

FACULDADE MERIDIONAL – IMED

ESCOLA DE ODONTOLOGIA

PAOLA CARLA COPPE

**CONDIÇÕES DA SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO
SUL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PASSO FUNDO

2015

PAOLA CARLA COPPE

**CONDIÇÕES DA SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO
SUL**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado pela acadêmica de Odontologia Paola Carla Coppe, da Faculdade Meridional - IMED, como requisito para a obtenção de grau em Odontologia.

PASSO FUNDO

2015

PAOLA CARLA COPPE

**CONDIÇÕES DA SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO
SUL**

Professor orientador: Dra. Graziela Oro Cericato

PASSO FUNDO

2015

APRESENTAÇÃO

Acadêmica

Nome: Paola Carla Coppe

E-mail: carla_coppe@hotmail.com

Telefones: Residencial:

Celular: (54) 99665159

Área de Concentração: Clínica odontológica.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia em Saúde Bucal.

DEDICATÓRIA

Com muito carinho dedico ao meu pai Danilo José Coppe, a minha mãe Rosmari Coppe e a minha irmã Micheli Coppe, pelo carinho, compreensão e não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Quero *agradecer*, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

À professora Graziela Oro Cericato, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica.

Aos meus colegas, pelo apoio, ajuda e carinho durante essa trajetória.

Aos meus pais, irmã e namorado, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.

Aldo Novak

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo verificar a situação de saúde bucal e identificar os principais problemas relacionados à saúde bucal de usuários do Sistema Único de Saúde do município de Getúlio Vargas/RS. Foi realizado um estudo quantitativo, do tipo transversal, com 29 pessoas voluntárias, distribuídas em 4 UBS do município. Após a aprovação do CEP/IMED, a coleta de dados realizou-se por meio de acompanhamento juntamente com o cirurgião-dentista de cada local (UBS). Os exames clínicos foram realizados pelo cirurgião dentista, segundo os parâmetros do SB Brasil 2000. Constatou-se que se tratava de uma população de adultos jovens e adultos maduros com perfil socioeconômico médio, nível de escolaridade médio, vivendo em moradias com boa infraestrutura. Com relação a saúde bucal, encontraram-se altos níveis de CPO-D(Cariados, Perdidos, Obturados), com média de 12,86, mas baixo nível de cárie (1,16), onde os dentes perdidos foram, em média 6,16 e os obturados, 5,53. Referente ao uso de prótese, 86% não possui edentulismo total, 62% edentulismo parcial e 100% não necessita de nenhum tipo de tratamento protético. Essa população apresentou boa condição de saúde bucal, com dados demonstrando história pregressa de exposição e acometimento à doença cárie e perda dentária.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Cárie Dentária. Doença Periodontal.

ABSTRACT

This study aimed to determine the oral health situation and identify the main problems related to oral health of users of the Unified Health System in the city of Getulio Vargas / RS. A quantitative study was conducted cross-sectional with 29 volunteers, divided into four municipal UBS. After approval of the CEP / IMED, data collection took place through follow along with each local dentist (UBS). Clinical examinations were performed by a dentist, within the parameters of the SB Brazil 2000. It was found that this was a population of young adults and older adults with average socioeconomic profile, average education level, living in housing with good infrastructure. Regarding oral health, found to have high levels DMFT (Decayed, Missing, filled), averaging 12.86, but low level of caries (1.16), where the missing teeth were on average 6 , 16 and filled, 5,53. Referente the use of prosthesis, 86% do not have Edentulism, 62% partial tooth loss and 100% does not require any type of prosthetic treatment. This population showed good oral health condition, with data demonstrating a history of exposure and involvement to decay and tooth loss disease.

Key Words: Oral Health. Dental Caries. Periodontal Diseases.

LISTAS DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Distribuição das variáveis do nível socioeconômico	24
Tabela 2	Distribuição das variáveis dos Serviços Odontológicos	25
Tabela 3	Distribuição das variáveis da Autopercepção em Saúde Bucal.....	27
Tabela 4	Distribuição das variáveis de uso de prótese e maloclusão dentária	28
Figura 1	Quanto ao motivo do atendimento.....	30
Figura 2	Necessidade de urgência ou não.....	30
Figura 3	Qual foi o procedimento realizado.....	31
Figura 4	Índice de CPO-D (Cariados, Perdidos, Obturado)	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	22
4.2	AMOSTRA.....	22
4.3	COLETA DE DADOS.....	22
4.3.1	Critérios de Exclusão.....	23
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.5	QUESTOES ÉTICAS.....	23
5	RESULTADO.....	24
6	DISCUSSÃO.....	32
7	CONCLUSÃO.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICES.....	38
	ANEXOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, o Brasil passou por mudanças significativas na saúde pública. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o foco do trabalho tem sido a promoção da saúde, levando em consideração que o processo saúde-doença é determinado socialmente e para explicá-lo é preciso conhecer as condições em que o indivíduo vive e suas interações com a família e com a comunidade. No Programa Saúde da Família (PSF), propõe-se uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, aproximando os profissionais da comunidade, e assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva, por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que presta auxílio de acordo com as reais necessidades da população (FIGUEIREDO et al., 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, pela prática técnico-biologista, pelo individualismo, e pela baixa resolubilidade, que tem gerado, ao longo dos anos, um alto grau de insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde (BARBOSA et al., 2007). Em relação a Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Brasil, sua inserção no PSF ocorreu no ano de 2000 representando um novo aporte de recursos financeiros e a ampliação das redes de serviços em vários pontos do país (EIDELWEIN;BERTI, 2010).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal, com o objetivo de ampliar e democratizar a cobertura odontológica do país. Desde então, a Saúde Bucal Coletiva conta com a participação de profissionais integrados aos princípios de promoção de saúde, baseando-se em ações educativas e preventivas e não mais em tratamentos centralizados apenas em procedimentos operatórios e emergenciais. Assim, em qualquer proposta de intervenção em saúde deve-se observar cada espaço social, a fim de conhecer suas reais condições e, assim, compreender o indivíduo, seu papel de cidadão, e as redes sociais que ele constrói, sendo possível, dessa forma, definir suas necessidades, seus problemas e seus processos coletivos de transformação do modo de vida em sociedade para conseguir a saúde bucal (FIGUEIREDO et al., 2011).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui um marco histórico das políticas públicas uma vez que agrega em seu conteúdo discussões desde o Movimento pela

Reforma Sanitária Brasileira e apresenta, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS. As diretrizes dessa política buscam contemplar o estabelecimento pela Constituição Federal do Brasil (Capítulo II, Seção II, Artigo 196; 1988): *“a saúde é direito do todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. Desse modo, tornou-se fundamental compreender saúde de um modo integral e universal, não apenas no que se refere ao acesso aos serviços, mas também se considerando as desigualdades sociais, visando políticas que reduzam as iniquidades ou falta de equidades sociais (LUCENA; PUCCA; SOUSA, 2011).

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo fazer um levantamento das condições de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Getúlio Vargas e cadastrados na UBS do município. Estudos como esse são de grande relevância, pois identificando os problemas bucais prevalentes na população podemos intervir na conscientização das pessoas para um maior cuidado com esta. Além do mais, pequenas atitudes diárias, como a escovação dos dentes três vezes ao dia, uso do fio dental e dieta saudável são fundamentais para a não formação de cárie, gengivite, periodontite entre outras doenças.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Um estudo teve como propósito analisar o conhecimento popular e as práticas cotidianas em saúde bucal de usuários dos serviços públicos municipais de saúde esperando com isso fornecer subsídios para futuras estratégias em educação para a saúde. A população estudada foi selecionada através de uma amostra estratificada de usuários que procuraram atendimento nas unidades sanitárias da zona urbana de Santa Maria, RS. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e organizados em conjuntos de categorias descritivas, permitindo sua distribuição em tabela de frequência. Os usuários que predominaram foi entre 21 e 40 anos de idade, do sexo feminino e com padrão socioeconômico baixo. A busca pela saúde e o controle das doenças bucais são atribuídos à responsabilidade individual de realizar a higiene bucal e procurar tratamento dentário. A presença e os benefícios do flúor no creme dental e na água de beber não foram reconhecidos pela população estudada (UNFER; SALIBA, 2000).

Pauleto; Pereira; Cyrino(2004)objetivaram analisar os principais programas educativos em saúde bucal, visando estender uma reflexão crítica sobre o tema, tendo em vista contribuir para elaboração de novos programas educativos na área da odontologia. Também buscamos trazer aspectos pedagógicos, problema do cuidado com a saúde bucal, aprendizagem significativa, construção do conhecimento emancipatório, autonomia em relação aos cuidados com a saúde, direta a informação e cidadania. Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre programas em saúde bucal desenvolvidos em âmbito nacional, especialmente no Estado de São Paulo. A revisão bibliográfica sobre o tema permitiu identificar quatro tendências: ações curativas e preventivas com práticas educativas, ações preventivas com bochechos fluorados e práticas educativas pontuais, práticas educativas com foco na informação e no uso de recursos mobilizadores, prevenção e práticas educativas de conscientização.

Um estudo realizado por Reis(2005) teve como objetivo analisar a percepção dos idosos acerca da velhice e da saúde bucal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja a coleta de dados se deu através de uma entrevista semi-estruturada e da observação sistemática. Foi realizado um estudo com 30 idosos com idade variando de 60 a 90 anos, 20 de instituições de longa permanência e 10 participantes de grupos de terceira idade. Os resultados foram que os idosos veem a velhice de maneira diversa e a percepção de saúde bucal está ligada a aspectos físicos, subjetivos e sociais.

Foi realizado outro estudo sobre a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas (BA), no período de 2001 a 2004, com o objetivo de verificar os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal: vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade. É um estudo qualitativo de perspectiva histórico-social. Foram entrevistados trabalhadores, gestores e usuários, observação da prática e fontes documentais e os resultados demonstraram que a prática é organizada através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada. O acolhimento é manifestado através de uma relação tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir alternativas de mudança. Vínculo e autonomia entrecruzam-se no resgate da relação trabalhador usuário e no encontro de suas potencialidades, possibilitando horizontalizar saberes, estreitar laços e consolidar afetos. Por fim, a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção (SANTOS; ASSIS, 2006).

O objetivo de um estudo foi descrever o processo de implantação, identificando a percepção dos profissionais de saúde bucal com relação às atividades desenvolvidas, ao processo de trabalho e à expectativa de melhoria das condições de saúde bucal das famílias descritivas. Foi realizada uma coleta de dados através de uma entrevista semi-estruturada onde os sujeitos de pesquisa eram os CD e auxiliares de consultórios dentários das sete ESB, sendo entrevistados 92,85% do total destes profissionais. Os principais resultados encontrados foram os anseios de mudanças das práticas realizadas no modelo tradicional, bem como, a interação dos profissionais que compõem as ESB, na perspectiva de propiciar aos usuários do serviço uma assistência integral e resolutiva. Destaca-se também a necessidade da valorização dos profissionais como parte integrante das Equipes de Saúde da Família. Conclui-se que a mudança do quadro epidemiológico em saúde bucal a partir da inclusão das ESB no PFS é uma das metas a ser atingida, bem como a melhoria do acesso dos usuários, à medida que esta estratégia possibilitará oferecer uma assistência à saúde universal e igualitária (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Um estudo teve como objetivo analisar a prevalência e gravidade da cárie dentária, maloclusão e alteração gengival em pré-escolares de cinco anos de idade residentes em áreas do Programa Saúde da Família (PSF). Participaram deste inquérito 1374 crianças. A dominância da

cárie foi de 49,6% e o ceod (média de dentes cariados, extraídos e obturados) igual a 1,97, sendo que a maioria dos dentes encontrava-se cariados (85,78%). A predominância de alteração gengival foi de 7,40% e má oclusões leve e moderada/severa de 24,90% e 12,70%, respectivamente, demonstrando alto predomínio e gravidade de problemas bucais (ALMEIDA et al.,2009).

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e gravidade da cárie dentária e a necessidade de tratamento em pré-escolares de cinco e seis anos de idade em um município com fluoretação de águas. Foi um estudo do tipo transversal caracterizado por um censo, sendo examinadas 432 crianças de cinco e seis anos, de ambos os sexos, das escolas da rede municipal de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. O levantamento epidemiológico foi realizado por meio de exames clínicos e dados relativos às questões demográficas referentes aos pré-escolares, segundo metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Os examinadores foram devidamente treinados e calibrados, obtendo resultado do teste Kappa de 0,91. A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre (RS). O índice ceo-d foi de 4,1 ($\pm 3,73$) e somente 106 (24,5%) das crianças estavam livres de cárie dentária na dentição decídua; a prevalência da necessidade de tratamento de cárie foi de 69,9%. Conclui-se que teve alta prevalência de cárie dentária e grande necessidade de tratamento, denotando que as estratégias de promoção de saúde bucal do município ainda não estão sendo efetivas (RIGO; SOUZA; CALDAS, 2009).

Outro estudo realizado teve como objetivo fazer um levantamento das condições de saúde bucal da população residente no bairro Figueirinha, no município de Xangrilá, RS. Os métodos analisados envolveram avaliação do Índice de Placa Visível (IPV), Índice de Sangramento Gengival (ISG), Índice de Cárie e Perfil Sócio-econômico-cultural da população infantil, adolescente, adulta jovem e adulta madura, cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da UBS de Figueirinha. A apresentação foi composta por 339 pessoas voluntárias, distribuídas em 104 famílias na qual o responsável aceitou participar da pesquisa. Constatou-se que se tratava de uma população jovem, de baixa renda e nível de escolaridade igualmente baixo com moradias de péssima infraestrutura. Encontrou-se alto índice de placa visível (74,7%) e sangramento gengival (63,6%). Os jovens apresentaram alto índice de dentes cariados, e os adultos de dentes perdidos. Concluiu-se que essa população mostrou má condição de saúde bucal e qualidade de vida (FIGUEIREDO et al.,2011).

Soares e Paim (2011) objetivaram analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Município de Salvador, Bahia, no período de 2004 a 2007, conversando sobre fatores que facilitaram ou dificultar tal processo. Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, um estudo de caso desenvolvido na Secretaria Mundial da Saúde de Salvador no período de 2004 a 200. As estratégias de coleta de dados incluíram análise de documentos municipais, entrevistas com informantes-chave e observação direta de reuniões de gestão na Secretaria Municipal de Saúde. Os principais fatores que dificultaram a implementação da política municipal de saúde bucal foram a falta de especificidade do projeto; falta de recursos humanos; e falta de autonomia financeira na Secretaria Municipal de Saúde. Concluiu-se a falta de conexão entre as variáveis compreendendo o triângulo governo levantado obstáculos para a implementação da política de saúde bucal em Salvador.

Almeida et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de descrever as condições de saúde bucal de crianças, adolescentes e adultos residentes em áreas cobertas pela estratégia de saúde da família no município de Salvador (BA), a partir de dados coletados por inquérito. O estudo realizado era do tipo transversal, com uma amostra de 1.258 crianças, 1.286 adolescentes e 1.249 adultos; os exames foram realizados em escolas e domicílios. O percentual de indivíduos livres de cárie variou de 51,1 a 1,3%, de acordo com a idade, a gravidade da cárie aumentou da infância para a fase adulta (índice de dentes cariados, perdidos e obturados – índice CPO-D) a necessidade de prótese inferior e superior foi grande na adolescência (13,8% e 6,2%, respectivamente) e entre adultos (79,7% e 70,1%), a predominância de fluorose foi de 18,0% nas crianças e de 9,0% nos adolescentes. Concluiu-se uma alta prevalência e gravidade de problemas bucais.

Outro estudo teve como objetivo foi identificar a auto percepção da saúde bucal dos idosos de um município brasileiro de médio porte, por meio do indicador subjetivo GOHAI, e investigar as variáveis associadas a essa auto percepção. Foi desenvolvida no Município de Parnaíba, a população de estudo foram os idosos com 60 anos ou mais de idade de ambos os gêneros, cadastrados nas equipes de saúde da família da zona urbana de Parnaíba. Participaram da pesquisa 321 idosos, sendo 119 (37,1%) eram de gênero masculino e 202 (62,9%) do gênero feminino. Os idosos apresentaram a saúde oral pobre, com média de CPOD 29,41 (DP = 4,10). Contudo, sua saúde bucal percebida foi positiva, com 52% apresentando altos escores. A análise multivariada mostrou que os preditores de saúde bucal percebida incluíram a necessidade

depróteses superiores, lesões nas mucosas orais, e autoavaliada saúde bucal. O mais importante preditor foi autoavaliação de saúde oral, com um peso de 20% variação na saúde bucal percebida. Concluíram-se as precárias condições de saúde bucal dos indivíduos pesquisados, com grande número de dentes perdidos (VASCONCELOS et al., 2012).

Cardoso e Silva (2012) realizaram um estudo com o objetivo de testar a abordagem metodológica para avaliação da cobertura dos serviços de atenção básica em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). Para isso, foi realizado um estudo de agregados espacial e temporal, tendo como unidades de análise o município e seus 12 distritos sanitários. Foi estimada a cobertura real e potencial de diversos procedimentos realizados na atenção básica. Para a estimativa das coberturas além do padrão ministerial, foi elaborado um segundo padrão com objetivo de estabelecer uma aproximação com as necessidades da saúde da população. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Foram encontradas baixas coberturas assistenciais no período analisado, a despeito da ampliação discreta verificada tanto na cobertura de consultas médicas (7,8%) quanto na produção de ações básicas de enfermagem (66,7%). Já as consultas odontológicas apresentaram redução em 40%. Foram discutidas tanto as possibilidades do uso da metodologia para o monitoramento da cobertura, como as suas limitações tendo em vista as deficiências dos sistemas de informação.

A autoavaliação da saúde é um indicador subjetivo que combina componentes físicos, emocionais e do bem-estar individual e vem adquirindo papel, importante na área da Saúde Pública, sendo utilizada na avaliação do estado da saúde da população geral. O presente estudo teve como objetivo os cuidados assistenciais se o estado de saúde bucal, incluindo a autoavaliação, utilizando dados de 1.871 indivíduos, com 18 anos ou mais de idade, entrevistados na Pesquisa Mundial de Saúde- Atenção Básica, realizada em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no ano de 2005. Foram utilizados modelos de regressão logística binária para identificar os determinantes da autoavaliação de saúde bucal “excelente” ou “boa”. Para ambos os sexos, as variáveis significativamente associadas à autoavaliação da saúde bucal foram: renda domiciliar per capita, frequência de visita odontológica e perda de dentes e uso de prótese. Os resultados evidenciam um gradiente socioeconômico na percepção subjetiva, uma precária saúde bucal entre os idosos e a importância da visita odontológica regular para manutenção da saúde bucal (MENDONSA; SZWARCOWALD; DAMACENA., 2012).

Marques et al.(2013) realizaram um estudo para estimar a prevalência e a extensão da cárie radicular na população adulta e idosa do Brasil. A partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010) foram examinados 9.564 adultos e 7.509 idosos em domicílios das 26 capitais e no Distrito Federal e de 150 municípios do interior de cada macrorregião. Adotaram-se os critérios de diagnóstico preconizados pela Organização Mundial da Saúde. Para estudo da prevalência e de extensão utilizou-se o índice de cárie radicular e o índice de raízes cariadas e obturadas. A prevalência de cárie radicular foi de 16,7% nos adultos e 13,6% nos idosos; o índice de raízes cariadas e obturadas foi de 0,42 e 0,32, respectivamente, a maior parte composta por cárie não tratada. Observaram-se diferenças na experiência de cárie radicular entre capitais e macrorregiões, com valores maiores em capitais do Norte e Nordeste. O índice de cárie radicular nos adultos variou de 1,4% em Aracaju (SE) a 15,1% em Salvador (BA) e nos idosos de 3,5% em Porto Velho (RO) a 29,9% em Palmas (TO). Verificou-se incremento da cárie radicular com a idade e maior expressividade da doença em homens de ambos os grupos etários. A conclusão foi uma grande variação da prevalência e extensão da cárie radicular entre e dentro das regiões do Brasil, tanto em adultos quanto em idosos, e a maior parte da cárie radicular encontra-se não tratada. Recomenda-se a incorporação deste agravo ao sistema de vigilância em saúde bucal, devido à sua tendência crescente.

Um estudo transversal, de base domiciliar teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de adultos moradores no entorno de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, conforme a prevalência e a severidade de cárie dentária. Os indicadores utilizados na coleta de dados foram o índice de cárie CPOD e a Escala WHOQOL-bref. A prevalência de cárie foi definida a partir da presença de pelo menos um dente cariado ($C > 1$) e a maior gravidade pelo $CPOD > 25$. A amostra foi constituída por 1138 adultos, sendo que 461 apresentaram pelo menos um dente cariado. Houve melhores índices de qualidade de vida para os grupos de pessoas sem cárie e com menor gravidade de cárie. Os autores demonstraram que à medida que o número de dentes cariados e o CPOD aumentam a qualidade de vida diminuí ($p < 0,001$), sendo que a correlação negativa entre cárie e qualidade de vida foi verificada nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, demonstrando-se que a cárie dentária resulta em impacto negativo na qualidade de vida de adultos (COSTA; VASCONCELOS; ABREU., 2013).

Outro estudo teve como propósito descrever a construção da rede regionalizada de saúde, focalizando a atenção à saúde bucal e identificando dificuldades e avanços no seu processo de

implementação. Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, com análise qualitativa e correspondeu a um processo de interpretação dos dados brutos pela denominada Teoria Fundamental nos Dados (TFD). Realizaram-se entrevistas com gestores, profissionais de saúde e professores graduados em Odontologia, constituindo três grupos. A categoria central denominou-se “Potencializando a interação no cuidado à saúde bucal na rede de atenção à saúde no processo de regionalização”. No modelo proposto a potencialização das interações decorre de condições como: Caracterização do cuidado à saúde bucal na rede regionalizada de atenção à saúde; Identificação das dificuldades na implementação e Análise do funcionamento da rede de atenção à saúde bucal. Os elementos recolhidos neste trabalho indicam a implantação da rede regionalizada de atenção como condição para levar o cuidado à saúde bucal a um novo patamar de atenção e assistência (MELLO et al., 2014).

O objetivo de um estudo foi determinar a organização da rede de atenção à saúde bucal em municípios com mais de 100 mil habitantes, no Estado de Santa Catarina, Brasil, identificando-se a presença dos elementos constitutivos: população, estrutura operacional e modelo de atenção, assim como a integração entre eles nessa rede. Este é um estudo de natureza descritiva e exploratória, de base qualitativa. Dados primários foram obtidos por meio da aplicação de questionário aos gestores municipais de saúde bucal. Dados secundários foram coletados em bases de dados do SUS e fornecidos pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde. Os municípios ofertam serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, mas encontram-se em distintos estágios de implementação da rede. Também realizam algumas ações para consolidação desta, como inserção de ferramentas para integração dos serviços de atenção básica aos especializados e reorientação da atenção básica, como coordenadora da rede. As limitações incluem dificuldade em definir a população da rede de acordo com critérios epidemiológicos, fragilidade dos sistemas logísticos e de governança, além da necessidade de ampliação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, operando segundo princípios de vigilância à saúde (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Um estudo teve como objetivo estimar a prevalência de autoavaliação negativa de saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural. A amostra probabilística consistiu de 557 adultos entre 20 a 59 anos em áreas de assentamento rural no Estado de Pernambuco, Brasil. A variável dependente foi autoavaliação da condição de saúde bucal e as independentes foram: características demográficas, de predisposição e disponibilidade de

recursos, comportamentos relacionados a saúde bucal, condições objetivas e subjetivas relacionadas a saúde bucal. Foram estimadas as razões de prevalência bruta e ajustada por meio de regressão de Poisson n. A prevalência de auto percepção negativa da saúde bucal foi de 70,5%. A autoavaliação negativa de saúde bucal foi mais prevalente em indivíduos jovens de baixa escolaridade entre as mulheres, e entre as de cor preta e parda. Os preditores da autoavaliação negativa da saúde bucal foram a cor da pele, a necessidade autorreferida de tratamento odontológica e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida (MOURA et al., 2014).

Com isso, Batista, Lawrence e Sousa (2015) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a perda dentária e os fatores associados com uma nova classificação, que considera não apenas o número de dentes perdidos, mas a posição destes em boca. Foram examinados por amostragem probabilística 248 adultos (20 - 64 anos), de Piracicaba-SP, Brasil, segundo a cárie e a doença periodontal, seguindo os critérios da OMS. Dados socioeconômicos, demográficos e de uso de serviço odontológico foram obtidos por questionário. O desfecho perdas dentárias, considerando a posição e o número de dentes perdidos, foi analisado por regressão logística multinominal hierárquica, utilizando modelo conceitual. A média de dentes perdidos foi 8,52 (\pm 9,24) e apenas 28,3% não perderam dentes devido a doenças bucais. Dos que haviam perdido até 12 dentes posteriores, idade (RP = 1,1) e classe social baixa (RP = 2,6) foram significativas: os que perderam até 12, incluindo anteriores, idade (RP = 1,1) e bolsa periodontal $>$ 4mm (RP = 2,9); para perda acima de 13, a idade (RP = 1,3), classe social baixa (RP = 3,8); e ida ao dentista por emergência (PR = 9,4). Assim, a idade foi associada a perdas dentárias no estudo em questão.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a situação da saúde bucal e identificar os principais problemas relacionados à saúde bucal de usuários da Unidade Básica de Saúde do município de Getúlio Vargas/RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil socioeconômico dos usuários do serviço público de saúde odontológico no município de Getúlio Vargas (RS).

- Descrever os hábitos de higiene bucal de usuários do serviço público de saúde odontológico no município de Getúlio Vargas (RS).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo quantitativo, do tipo transversal, realizado nos bairros Santo André, Navegantes, São José e Souza Ramos (interior), no município de Getúlio Vargas, no Estado do Rio Grande do Sul.

4.2 AMOSTRA

A amostra foi não probabilística, de conveniência, composta por 29 pessoas voluntárias, que procuraram atendimento odontológico nas quatro Unidades Básicas de Saúde do município.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se por meio de acompanhamento juntamente com o cirurgião-dentista de cada local (UBS). Os exames clínicos foram realizados pelo mesmo cirurgião dentista e o registro dos dados era feito pela acadêmica do oitavo semestre do curso de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED) (APÊNDICES 1 E 2).

Durante a realização do exame clínico, era verificada a presença ou ausência de edentulismo, uso e necessidade de prótese dental, maloclusão (Classe I, II e III de Angle, mordida cruzada posterior e/ou anterior, mordida aberta anterior, apinhamentos), CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) e alteração nos tecidos moles (Sim e Não). O índice CPOD foi realizado de acordo com os parâmetros do SB Brasil 2000, onde foi avaliado o número total de dentes cariados, perdidos e restaurados, as condições das coroas dentárias e os elementos perdidos/extraídos. Os códigos e critérios utilizados foram: 0 - Coroa hígida, 1 - Coroa cariada, 2 - Coroa restaurada mas cariada, 3 - Coroa restaurada e sem Cárie, 4 - Dente perdido devido à cárie, 5 - Dente perdido por outra razão, 6 - Selante, 7 - Apoio de ponte ou coroa, 8 - Coroa não erupcionada, T - Trauma (fratura), 9 - Dente excluído. Os códigos e critérios utilizados para as necessidades de tratamento foram: 0- Nenhum Tratamento; 1-Restauração de uma superfície dentária; 2-Restauração de duas ou mais superfícies dentárias; 3-Coroa por qualquer razão; 4-Faceta Estética; 5-Tratamento Pulpar e Restauração; 6-Extração; 7- Remineralização de mancha branca; 8- Selante;9- Sem informação.

Além do exame clínico foi aplicado um questionário (APÊNDICE 3), afim de coletar dados acerca das condições socioeconômicas, renda familiar, escolaridade, hábitos de higiene bucal, hábitos de alimentação e frequência de consumo de açúcar.

4.3.1 Critérios de exclusão

Todas as pessoas que não aceitarem participar da pesquisa no tempo determinado para a coleta de dados.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel* 2007, sendo analisados quantitativamente, com estatística descritiva de frequência através do software *Biostat* 2009.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, processo nº 977.844, de 4 de março de 2015 (ANEXO A). Os participantes do estudo que constituíram a amostra assinaram previamente um TCLE (APÊNDICE 4).

5 RESULTADOS

Do total da amostra de 29 indivíduos, 16 (55%) eram do gênero feminino, e 13 (45 %),do masculino. Quanto a localização geográfica, 6 (21%) pertencem a área rural enquanto 23 (79%) pertencem a área urbana. Essa população foi dividida por faixa etária, da seguinte maneira: adultos jovens de 19 a 40 anos(52 %) e adultos maduros mais 40 anos (48 %).

Questionários foram aplicados para se obter o perfil do nível socioeconômico da população. Os dados relacionados a esse fator (número de pessoas que residem na casa, escolaridade, tipo de escola, moradia, número de cômodos da casa, renda familiar, renda pessoal e posse de automóvel) estão descritos na tabela1.

Tabela 1. Distribuição das variáveis do nível socioeconômico

VARIAVEIS	Nº DE INDIVÍDUOS	% DA AMOSTRA
Número de pessoas		
1 a 2	11	38
3 a 4	14	48
5 a 6	4	14
Escolaridade		
1º a 4º série	6	21
5º a 7º série	6	21
2º completo	17	59
Estudante		
0- Sim	1	3
1- Não	28	97
Tipo de escola		
0- Não é estudante	26	90
1- Pública	2	7
2- Privada	1	3
3- Outros	0	0
Moradia		
1- Própria	27	93
2- Própria em aquisição	0	0
3- Alugada	2	7
4- Cedida	0	0

5- Outros	0	0
Número de cômodos da casa		
4 a 6	12	41
7 a 9	14	48
10 a 11	3	10
Renda familiar		
720,00 até 1,200	5	17
1,500 até 3,000	8	28
3,500 até 30,000	5	17
Não sabia	11	38
Renda pessoal		
400,00 até 800,00	9	34
900,00 até 1,500	13	45
1,800 até 30,000	4	14
Não sabia	3	10
Posse de automóvel		
0- Não possui	9	31
1- Possui um automóvel	16	55
2- Possui dois ou mais automóveis	3	10
3- Uma moto	1	3

Com relação aos serviços odontológicos os participantes foram questionados acerca da sua experiência prévia e sobre sua percepção com relação a sua necessidade de tratamento odontológico (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis dos Serviços Odontológicos

VARIAVEIS	Nº DE INDIVDUOS	% DA AMOSTRA
Já foi ao dentista		
0- Sim	28	97
1- Não	1	3
Há quanto tempo		
0- Nunca foi ao dentista	0	0
1- Menos de 1 ano	16	55
2- De 1 a 2 anos	7	24

3- 3 ou mais anos	6	21
Onde		
0- Nunca foi ao dentista	0	0
1- Serviço Público	24	83
2- Serviço Privado Liberal	2	7
3- Serviço Privado (planos e convênios)	3	10
4- Serviço filantrópico	0	0
5- Outros	0	0
Por que		
0- Nunca foi ao dentista	1	3
1- Consulta de rotina	8	28
2- Dor	10	34
3- Sangramento gengival	0	0
4- Cavidades nos dentes	0	0
5- Feridas, caroços ou manchas na boca	0	0
6- Outros	10	34
Como avalia o atendimento		
0- Nunca foi ao dentista	0	0
1- Péssimo	0	0
2- Ruim	0	0
3- Regular	0	0
4- Bom	29	100
5- Ótimo	0	0
Recebeu informações		
0- Sim	18	62
1- Não	11	38
Considera que necessita de tratamento		
0- Sim	21	72
1- Não	8	28

Com relação a saúde bucal foram questionados como classificariam sua saúde bucal, a aparência dos seus dentes e gengivas, sobre a mastigação, a fala devido aos seus dentes e gengivas, de que forma a saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas e o quanto de dor os dentes e gengivas já causaram nos últimos seis meses conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das variáveis da Autopercepção em Saúde Bucal

VARIAVEIS	Nº DE INDIVÍDUOS	% DA AMOSTRA
Como classificaria sua saúde bucal		
0- Não sabe/ Não informou	0	0
1- Péssimo	0	0
2- Ruim	2	7
3- Regular	2	7
4- Boa	24	83
5- Ótima	1	3
Aparência de seus dentes e gengivas		
0- Não sabe/ Não informou	0	0
1- Péssimo	0	0
2- Ruim	0	0
3- Regular	3	10
4- Boa	26	90
5- Ótimo	0	0
Mastigação		
0- Não sabe/ Não informou	0	0
1- Péssimo	2	7
2- Ruim	3	10
3- Regular	2	7
4- Boa	21	72
5- Ótima	1	3
Fala		
0- Não sabe/ Não informou	0	0
1- Péssimo	0	0
2- Ruim	1	3

3- Regular	2	7
4- Boa	26	90
5- Ótimo	0	0
Relacionamento com outras pessoas		
0- Não sabe/ Não informou	1	3
1- Não afeta	27	93
2- Afeta pouco	0	0
3- Afeta mais ou menos	0	0
4- Afeta muito	1	3
Dor nos últimos 6 meses		
0- Nenhuma Dor	21	72
1- Pouca Dor	3	10
2- Média Dor	3	10
3- Muita Dor	2	7

A tabela 4 demonstra resultados com relação ao edentulismo e maloclusão. Foram avaliados o edentulismo total, edentulismo parcial, uso de prótese, necessidade de tratamento reabilitador protético e ocorrência de maloclusão.

Tabela 4. Distribuição das variáveis de uso de prótese e maloclusão dentária

VARIAVEIS	Nº DE INDIVÍDUOS	% DA AMOSTRA
Edentulismo total		
Sim	4	14
Não	25	86
Edentulismo Parcial		
Sim	11	37
Não	18	62
Uso de Prótese		
Sim	12	41
Não	17	59

Qual		
Nada	17	59
PT superior	1	3
PT superior e PPR inferior	3	10
PPR superior	6	21
PPR inferior	2	7
Necessita de tratamento protético		
Sim	0	0
Não	29	100
Maloclusão		
Sim	23	79
Não	6	21
Tipo de Maloclusão		
Classe II	10	34
Classe III	1	3
Mordida cruzada	10	34
Mordida aberta	1	3
Sobremordida	1	3
Nada	6	21

As figuras 1, 2 e 3 descrevem o motivo do atendimento (dor, urgência, restauração, consulta de rotina, entre outros) e qual procedimento foi realizado no paciente.

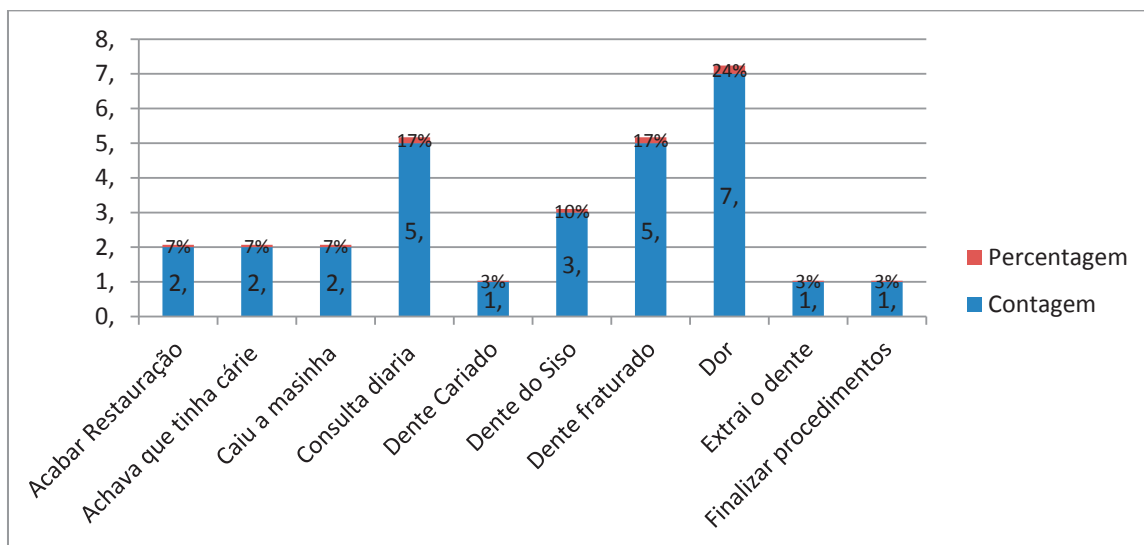


Figura 1. Quanto ao motivo do atendimento.

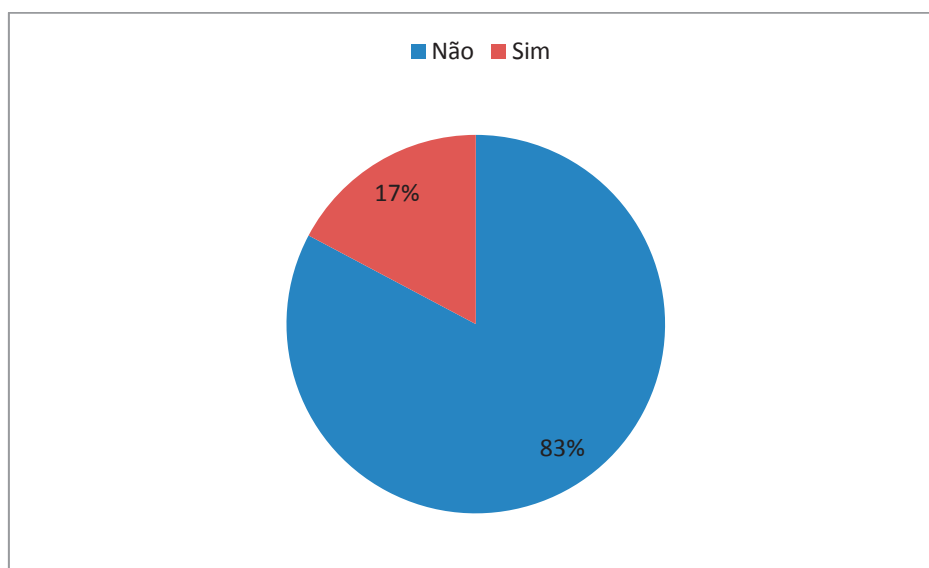


Figura 2. Necessidade de Urgência ou não.

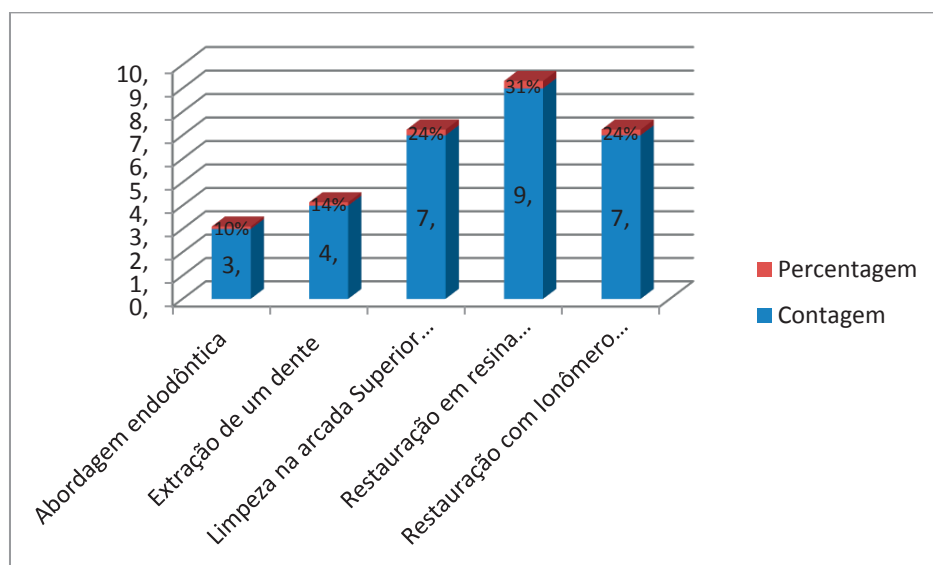


Figura 3. Qual foi o procedimento realizado.

Ao realizar o exame clínico com os 29 indivíduos questionados, encontraram-se altos níveis de CPO-D (Cariados, Perdidos, Obturados, Dentes), com média de (12,86), mas baixo nível de cárie (1,16), onde os perdidos foram (6,16) e os obturados (5,53), conforme mostra a figura 4.

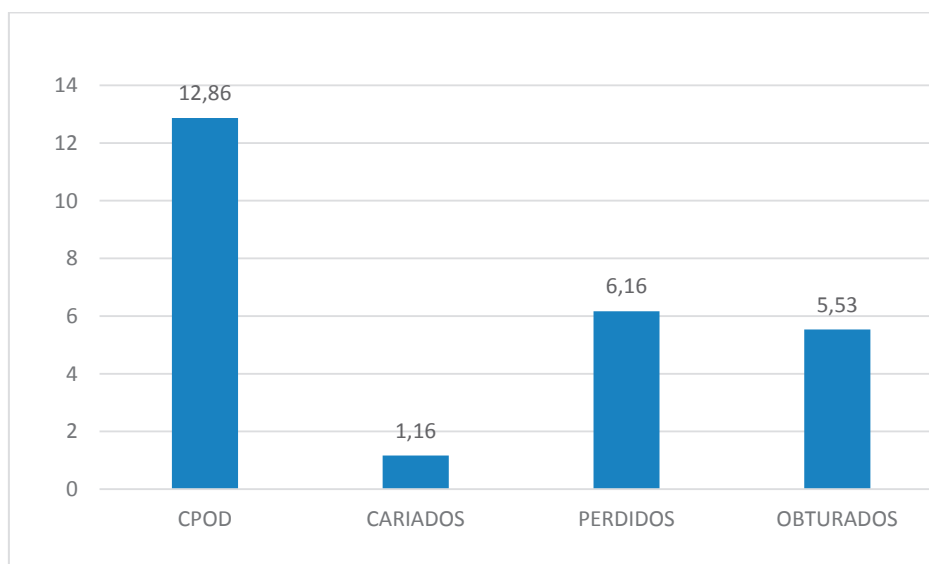


Figura 4. Índice de CPO-D (Cariados, Perdidos, Obturados).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a condição de saúde bucal de 29 indivíduos divididos nas 4 UBS do município de Getúlio Vargas (RS), e apresentou um índice de CPO-D alto na população dos adultos jovens (52%) e adultos maduros (48%). Onde o CPO-D médio encontrado foi 12,8 no total, sendo os cariados com 1,1, os perdidos 6,1 e os obturados 5,5. Em um estudo realizado por Almeida et al., (2012) no Município de Salvador, em 2005 mostra que o índice de CPO-D nos adultos foi alto, onde somente 1,3% destes são cariados, 60,0% perdidos e 21,0% obturados. Chama atenção o elevado percentual de dentes perdidos. Comparando com os dados obtidos pelo SB Brasil 2010, os dados do presente estudo com relação ao CPOD encontram-se abaixo dos valores médios encontrados, sendo nos adultos de 35 a 44 anos, o CPO-D médio passou de 20,13 (2003) para 16,75 (2010) - redução 16,79%, mais significativa do que para a idade cinco anos. Já nos idosos de 65 a 74 anos, o CPO-D médio pouco se alterou: passou de 27,79 (2003) para 27,53 (2010) - redução 0,93%.

Outro estudo realizado por Vasconcelos et al., (2012) desenvolvido no Município de Parnaíba, a população de estudo foram os idosos com 60 anos ou mais de idade de ambos os gêneros, cadastrados nas Equipes de Saúde da Família da zona urbana de Parnaíba. Participaram da pesquisa 321 idosos, dos entrevistados 119 (37,1%) eram de gênero masculino e 202 (62,9%) eram de gênero feminino, achados mostraram uma maior participação de indivíduo da faixa etária de 60-70 anos de idade (48,3%). Os idosos apresentaram a saúde oral pobre, com média de CPOD 29,41 (DP = 4,10). Contudo, sua saúde bucal percebida foi positiva, com 52% apresentando altos escores. A análise multivariada mostrou que os preditores de saúde bucal percebida incluíram a necessidade de próteses superiores, lesões nas mucosas orais, e autoavaliados saúde bucal. Segundo Marques et al., (2013), a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010) foram examinados 9.564 adultos e 7.509 idosos em domicílios das 26 capitais e no Distrito Federal e de 150 municípios do interior de cada macrorregião. Para estudo da prevalência e de extensão utilizou-se o índice de cárie radicular e o índice de raízes cariadas e obturadas. A prevalência de cárie radicular foi de 16,7% nos adultos e 13,6% nos idosos; o índice de raízes cariadas e obturadas foi de 0,42 e 0,32, respectivamente, a maior parte composta por cárie não tratada. Observaram-se diferenças na experiência de cárie radicular entre capitais e macrorregiões, com valores maiores em capitais do Norte e Nordeste. O índice de cárie radicular

nos adultos variou de 1,4% em Aracaju (SE) a 15,1% em Salvador (BA) e nos idosos de 3,5% em Porto Velho (RO) a 29,9% em Palmas (TO).

No estudo realizado por Moura et al., (2014) foram questionados 557 adultos entre 20 a 59 anos em áreas de assentamento rural no Estado de Pernambuco, Brasil. A variável dependente foi autoavaliação da condição de saúde bucal e as independentes foram: características demográficas, de predisposição e disponibilidade de recursos, comportamentos relacionados a saúde bucal, condições objetivas e subjetivas relacionadas a saúde bucal. Foram estimadas as razões de prevalência bruta e ajustada por meio de regressão de Poisson n. A prevalência de autopercepção negativa da saúde bucal foi de 70,5%. A autoavaliação negativa de saúde bucal foi mais prevalente em indivíduos jovens de baixa escolaridade entre as mulheres.

No estudo realizado por Figueiredo et al. (2011), com o objetivo de realizar um levantamento das condições de saúde bucal da população residente no bairro Figueirinha, no município de Xangrilá, RS, encontrou-se alto índice de placa visível (74,7%) e sangramento gengival (63,6%). Os jovens apresentaram alto índice de dentes cariados, e os adultos de dentes perdidos. A população mostrou má condição de saúde bucal e qualidade de vida. Nesse mesmo contexto, o estudo realizado por Costa, Vasconcelos, Abreu (2013), com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de adultos moradores no entorno de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, conforme a prevalência e a severidade de cárie dentária, encontrou uma melhoria no índice de qualidade de vida para os grupos de pessoas sem cárie e com menor gravidade de cárie.

Outro estudo realizado por Mendonsa, Szwarcwald, Damacena (2012), realizado em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no ano de 2005, utilizou modelos de regressão logística binária para identificar os determinantes da autoavaliação de saúde bucal “excelente” ou “boa”. Para ambos os sexos, as variáveis significativamente associadas à autoavaliação da saúde bucal foram: renda domiciliar per capita, frequência de visita odontológica e perda de dentes e uso de prótese. Os resultados evidenciam um gradiente socioeconômico na percepção subjetiva, uma precária saúde bucal entre os idosos e a importância da visita odontológica regular para manutenção da saúde bucal.

Batista; Lawrence; Sousa., (2015), avaliaram perda dentária e os fatores associados com uma nova classificação, que considera não apenas o número de dentes perdidos mas a posição que os mesmos ocupavam na boca. A média de dentes perdidos foi 8,52 (\pm 9,24) e apenas 28,3% não perderam dentes devido a doenças bucais. Dos que haviam perdido até 12 dentes posteriores,

idade (RP = 1,1) e classe social baixa (RP = 2,6) foram significativas: os que perderam até 12, incluindo anteriores, idade (RP = 1,1) e bolsa periodontal > 4mm (RP = 2,9); para perda acima de 13, a idade (RP = 1,3), classe social baixa (RP = 3,8); e ida ao dentista por emergência (PR = 9,4). Idade foi associada a perdas dentárias no presente estudo.

Quanto ao uso e necessidade de prótese dentária em adultos jovens e adultos maduros, o percentual obtido no presente estudo foi de 59% da população, sendo que mais da metade não faz uso de nenhum tipo de prótese e 100% não necessita de nenhum tipo de tratamento protético. O último SB Brasil verificou que na faixa etária de 35 a 44 anos, obteve uma necessidade de prótese de 69,0%. Almeida et al., (2012) observou, o mesmo grupo de faixa etária, e a frequência de uso de prótese foi de 48,7% situação reveladora da baixa resolubilidade dos serviços de saúde bucal que todavia, por não absorverem essa grande demanda, permitem o acúmulo da demanda por tratamento.

Com relação ao uso do serviço odontológico, a amostra deste trabalho relatou frequentar apenas o serviço público (63%), sendo que 100% avaliaram o atendimento como bom e 62% disseram que receberam algum tipo de informação quanto a higiene bucal. Em um estudo realizado por Pauleto, Pereira e Cyrino (2004), os autores avaliaram a utilização dos métodos de prevenção e educação dos serviços públicos, através de questionários aplicados aos profissionais, permitindo concluir, que na prática de atendimento ao paciente, a educação odontológica não estava sendo realizada de maneira sistemática. Apesar de grande parte deles ter respondido orientar os pacientes, o autores verificam que aproximadamente a metade dos profissionais de serviço público destinava apenas uma breve sessão pra este fim com duração máxima entre 20 a 25 minutos, tempo considerado insuficiente para uma comunicação efetiva, com possibilidades de aprendizagem e construção de conhecimentos novos.

O presente estudo verificou, também, o perfil socioeconômico da população que frequenta o serviço público de saúde, e foi observado que a maioria tem um nível de qualidade de vida bom, onde 45 % tem de renda pessoal até 2 salários mínimos. Com relação a escolaridade, 59% possuía ensino médio completo. No estudo realizado por Figueiredo et al. (2011), foi aplicado também um questionário para se obter um nível socioeconômico da população, onde a renda familiar foi menor que um salário mínimo em 59% dos entrevistados, e a escolaridade prevalente foi 1º grau incompleto, representando 91,12%, e 6,73% de analfabetismo foi baixo.

7 CONCLUSÃO

As condições de Saúde Bucal da população adulta jovem e adulta madura dos usuários localizados no município de Getúlio Vargas RS, que frequentaram o Sistema Único de Saúde e que são cadastrados na Unidade Básica de Saúde dos quatro bairros verificados, demonstrou ser de um nível socioeconômico médio. Além disso, os resultados encontrados permitiram concluir que são boas as condições de saúde bucal dos usuários tendo assim um bom hábito de higiene bucal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T.F. et al. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.9, n.3, p. 247-252, jul./set. 2009.
- ALMEIDA, T.F. et al. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de Saúde da Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v.2, n.11, p.109-118, jan/mar. 2012.
- BARBOS, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde Bucal no PFS, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **CiencOdontol Brasil**, Porto Alegre, 2007 jul/set; v.10, n.3 p.53-60.
- BATISTA, M.J.; LAWRENCE, H.P.; SOUSA, M.L.R. Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n.9, p.2825/2835, 2015.
- CARDOSO, M.O; SILVA, L.M.V. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p. 1273/1284, 2012.
- COSTA, S.M; VASCONCELOS, M; ABREU, M.H.N.G. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.18, n.7, p.1971/1980, 2013.
- EIDELWEIN, M; BERTI, P.P. A saúde bucal na estratégia saúde da família no município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão de curso, Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.
- FIGUEIREDO, M.C. et al. Saúde bucal de moradores de um bairro pobre de Xangri-lá, RS, Brasil. **ComScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n.2, 2011, p. 292/298.
- GODOI, H; MELLO, A.L.S.F; CAETANO, J.C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 318/332, fev, 2014.
- LUCENA, E.H.G; PUCCA, J.G. A; SOUSA, M.F. A política nacional de saúde bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus- Actas de Saúde Coletiva-Saúde Bucal**. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/951> Acesso em: 11 jun. 2014.
- MARQUES, R.A.A. et al. Prevalência e extensão da cárie dentária radicular em adultos e idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013, v.47, n.3, p. 59/68.

MELLO, A.L.S.F. et al. Saúde Bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.19, n.1, p. 205/214, 2014.

MENDONSA, H.L.C; SZWARCOWALD, C.L; DAMACENA, G.N. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.10, p.1927/1938, 2012.

MOURA, C. et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p. 611/622,2014.

PULETO, A.R.C; PEREIRA, M.L.T; CYRINO, E.G. Saúde Bucal: revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo,v.9, n.1,p. 121/13,2004.

REIS, S.C.G.B; MARCELO, V.C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005.**Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo,v.11, n.1,p. 191/199,2006.

RIGO, L; SOUZA, A. E; CALDAS, J. F. A. Experiência de cárie dentária na primeira dentição em município com fluoretação das águas. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infantil**, Recife, n. 9, p. 435/422, 2009.

SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo,v.11, n.1,p. 53/61, 2006.

SOARES, C.L.M; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.27, p. 966/974, mai, 2011.

UNFER, B; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000; v.34, n.2,p. 190/5.

VASCONCELOS, L.C.A. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p. 1101/1110, 2012.

APÊNDICE 1

Motivo do atendimento:

Idade:

Sexo:

Localização Geográfica: () Urbana () Rural

Paciente possui edentulismo total? () Sim () Não

No caso afirmativo, em qual das arcadas (Sup, Inf ou ambas)

Paciente possui edentulismo parcial? () Sim () Não

No caso afirmativo, em qual das arcadas (Sup, Inf ou ambas)

Paciente faz uso de algum tipo de prótese? Se sim, especificar que tipo

Paciente necessita de algum tratamento reabilitador protético?

Paciente possui algum tipo de maloclusão? Se sim, especificar

Cárie dentária e doença periodontal – especificar cada dente da arcada (odontograma)

17-

16-

15-

14-

13-

12-

11-

21-

22-

23-

24-

25-

26-

27-

37-

36-

35-
34-
33-
32
31
41
42
43
44
45
46
47

Paciente possui alguma alteração nos tecidos moles? Se sim, especificar

APÊNDICE 2

Anexo 4. Ficha de Exame



Condições de Saúde Bucal da
População Brasileira no Ano 2.000

Ficha de Exame

ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO <input style="width: 100%;" type="text"/>	ESTADO <input style="width: 100%;" type="text"/>	MUNICÍPIO <input style="width: 100%;" type="text"/>	FLÚOR <input style="width: 100%;" type="text"/>	ANOS FLUORETAÇÃO <input style="width: 100%;" type="text"/>
SETOR CENSITÁRIO <input style="width: 100%;" type="text"/>		QUADRA / VILA <input style="width: 100%;" type="text"/>	ESCOLA <input style="width: 100%;" type="text"/>	EXAMINADOR <input style="width: 100%;" type="text"/>

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Grupo Étnico

Idade em meses (somente para bebês) Localização Geográfica Realização do Exame

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE

Sup	Inf
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup	Inf
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

DAI (12 e 15-19 anos)

DENTIÇÃO

Número de I,C, e PM perdidos

ESPAÇO

<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Apinhamento na região de incisivos	Espaçamento na região de incisivos	Diastema em milímetros	Desalinhamento maxilar anterior em mm	Desalinhamento mandibular anterior em mm

OCCLUSÃO

<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Overjet maxilar anterior em mm	Overjet mandibular anterior em mm	Mordida aberta vertical anterior em mm	Relação molar ântero-posterior

MÁ-OCCLUSÃO (5 anos)

FLUOROSE DENTÁRIA

12 anos e 15-19 anos

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Raiz	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Trat.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Raiz	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Trat.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

DOENÇA PERIODONTAL

AG (5 anos)

CPI

17/16	11	26/27
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
12 anos	15-19 anos	35-44 anos
65-74 anos	65-74 anos	65-74 anos
47/46	31	36/37

ALTERAÇÕES TECIDO MOLE

Todos os grupos etários

APÊNDICE 3

Formulário de avaliação sócioeconômica,
acesso e autopercepção em saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA		
<p>1 Número de pessoas</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>2 Escolaridade (anos de estudo)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>3 Estudante</p> <input type="checkbox"/> 0- Sim <input type="checkbox"/> 1- Não
<p>4 Tipo de Escola</p> <input type="checkbox"/> 0- Não é estudante <input type="checkbox"/> 1- Pública <input type="checkbox"/> 2- Privada <input type="checkbox"/> 3- Outras	<p>5 Moradia</p> <input type="checkbox"/> 1- Própria <input type="checkbox"/> 2- Própria em aquisição <input type="checkbox"/> 3- Alugada <input type="checkbox"/> 4- Cedele <input type="checkbox"/> 5- Outras	<p>6 Número de cômodos da casa</p> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>7 Renda Familiar (em reais)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>8 Renda Pessoal (em reais)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>9 Posse de automóvel</p> <input type="checkbox"/> 0- Não possui <input type="checkbox"/> 1- Possui um automóvel <input type="checkbox"/> 2- Possui dois ou mais automóveis
ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS		
<p>10 Já foi ao dentista alguma vez na vida?</p> <input type="checkbox"/> 0- Sim <input type="checkbox"/> 1- Não	<p>11 Há quanto tempo?</p> <input type="checkbox"/> 0- Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1- Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3- 3 ou mais anos	<p>12 Onde?</p> <input type="checkbox"/> 0- Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1- Serviço Público <input type="checkbox"/> 2- Serviço Privado (Liberat) <input type="checkbox"/> 3- Serviço Privado (plano e convênio) <input type="checkbox"/> 4- Serviço Hospitalar <input type="checkbox"/> 5- Outras
<p>13 Por quê?</p> <input type="checkbox"/> 0- Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1- Consulta de rotina/prevenção <input type="checkbox"/> 2- Dor <input type="checkbox"/> 3- Sangramento gengival <input type="checkbox"/> 4- Cavidades nos dentes <input type="checkbox"/> 5- Febre, inchaço ou machucado na boca <input type="checkbox"/> 6- Outras	<p>14 Como avalia o atendimento?</p> <input type="checkbox"/> 0- Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1- Pésimo <input type="checkbox"/> 2- Ruim <input type="checkbox"/> 3- Regular <input type="checkbox"/> 4- Bom <input type="checkbox"/> 5- Ótimo	<p>15 Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?</p> <input type="checkbox"/> 0- Sim <input type="checkbox"/> 1- Não
<p>16 Considera que necessita de tratamento atualmente?</p> <input type="checkbox"/> 0- Sim <input type="checkbox"/> 1- Não		
AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL		
<p>17 Como classificaria sua saúde bucal?</p> <input type="checkbox"/> 0- Não sabe / Não Informou <input type="checkbox"/> 1- Pésimo <input type="checkbox"/> 2- Ruim <input type="checkbox"/> 3- Regular <input type="checkbox"/> 4- Bom <input type="checkbox"/> 5- Ótimo	<p>18 Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?</p> <input type="checkbox"/> 0- Não sabe / Não Informou <input type="checkbox"/> 1- Pésimo <input type="checkbox"/> 2- Ruim <input type="checkbox"/> 3- Regular <input type="checkbox"/> 4- Bom <input type="checkbox"/> 5- Ótimo	<p>19 Como classificaria sua mastigação?</p> <input type="checkbox"/> 0- Não sabe / Não Informou <input type="checkbox"/> 1- Pésimo <input type="checkbox"/> 2- Ruim <input type="checkbox"/> 3- Regular <input type="checkbox"/> 4- Bom <input type="checkbox"/> 5- Ótimo
<p>20 De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?</p> <input type="checkbox"/> 0- Não sabe / Não Informou <input type="checkbox"/> 1- Não afeta <input type="checkbox"/> 2- Muito pouco <input type="checkbox"/> 3- Muito mais ou menos <input type="checkbox"/> 4- Muito muito	<p>21 Como classificaria sua fala devido aos seus dentes e gengivas?</p> <input type="checkbox"/> 0- Não sabe / Não Informou <input type="checkbox"/> 1- Pésimo <input type="checkbox"/> 2- Ruim <input type="checkbox"/> 3- Regular <input type="checkbox"/> 4- Bom <input type="checkbox"/> 5- Ótimo	<p>22 O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?</p> <input type="checkbox"/> 0- Nenhuma Dor <input type="checkbox"/> 1- Pouca Dor <input type="checkbox"/> 2- Média Dor <input type="checkbox"/> 3- Muita Dor

APÊNDICE 4
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr. (Sra.) _____,

Estamos desenvolvendo um estudo que visa IDENTIFICAR OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DA SAÚDE BUCAL DOS MORADORES DO MUNICÍPIO DE GETÚLIO VARGAS/RS, cujo título é PERFIL DA SAÚDE BUCAL DOS MORADORES DO MUNICÍPIO DE GETÚLIO VARGAS – RIO GRANDE DO SUL, BRASIL. Você está sendo convidado a participar deste estudo.

Esclareço que durante o trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

Eu, GRAZIELA ORO CERICATO estarei sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do telefone 54 - 99665159 e do endereço vila Souza Ramos, Getúlio Vargas RS.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização deste trabalho, em concordância com a Resolução CNS nº 466/12 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já agradecemos a sua atenção.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, após a leitura deste consentimento, declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo o meu interesse em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante.

Passo Fundo, _____ de _____ de _____.

ANEXO A

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: GRAZIELA ORO CERICATO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30217714.5.0005.5319

Instituição Proponente: Faculdade Meridional - IMED

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 977.844

Data da Relatoria: 04/03/2015

Apresentação do Projeto:

"Saúde Bucal é uma parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada com as condições gerais de cada um.

O objetivo deste trabalho é verificar a situação de saúde bucal e identificar os principais problemas relacionados à saúde bucal de usuários do

Sistema Único de Saúde do município de Getúlio Vargas/RS. Para a coleta dos dados, será realizado um acompanhamento dos pacientes

conjuntamente com o cirurgião dentista da UBS, além da aplicação de um questionário, para identificar quais são os principais problemas de saúde

bucal dos usuários. No total serão avaliados aproximadamente 160 pacientes representando as 8 consultas diárias agendadas, e mais 40

consultas de emergência. Os dados serão tabulados e analisados por estatística descritiva."

Objetivo da Pesquisa:

"Verificar a situação da saúde bucal e os principais problemas relacionados à saúde bucal de moradores do município de Getúlio Vargas/RS que

utilizam o Sistema Único de Saúde e são cadastrados na UBS do município."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos aos participantes, pois limita-se a aplicação de questionários e garante

Endereço: Avenida Itália 334
 Bairro: centro CEP: 96.079-320
 UF: RS Município: PASSO FUNDO
 Telefone: (54)3645-8166 Fax: (54)3645-8167 E-mail: cep@imede.br

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



Contribuição de Parecer: 077.004

através dos devidos termos o sigilo das informações prestadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é válida, contudo fez-se necessário um detalhamento de como é o fluxo de dados nas UBS e de que forma os prontuários são preenchidos, de maneira que a aplicação de questionário se justifique e realmente traga informações antes desconhecidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O TCLE não apresenta informações completas sobre o endereço das pesquisadoras;
- Demais termos estão OK e assinados

Recomendações:

Verificar e adequar o TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadaptações:

A pesquisadora fez as alterações propostas na relatoria da versão 1, incluindo e refinando as informações mencionadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após discussão e deliberação do colegiado do CEP, o projeto foi considerado aprovado. Realizou as modificações, apenas ficando um detalhe no Endereço presente no TCLE, que acredito que possa ser feito sem necessidade de Pendência do Projeto. Reforçamos a necessidade de, após a conclusão do estudo, submeter ao CEP a conclusão do estudo.

PASSO FUNDO, 09 de Março de 2015

Assinado por:
Vinícius Renato Thomé Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Senador Pinheiro 334
Bairro: centro CEP: 96.070-220
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (51)3045-8100 Fax: (51)3045-8107 E-mail: cep@fmed.edu.br

Página 02 de 02