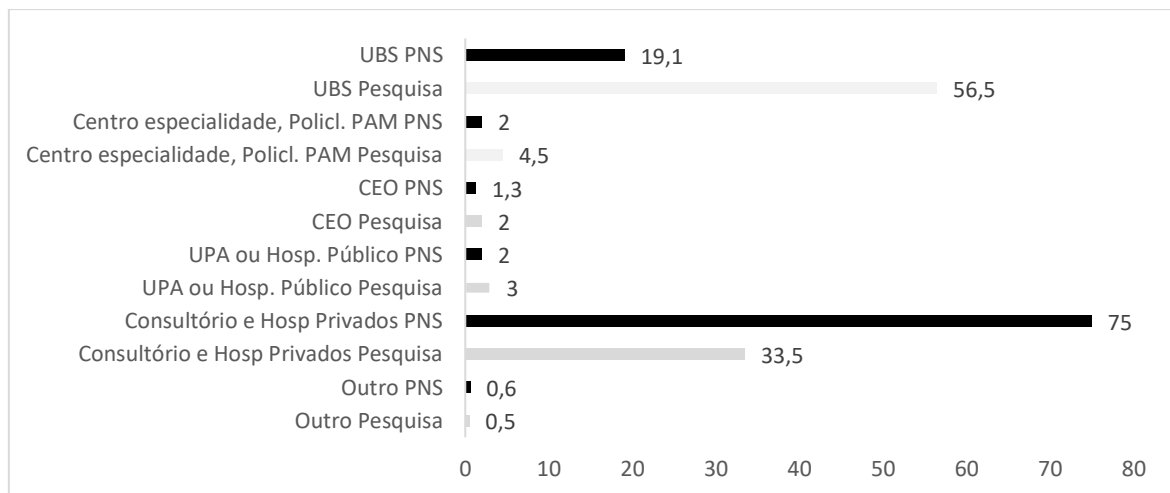


Gráfico 11 - Proporção de pessoas que consideravam sua saúde bucal como boa ou muito boa, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo as Grandes Regiões do Brasil e da Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ



Fonte: PNS- 2019 (IBGE) e Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Gráfico 12 - Distribuição percentual das pessoas que procuraram atendimento odontológico, no período de referência dos últimos 12 meses, por local de atendimento, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ

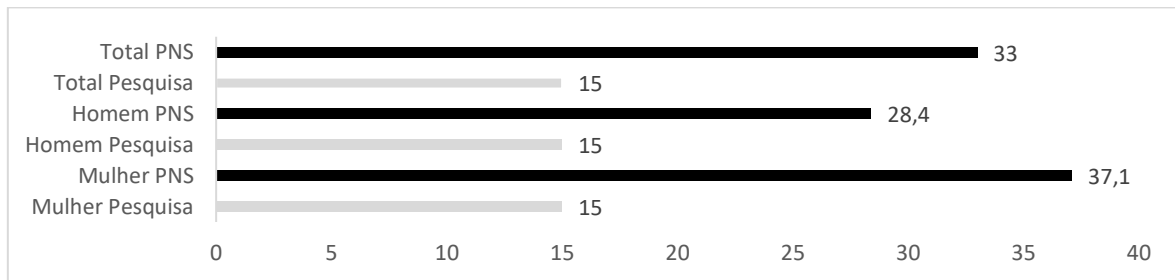


Fonte: PNS- 2019 (IBGE) e Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

A PNS 2019 estimou que, das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 8,9% perderam todos os dentes (11,0%, em 2013). A maior proporção foi entre as mulheres, 10,9%, que entre homens, 6,6%. Na atual pesquisa, apenas 0,5% haviam perdido todos os dentes (superior e inferior), sendo essa proporção igual entre as mulheres (50%) e entre os homens (50%).

Em 2019 no Brasil, da população de 18 anos ou mais de idade, 33,0% usavam algum tipo de prótese dentária (33,4%, em 2013). Já na atual pesquisa, apenas 15% utilizavam. Houve uma maior proporção de uso de prótese entre as mulheres do que entre os homens no Brasil, porém na atual investigação essa proporção foi a mesma.

Gráfico 13 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam algum tipo de prótese dentária, segundo sexo, no Brasil e na Clínica da Família Maestro Celestino - RJ - PNS/IBGE e SMS/RJ



Fonte: PNS- 2019 (IBGE) e Trabalho de campo realizado no período de agosto/2021 a janeiro/2022

Em relação à idade, tanto na PNS como na pesquisa feita na UBS, a proporção de usuários que usava alguma prótese crescia conforme se aumentava a idade. A diferença maior observada entre o Brasil e a população pesquisada foram nas idades de 40 a 59 e de 60+, onde na PNS essa proporção foi maior em ambas. Segundo a raça, tanto no Brasil como na pesquisa aplicada no território adscrito, a maior proporção de uso de alguma prótese estava na população branca e a menor nos indivíduos pretos.

Já em relação à escolaridade, a maior proporção encontrada na PNS foi dos usuários sem instrução. O mesmo foi observado na atual investigação. Já as menores proporções foram encontradas nos brasileiros de nível médio e na atual investigação essa proporção foi observada nos usuários com nível superior, com 0%.

Quando observada as médias de perda dentária e uso de alguma prótese na atual pesquisa, foi analisado que dos que não fazem o uso de nenhum dispositivo, a média de dente perdido foi de 1. Já nos usuários que relataram fazer o uso, a média de dentes perdidos foi de 4. Isso indica que não necessariamente usuários que sofreram perda de algum elemento dentário puderam fazer a sua reposição, talvez apenas ocorrendo a confecção de uma prótese somente quando a função começa a ser muito afetada devido ao menor número de dentes na boca. Isso se concretiza também nos resultados da pesquisa, onde foi observado que 53,5% dos usuários perderam pelo menos 1 dente superior e 58,5% perderam pelo menos 1 dente inferior, onde 70,5% dos usuários participantes da pesquisa perderam ao menos 1 dente de sua boca.

No geral, as proporções das respostas na atual investigação foram inferiores as proporções do Brasil mostradas na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Apenas a “perda total de dentes” que se mostrou ser bastante superior na pesquisa, já que poucos que foram entrevistados haviam perdido todos os dentes, porém foi-se discutido que o número de pessoas com pelo menos 1 ausência dentária chegou a 70%, onde apenas 15% do total dos participantes

usa algum tipo de prótese, indicando um certo nível de precariedade na saúde bucal da população pesquisada e falta de acesso aos serviços de apoio, como o serviço de prótese dentária, indicando fragilidade na rede quanto ao acesso a serviços de próteses laboratoriais. O que foi observado então é que a maioria dos usuários são jovens e a maioria possui também ao menos 1 ausência dentária sem necessariamente ter realizado a sua reposição. Como a unidade de saúde fica inserida no território da equipe mais vulnerável, portanto, com a presença em maior quantidade de usuários com maiores privações sociais, o citado por Cheachire em 2013 e por Nascimento em 2010 se torna visível com a atual investigação, já que foi explicitado que existe a extrema necessidade de planejar as ações com prioridade nas famílias que apresentam o maior risco e vulnerabilidade social.

Segundo O'dwyer, houve uma deterioração do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro. Essa “reorganização”, iniciada em 2018, foi então concretizada em 2019 com a demissão de profissionais e a redução na quantidade de equipes de Saúde da Família. Esses resultados inferiores podem ser reflexo das políticas públicas de diminuição de equipe e desmonte na qual a estrutura da saúde do município do Rio de Janeiro passou nos últimos anos, associado à paralisação dos atendimentos odontológicos devido a pandemia da Covid-19, que ainda se encontrava em curso quando houve o retorno gradual dos atendimentos.

É importante também ressaltar que os usuários que acessaram a saúde bucal neste momento eram aqueles que mais precisavam de algum procedimento odontológico, visto que foi necessário o seu agendamento em período pandêmico. Com isso, pode-se entender que os indicadores relacionados a saúde bucal podem ser bastante sensíveis a mudanças, tanto pelas políticas públicas como pelo cenário de crise sanitária como a atual que vivemos, e, além disso, podem ser utilizados para avaliar o resultado de ações e estratégias de intervenção com maior agilidade, podendo dar assim soluções melhores e mais rápidas para os problemas das populações.

Além do já citado acima, nosso país possui um território muito extenso, com muita heterogeneidade e desigualdades acentuadas. Visto com clareza na questão relacionada a autoavaliação da saúde bucal, onde a da atual investigação ficou muito inferior tanto na comparação com o Brasil como nas grandes regiões. Com isso vem-se a importância de se ter um planejamento das estratégias voltadas para o território de abrangência, conforme a necessidade e realidade e de cada local. O planejamento nesta conformação foi inicialmente formado com a criação da Estratégia Saúde da Família. Segundo Garcia em 2013, essa foi a principal estratégia para a reorganização das práticas de saúde bucal e a importância do seu papel na consolidação da Atenção Básica no SUS. Os resultados da pesquisa reforçam a

importância de ser respeitado o princípio da equidade e da necessidade do serviço se moldar conforme o território e a necessidade dos indivíduos.

A renda média da atual investigação foi de R\$ 1.100,00, sendo inferior ao salário-mínimo, que na época da investigação era no valor de R\$ 1.212,00. por Carnut em 2012, foi demonstrado que é de fato necessário a priorização das áreas com maiores iniquidades sociais para melhorar a saúde bucal das populações com privações sociais, e os resultados da atual investigação, no geral, foram inferiores ao do Brasil e das grandes regiões, demonstrando, não somente para a classe odontológica, mas para todas as outras categorias da saúde, que as estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser moldadas conforme a realidade de cada local, priorizando os indivíduos mais afetados pelas iniquidades sociais, para que só assim a saúde possa ser oferecida de forma justa e equânime.

Deixa-se claro que não somente a equipe de saúde bucal, com ações nos territórios direcionadas para as suas populações, consegue dar conta da mitigação da desigualdade em saúde bucal dos brasileiros. A desvalorização das categorias, a demissão de profissionais de saúde, o corte de equipes e a falta de insumos e de manutenção das unidades e aparelhos odontológicos, também têm relação direta com a qualidade do serviço ofertado a população. Esses aspectos foram frequentes durante os anos de 2017 a 2020 no município do Rio de Janeiro com a criação de medidas de “reorganização da APS” segundo citado por O’dwyer.

Como citado por Mendonça et. al (2018) o congelamento de recursos para a saúde e o processo de desfinanciamento por parte do governo federal tem gerado preocupações com a manutenção de políticas mais novas, como o caso da PNSB. Segundo eles, neste cenário seria possível se vislumbrar cortes de equipes, aumento do número de equipes de Saúde de Família cobertas por uma mesma equipe de Saúde Bucal e demissão de técnicos de saúde bucal, o que caracteriza mudanças de equipes de modalidade II para a I. Esses constantes ataques causam não só a descontinuidade do acesso e da oferta de ações para os usuários até então cobertos, mas também o retorno à tradicional forma de organização da assistência, colocando em risco os avanços conquistados desde o reconhecimento da saúde bucal como uma política, e consequente aumento na iniquidade em saúde bucal. Este cenário, como citado acima, foi claramente instalado no município do Rio de Janeiro. Com os resultados da pesquisa é possível observar o quão danoso para a população este tipo de política pública pode ser, colocando mais ainda em dúvida se este é o caminho ideal a ser delineado para os próximos anos no Rio de Janeiro e em outros municípios do Brasil

## 7 CONCLUSÃO

Conclui-se então que, no geral, os resultados do módulo U da PNS foram inferiores na Unidade Básica de Saúde Maestro Celestino quando comparados com os resultados do Brasil em 2019. Apenas a “perda total de dentes” mostrou ser muito superior na pesquisa, já que poucos dos que foram entrevistados haviam perdido todos os dentes. Mesmo assim, os números de usuários que acessaram o serviço odontológico da Unidade Básica de Saúde Maestro Celestino e já haviam perdido pelo menos 1 elemento dentário chegou a 70%.

Além deste indicador citado acima, alguns outros foram superiores na atual investigação quando comparados com a PNS 2019. Em “Proporção de pessoas que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo o sexo”, o sexo masculino na PNS 2019 indicou 91,7%, enquanto na atual investigação foi de 93,3%. Em “Proporção de pessoas que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo a idade”, os idosos da atual pesquisa foram superiores comparando-se com a PNS 2019.

Ao compararmos a “Proporção de pessoas que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo a escolaridade”, a população sem instrução e a de Nível superior foram maiores na atual investigação. Enquanto os sem instrução na PNS 2019 chegaram a 87,5%, na atual pesquisa foi a 91,5%. Já entre o Nível superior, a PNS 2019 foi de 98,2% e na atual investigação foi de 100%.

Outro fator importante foi a praticidade que a ferramenta de coleta e armazenamento de dados Kobotoolbox proporcionou, dando agilidade na coleta no campo. Em meio ao dia a dia corrido de retorno dos atendimentos eletivos e de demanda livre na APS, a coleta por este instrumento foi bastante positiva. Sua inserção no processo de trabalho foi ótima, sem prejudicar o serviço prestado à população. Com isso, este instrumento pode ser utilizado também para outros processos de trabalho de colegas que pretendem trabalhar com este tipo de ferramenta de coleta de dados.

Como fragilidades e dificuldades, pode-se colocar como mais marcante o fato do estudo ter se dado em um período pandêmico, de retorno gradual dos atendimentos após longo período de paralisação. A pesquisa foi idealizada em um ambiente epidemiológico de condições normais, porém foi-se mantido o foco mesmo em um cenário não tão favorável para a realização de pesquisas de campo. Além disso, o número de profissionais presentes na unidade é baixo, sem a presença de estagiários ou residentes para o auxílio na coleta de dados, o que dificultou um pouco no alcance de um número maior da amostra. Por último, a questão da variante

omicron em janeiro de 2022 também impossibilitou a continuação das entrevistas já que todos os atendimentos foram novamente suspensos, havendo a necessidade da paralisação da coleta de dados e início então da análise dos resultados.

Como pontos positivos, a pesquisa reforçou que é de extrema necessidade a presença da Estratégia Saúde da Família para que os serviços possam ser moldados e oferecidos conforme a necessidade da população e seu território, onde o modelo tradicional não responderia a essa demanda de forma adequada. Além disso, demonstrou também que existe a necessidade de maior apoio da rede de especialidades odontológicas, onde foi explicitado na investigação que não há acesso ao serviço de prótese dentária na população estudada, podendo ser possível levar este resultado a debates em instâncias superiores, como a secretaria municipal de saúde, para se ampliar então o acesso a outros níveis de atendimentos odontológicos.

Tendo em vista os resultados demonstrados, que indicaram certo nível de precariedade na população investigada, outros trabalhos devem ser realizados para avaliar as variáveis sensíveis que influenciam nos indicadores odontológicos, podendo assim confrontarem também seus resultados locais com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, com o objetivo de se estabelecer políticas públicas na área de odontologia relacionadas ao contexto locorregional e socioeconômico.

## REFERENCIAS

- BALDINI, M. H., NARVAI, P. C., ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, 1996. **Cad Saúde Pública**. v.18; p. 755-763. 2002.
- BARROS, A.J.D., BERTOLI, D.A. Desigualdades nas utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência em saúde coletiva**. v.7(4):p.709-17.2002
- BOING, A. F. et al. Determinantes Sociais da Saúde e Cárie Dentária no Brasil: Revisão Sistemática da Literatura no Período de 1999 a 2010. **Rev. Bras. Edipemiol. Suppl. D.S.S.** p.102-115. 2014
- BOING, A. F., PIRES, M. A., KOVALESKI, D. F., ZANGS, S. E. ANTUNES, J. L. Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais; Características da produção na década de 90. **Cad Saúde Pública**; v. 13; p 673-678. 2005.
- BRASIL. Ministério da saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997.
- BRASIL. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2006; 29 mar.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 3º Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e qualidade superando exclusão social. **Relatório final**. Brasília , 29 jul. – 1ºago. 2004b.
- BUENO R.E., MOYSÉS S.J., MOYSÉS S.T. Millennium development goals and oral health in cities in Southern Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.38(3); p.197–205. 2010
- BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T.;BUENO, P. A. R.; MOYSÉS, S. J.; Determinantes Sociais e Saúde Bucal de Adultos nas Capitais do Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**.v36(1); p.17-23. 2014
- CARNUT, L; SILVA, J. L. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: Das Desigualdades Sociais à Inserção das Ações. **JManagPrim Health Care**. v3(2);p.186-196. 2012
- CHEACHIRE, L. A., CORTELLAZI, K. L., VAZQUEZ, F. L., PEREIRA, A. C., MENEGHIM, M. C., MIALHE, F. L. Associação entre Risco Social Familiar e Risco à Cárie Dentária e Doença Periodontal em Adultos na Estratégia de Saúde da Família. **Pesquisa BrasOdontopedClinIntegr**, João Pessoa, v. 13(1); p. 101-110. 2013.
- CHUCH, H. S. Et. Al. The controlled Direct Effect of Early Life Socioeconomic position on periodontitis in a Birth Cohort. **American JournalofEpidemiology**. v.88; p.1101-1108. 2019
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. **Ver. Adm. Púb.** v.26; p.8-19, 1992

D'AVILA, O. P. HARZHEIM, E. , HAUSER, L..., PINTO, L. F., CASTILHOS E.D.e HUGO, F. N. Validação da versão brasileira do Primary Care Assessment Tool (PCAT) para Saúde Bucal - PCATool Brasil Saúde Bucal para Profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.26(6): p.2097-2108, 2021.

GARCIA, D. V. Sobre os bastidores do processo de formulação de políticas públicas: considerações acerca da saúde bucal no Brasil. **Revista de políticas públicas**. v. 17(1); p. 203-209, 2013.

GIOVANELLA, L et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**. v35(3). 2019

HART J. T. The inverse care law. **The Lancet**, London, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional De Saúde (PNS) - Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida, Doenças Crônicas e Saúde Bucal- Min. Da Saúde e Min. Da Economia. Brasil e Grandes Regiões. 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998: Brasil/ IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

JUNQUEIRA S.R., FRIAS A.C., ZILBOVICIUS C., Araújo M.E. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. **CiencSaude Coletiva**. v17(4); p.1015–24. 2012

KOBOTOOLBOX. Simple, robust and powerful tools for data collection, 2021. Disponível em: <<https://www.kobotoolbox.org/>>. Acesso em: 05 de fev. de 2021.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C., Condim, R. e Giovanella, L. Atenção Primária a saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 648 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários (PACS). Brasília, 2006.

MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo, Atlas, 1995.

MONTORI, V.; ISLEY, W.; GUYATT, G. Waking up from the dream of preventing diabetes with drugs. **British Medical Journal**, London, v. 334, n. 7599, p. 882-884, 2007.

MOYSÉS S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev Bras Odontol Saude Coletiva**. v1(1); p.7–17. 2000

NARVAI, P. C., FRAZÃO, P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.



NASCIMENTO, F. G., PRADO, T. N., GALAVOTE, H. S., MACIEL, E. L. N. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias na unidade de saúde da família em Vitória, ES, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15; p. 2465-2472. 2010.

NICKEL, D. A., Lima, F. G. e Da Silva, B. B. Modelos assistenciais em saúde no Brasil. **Cadeno de Saúde Pública**. v. 24(2); p. 241-246. 2008

NORMAN, A. H. e TESSER, C. D., Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v25(9): p.2012-2020,2009.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção a Saúde. **Oranização Pan-americana de Saúde (OPAS/PAHO)**.2º edição. Brasília-DF. 2011

O'DWYER, G. et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, dez. 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**. v.23(6); p.1723-1728. 2018

PASSOS, J. S. et al. Condições de Vida e Saúde bucal: Uma Abordagem Teórico-Conceitual das Desigualdades Sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.35(1); p.138-150 jan./jun. 2011

PERES, M.A., PERES, K.G, THOMSON, W.M. et al. The Influence Of Family Income Trajectories From Birth to Adulthood On Adult Oral Health: Findings From The 1982 Pelotas Birth Cohort. **Am J Public Health**. v.101(4). p.730-736. 2011

PIMENTEL F. C. et. al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária na organização do atendimento clínico. **Caderno de Saúde Pública**, **28**, supl.:S146-S157, 2012.

SILVA, J. V; MACHADO, F. C. A; FERREIRA, M. A. F. F; As desigualdades Sociais e Saúde Bucal nas Capitais Brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. v20(8). p.2539-2548. 2015

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, May 2016.

STARFIELD, B. et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008.

STOPA, S. R; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M; Gouvea, E. C. D. P.; Vieira, M. L. F. P.; Freitas, M. P. S.; Sardinha, L. M. V e Marcário, E. M. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29(5), 2020.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro.**”, desenvolvida por **Hugo Montes Ribeiro de Souza**, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto. O objetivo central do estudo é traçar o perfil sociodemográfico e avaliar a situação da saúde bucal de usuários adultos que são atendidos na Clínica da Família Maestro Celestino.

Sua participação é voluntária, portanto, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Os possíveis riscos de sua participação podem ser de identificação pessoal na divulgação de resultados, alguns constrangimentos e o tempo de resposta do questionário. Para diminuir os possíveis danos e assegurar sigilo e privacidade das informações por você prestadas, apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade das informações terão acesso a seus dados e não uso destas informações para outras finalidades, ainda as análises serão agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome ou equipe de saúde.

A sua participação consistirá em responder um questionário sobre seus hábitos e sua saúde bucal. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através do seguinte meio de contato: [hugomontes@id.uff.br](mailto:hugomontes@id.uff.br)

Será garantido o ressarcimento de possíveis despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código

Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os resultados serão apresentados a todos os participantes por meio de apresentação e envio da versão final do relatório de pesquisa.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado. Não há benefícios individuais por sua participação na pesquisa, e sim coletivos.

### **Observações Finais:**

Este Termo é redigido em duas vias sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863 / E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br acesse <https://cep.enp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Contato com o (a) pesquisador(a) responsável – Hugo Montes Ribeiro de Souza (Mestrando em Atenção Primária à Saúde ENSP/Fiocruz): Tel. (21) 99888-1399/ e-mail: hugomontes@id.uff.br

---

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro.**” e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

## APÊNDICE B - Termo de Anuência da Unidade de Saúde



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

A Clínica da Família Maestro Celestino, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “O perfil sociodemográfico e a situação de saúde bucal de usuários adultos de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro” sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Hugo Montes Ribeiro de Souza, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

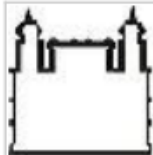
No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuenta” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do gestor da Unidade

**ANEXO A - PARECER DO CEP DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SÉRGIO AROUCA**



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro.

**Pesquisador:** HUGO MONTES RIBEIRO DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47697521.7.0000.5240

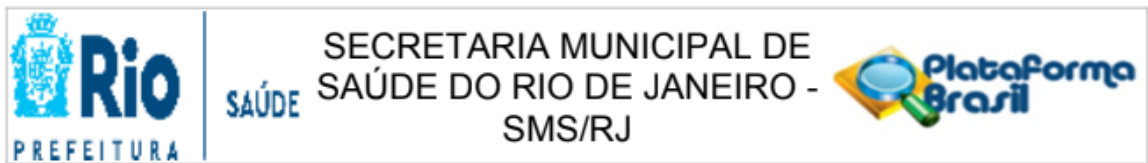
**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.833.610

## ANEXO B - PARECER DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro.

**Pesquisador:** HUGO MONTES RIBEIRO DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47697521.7.3001.5279

**Instituição Proponente:** RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.884.708



## ANEXO C – QUESTIONÁRIO DO PROJETO

### Questionário do projeto: "O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro", do pesquisador Hugo Montes Ribeiro de Souza da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Número do questionário

---

Equipe de cadastro

- Lourenço Marques  
 Leocádio Figueiredo  
 Melhoral

Idade

---

Sexo

- Masculino  
 Feminino

Cor ou Raça

- Preta  
 Branca  
 Parda  
 Amarela  
 Indígena

Sua casa está ligada à rede geral de distribuição de água?

- Sim  
 Não

Tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público?

- Sim  
 Não

Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?

- Sim  
 Não
-

**Curso mais elevado que frequentou?**

- Creche
- Pré-escola
- Classe de alfabetização - CA
- Alfabetização para jovens e adultos
- Antigo primário (elementar)
- Antigo ginasial (médio 1º ciclo)
- Regular do ensino fundamental ou do 1º grau
- EJA do ensino fundamental ou supletivo 1º grau
- Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)
- Regular do ensino médio 2º grau
- EJA do ensino médio ou supletivo do 2º grau
- Superior - graduação
- Especialização (mínimo 360 horas)
- Mestrado
- Doutorado

**Trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?**

- Sim
- Não

**Qual rendimento bruto mensal recebido normalmente nesse trabalho?**

---

**Na sua higiene bucal: Usa escova de dente?**

- Sim
- Não

**Usa pasta de dente?**

- Sim
- Não

**Usa fio dental?**

- Sim
- Não

**Usa enxaguante bucal?**

- Sim
  - Não
-

**Outros?**

- Sim  
 Não

**Com que frequência você usa a escova de dente?**

- 3 vezes ou mais por dia  
 2 vezes por dia  
 1 vez ao dia  
 Não escovo todos os dias

**Com que frequência você troca a sua escova de dentes?**

- Menos de 3 meses  
 De 3 a 6 meses  
 De 6 meses a 1 ano  
 1 ano ou mais  
 Nunca trocou

**Como você avalia a sua saúde bucal?**

- Muito boa  
 Boa  
 Regular  
 Ruim  
 Muito Ruim

**Qual grau de dificuldade para se alimentar devido a problemas com seus dentes ou dentadura?**

- Nenhum  
 Leve  
 Regular  
 Intenso  
 Muito intenso
-

**Qual é o principal motivo para a sua ida ao Dentista na última vez?**

- Limpeza, prevenção ou revisão
- Dor de dente
- Extração
- Tratamento dentário (obturação, canal etc.)
- Problema na gengiva
- Tratamento de ferida na boca
- Implante dentário
- Coloca o/manuten o de aparelhos nos dentes
- Coloca o/manuten o de prótese ou dentadura
- Nunca fui ao Dentista
- Outro

**Onde foi sua última consulta odontológica?**

- Unidade Básica de Saúde
- Policlínica, PAM ou centro de especialidade pública
- UPA
- CEO
- Ambulatório de hospital público
- Consultório particular ou hospital privado
- Pronto atendimento ou emergência de hospital privado
- Outros

**Você pagou algum valor por esta consulta odontológica?**

- Sim
- Não

**Esta consulta odontológica foi feita pelo SUS?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não lembra

**Você perdeu algum dente permanente de cima?**

- Sim
  - Não
  - Sim, perde todos de cima
-

**Você perdeu algum dente permanente debaixo?**

Sim

Não

**Você usa algum tipo de prótese dentária?**

Sim

Não