



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE - PB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

THAYNNÁ BARBOZA BEZERRA DE LIMA

**MONITORAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – UM
ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL DA AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE BUCAL EM CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

THAYNNÁ BARBOZA BEZERRA DE LIMA

**MONITORAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – UM
ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL DA AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE BUCAL EM CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

Orientadora: Prof. Dra. Renata Cardoso Rocha-Madruga.

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732m Lima, Thaynná Barboza Bezerra de.
Monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal [manuscrito] : um estudo de série temporal da Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal em Campina Grande - PB / Thayna Barboza Bezerra de Lima. - 2017.
41 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha-Madruga, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Saúde bucal. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Serviços odontológicos.

21. ed. CDD 617.601

THAYNNÁ BARBOZA BEZERRA DE LIMA

MONITORAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – UM ESTUDO
DE SÉRIE TEMPORAL DA AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL EM CG-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Cirurgiã Dentista.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em: 18/12/2017.

BANCA EXAMINADORA

Renata Cardoso Rocha Madruga
Prof. Dra. Renata Cardoso Rocha-Madruga (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Sérgio d'Ávila Lins Cavalcanti
Prof. PhD. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria Betânia Lins Dantas Siqueira
Prof. Me. Maria Betânia Lins Dantas Siqueira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho aos meus avós paternos e maternos, Evaldo (In Memoriam) e Célia, José (In Memoriam) e Severina, pela existência de meus pais, Tibério e Adenilde, pois sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter sido Àquele que me proporcionou tudo isto, reconheço cada vez mais em todos os meus momentos, que Ele é o maior Mestre, que uma pessoa pode conhecer e reconhecer!! Obrigada por ter me dado tanta força para passar este último semestre, que foi um dos mais trabalhosos e mais interessantes desde que entrei na Universidade porque me ensinou o valor da vida, me revitalizando em todos os momentos difíceis.

A minha orientadora, Prof. Dra. Renata Cardoso Rocha-Madruga, pela oportunidade a mim conferida, pelo suporte, pela atenção e compreensão, pelas suas correções e incentivo. Aos professores, maiores colaboradores, que ajudaram desde o início do curso, para que eu conseguisse chegar neste ponto, o apoio deles foi fundamental para que eu conseguisse concluir esta etapa da minha vida. Há tantos a agradecer, por tanto se dedicarem, não somente por terem ensinado, mas por terem me feito aprender! A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados, aos quais dedico meu eterno agradecimento, em especial, aos Prof^{os} Sérgio d'Ávila, Sílvio Romero e Amaro Lafayete, e as Prof^{as} Betânia Lins, Polianna Muniz, Kátia Santos, Lorena Brandt, Rilva Suely, Daliana Queiroga, Patrícia Meira, Renata Coelho, Mouna Noujaim, Denise Nóbrega, Ana Flávia e Edja Costa, Andreza Massoni e Darlene.

À todos os funcionários da Universidade Estadual da Paraíba, mas não poderia deixar de mencionar, Cristopher e Alexandre, que atenciosamente atenderam aos meus telefonemas e solicitações.

Aos amigos verdadeiros e presentes que me entenderam, nesse último semestre quando estive mais ausente.

Em especial ao amigo, Tiago, pelas risadas e brincadeiras diárias.

Aos meus colegas de classe e com certeza futuros excelentes profissionais.

Em especial à Natália, pela ajuda na coleta de dados.

Marina, pela companhia diária nas clínicas.

Elizabeth, por elevar meu astral nos momentos difíceis.

Pâmela, por me ajudar sempre que pedi.

Bianca, por todo esse período, e principalmente, pela amizade e paciência.

Eline, por ser legal e me animar nos momentos difíceis.

Ana Caroline, por ser humilde e amorosa.

Aos queridos Andersson e Herdesson, todos pela amizade, paciência, ternura e convivência destes 5 anos, que serão infindáveis.

Aos amigos que fiz nos outros semestres, principalmente a Lydiane, companheira das monitorias. E também à Válerly, Luizy, Anny Kallyne e Polion, pelas risadas.

Também, aos amigos Robeci e Diego, pelas orientações durante todos estes anos.

Dediquei este trabalho “in memoriam” ao meu avô paterno (Evaldo) e ao meu avô materno (José Pedro). Também agradeço às minhas avós (Severina e Célia). Infelizmente, meu avô materno, não o conheci, mas com meus outros avós cresci e aprendi muito e é por eles terem me dado pais tão maravilhosos que agradeço eternamente.

Aos meus PAIS Tibério Bezerra de Lima e Adenilde Barboza Bezerra. Ambos serão responsáveis por cada sucesso obtido e cada degrau avançado para o resto da minha vida. Durante todos esses anos vocês foram pra mim um grande exemplo de força, de coragem, perseverança e energia infinita para nunca desistir diante do primeiro obstáculo encontrado. Vocês são e sempre serão meu maior porto seguro aqui embaixo, meu maior exemplo de vitória, meus heróis e simplesmente aqueles que mais amo. Obrigada por estarem sempre comigo. Obrigada simplesmente por participarem comigo durante essa caminhada, me ajudando a construir os alicerces de um futuro que começa agora, após cinco anos dedicados à uma paixão que surgiu na infância. Vocês me ensinaram direta e indiretamente lições pra toda uma vida.

Também, à minha família em geral, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente, destacando, minha irmã Thaynara e meu irmão Tibério por sempre estarem ao meu lado e ainda mais por terem me apoiado incondicionalmente.

À minha tia Alucilde, que todos os dias me conferia carinho e agrado.

Aos meus padrinhos, Adinalva e Genivaldo, pelo incentivo, apoio e estímulo para enfrentar as barreiras da vida.

Também, aos meus tios paternos, Tânia, Taciana e Telbânio.

.
Obrigada!

"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo, fará coisas admiráveis." (José de Alencar)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	METODOLOGIA.....	09
2.1	Tipologia do Estudo e Delineamento da Pesquisa.....	10
2.2	Localização do Estudo.....	10
2.3	Delineamento do Estudo.....	10
2.3.1	População.....	10
2.3.2	Tamanho e Seleção da Amostra.....	11
2.3.3	Critério de Inclusão.....	12
2.3.4	Critério de Exclusão.....	12
2.3.5	Critério de Perda.....	12
2.4	Coleta de Dados.....	12
2.4.1	Abordagem aos Participantes da Pesquisa.....	13
2.4.2	Técnica Utilizada.....	13
2.4.3	Instrumento de Coleta de Dados.....	13
2.4.4	Estudo Piloto.....	13
2.4.5	Elenco das Variáveis.....	14
2.5	Análise Estatística dos Dados.....	15
2.6	Considerações Éticas.....	15
3	RESULTADOS.....	16
4	DISCUSSÃO.....	20
5	CONCLUSÃO.....	22
6	REFERÊNCIAS	23
	APÊNDICE	29
	ANEXO B – INSTRUMENTO UTILIZADO DURANTE A PESQUISA.....	40

MONITORAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – UM ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL DA AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM CAMPINA GRANDE-PB

Thaynná Barboza Bezerra de Lima*

RESUMO

No Brasil, atualmente, um desafio está posto para se alcançar, de fato, a consolidação do modelo de atenção que amplie o acesso da população às ações de Saúde Bucal. Soluções têm sido buscadas para a resolução dos problemas relacionados ao acesso, avaliação da efetividade da atenção prestada e identificação do impacto das ações sob os níveis de saúde da população. Considerando a escassez dos estudos que demonstrem como o acesso aos serviços de Saúde Bucal tem sido efetivado nos cenários após a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, este estudo avaliou o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB, comparando as séries temporais dos anos de 2009 e 2014. Tratou-se de um estudo quantitativo, analítico, com desenho do tipo transversal, de base populacional, do seguimento de dois estudos, com dados colhidos nos anos de 2009 e 2014. Os dados foram comparados, passando a um estudo de série temporal com dados primários coletados prospectivamente, longitudinal ou de seguimento (follow-up). A análise dos dados foi realizada através do SPSS 18.0, em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Na primeira foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas, na segunda foram testadas as associações, utilizando-se o Qui quadrado de Pearson. Para todas as análises foi considerado significativo o nível de 5%. Os fatores sócio-bio-demográficos associados ao acesso no estudo de 2009, foram: idade, estado civil, renda do respondente e escolaridade. Em 2014, além desses, esteve associada a renda familiar. Pôde-se concluir que a equidade não está sendo respeitada. Este estudo pretende dar uma contribuição para a lacuna existente na avaliação de tais serviços.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família. Serviços de Saúde Bucal. Acesso aos serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os resultados do último inquérito de saúde bucal realizado no Brasil (SB Brasil 2010) (BRASIL, 2010b) demonstraram uma redução da prevalência de cárie dentária na faixa etária de 12 anos (idade-índice utilizada internacionalmente para efeito de comparação). Em 2003, o CPO médio registrava 2,8, passando para 2,1 em 2010, havendo uma redução de 25% (RONCALLI, 2011).

* Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: thaynna_bbl@hotmail.com

Embora os resultados sejam satisfatórios estatisticamente, a redução da prevalência da cárie se dá de forma desigual, ou seja, a distribuição não uniforme da doença na população faz com que seja necessário distinguir as formas de atuação dos serviços de saúde oferecidos junto a grupos de indivíduos (WARMLING; AMANTE; VIEIRA, 2012).

Sabe-se que, apesar do uso dos serviços de saúde por si só não eliminarem as necessidades de saúde da população, o acesso a tais serviços é de extrema importância para diminuir condições desfavoráveis em diversas populações. Sendo assim, o conceito de acesso, tão importante, é complexo e varia entre diversos autores. Acesso seria, portanto, entender as necessidades em saúde de determinada população, transformar tais necessidades em demandas e estas devem ser convertidas para uso do serviço (VIANA; MARTELLI; PIMENTEL, 2012).

As desigualdades sociais tornaram-se nos últimos vinte anos, um dos temas mais relevantes no campo da Saúde Pública, as quais podem ser desdobradas em duas grandes temáticas: a desigualdade nas questões relativas à oferta de saúde e a desigualdade no acesso e utilização dos serviços (MAGALHÃES et al, 2012).

De acordo com Peres et al (2012), a busca por serviços odontológicos é frequente nas Unidades de Saúde e fatores como desigualdades sociais no acesso e na utilização dos mesmos têm sido apontadas nos estudos populacionais.

Peres et al (2012) observaram que o acesso aos serviços odontológicos aumentou nos últimos anos devido ao aumento da oferta de serviços, e do aumento da renda média da população. A avaliação da utilização de serviços odontológicos é fundamental para o alcance da universalização do acesso à saúde que é princípio doutrinário do SUS.

Fonseca; Nehmy; Mota (2015) constataram que há uma desigualdade no acesso aos serviços odontológicos de acordo com a mudança de grupo social. Porém, mesmo com o avanço da odontologia no setor público, uma análise da realidade brasileira demonstra que o país apresenta-se dividido por setores que possuem fragmentação de suas ações, sem harmonia entre o social e o econômico (JORNADA et al, 2012).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo comparar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB, entre as séries temporais dos anos de 2009 e 2014.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, quantitativo e analítico, de base populacional. Foi dado seguimento ao estudo de Rocha ; Goes (2009), os dados que foram colhidos no ano de 2009 foram comparados a uma nova série temporal coletada no ano de 2014, passando a um estudo de série temporal com dados primários coletados prospectivamente, estudo de incidência (incidence), longitudinal ou de seguimento (follow-up).

2.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Campina Grande, estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil com uma amostra representativa da população adstrita à Estratégia Saúde da Família com cobertura de Saúde Bucal.

Considerada um dos principais polos industriais da Região, bem como, um dos principais polos tecnológicos da América Latina. De acordo com estimativas de 2017, sua população é de 410 332 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba, e sua região metropolitana, formada por dezenove municípios, possui uma população estimada em 638 017 habitantes (IBGE, 2017)

2.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

2.3.1 POPULAÇÃO

Pessoas com idade acima de 06 anos residentes na cidade de Campina Grande – PB.

2.3.2 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, com um poder de 80% para detectar diferenças quando produzir uma Odds Ratio (Razão de Chances) de 1.5, com um erro de 2,0%.

Foram utilizadas, como parâmetros para este cálculo, as prevalências de acesso encontradas em estudo anterior de (35,3%) para mulheres e (30,9%) para os homens, segundo estudos de Pinheiro et al (2002). Tendo sido obtida através desta fórmula uma amostra

mínima de 626 indivíduos, no entanto, a este número foram acrescentados 20% para dar conta das perdas e potencializar o efeito do estudo, assim, o total da amostra necessária (n) para esta pesquisa foi de 759 indivíduos em 2009 e em 2014 a amostra foi de 743, devido às perdas.

A técnica de seleção da amostra foi em múltiplo estágio, seguindo o fluxo setores censitários → domicílios → indivíduos considerando as áreas cobertas pela ESF. Sendo os setores censitários considerados o primeiro estágio e os domicílios, com seus respectivos moradores, o segundo estágio.

Deve-se ter em conta que o setor censitário é uma unidade de análise utilizada pelo IBGE, que se constitui na menor unidade de análise utilizada por este órgão, composta por um agrupamento razoavelmente uniforme de domicílios, também conhecidos como aglomerados, em geral, engloba cerca de 300 domicílios e, conforme sua densidade populacional pode variar bastante de tamanho, contém informações relevantes, para as quais se pode dispor de dados sócio-econômicos.

Foram utilizados os setores censitários, com base nas informações do CD-ROM (IBGE, 2002) do município de Campina Grande e o programa Estatcart versão 2.0 (IBGE, 2003), com resultados do universo do censo demográfico 2000.

Para esta pesquisa a técnica de amostragem adotada foi baseada na que é utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em suas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), com a seguinte seqüência:

1. a área do município é dividida em setores;
2. alguns setores são escolhidos por sorteio;
3. os setores selecionados são visitados e são preparadas as listas dos domicílios, que constituem o marco da amostragem;
4. a partir das listas, os domicílios são sorteados por processo aleatório simples ou sistemático, para compor a amostra de domicílios a serem visitados na fase de coleta de dados.

Considerando a divisão do município de Campina Grande – PB, à época, em seis (06) Distritos Sanitários ou Zonas Administrativas, fizeram parte da pesquisa os seis (06) distritos existentes.

Buscou-se de forma intencional fazer o sorteio dos setores censitários, nos referidos distritos, de maneira uniforme, ou seja, que houvesse a representação de cada um dos seis distritos de maneira homogênea, desta forma foram sorteados 02 setores censitários em cada Distrito Sanitário, totalizando 12 setores dos 342 existentes na cidade de Campina Grande

para compor a amostra deste estudo, sendo todos estes setores considerados cobertos pela ESF com ESB em área urbana.

Um estudo piloto foi realizado para estimar a média de indivíduos por domicílio e se calcular um valor aproximado de domicílios por setor a serem visitados. Nesta pesquisa foram visitados 604 domicílios, média aproximada de 50 domicílios por setor. Depois de realizada a visita ao domicílio e respectivas entrevistas, sistematicamente saltava-se uma casa, antes da próxima, observando o critério de aleatorização sistemática da amostra.

Na maioria dos municípios, assim como no município de Campina Grande, não há coincidência entre os setores censitários e as áreas adstritas à ESF, para a execução do estudo, em cada setor censitário, foram identificadas as ruas que compunham a base territorial da USF.

2.3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo todos os indivíduos cadastrados na Unidade de Saúde da Família do bairro de residência, com idade igual ou superior a 06 anos.

2.3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Indivíduos sindrômicos, acamados e portadores de necessidades especiais. Considerando-se, no caso deste trabalho, os indivíduos com limitações sensitivas, motoras, cognitivas e psíquicas diagnosticadas.

2.3.5 CRITÉRIO DE PERDA

Consideradas perdas os domicílios que foram encontrados fechados ou que permaneceram fechados após três (03) retornos consecutivos, e ainda, quando o indivíduo recusou participar da pesquisa.

2.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir da entrevista com indivíduos residentes nos domicílios.

2.5 ABORDAGEM AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Todos os indivíduos selecionados para fazer parte do estudo foram indagados se gostariam de participar da pesquisa. Em caso positivo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE que seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, permitindo sua inclusão na amostra. Para aqueles menores de idade, o TCLE foi dado pelo responsável pelo menor.

Em todo momento da pesquisa foi utilizado pelos pesquisadores crachá de identificação junto aos informantes, possibilitando assim, maior segurança para os participantes da pesquisa de estar tratando com pessoas credenciadas para realizar o trabalho e facilitar a entrada dos pesquisadores no domicílio.

Em todos os bairros em que a investigação foi realizada, um contato prévio com as Equipes da ESF foi feito, no intuito de apresentação do trabalho proposto, reconhecimento da área a ser investigada e disponibilizar o acesso dos entrevistadores ao local da pesquisa, para tanto, uma carta de anuência foi emitida pela Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande (SMS-CG) no sentido de facilitar o trabalho dos pesquisadores junto às equipes da ESF.

2.6 TÉCNICA UTILIZADA

A técnica foi a de observação direta intensiva através de formulário (entrevista padronizada ou estruturada). A entrevista e o uso do formulário apresentam a vantagem de serem utilizados com todos os segmentos da população: alfabetizados ou não (LAKATOS; MARCONI, 1996).

2.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado formulário a partir da agregação de formulários previamente validados: PNAD- 2003 (IBGE, 2005) e instrumento utilizado por (GOES, 2001). Antes do estudo piloto, foi realizada a calibração inter-examinadores, e, ainda, foram feitos alguns ajustes quanto à objetividade e clareza das perguntas do formulário, detectando os possíveis problemas e adequando o instrumento à realidade local.

2.8 ESTUDO PILOTO

O controle de qualidade dos dados foi realizado através de análise de reprodutibilidade (re-teste), que tem por finalidade medir o grau de correlação e concordância das respostas dadas em dois momentos diferentes e validade dos dados coletados. Para realizar esta avaliação os indivíduos foram re-entrevistados, no prazo entre dois dias (48h) até no máximo uma semana (01 semana) após aplicação do primeiro formulário, utilizando-se para isto as correlações de Spearman e Pearson para variáveis ordinais, tendo os valores variado de 0,45 a 0,75 e a aplicação do teste Kappa, para variáveis dicotômicas, tendo sido obtido o valor de 0,44, que segundo Landis; Koch (1977) é uma concordância moderada.

Nesta etapa foram utilizados dois (02) setores censitários, sorteados aleatoriamente para compor o estudo-piloto, vinte e nove (29) domicílios foram visitados, perfazendo um total de trinta e um (31) indivíduos.

2.9 ELENCO DAS VARIÁVEIS

- VARIÁVEL DEPENDENTE

- a) ACESSO À SAÚDE BUCAL

O acesso à Saúde Bucal foi estabelecido a partir dos indivíduos que responderam ter consultado o dentista nos últimos (02) dois anos à época da entrevista .

Considerando o debate em torno do conceito de utilização/acesso aos serviços de saúde; estabeleceu-se, a partir desta variável, uma nova variável em que foi considerada além da utilização de serviços odontológicos, medida através da variável anterior, a participação em ações de promoção de saúde, tais como: ter participado de alguma reunião, palestra com o tema Saúde Bucal, ter recebido algum Kit de escovação dentária, ter sido orientado quanto à escovação ou uso do flúor, ou ainda, ter recebido a visita domiciliar de algum dentista, auxiliar de saúde bucal ou agente comunitário de saúde abordando questões do autocuidado em saúde bucal ou ambas situações (ações de Promoção e utilização de serviços odontológicos).

O período dos (02) dois últimos anos foi estabelecido considerando o tempo de referência utilizado no estudo anterior desenvolvido no município de Campina Grande – PB (ROCHA, 2009).

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Acesso à Saúde Bucal.	Acesso a ações de Promoção de Saúde, como: reuniões, palestras, recebimento de Kits de escovação dentária, visita domiciliar do CD, ASB ou ACS e/ou a entrada do usuário ao serviço odontológico.	Instrumento utilizado na PNAD 2003 e por (GOES, 2001) e posteriormente transformado nas seguintes categorias: (1) Não teve acesso (2) Acesso às ações de Promoção (3) Utilização de serviço/assistência odontológica (4) Acesso amplo às ações de Saúde Bucal

- **VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

Sexo, idade, estado marital, residência/distrito sanitário, renda, cadastro em programa de renda mínima, escolaridade, tipo de serviço, episódio de dor de dente na vida e nos últimos seis (06) meses e autopercepção de saúde bucal.

2.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 18.0, que ocorreu em duas etapas: uma descritiva e outra analítica.

- **ESTATÍSTICA DESCRITIVA**

Nesta etapa foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas e, quando apropriado, foram calculadas as medidas de tendência central, de dispersão e proporções dos diversos instrumentos utilizados na pesquisa PNAD- 2003 (IBGE, 2005), (GOES, 2001).

- **ESTATÍSTICA ANALÍTICA**

Foram testadas as associações, utilizando-se o Qui quadrado de Pearson. Para esta análise foi utilizado como significativo o nível de 5%.

2.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) com o parecer APROVADO sob o CAAE 20260313.1.0000.5187 (ANEXO A).

3 RESULTADOS

Verificou-se que a amostra é, predominantemente, do sexo feminino, com até o 1º grau completo, com renda de até ½ salário mínimo e cadastrados em Programa de Renda Mínima.

A caracterização do acesso à SB, de acordo com as características socioeconômicas da população de estudo está descrita na Tabela 1. Na mesma foi feita uma comparação dos anos de 2009 e 2014.

Tabela 1 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Sexo, Idade, Estado Matril, Renda do Respondente, Renda Familiar, Escolaridade e Cadastro e Cadastro de renda mínima) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal (SB). Campina Grande, Paraíba, Brasil em 2009 e 2014.

Variáveis	Acesso a Saúde Bucal(2009)										Acesso a Saúde Bucal(2014)													
	Não teve acesso		Acesso ações de promoção		Utilização de serviço/ Assistência odontol.		Acesso amplo às ações de SB		Total		Valor de p*		Não teve acesso		Acesso ações de promoção		Utilização de serviço/ Assistência odontol.		Acesso amplo às ações de SB		Total		Valor de p*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		n	%
Sexo	17	11,0	47	30,5	24	15,6	66	42,9	154	100	4,34	32	18,2	49	27,8	19	10,8	76	43,2	176	100	4,54		
Marcelino	76	12,6	146	24,1	130	21,5	233	41,8	605	100	0,227	73	12,9	174	30,7	83	14,6	237	41,8	567	100	0,208		
Feminino	93	23,6	193	54,6	154	37,1	319	84,7	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Total	93	23,6	193	54,6	154	37,1	319	84,7	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Idade	7	4,7	51	34,0	17	11,3	75	50,0	150	100	87,99	5	5,2	28	28,9	4	4,1	60	61,9	97	100	113,86		
06 a 14 anos	9	7,8	18	15,7	25	21,7	63	54,8	115	100	<0,001:	2	2,2	23	25,3	10	11,0	56	61,5	91	100	<0,001:		
13 a 24 anos	35	11,6	52	17,2	79	26,2	136	45,0	302	100		31	10,9	67	23,5	52	18,2	135	47,4	285	100			
23 a 49 anos	23	20,4	40	35,4	21	18,6	29	25,7	113	100		37	22,7	54	33,1	25	15,3	47	28,8	163	100			
50 a 64 anos	19	24,1	32	40,5	12	15,2	16	20,3	79	100		30	28,3	50	47,2	11	10,4	15	14,2	106	100			
65 anos ou mais	93	68,6	193	142,8	154	93,0	319	195,8	759	100		105	14,2	222	29,9	102	13,7	313	42,2	742	100			
Total	93	68,6	193	142,8	154	93,0	319	195,8	759	100		105	14,2	222	29,9	102	13,7	313	42,2	742	100			
Estado Civil	23	7,9	80	27,6	48	16,6	139	47,9	290	100	<0,001:	21	8,5	68	27,6	21	8,5	136	53,3	246	100	45,76		
Solteiro	53	14,3	76	20,5	89	24,0	153	41,2	371	100	<0,001:	58	15,1	111	28,9	63	16,4	152	39,6	384	100	<0,001:		
Casado	10	23,0	9	22,5	8	20,0	13	32,5	40	100		10	21,3	16	34,0	8	17,0	13	27,7	47	100			
Divorçado/ separado	7	12,1	28	48,3	9	15,3	14	24,1	58	100		16	24,2	28	42,4	10	15,2	12	18,2	66	100			
Vivo	93	59,3	193	118,9	154	76,1	319	145,7	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Total	93	59,3	193	118,9	154	76,1	319	145,7	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Renda do respondente	6	4,0	50	33,6	17	11,4	76	51,0	149	100	40,58	6	4,4	42	31,1	7	5,2	80	59,3	135	100	73,29		
Não se aplica	23	15,1	40	26,3	23	21,7	56	36,8	132	100	<0,001:	16	17,4	23	25,0	23	25,0	30	32,6	92	100	<0,001:		
Até ¼ SMF	24	17,9	41	30,6	26	19,4	43	32,1	104	100		42	18,6	81	35,8	37	16,4	66	29,2	226	100			
1 SMF	1	7,7	3	23,1	2	15,4	7	53,8	13	100		9	18,4	7	14,3	9	18,4	24	49,0	49	100			
2 SMF	2	10,5	5	26,3	4	21,1	8	42,1	19	100		1	3,4	3	10,3	5	17,2	20	69,0	29	100			
3 SMF ou mais	37	12,7	54	18,5	72	24,7	129	44,2	292	100		31	14,6	67	31,6	21	9,9	93	43,9	212	100			
Sem renda	93	67,8	193	158,4	154	113,7	319	200,0	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Total	93	67,8	193	158,4	154	113,7	319	200,0	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Renda familiar	22	11,1	51	25,6	39	19,6	87	43,7	199	100	10,79	16	22,2	25	34,7	12	16,7	19	26,4	72	100	57,36		
até ¼ SMF	38	12,4	73	23,9	58	19,0	137	44,8	306	100	0,547	42	12,1	123	35,4	46	13,3	136	39,2	347	100	<0,001:		
1 SMF	20	16,1	34	27,4	26	21,0	44	35,5	124	100		30	17,8	51	30,2	26	15,4	62	36,7	169	100			
2 SMF	10	10,5	23	24,2	20	21,1	42	44,2	95	100		11	7,9	22	15,8	15	10,8	91	65,5	139	100			
3 SMF ou mais	3	8,6	12	34,3	11	31,4	9	23,7	35	100		6	37,5	2	12,5	3	18,8	5	31,3	16	100			
Sem renda	93	58,7	193	135,4	154	112,1	319	193,9	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Total	93	58,7	193	135,4	154	112,1	319	193,9	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Escolaridade	21	38,9	16	29,6	7	13,0	10	18,5	54	100	64,35	20	37,7	23	43,4	5	9,4	5	9,4	53	100	89,81		
Até o 1º grau completo	61	12,0	144	28,3	97	19,1	206	40,6	508	100	<0,001:	68	15,9	148	34,5	52	12,1	161	37,5	429	100	<0,001:		
Até o 2º grau completo	8	4,7	30	17,6	44	25,9	88	51,8	170	100		14	7,3	44	22,9	37	19,3	97	50,5	192	100			
Universitário	3	11,1	3	11,1	6	22,2	15	55,6	27	100		3	4,3	8	11,6	8	11,6	50	72,5	69	100			
Total	93	66,7	193	86,6	154	80,2	319	166,5	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			
Programa de renda mínima	27	9,9	75	27,4	48	17,5	124	45,3	274	100	5,33	32	13,2	72	29,6	23	9,5	116	47,7	243	100	7,73		
Sim	66	13,6	118	24,3	106	21,9	195	40,2	485	100	0,149	73	14,6	151	30,2	79	15,8	197	39,4	500	100	0,052		
Não	93	23,8	193	51,7	154	39,4	319	85,5	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7	313	42,1	743	100			

Fonte: Pesquisa Direta, 2009

* Utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson

† Salário Mínimo R\$ 415,00 à época da pesquisa (2006 a 2008), Brasil

- p<0,05 = significante (variável significativamente associada)

No estudo anterior, as variáveis que estiveram associadas ao acesso foram: idade, estado civil, renda do respondente e escolaridade. Neste estudo, além dessas, esteve associada: renda familiar. Com relação à idade, a maioria dos que tiveram acesso amplo em 2009 estavam na faixa etária dos 15 aos 24 anos (54,8%). Em 2014, a maioria concentrou-se nos escolares (6 a 14 anos – 61,9%). Quando se fala em estado civil, a maioria do acesso amplo permaneceu nos solteiros, em 2009, 47,9%, tendo este número aumentado em 2014 para 55,3%. Com relação à renda do respondente, 53,8% dos respondentes possuíam dois salários mínimos e obtiveram acesso amplo. Em 2014, esta maioria concentrou-se em quem possuía 3 salários mínimos ou mais como renda. Por fim, com relação à escolaridade viu-se que, a maioria dos que obtiveram acesso amplo em 2009 eram universitários ou possuíam algum tipo de pós-graduação (55,6%), tendo este percentual se elevado em 2014 para 72,5%.

Tabela 2 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ auto percepção da saúde bucal, Dor de dente na vida e Dor de dente nos últimos seis (06) meses/ morbidade referida) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal. Campina Grande, Paraíba, Brasil em 2009 e 2014.

Variáveis	Acesso a Saúde Bucal (2009)						Acesso a Saúde B										
	Não teve acesso	Acesso ações de promoção	Utilização de serviço/ Assistência odontol.	Acesso amplo às ações de SB	Total	Valor de p*	Não teve acesso	Acesso ações de promoção	Utilização de serviço/ Assistência odontol.	Total	Valor de p*						
Saúde dos dentes e da boca/ auto percepção	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Excelente	3	9,4	7	21,9	3	9,4	19	59,4	32	100	38,69	6	19,4	7	22,6	3	9,7
Muito boa	2	5,1	17	43,6	4	10,3	16	41,0	39	100	<0,001*	1	2,3	12	27,3	2	4,5
Boa	37	13,5	92	33,6	42	15,3	103	37,6	274	100		35	13,0	77	28,6	29	10,8
Mais ou menos	36	12,0	56	18,6	78	25,9	131	43,5	301	100		36	12,3	82	28,1	55	18,8
Ruim	15	13,3	21	18,6	27	23,9	50	44,2	113	100		27	25,2	45	42,1	13	12,1
Total	93	53,3	193	136,3	154	84,8	319	225,7	759	100		105	14,1	223	30,0	102	13,7
Dor de dente na vida/ morbidade referida																	
Sim	83	13,7	130	21,4	132	21,7	262	43,2	607	100	28,27	88	14,6	183	30,3	89	14,8
Não	10	6,6	63	41,4	22	14,5	57	37,5	152	100	<0,001*	17	12,6	39	28,9	13	9,6
Total	93	20,3	193	62,8	154	36,2	319	80,7	759	100		105	14,2	222	30,1	102	13,8
Dor de dente nos últimos seis meses																	
Sim	13	7,6	19	11,2	40	23,5	98	57,6	170	100	29,65	8	7,3	17	15,5	21	19,1
Não	70	16,0	111	25,4	92	21,1	164	37,5	437	100	<0,001*	79	16,1	166	33,8	67	13,6
Total	83	23,6	130	36,6	132	44,6	262	95,1	607	100		87	14,5	183	30,4	88	14,6

* p<0,05 = significante (variável significativamente associada)

Fonte: Pesquisa Direta

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo comparar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB, entre as séries temporais dos anos de 2009 e 2014. Pois, pretendia avaliar, se após cinco anos do estudo inicial havia mudança no cenário em relação ao acesso aos serviços odontológicos.

A própria Constituição Federal de 1988 já garante o acesso aos serviços de saúde. E a ESF vem justamente para garantir este direito, porém, nem todas asseguram isto (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). Tanto é que a desigualdade no acesso é expressiva, no Brasil, comparada a padrões internacionais (PERES et al, 2012).

A Saúde Bucal é de extrema importância para os indivíduos, porém, uma grande parcela da população não tem acesso a estes serviços (PINHEIRO; TORRES, 2006). O Sistema Único de Saúde é um agente de grande importância para a questão do acesso aos serviços odontológicos. Também faz-se necessário observar a questão da procura pelo serviço, pois as vezes o usuário não tem acesso ao serviço, porque não o procura (BARROS; BERTOLDI, 2002), ou, por falta de acolhimento, já que sabe-se que o acesso ultrapassa a presença física (RAMOS; LIMA, 2003; SANTOS et al, 2007). Sendo ele diferente nos diferentes grupos sociais (BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004).

É importante, então, o estudo dos elementos diferenciadores no acesso, sendo eles: fatores socioeconômicos, escolaridade, percepção da necessidade de tratamento, foi o que Rocha (2009) analisou, e conseqüentemente estes estudos também, juntamente com outros autores, como Davoglio et al (2009). Tem-se constatado grandes desigualdades no acesso, entre os diferentes estratos sócio-econômicos (ROCHA, 2009; DAVOGLIO et al, 2009).

Um estudo semelhante a este, foi realizado por Pereira et al (2009), que objetivou verificar se a incorporação da Equipe de Saúde Bucal na ESF determinou uma maior Utilização dos Serviços Odontológicos no Município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Neste estudo, os autores citam o acesso como o termo para a entrada inicial dos serviços de saúde, concordando com o estudo atual, quando afirma que as condições de vida estão associadas ao acesso. Com o passar dos anos, após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, que pretendia ampliar o acesso, esperava-se encontrar um cenário diferente do que Pereira et al (2009) encontrou.

Em relação ao Acesso aos Serviços associado à idade categorizada, ambos os estudos mostraram semelhança, pois nos dois os escolares obtiveram maior Acesso Amplo. O estudo atual obteve 61,9%, enquanto que o estudo de Pereira et al (2009) obteve 42,2%. A presença

da ESB não afetou o acesso. Resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Baldani; Vasconcelos; Antunes (2004).

Tanto no estudo de 2009 quanto no estudo de 2014, quanto maior a idade do indivíduo, menor seu acesso aos serviços de saúde, corroborando com o estudo de Barros (2002).

Foram observados resultados coincidentes com os obtidos na presente pesquisa, no estudo: Determinantes Individuais da Utilização de Serviços Odontológicos por adultos e idosos de baixa renda, realizado por Baldani et al (2010) em Ponta Grossa PR. Em ambos, observou-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior o Acesso aos Serviços.

Baldani et al em 2010, concluiu que, 90% dos que possuíam ensino médio ou mais tinham ido ao dentista a menos de três anos, e na presente pesquisa, 72,5 % dos que tiveram Acesso Amplo estavam na Universidade ou Pós-Graduação. E Barros (2009) viu que o uso regular do dentista é 10 vezes maior em usuários com maior escolaridade, do que os que possuem menor escolaridade. Concordando com Peres et al, que observou em seu estudo de 2012, que o menor acesso aos serviços de saúde está associado à baixa escolaridade.

Observou-se no estudo de Rocha (2009) que, 45,3% dos que participavam de algum Programa de Renda Mínima obtiveram Acesso Amplo aos Serviços de Saúde Bucal, esse índice aumentou, pois na presente pesquisa o resultado foi de 47,7%.

Rocha (2009) encontrou ainda, que, crianças em idade escolar de 06 a 14 anos tinham participação de 50,0% no Acesso Amplo, neste estudo esse Acesso aumentou para 61,9%. Com relação ao estado civil, foi visto que tanto em 2009 quanto em 2014, a maioria dos que obtiveram acesso amplo eram solteiros (47,95-55,3%). Destoando assim do estudo de Cassal; Cardozo; Bavaresco (2011) em que a maioria dos usuários que procuraram o serviço odontológico era de pessoas casadas.

No serviço público, muitas vezes, predomina a Odontologia Mutiladora, devido a uma menor oferta de serviços, e conseqüentemente um menor acesso, decorrentes de poucos investimentos em tecnologias e em qualificação profissional (BARBATO et al, 2007). Geralmente, este fato acontece em municípios com menores condições socioeconômicas (FERNANDES; PERES. 2005). Vale salientar, que a diferença de renda também afeta os problemas de Saúde Bucal (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 2002). E, quando esses grupos menos favorecidos têm um maior acesso, ocorre uma diminuição das perdas dentárias. O maior acesso leva a uma melhor condição de vida (DAVOGLIO et al, 2009). Porém há um padrão de desigualdade no acesso, que se mantém entre os indivíduos (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Tanto no estudo de 2009 quanto no estudo de 2014, foi encontrada uma

tendência de aumento do acesso, ao aumentar a renda, concordando com o estudo de Baldani; Vasconcelos; Antunes (2004) e Peres et al (2012), que viram que além de ser menor este acesso, também há desigualdade entre os que o obtêm. Esse aumento da utilização dos serviços pelos mais ricos, sugere um aumento na oferta dos serviços, uma melhora na qualidade dos serviços e o acesso a tratamentos especializados oferecidos na Rede Pública (PERES et al, 2012). Analisar a utilização do serviço é fundamental para analisar o acesso ao mesmo.

Além da oferta, o indivíduo precisa ter a percepção da sua necessidade em Saúde Bucal (PINHEIRO; TORRES, 2006). Sobre a autopercepção de Saúde Bucal, foi dado que, nos dois anos pesquisados, obteve maior Acesso Amplo quem considerava a saúde dos seus dentes e da sua boca como “excelente” ou “muito boa”. Concordando com o estudo de Gibilini et al (2010), nele, a maioria dos que obtiveram acesso também eram jovens com uma autopercepção positiva. Este trabalho mostra que a procura pelo serviço ainda está relacionada à dor, visto o percentual dos que procuraram o dentista por terem tido dor de dente nos últimos 6 meses (57,6% - 2009; 58,2% - 2014). E, muitas vezes, esta dor é decorrente da não-procura, para prevenção, como aponta Lacerda et al (2004).

Uma das limitações do presente estudo foi a compreensão das barreiras que levam à falta de acesso aos serviços odontológicos, pode-se inferir que os ganhos reduzidos são uma delas, causando menor acesso e levando ao aumento da Odontologia Mutiladora, porém faz-se necessário mais estudos que destrinchem melhor cada aspecto que leva uma população ao não – acesso.

Tanto o estudo de 2009, quanto o de 2014 mostraram que o acesso aos serviços odontológicos ainda é limitado e desigual, o que se comprova em estudos como o de Fernandes; Peres em 2005.

É importante estudos sobre o acesso aos serviços de saúde, pois foram feitos investimentos na Atenção Básica, mas precisa observar se o acesso aumentou, concomitantemente a eles, pois esta análise é fundamental para a orientação das Políticas Públicas e avaliação da efetividade e das iniciativas propostas (PERES et al, 2012).

3 CONCLUSÃO

Pôde-se concluir que o princípio da Equidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde, ainda não está sendo respeitado em sua plenitude, visto que quanto maior idade do indivíduo, o acesso amplo é menor, e quanto maior a renda, maior o acesso amplo, o que

mostra que a população mais excluída, de menor renda, ainda, não tem tido prioridade ao acesso amplo nas ações de saúde bucal.

Além de que, a procura pelo serviço ainda está associada à dor, tornando-se necessário, um maior enfoque para as atividades de Promoção e Prevenção em Saúde Bucal.

MONITORING OF THE NATIONAL ORAL HEALTH POLICY - A
TEMPORARY SERIES STUDY OF THE ASSESSMENT OF ACCESS TO BUCAL
HEALTH SERVICES IN CG-PB

ABSTRACT

Currently in Brazil a challenge is set to reach, in fact, the consolidation of the care model that broadens the population's access to Oral Health actions. Solutions have been sought to solve the problems related to access, to evaluate the effectiveness of the care provided and to identify the impact of the actions under the health levels of the population. Considering scarce studies that demonstrate how access to Oral Health services has been effected in the scenarios after the implantation of ESB in the FHT, this study aimed to evaluate the access to dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Campina Grande - PB comparing the time series of the years of 2009 and 2014. It was a quantitative, analytical, cross-sectional, population-based study of the follow-up of two surveys with data collected in the years 2009 and 2014 and which were compared, therefore, to be a time series study with primary data collected prospectively, longitudinal or follow-up. Data analysis was performed through SPSS 18.0, in two stages: a descriptive and an analytical one. In the first, the frequency distributions of the quantitative variables were made, in the second the associations were tested, using Pearson's Chi-square. For all analyzes, the level of 5% was considered significant. The socio-bio-demographic factors associated with access in 2009 were: age, marital status, respondent's income and schooling. In 2014, in addition to these, family income was associated.

Keywords: Family Health Strategy. Oral Health Services. Access to Health services.

6 REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R. M. Behavioral model of families: Use of health services. **Research series**, n.25, Chicago: Center for health administration studies, University of Chicago, 1995.

BALDANI, M. H.; NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.3, p. 755 – 763, 2002.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 143 – 152, 2004.

BALDANI, M. H.; BRITO, W. H.; LAWDER, J. A. C.; MENDES, Y. B. E.; SILVA, F. F. M.; ANTUNES, J. L. F. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n.1, p. 150-162, 2010.

BARBATO, P. R.; NAGANO, H. C. M.; ZANCHET, F. N.; BOING, A.F.; PERES, M. A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1803 – 1814, 2007.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709 – 717, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS: SVS em rede**. Pesquisa do IBGE revela que aprovação dos serviços de saúde no Brasil supera 86%. Edição 72; 2010a abr. [acesso 19 jun. 2013]. Brasília-DF. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-72-abril-de-2010/pesquisa-do-ibge-revela-que-aprovacao-dos-servicos-desaude-no-brasil-supera-86>.

_____. **Relatório Final SB BRASIL, 2010b**. [acesso 19 jun. 2013]. Brasília-DF Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução de nº. 466/2012. Brasília – DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J.D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1894-1906, set, 2009

CASSAL, J. B.; CARDOZO, D. O.; BAVARESCO, C. S. Perfil dos usuários de urgência odontológica em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev APS**, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2011.

CHAVES, S. C. L.; SOARES, F. F.; ROSSI, T. R. A.; CANGUSSU, M. C. T.; FIGUEIREDO, LEAL, A. C.; CRUZ, D. N.; CURY, P. R. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência e Saúde Coletiva** 17(11), 2012

FERNANDES, L. M. A. G. **Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB**. Camaragibe. 2002, 181p. Tese (doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. 2002

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930 – 936, 2005.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária, em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 259 – 267, 2009.

FONSECA, L.L.V.; NEHMY, R.M.Q.; MOTA, J.A.C. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, p. 3129-3138, 2015.

GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S.; TIANO, A. V. P.; CARVALHO, M. L.; FAGUNDES, A. C. G. Marketing em Odontologia: a percepção do cliente em relação ao serviço odontológico de clínica privada. **Revista de Odontologia da UNESP**, 37(2):197-202, 2008

GIBILINI, C.; ESMERIZ, C. E. C.; VOLPATO, L. F. MENEGHIM, Z. M. A. P.; SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da Saúde Bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arq. Em odontologia**, v. 46, n. 4, 2010.

GOES, P. S. A. **The prevalence and impact of dental pain in brazilian schoolchildren and their families.** London, 2001. 305f. Thesis (PhD) – University of London.

IBGE. **Base de informações por setor censitário (Paraíba- Campina Grande) 2504009.** Rio de Janeiro: IBGE, n.1, 2002. CD-ROM.

_____. **Sistema de recuperação de informações georreferenciadas** – Estatcart versão 2.0 ISBN 85-240-0876-8. Rio de Janeiro: IBGE, n.1, 2003. CD-ROM.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde.** PNAD 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2005. 169p.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2017

JORNADA, B.; SANTOS, B. Z.; GARCIA, L. P., DALPIAN, D. M.; BACKES, D. S.; KRAUSE, L. F.. Acesso e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes e fatores associados no Brasil. **Disciplinarum Scientia.** Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 275-288, 2012.

LACERDA, J. T.; SIMIONATO, E. M.; PERES, K. G.; PERES, M. A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 453-458, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Variáveis. In: _____. **Fundamentos de metodologia científica.** 3. ed., rev e ampl. São Paulo: Atlas, 1996, cap. 7, p. 137-54.

LANDIS, J.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, p. 159-174, 1977.

MAGALHÃES, B.G; OLIVEIRA, R.S.; GASPAR, G.S.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.12, n. 1, p. 107-12, 2012.

MARTA, S.N.; GATTI, M.A.N.; DE VITTA, A.; SIMEÃO, S.F.A.P.; CONTI, M.H.S.; SAES, S.O.; PALMA, R.; CARVALHO, R.S. Programa Saúde da Família sob a visão do usuário. **Salusvita**, v.30, n.3, 2011.

MARTINS, A. M. E. B. L.; JARDIM, L. A.; SOUZA, J. G. S.; RODRIGUES C. A. Q.; FERREIRA, R. C.; PORDEUS, I. A. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre

idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? **Rev. Bras. Epidemiol**, 71-90, jan-mar 2014.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Rev. Saúde Pública**, 36(2): 237-243, 2002.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(3):661-668, 2001.

MIRANDA, C. D. C.; PERES, M. A. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2319-2332, nov, 2013.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, 2015.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241 – 246, 2008.

OLIVEIRA, RS; MAGALHÃES, BG; GASPAR, GS. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 34-38, 2009.

PEREIRA, A. C. Normas operacionais para execução de levantamentos em odontologia. In: PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.83 -116.

PEREIRA, C. R. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de Saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n.5, p. 985-996, 2009.

PERES, K.G.; PERES, M.A.; BOING, A.F.; BERTOLDI, A.D.; BASTOS, J.L.; BARROS, A.J.D. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, 46 (2): 250-8; 2012.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, n.7, p.687-707, 2002.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 999 – 1010, 2006.

POMPEU, JGF; CARVALHO, ILM; PEREIRA, JA. *et al*; Avaliação do nível de satisfação dos usuários atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Faculdade Novafapi em Teresina (PI). **Odontol. Clín.-Cient. (Online)** vol.11 no.1 Recife ene./mar. 2012.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27 – 34, 2003.

ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n.12,p. 2871-2880, 2009.

ROCHA, R. A. C. P. **Avaliação do Acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB**. Tese de Doutorado, Camaragibe: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade Estadual de Pernambuco. 2009, 155f.

RODRIGUES, C.A.Q.; SILVA, P.L.V.; CALDEIRA, A.P.; PORDEUS, I.A.; FERREIRA, R. C.; MARTINS, A.M.E.B.L. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. **Revista Saúde Pública**, julho 2012.

RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 27 n.1. Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75 – 85, 2007.

SCAVUZZI, A. I. F.; NOGUEIRA, P. M.; LAPORTE, M. E.; CASTRO ALVES, A. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal e gestantes atendidas no setor público

e privado em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 8(1): 39-45, 2008.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(3):586-596, mar, 2015.

VIANA, I.B.; MARTELLI, P.J.L.; PIMENTEL, F.C. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. v. 25, n.2, p. 151-160, 2012.

APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE** terá como objetivo geral Avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB comparativamente após cinco (5) anos do estudo inicial.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao formulário de pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, os resultados da mesma serão publicados junto a Comunidade Científica, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 93125236** ou **(83) 88845236** com **RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA**.

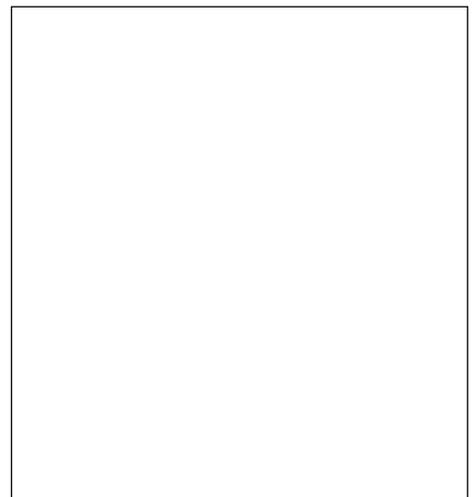
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Renata Cardoso Rocha Madruga

Assinatura do Participante

Assinatura Datiloscópica do participante da pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas menores de 18 anos ou mesmo outra categoria incluída no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____
 _____ em pleno exercício dos
 meus direitos autorizo a participação do _____ de ____ anos
 na a Pesquisa **“AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS
 ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
 FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS
 ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
 FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE** terá como
 objetivo geral **Avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela
 Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB comparativamente após cinco
 (5) anos do estudo inicial.**

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que responda ao formulário de pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, os resultados da mesma serão publicados junto a Comunidade Científica, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 93125236** ou **(83) 88845236** com **RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA**.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

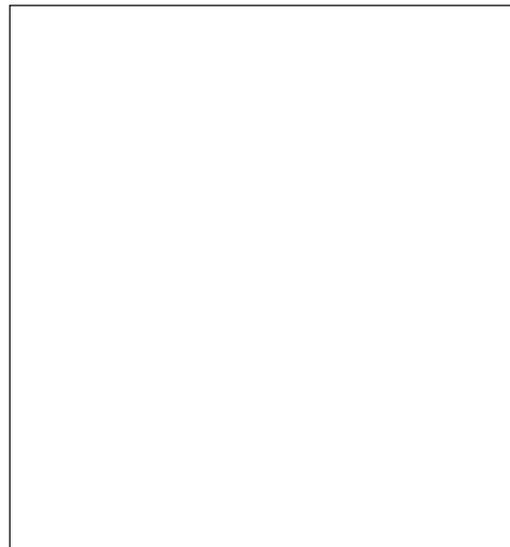
Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do responsável legal pelo menor

Assinatura do menor de idade

Assinatura Dactiloscópica

Responsável legal



APÊNDICE B – LISTAGEM DOS BAIRROS E SETORES CENSITÁRIOS QUE COMPUSERAM A AMOSTRA DO ESTUDO

ESTUDO PILOTO

Bairro: Monte Castelo

Código do Setor Censitário: 150

Distrito Sanitário: I

Nome da UBSF: PSF Monte Castelo I e II

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: >2 ANOS

Ruas: Rua Alice Gaudêncio; Rua Paraná; Rua São Luís; Travessa Hortêncio Ribeiro e Rua Hortêncio Ribeiro.

ESTUDO PILOTO

Bairro: Tambor

Código do Setor Censitário: 169

Distrito Sanitário: IV

Nome da UBSF: PSF Tambor I

Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF

Tempo de implantação: >2 ANOS

Ruas: Rua do Juá; Rua João Pessoa de Araújo; Rua Nova e Travessa Venezuela.

PESQUISA

Bairro: Monte Castelo

Código do Setor Censitário: 150

Distrito Sanitário: I

Nome da UBSF: PSF Monte Castelo I e II

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: >2 ANOS

Ruas: Rua Alice Gaudêncio; Rua Paraná; Rua São Luís; Travessa Gonçalves Dias; Rua Mato Grosso; Travessa Aldeon Corion (Obdeon Licarião); Travessa Hortêncio Ribeiro e Rua Hortêncio Ribeiro.

Bairro: José Pinheiro

Código do Setor Censitário: 042

Distrito Sanitário: I

Nome da UBSF: PSF José Pinheiro

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: 2 ANOS

Ruas: Travessa Sindolfo Montenegro; Rua Sindolfo Montenegro; Rua Princesa Isabel; Travessa Carlos Gomes; Rua Carlos Gomes; Rua Vigário Virgínio e Rua Gonçalves Dias.

Bairro: Bodocongó

Código do Setor Censitário: 302

Distrito Sanitário: II

Nome da UBSF: PSF Bodocongó (Matadouro)

Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF

Tempo de implantação: 2 ANOS

Ruas: Rua Pacífico Licarião da Trindade; Rua José do Precipício; Rua Florípedes Coutinho; Rua Professor João Rodrigues; Rua João Gomes; Rua Francisco Melquíades; Rua Manoel Joaquim Ribeiro e Rua Carlos Alberto de Sousa.

Bairro: Bodocongó

Código do Setor Censitário: 295

Distrito Sanitário: II

Nome da UBSF: PSF João Rique I e II

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: 2 ANOS

Ruas: Rua Dr. José Moisés Medeiros Neto; Rua Elizabete Arruda; Rua Glauber Alisson Guimarães; Rua Beira Rio; Travessa Beira Rio; Rua Elísio Neuponuceno; Rua Pedro Marcelino Diniz; Rua João Figueiredo; Rua José Vitorino da Silva e Rua Cleudo Leite.

Bairro: Monte Santo

Código do Setor Censitário: 122

Distrito Sanitário: III

Nome da UBSF: PSF Bonald Filho

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: 2 ANOS

Ruas: Rua Líbia C. Silva; Rua Otacílio C. da Costa; Rua Acácio Figueiredo; Travessa Acácio Figueiredo; Rua Conde d'eu; Travessa Tomás de Santa Rosa; Rua São Severino; Rua Antonieta Cavalcanti e Rua Francisco Calixto.

Bairro: Cuités

Código do Setor Censitário: 205

Distrito Sanitário: III

Nome da UBSF: PSF Cuités

Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF

Tempo de implantação: > 2 ANOS

Ruas: Rua Bucareste; Rua Luxemburgo; Rua Bruxelas; Avenida Paris; Rua Madrid; Rua Viena; Rua Mônaco; Rua Berna; Rua Varsóvia; Rua Amsterdan e Rua Londres

Bairro: Tambor

Código do Setor Censitário: 169

Distrito Sanitário: IV

Nome da UBSF: PSF Tambor I

Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF

Tempo de implantação: >2 ANOS

Ruas: Rua do Tambor; Rua do Juá; Rua João Pessoa de Araújo; Rua Nova; Rua 24 de Maio e Travessa Venezuela.

Bairro: Catolé

Código do Setor Censitário: 075

Distrito Sanitário: IV

Nome da UBSF: PSF Pedreira do Catolé I e II

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: > 2 ANOS

Ruas: Travessa 08 de Dezembro; Rua Ariús; Travessa Prefeito Francisco Camilo; Rua Elpídio de Almeida; Rua Coremas; Rua José Francisco Ramos; Rua José Pereira de Araújo; Rua Padre Anchieta; Rua Prefeito Fancisco Camilo e Travessa Elpídio de Almeida.

Bairro: Catolé de Zé Ferreira

Código do Setor Censitário: 322

Distrito Sanitário: V

Nome da UBSF: PSF Catolé de Zé Ferreira

Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF

Tempo de implantação: > 2 ANOS

Ruas: Rua José Santino; Rua João Cabral; Travessa Arnóbio Araújo; Rua Arnóbio Araújo; Rua José Pereira de Araújo; Rua Professora Dulce Amorim e Rua Antônio Vicente.

Bairro: Catingueira

Código do Setor Censitário: 256

Distrito Sanitário: V

Nome da UBSF: PSF Catingueira I e II

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: > 2 ANOS

Ruas: Rua Antônio G. de Souza; Rua Paulo Matias; Rua Luís Ferreira da Silva; Rua Cássio Figueiredo; Rua Severino de Sousa Sales; Rua João Severino da Silva e Rua Maria Cândido da Silva.

Bairro: Rocha Cavalcanti

Código do Setor Censitário: 280

Distrito Sanitário: VI

Nome da UBSF: PSF Rocha Cavalcanti

Proporção ESB por ESF: 1ESB-2ESF

Tempo de implantação: 2 ANOS

Ruas: Rua Lindolfo de Albuquerque; Rua Natanael Nóbrega de Lucena; Rua Walter Benevides da Silva; Rua Severino Rodrigues; Rua Noberto Guedes de Miranda; Rua Maria Amélia Amorim Pereira Barros; Rua Raimundo Seixas Maciel; Rua José Barbosa Pereira e Rua Porto Alegre.

Bairro: Malvinas

Código do Setor Censitário: 279

Distrito Sanitário: VI

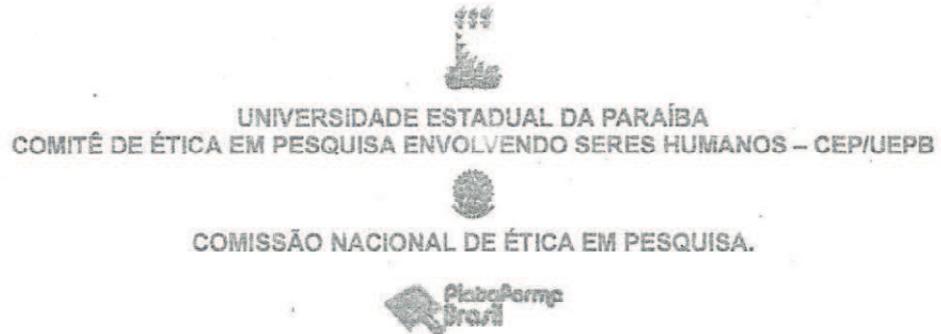
Nome da UBSF: PSF Malvinas II

Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF

Tempo de implantação: 2 ANOS

Ruas: Rua das Umburanas; Rua Coronel Aníbal Ferreira; Rua dos Avelozes; Rua Luís Vidal de Negreiros; Rua Coroa do Frade; Rua Antônio Francisco Alves; Rua Poeta Manoel Camilo dos Santos; Rua Frei Paschoal; Rua das Pitombeiras; Rua das Palmas; Rua Jamila Abraão Jorge; Rua dos Paus Darco e Rua José Brito Silva.

ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER DO RELATOR: (9)

Número do parecer: 20260313.1.0000.5187

Pesquisador: RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA

Data da relatoria: 02/ 08/ 2013

Situação do projeto: **Aprovado**

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado "AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: UM ESTUDO DE COORTE. O presente estudo será para análise e parecer com fins de submissão ao edital do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS/ Chamada MS/CNPQ/FAPESQ-PB Nº 001/2013.

Objetivo da Pesquisa: O projeto tem como objetivo geral "avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela estratégia saúde da Família em Campina Grande – PB, comparativamente após cinco (5) anos do estudo inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: O trabalho se enquadra na modalidade de risco mínimo de acordo com a resolução 196/96 (BRASIL, 1996), havendo a necessidade de se obter um TCLE por parte do sujeito ou responsável. Em relação aos benefícios do presente estudo, este poderá trazer contribuições significativas para a sociedade e autoridades sanitárias municipais, trazendo contribuições para todos os municípios do estado da Paraíba.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: É um trabalho de cunho científico de responsabilidade, que trará melhora ao serviço de acesso à odontologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Está de acordo com as normas desse CEP e da Plataforma Brasil.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doraciela Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – INSTRUMENTO UTILIZADO DURANTE A PESQUISA

INSTRUMENTO 01 (Caracterização do indivíduo)

FORMULÁRIO DA PESQUISA DATA DA ENTREVISTA: _____ Nº. DO FORMULÁRIO: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome do respondente: _____

CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO

02) Sexo: 1 () M 2 () F	SEXO _____
03) Idade: _____	IDADE _____
04) Estado Marital: 1 () solteiro - não mora c/ninguém 2 () casado – mora c/algum 3 () divorciado 4 () viúvo	ESTMAR _____
05) Cadastrado em algum programa de renda mínima: 1 () sim 2 () não	CADREMÍN _____
06) R. Mensal: Resp. 0 () Não se aplica 1 () <1/2 SM 2 () 1/2 SM 3 () 1SM 4 () 2SM 5 () 3SM 6 () 4SM 7 () 5SM ou mais 8 () NT (R\$ _____)	RENRES _____
Familiar 1 () <1/2 SM 2 () 1/2 SM 3 () 1SM 4 () 2SM 5 () 3SM 6 () 4SM 7 () 5SM ou mais 8 () NT (R\$ _____)	RENFAM _____
07) Casa: 1 () alugada 2 () emprestada 3 () cedida 4 () invadida 5 () própria 6 () própria em aquisição (financiada)	CASA _____
08) Escolaridade: 1 () Analfabeto 2 () 1º grau incompleto 3 () 1º grau completo 4 () 2º grau incompleto 5 () 2º grau completo 6 () Universidade incompleta 7 () Universidade completa 8 () Pós – graduação 9 () Não sei	ESCOL _____

INSTRUMENTO – PNAD 2003 (IBGE, 2005) UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

09) Nos últimos dois anos, ___ precisou utilizar o serviço odontológico ou profissional de saúde (dentista) para atendimento relacionado à própria saúde? () Sim (siga 10) () Não (passe ao 12)	PRECATEN _____
10) Se utilizou, considera que o atendimento de saúde recebido foi: 1 () Muito bom 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim (passe ao 11) 5 () Muito ruim	ATENRECE _____
11) Se utilizou, considerando a escala de 1 a 5, explique se suas necessidades foram plenamente satisfeitas: 1 () 1 (insatisfeitas) 2 () 2 (um pouco satisfeitas) 3 () 3 (satisfeitas) 4 () 4 (muito satisfeitas) 5 () 5 (totalmente satisfeitas) (passe ao 13)	NECESSAT _____
12) Nos últimos dois anos, por que motivo --- não procurou o serviço de saúde? 1 () Não houve necessidade 2 () Não tinha dinheiro 3 () O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 4 () Dificuldade de transporte 5 () Horário incompatível 6 () O atendimento é muito demorado 7 () O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades 8 () Achou que não tinha direito 9 () Não tinha quem o(a) acompanhasse 10 () Não gostava dos profissionais do estabelecimento 11 () Greve nos serviços de saúde (passe ao 13) 12 () Outro motivo	NÃOPROCU _____

QUALIFICANDO O ACESSO

13) ___ teve acesso a alguma palestra, reunião que fossem enfocados temas sobre saúde? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sei, não me lembro (passe ao 14)	ACESPAL _____
14) ___ recebeu algum kit de escovação dentária (creme dental e/ou escova), material educativo (folder) ou Aplicação Tópica de Flúor? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sei, não me lembro (passe ao 15)	KITESCO _____
15) ___ já recebeu a visita na sua casa (visita domiciliar) do (a) Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário ou Agente Comunitário de Saúde (ACS) orientando o ___ sobre Saúde Bucal? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sei, não me lembro (passe ao 16)	VISIDENT _____

INSTRUMENTO SAÚDE BUCAL (GOES, 2001).

16) Como ___ classifica a sua saúde dos seus dentes e da sua boca? 1 () Excelente 2 () Muito Boa 3 () Boa 4 () Mais ou menos 5 () Ruim	SAUDEN _____
17) ___ está satisfeito com a aparência dos seus dentes? 1 () Muito satisfeito 2 () Satisfeito 3 () Aceitável 4 () Insatisfeito	APARÊNC _____
18) ___ já teve dor de dente na sua vida? 1 () Sim (passe a 19) 2 () Não (passe a 21) 9 () Não sei, não me lembro (passe a 21)	DORVIDA _____
19) ___ teve dor de dente nos últimos seis meses? 1 () Sim (siga 20) 2 () Não (passe a 21) 9 () Não sei, não me lembro (passe a 21)	DOR6MES _____

