

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KRISHNA ANDRÉIA FEITOSA PETROLA

**AÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DO
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

FORTALEZA – CE
2014

KRISHNA ANDRÉIA FEITOSA PETROLA

**AÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DO PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

ORIENTAÇÃO: Prof.^a Dr.^a Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

FORTALEZA – CE
2014

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P497 Petrola, Krishna Andréia Feitosa
Ações de saúde bucal em crianças do Programa Bolsa
Família. / Krishna Andréia Feitosa Petrola. -- 2014.
93 f. : tab.

Orientador: Meyer, Anya Pimentel Gomes Fernandes
Vieira

Dissertação (Mestrado) – Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família. Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde Bucal. 2. Saúde da Família. 3. Programas
Governamentais - organização & administração. 4. Renda.
5. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.
I. Título.

CDD - 22.ed. – 617.601

KRISHNA ANDRÉIA FEITOSA PETROLA

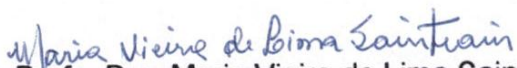
**AÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DO PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA**

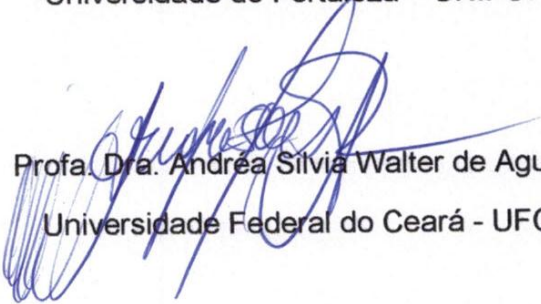
Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 26/06/2014

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz
Orientadora


Profa. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain
Universidade de Fortaleza – UNIFOR


Profa. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar
Universidade Federal do Ceará - UFC

À Maressa, minha sobrinha querida! Eu te amo, Didi!

À criança, alegre e forte que ela é, em nome de quem
homenageio todas as crianças pesquisadas neste trabalho!

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por tudo e sempre!

À minha mãe, Fátima Feitosa, minha inspiração de vida. Meu exemplo de força, determinação, honestidade, inteligência e organização. Uma guerreira sempre! Minha maior incentivadora e orientadora. Por todo apoio e carinho e por ser a minha companheira inseparável!

Ao meu pai, Domingos Lanes Leal Petrola, pela ajuda desde as minhas primeiras redações escolares até hoje, incentivando, a mim e aos meus irmãos, o gosto pelos estudos, pela leitura e pela música. Meu referencial de inteligência, cultura, amor e respeito, meu “Gênio”! Hoje colho os frutos dos seus ensinamentos.

Aos meus irmãos, Iuri e Audrey, meus primeiros e grandes amigos! Iuri, *expert* nos computadores cujo conhecimento foi fundamental neste trabalho, e Audrey, minha “mentora intelectual”, estaremos sempre juntos!

Aos meus familiares, em especial aos meus tios Dulce Feitosa e Acácio Feitosa, e à Fátima Pereira, carinhosamente chamada de Naia, pela dedicação e cuidado sempre presentes ao longo da minha vida.

À minha orientadora, Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, que com tanta competência, dedicação, paciência e determinação conduziu-me nesse processo de trabalho. Obrigada pela confiança, compreensão e carinho e, acima de tudo, pelas orientações de vida e amizade compartilhadas nesses dois anos e meio de convivência.

Às Professoras Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain e Dra. Andrea Sílvia Walter de Aguiar que, gentilmente, aceitaram participar da banca examinadora e contribuíram ricamente na construção deste estudo.

Aos amigos Juliana Barreira, Ítalo Bezerra e Érico Menezes (Bolsistas do CNPQ) pela colaboração ímpar na execução de várias partes deste trabalho. A alegria e a boa vontade insuperáveis que tornou tudo mais fácil.

A todos os professores em nome da Prof. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes, aos colaboradores das instituições FIOCRUZ e UECE em nome de Geisa Francisco da Silva e Wagner Alves e a todos os companheiros de turma com os quais aprendi muito e que hoje fazem parte das minhas boas recordações.

Aos meus amigos e a todos que me são caros porque sei que, embora tenha ficado distante e tenha perdido momentos importantes em nossas vidas, todos compreendem, respeitam e sempre vibram com as minhas vitórias.

Às crianças que deram todo o sentido a este trabalho, e que, sorrindo ou chorando no colo de seus pais, permitiram que eu conseguisse concluir essa pesquisa grandiosa.

Meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que colaboraram na realização deste trabalho.

“Quando vejo uma criança, ela me inspira dois sentimentos:
ternura pelo que ela é e respeito pelo que pode ser.”

Jean Piaget

“Porém eu vos digo, não em sono, mas no pleno despertar do meio-dia, que
o vento não fala com mais doçura aos carvalhos gigantes do que a menor
das folhas da relva.”

Khalil Gibran

RESUMO

A odontologia tem avançado em pesquisas e tecnologias que têm conseguido melhorar as condições de saúde bucal da população mundial. No entanto, algumas doenças bucais como a cárie dental ainda persistem entre os problemas de grande relevância social no mundo. A desigualdade social nas condições de saúde bucal é um problema de saúde pública que ainda precisa ser enfrentado. O Brasil é marcado por desigualdades socioeconômicas que favoreceram desigualdades em saúde ao longo do tempo. Entre os dois levantamentos epidemiológicos de base nacional realizados em 2003 e 2010, houve uma inexpressiva redução na cárie dental na idade índice de cinco anos. Ainda segundo esses levantamentos, a cárie dentária na idade de cinco anos permaneceu sem tratamento. Considerando a prevalência desta na população infantil, um problema de saúde bucal controlável através de ações de promoção e prevenção da saúde e tratamento curativo, se faz necessária a investigação de como políticas públicas influenciam o acesso deste grupo às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal. No intuito de reduzir as desigualdades sociais e em saúde, o Brasil desenvolveu duas de suas maiores políticas públicas: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Bolsa Família (PBF) que tem como foco a atenção básica à saúde e o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde. Estas duas políticas têm demonstrado resultados interessantes, entretanto, embora priorizem populações semelhantes, existem poucos estudos examinando as relações e eventuais interações entre o Programa Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família. Desta forma, este estudo pretendeu identificar as ações da Equipe da Saúde da Família na promoção, proteção e recuperação da Saúde Bucal da população infantil assistida pelo Programa Governamental Bolsa Família no município de Fortaleza, Ceará. Além disso, também, se buscou identificar, segundo os pais (responsáveis) das crianças beneficiadas pelo Programa, se elas haviam recebido essas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal e a assistência odontológica nos consultórios das unidades de saúde. Nesse sentido desenvolveu-se este estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa através de entrevistas estruturadas direcionadas aos cirurgiões-dentistas da ESF, aos profissionais de saúde que acompanham as famílias na condicionalidade saúde do PBF nas unidades de saúde da família e pais de crianças beneficiadas pelo Programa no município de Fortaleza. No total, participaram da pesquisa 532 pessoas, sendo 74 cirurgiões-dentistas (CD) da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza; 74 profissionais responsáveis pelo acompanhamento do cadastro do Bolsa Família nas unidades de saúde do município e 384 pais ou responsáveis por crianças de 0 a 6 anos de idade assistidas pelo Programa Bolsa Família em Fortaleza. Observou-se, entre os resultados mais relevantes, que a maioria (95,9%, n= 71) dos profissionais que acompanham as crianças são enfermeiros e 94,6% (n=70) atuam na ESF. Não realizam ações de saúde bucal específicas para as crianças do PBF 93,2% (n= 69) dos dentistas e 82,4% (n= 61) dos profissionais. 74,3% (n= 55) dos dentistas e 75,7% (n= 56) dos profissionais também informaram não desenvolver atividades de orientação e promoção da saúde voltada para os pais e ou responsáveis por estas crianças. 93,2% (n= 69) dos dentistas e 71,6% (n= 53) dos profissionais não aproveitam o momento em que as crianças e seus pais estão na unidade realizando o acompanhamento em saúde para permanência no PBF para ações de saúde bucal. A maior parte dos profissionais que acompanham as famílias do PBF, 75,7% (n= 56) afirmou que encaminha mais as crianças menores de sete anos de idade às consultas odontológicas quando o atendimento se dá na rotina normal de trabalho que quando atendem crianças no PBF; 79,7% (n= 59) desses profissionais disse que orienta aos pais a procurar pela consulta odontológica. No entanto, 77,3% (n= 297) dos pais afirmaram que suas crianças nunca foram atendidas no consultório odontológico da unidade de saúde. Nos três grupos pesquisados, 89,2% (n= 66) dentistas, 97,3% (n= 72) profissionais e 88,8% (n= 341) pais (responsáveis) informaram que gostariam que a saúde bucal das crianças fosse acompanhada pelo PBF e que aprovariam caso esta fosse incluída como uma das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Concluiu-se que não há interação entre essas duas macropolíticas brasileiras, PBF e ESF, no que diz respeito às ações de saúde bucal de crianças assistidas pelo PBF no município de Fortaleza. Considerando-se a potencialização das ações de saúde através da sinergia dessas duas políticas públicas brasileiras, conjectura-se que a associação entre o PBF e a ESF na atenção à saúde bucal contribuiria para o combate às iniquidades em saúde bucal, desta forma, reforça-se a necessidade desta interação e indica-se ações que as estimulem.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Estratégia de Saúde da Família; Programas de Transferência de Renda Condicional; Programa Bolsa Família.

ABSTRACT

Scientific and technological advances in dentistry have led to significant overall improvements in oral health. However, certain oral conditions, such as dental caries, remain a challenge for public health worldwide due to their association with aspects of social inequality. Brazil is no exception in this regard. According to Brazilian national epidemiological surveys, the incidence of dental caries among 5-year-olds decreased very little between 2003 and 2010, with 80% of cases in this age group left untreated. Considering the high indices of caries in children and the fact that dental caries can be fairly easily avoided or controlled by way of public health promotion and preventive and/or curative care, it is important to examine the public policies regulating access of this group to oral health services. In order to reduce social and health inequalities in Brazil, the government implemented two major public policies, the Family Health Strategy (ESF) and the Bolsa Família Program (PBF), focused on primary care and on the improvement of social health determinants. The results of these two programs have been positive but, despite being aimed at the same socioeconomic groups, few studies have evaluated the relations and possible interactions between them. The purpose of the present study was to identify the contribution of ESF to the promotion, protection and recovery of oral health among children covered by PBF in Fortaleza (Ceará, Northeastern Brazil). We also determined whether, according to parents or caretakers, the children were receiving oral health guidance and care at public health facilities. In this exploratory-descriptive and quantitative study, information was collected with structured questionnaires administered to ESF-employed dentists (n=74) and health professionals (n=74) responsible for registering and following families meeting PBF stipend requirements at family health facilities in Fortaleza, and to the parents/caretakers (n=384) of children aged 0 to 6 years benefited by the program (total: 532 interviewees). Most of the professionals (95.9%; n=71) following the children were nurses, 94.6% (n=70) of whom were employed by ESF. Most dentists (93.2%; n=69) and health professionals (82.4%; n=61) reported performing no specific oral health procedures on children registered with PBF. Likewise, 74.3% (n=55) of the dentists and 75.7% (n=56) of the health professionals reported providing no health guidance or promotion to the children's parents/caretakers. Similarly, 93.2% (n=69) of dentists and 71.6% (n=53) of health professionals did not seize the opportunity to provide oral health services to parents and children attending the facility as a PBF stipend requirement. Most of the professionals (75.7%; n=56) following the families benefited by PBF reported referring more children under 7 to dental appointments under routine work conditions than when seeing children at PBF: 79.7% (n=59) reported advising parents to seek dental care. However, 77.3% (n=297) of the interviewed parents/caretakers stated their children had never been seen by a dentist at the facility. The majority of the dentists (89.2%; n=66), health professionals (97.3%; n=72) and parents/caretakers (88.8%; n=341) said they would like PBF to follow the children's attendance of oral health care and would support the inclusion of such attendance as a PBF stipend requirement. In conclusion, this study reveals that no systematic interaction exists between the two public policies, PBF and ESF, with regard to the oral health care of children benefited by PBF in Fortaleza. However, the synergy created by associating these two Brazilian public policies, PBF and ESF, would greatly potentiate the effects of oral health promotion and care while reducing social inequalities as reflected in oral health.

Key words: Oral health; Family Health Strategy; Conditional cash transfer programs; Bolsa Família.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CadÚnico – Cadastro Único

CD – Cirurgiões-dentistas

CNDSS – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde

CSF – Centro de Saúde da Família

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EqSF – Equipe de Saúde da Família

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MS – Ministério da Saúde

OMS / WHO – Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PSF – Programa de Saúde da Família

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PTRC – Programas de Transferência de Renda Condicional

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição do Perfil Sócio-demográfico dos Participantes. Fortaleza, 2014.	34
TABELA 2 – Dados sobre o Programa Bolsa Família. Fortaleza, 2014.	38
TABELA 3 – Dados sobre as ações de Saúde Bucal. Fortaleza, 2014.....	42
TABELA 4 – Dados relacionados aos Pais (responsáveis) de crianças beneficiadas no PBF. Fortaleza, 2014.....	49
TABELA 5 – Dados sobre as ações de recuperação da saúde bucal realizadas pelos CD. Fortaleza, 2014	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Atenção Primária à Saúde.....	14
1.2. O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.....	18
1.3. Dados Epidemiológicos de Saúde Bucal no Brasil e no Município de Fortaleza.....	22
1.4. O Programa Bolsa Família.....	23
1.5. Justificativa do Estudo.....	27
2. OBJETIVOS.....	29
2.1. Objetivo Geral.....	29
2.2. Objetivos Específicos.....	29
3. METODOLOGIA.....	30
3.1. Local do Estudo.....	30
3.2. População do Estudo.....	30
3.3. Amostra.....	31
3.4. Coleta de Dados.....	31
3.5. Análise dos Dados.....	32
3.6. Aspectos Éticos.....	32
4. RESULTADOS.....	33
5. DISCUSSÃO.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	73
Apêndice A:.....	74
Apêndice B1:.....	75
Apêndice B2:.....	76
Apêndice B3:.....	77
Apêndice C:.....	78
Apêndice D:.....	82
Apêndice E:.....	86
ANEXOS.....	89
ANEXO 1.....	90
ANEXO 2.....	91

INTRODUÇÃO

A história da Odontologia, notadamente no último século, tem sido marcada por numerosos avanços em pesquisas e tecnologias biomédicas responsáveis por melhorias na saúde e no bem estar das populações (BENJAMIN, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar das grandes realizações no âmbito da saúde bucal, muitos problemas ainda permanecem (WHO, 2012). A prevalência da cárie dentária, a mais comum das doenças bucais, apresentou uma tendência de declínio nas três últimas décadas do século XX e no início do século XXI, especialmente nos países desenvolvidos (NARVAI *et al*, 2006), mas ainda é considerada uma importante questão de saúde pública no mundo todo, afetando 60 a 90% das crianças em idade escolar, além da maioria dos adultos (WHO, 2012; PETERSEN, 2005).

Dissociar a saúde bucal da saúde geral, segundo Sheiham (2005), é um equívoco corriqueiro que deve cessar, visto que essa separação afeta, negativamente, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. O impacto de doenças bucais como a cárie dentária vai além da alta prevalência e elevados custos de tratamento. Estes assumem menor relevância quando comparados ao sofrimento físico e psicológico que a cárie não tratada ocasiona aos indivíduos acometidos. A dor, disfunções, perda da autoestima devido à aparência, faltas na escola ou no trabalho, dificuldade de concentração em tarefas diárias são alguns exemplos dos transtornos na saúde geral causados por problemas na saúde bucal. Especialmente nas crianças, as cáries trazem prejuízos à mastigação, ao ganho de peso, ao crescimento, à fala, ao sono, à aparência, ao lazer, à socialização, ao aprendizado, etc., afetando diretamente o desenvolvimento infantil.

Os dados epidemiológicos de 2010 sobre a saúde bucal no Brasil mostraram que, apesar de ter entrado para o grupo dos países com baixa prevalência de carie dentária aos 12 anos, o país não obteve grande êxito nos resultados conseguidos para as crianças na idade índice de cinco anos, especialmente se comparado às demais faixas etárias nas quais a redução da cárie foi bem mais expressiva. Na faixa etária de cinco anos, as cáries dentárias permaneceram sem tratamento e houve apenas uma modesta diminuição na sua prevalência entre os dois levantamentos de base nacional realizados no Brasil em 2003 e 2010 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011). Os indicadores sociais são importantes fatores relacionados à cárie dentária, portanto, comunidades socioeconomicamente desfavorecidas estão, com frequência, associadas à alta prevalência da doença, sendo a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico um dos motivos (PAIVA *et al*, 2012). Considerando a prevalência da cárie dentária na população infantil, um problema de saúde bucal controlável através da sua promoção e tratamento, se faz necessária a investigação de como políticas

públicas influenciam o acesso deste grupo às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, importantes para o controle desta enfermidade.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é organizada através da Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual se incluem as Equipes de Saúde Bucal (ESB) que devem trabalhar com a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os indivíduos e em todas as faixas etárias (BRASIL, 2012). Adicionalmente, o Brasil tem utilizado estratégias emancipatórias de famílias socioeconomicamente vulneráveis, como o Programa Bolsa Família (PBF) (MOYSÉS *et al.* 2008). É importante enfatizar que ambos estão direcionados à família e relacionam-se através da condicionalidade de saúde do Bolsa Família na qual agem conjuntamente em benefício desse grupo.

Através do Programa Bolsa Família, o Governo Federal, via transferência de renda direta, promove o alívio imediato da pobreza em grupos desfavorecidos. Contudo, exige das famílias beneficiadas o cumprimento de uma série de condicionalidades, no intuito de reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde, alimentação e assistência social (BRASIL, 2013a). O grupo etário em foco na condicionalidade saúde do PBF é de 0 a 6 anos, onde ações sistemáticas voltadas à saúde, como avaliação do estado nutricional e acompanhamento da vacinação, devem ser realizadas pela Estratégia de Saúde da Família como condicionalidade para o recebimento do recurso do Programa Bolsa Família. Este é o mesmo grupo etário no qual as reduções dos índices de cárie dentária são menores em nosso país. Assim, questiona-se a existência de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde bucal direcionada a estas crianças durante o desenvolvimento das ações sistemáticas à saúde que devem ser realizadas pela equipe de saúde da família a este grupo, que é o objetivo do presente trabalho.

Desta forma, entendendo que as crianças do Bolsa Família pertencem a um grupo vulnerável e de risco para a cárie dentária, pretendeu-se investigar se o momento de pesagem e acompanhamento de vacinas das crianças no bolsa família, realizados pela equipe de saúde da família, e parte obrigatória do PBF, é utilizado para realização e ou encaminhamento para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como investigar se este grupo é identificado como prioritário pela equipe de saúde da família e se ações específicas são realizadas para esta população.

Embora priorizem populações semelhantes, praticamente não existem estudos examinando as relações e eventuais interações entre o Programa Bolsa Família e a atenção básica à saúde, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2013b). Assim, o estudo em questão pretendeu investigar as ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde bucal para as crianças menores de sete anos de idade beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, no município de Fortaleza – Ceará. Esta investigação parece oportuna considerando-se, principalmente, os resultados mostrados com as pesquisas epidemiológicas em saúde bucal para as crianças em idade pré-escolar, a associação dos problemas bucais a fatores sócio econômicos, e a coincidente idade das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família em relação às condicionalidades da saúde.

1.1. Atenção Primária à Saúde

O principal marco do século XX nos esforços para alcançar a “Saúde para Todos” foi a consagração da Atenção Primária à Saúde na Declaração de Alma-Ata, escrita em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (SGAN-COHEN & MANN, 2007; WHO, 2013). Promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), esta Conferência teve como sede a cidade de Alma-Ata na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), e contou com a participação de 134 países que assinaram o pacto mundialmente conhecido como Declaração de Alma-Ata.

Os rumos das políticas de saúde no mundo foram influenciados pelo contexto acirrado da crise monetária internacional na década de 70 e refletiram o desencanto generalizado com os cuidados de saúde em todo o mundo. Mais da metade da população mundial vivia sem o benefício de cuidados de saúde adequados (GIL, 2006; UNICEF, 1978).

Mesmo antes da crise, muitos países já vinham enfrentando dificuldades no setor saúde, decorrentes da crescente elevação dos gastos, levando à necessidade de reformas setoriais em muitos deles, pois o maior apoio financeiro era dado aos serviços médicos especializados e altamente sofisticados. A concentração de tecnologia complexa e cara em segmentos limitados da população e a fragmentação da atenção, nem sequer alcançaram a vantagem de aprimorar a saúde, beneficiando apenas pequenos grupos privilegiados (UNICEF, 1978). O modelo médico hegemônico à época é tido como um dos importantes fatores da ineficácia e encarecimento dos sistemas de saúde mostrando-se insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços (GIL, 2006). Ao mesmo tempo, as desigualdades sociais favorecendo as desigualdades na situação de saúde dos povos, dentro dos países e, especialmente, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, trouxeram à tona um sentimento de oportunidades perdidas e de esquecimento das populações que impulsionou

uma mudança de paradigmas no “pensar” sobre saúde. Melhor saúde poderia ser alcançada com o conhecimento técnico disponível (WHO, 2008; UNICEF, 1978).

Nesse contexto, a Declaração de Alma-Ata preceitua a Atenção Primária à Saúde (APS) como uma das principais alternativas de mudança do modelo de atenção à saúde e da reorganização dos serviços nos países visando à universalização da saúde como um direito de todos (GIL, 2006). Afirma que a Atenção Primária à Saúde ou Cuidados Primários em Saúde (denominação usada na Conferência) são “cuidados essenciais em saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente sólidas e socialmente aceitáveis com alcance universal para indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que o país possa suportar em cada fase do seu desenvolvimento no espírito de autoconfiança e autodeterminação” (UNICEF, 1978).

Há mais de 30 anos, a Declaração de Alma-Ata articulou a APS, como um conjunto de valores norteadores para o desenvolvimento da saúde, um conjunto de princípios para a organização dos serviços de saúde e uma série de abordagens para lidar com as necessidades prioritárias e os determinantes fundamentais da saúde. Desde então, a Atenção Primária em Saúde é defendida pela OMS como a chave para a universalização da promoção de saúde, o caminho para se alcançar um nível de saúde que permita a todos os povos, levar uma vida social e economicamente produtiva e assim impulsionar o desenvolvimento global (CHAN, 2008).

A Atenção Primária à Saúde, para Starfield (2002), representa a entrada num determinado sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, atendendo à pessoa, e não à doença, no decorrer do tempo. Fornece a atenção para todas as condições de saúde, excetuando-se as muito raras ou incomuns. A APS coordena e integra, sendo a base para todos os outros níveis de saúde, a atenção à saúde dada em qualquer outro lugar ou por terceiros, portanto é o nível de atenção que organiza e racionaliza todos os recursos, básicos e especializados, destinando-os para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

O conceito de APS está evoluindo nas últimas décadas, mas ainda precisa de uma interpretação mais homogênea (SOUZA, 2008). Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde tem sido empregada para designar vários modelos de organização e oferta dos serviços de saúde nos países.

Apesar da APS de ter sido promovida mundialmente como um plano de longo prazo para assegurar cuidados básicos de saúde para todas as pessoas, às vezes há equívocos sobre seu conceito fundamental mesmo entre especialistas, sendo decisivo

entendê-la como cuidados de saúde focados na comunidade e não nos indivíduos, pois quanto melhor for compreendida, melhor será implementada. (ABBAS *et al*, 2012).

Historicamente, a ideia de utilizar a atenção primária à saúde como forma de organização dos sistemas de saúde aparece pela primeira vez no chamado Relatório Dawson¹, em 1920. Esse documento do governo Inglês, aproximou-se dos conceitos atuais de APS quando associou a criação de *Centros de Saúde* com a ideia de regionalização, hierarquização e integralidade dos cuidados curativos e preventivos. (MATTA e MOROSINI, 2009; CONILL, 2008).

Nos Estados Unidos, na década de 70, a Academia Americana de Médicos de Família definiu a APS como forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças (ANDRADE *et al*, 2009).

Também na década de 70, seguindo uma tendência mundial de reorganização da saúde e numa circunstância de luta contra a ditadura no país, o movimento brasileiro da Reforma Sanitária com o lema “Saúde é Democracia” sinalizava a necessidade de mudanças em todo setor da saúde no Brasil. A Reforma Sanitária, num contexto de redemocratização, liderada por intelectuais, entidades estudantis e de profissionais de saúde, bem como outras entidades da sociedade, resultou na garantia constitucional da saúde como um bem social sob a responsabilidade do Estado e atingiu a plenitude com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BAHIA, 2013).

O termo Reforma Sanitária designa as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde dos cidadãos, em países do primeiro e do terceiro mundo, como a Itália, a Espanha, Portugal, tendo sido a experiência italiana a que mais inspirou esse movimento no Brasil (COHN, 1989). A Reforma Sanitária enfatizou aspectos da saúde pública, tais como o ambiente, as condições geográficas, o acesso à água e a alimentação, tão importantes para a qualidade de vida e para a manutenção da saúde quanto os recursos terapêuticos, especialmente, nos casos em que se pôde comprovar que a efetividade da terapêutica havia encontrado seu ponto de saturação. Ainda sob a sua influência, aspectos relacionados à dimensão socioeconômica, como habitação, renda, trabalho, educação e hábitos pessoais, também passaram a ser percebidos como condicionantes do processo saúde / doença (PORTO & GARRAFA, 2013).

Da atenção primária proposta em Alma-Ata até hoje, surgiram derivações do termo Atenção Primária à Saúde que sinalizavam as diferentes interpretações da

¹ Ministro da Saúde da Inglaterra.

abrangência e do escopo da atenção primária nos diversos países e continentes. Nesse sentido tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, por último, a atenção primária renovada (BRASIL, 2007a).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica (ABS) para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família. Tal denominação, incorporando os princípios da Reforma Sanitária, refletiu a noção da época de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde”. Dessa forma criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Desde 2007, o próprio Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde, a qual é na verdade a base do seu processo de reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2007a). O Sistema Único de Saúde organiza-se através da Estratégia de Saúde da Família, um modelo de APS focado na unidade familiar, integrada às redes de atenção à saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a ABS é um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999).

Não obstante, as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente (MATTA & MOROSINI, 2009), há o consenso contemporâneo de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade (OPAS, 2007) com evidências do impacto positivo desta em diversos países do mundo (STARFIELD, 2002). Em muitos países, a APS continua sendo a base dos seus sistemas de saúde. O Canadá foi um dos primeiros países a adotar a APS para organização dos serviços de saúde, a qual, nos últimos anos, vive um momento de renovação. O país obteve o alcance das metas de cobertura universal com marcante controle público e social sobre a regulação estatal do sistema. Costa Rica e Venezuela também são exemplos de países que contam com equipes básicas de atenção integral em saúde e oferecem programas de atenção primária com resultados positivos e logo visíveis nos indicadores de saúde. Outro exemplo é o Reino Unido, com a crise advinda do pós-guerra, dá-se a construção dos sistemas clássicos de bem-estar social, em sua feição europeia contemporânea, cujo exemplo típico é a formação do *National Health System* britânico, com extensão da atenção e inclusão do acesso aos cuidados de saúde entre os direitos de cidadania, com marcante influência na formação dos sistemas contemporâneos fundamentados na APS (GOULART,

2010). Portugal e Espanha, bem como os países nórdicos, são herdeiros das tradições de bem estar social da Europa e também investem na APS no sentido de dotar seus sistemas de saúde de novas ferramentas de garantia de qualidade e eficiência. Priorizam a política de recursos humanos através de movimentos de formação e organização profissional com grande prestígio social e político para médicos e demais profissionais de família (BRASIL, 2009).

Em 2003, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) / OMS reavaliou os valores e princípios que há algumas décadas inspiraram a Declaração de Alma-Ata, o que resultou no Documento de Posicionamento intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”. A intenção era revisar o legado de Alma-Ata e desenvolver uma estratégia de renovação da APS no intuito de adequá-la às novas necessidades de saúde e de fortalecer e revigorar os sistemas de atenção fundamentados sobre a perspectiva da APS (OPAS, 2007).

1.2. O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

As políticas de saúde no Brasil seguiram a tendência mundial de organização dos serviços com base nos Cuidados Primários em Saúde. O referencial proposto em Alma-Ata e a Reforma Sanitária brasileira inspiraram as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final dos anos 70 e início da década 80, e trouxeram aportes conceituais e práticos para a organização destes (GIL, 2006).

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira (CF/88) reconheceu expressamente em seu texto o direito humano à saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Em seguida, instituiu o sistema nacional de saúde com a denominação de Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Vale salientar aqui que a Constituição resguardou como direitos sociais, entre outros, a saúde, a educação e a alimentação que se tornaram, mais tarde, as prioridades de um dos programas nacionais de transferência de renda no combate a situação de miséria no Brasil: O Programa Bolsa Família (PBF).

Construído com base nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, o SUS tornou-se 100% responsável pelo atendimento de milhões de brasileiros que antes eram indigentes sanitários a depender de alguma estrutura de saúde municipal ou estadual existente (ALVES SOBRINHO, 2002). A obrigatoriedade de prover atendimento às demandas de Saúde para tamanho contingente populacional tem sido, até os dias atuais, um importante desafio para a saúde pública brasileira (VALENÇA *et al*,

2012). A Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regula o SUS, também prevê, além dos acima já citados, o princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo através da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Desde então, o sistema de saúde brasileiro passou a ser o único em todo o mundo que colocou a base da organização dos serviços na esfera local, ou municipal (RODRIGUES E SANTOS, 2009).

A estruturação do SUS e a organização da APS (Atenção Básica à Saúde, como é tratada no Brasil) ficaram a cargo do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS). O processo de formulação do programa foi fortemente influenciado por algumas experiências em andamento no País (e.g. o Programa Médico de Família da Secretaria de Estado da Saúde – SES – de São Paulo, o Projeto Saúde da Família de Quixadá e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, no Ceará) as quais procurou sintetizar na intenção de se tornar na melhor proposta para as condições do País. O aspecto mais relevante da implantação do PSF no Brasil, cuja importância merece ser destacada, talvez seja o grau de “centralidade” assumida pela questão da atenção básica dentro da política de saúde, com perda definitiva de seu antigo caráter marginal. (GOULART, 2010).

Assim, a atenção básica, de acordo com sua Política Nacional de 2012, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, atuando à luz dos princípios da universalidade, da equidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, e da participação social, com o objetivo de realizar uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

O PSF, agora denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) é, então, entendido como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. O intuito dessa estratégia é reordenar o modelo de atenção à saúde no SUS através das ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde. A ESF é operacionalizada mediante a implantação, em unidades básicas de saúde, de equipes multiprofissionais, as Equipes de Saúde da Família (EqSF), responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2013c).

As Equipes Multiprofissionais ou Equipes de Saúde da Família (EqSF) são compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB) e técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Os cirurgiões-dentistas juntamente com os auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal são intitulados de Equipe de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2012).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) são algumas das atribuições dos membros das equipes: realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012)

Para entender melhor o trabalho das EqSF, faz-se mister definir as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações de promoção da saúde englobam o trabalho com abordagem sobre a redução de fatores de risco, as ações de natureza eminentemente protetora da saúde, a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, a busca da autonomia dos cidadãos para estimular o autocuidado, etc. A proteção da saúde pode ser desenvolvida no nível individual e/ou coletivo, os procedimentos coletivos são as ações educativo-preventivas realizadas nas unidades de saúde, escolas, creches e associações. E enfim, complementando a atenção integral à saúde, estão as ações de recuperação da saúde que envolvem o diagnóstico e tratamento das doenças de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades (MACHADO, 2010; BRASIL, 1990).

Importante, também, é ressaltar a diferença entre prevenir doenças e promover saúde, considerando que tanto a promoção como a prevenção tem em comum a ênfase no cuidado e não na cura. Contudo, a promoção da saúde aproxima-se mais da questão da qualidade de vida do que do controle das enfermidades, como é o caso da prevenção. De fato, reside nesse ponto, a significativa diferença entre a prevenção das doenças, orientada por um modelo baseado na história natural da doença, e a promoção da saúde entendida, repetindo o argumento, como vida com qualidade e não apenas ausência de enfermidades. (MARCONDES, 2004).

As ESB têm atribuições específicas orientadas pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e da Política Nacional da Atenção Básica ambas do Ministério da Saúde. Na PNAB são suas atribuições específicas, entre outras: realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar (...) (BRASIL, 2012, BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal no tocante à ampliação do acesso, orienta, entre outras questões, as ações das ESB direcionadas ao grupo de crianças de 0 a 5 anos, destacando a organização do ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais; o desenvolvimento de atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

A evolução das práticas odontológicas na assistência pública para as crianças brasileiras está historicamente relacionada com o contexto sócio-político-cultural e com as transformações das ações sanitárias, ocorridas ao longo dos anos em resposta às mudanças sociais e às necessidades de saúde da população (VALENÇA *et al*, 2012). Para Narvai (2006), neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros ainda reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privado de prestação de serviços.

Diante do apresentado, às EqSF, para melhor identificar os principais grupos às ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições

socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis (BRASIL, 2004).

1.3. Dados Epidemiológicos de Saúde Bucal no Brasil e no Município de Fortaleza

As práticas de saúde bucal, partindo de referenciais epidemiológicos, vêm se reorganizando com o intuito de diminuir as iniquidades e de dar respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde bucal da população brasileira, a partir da lógica de construção do SUS que traz na sua essência maior a garantia do acesso qualificado e da integralidade dos serviços de saúde (VALENÇA *et al*, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde concluiu, em 2011, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado *SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* (BRASIL, 2011). Esta pesquisa revelou a entrada do Brasil para o grupo de países com baixa prevalência de cárie. Segundo classificação da OMS, aos 12 anos de idade (idade padrão para comparação internacional, pois reflete o ataque de cárie no começo da dentição permanente) o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) deve estar entre 1,2 e 2,6. O índice brasileiro CPO-D aos 12 anos é atualmente de 2,1. Esses resultados são importantes, pois mostram que as atividades coletivas de saúde bucal realizadas com escolares na faixa de 6 a 14 anos já se encontram bem estabelecidas. Por outro lado, embora os resultados tenham sido animadores em termos nacionais, a pesquisa mostrou que as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são ainda marcantes, indicando a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção. Mostrou ainda que foi pequena a redução da cárie na dentição decídua (18%) – idade-índice de 5 anos - quando comparado ao levantamento epidemiológico de 2003 (SB Brasil 2003) e aos achados para outras idades- índices, sendo que 80% dos dentes afetados continuam não tratados (RONCALLI, 2011), indicando, possivelmente, dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal para essa faixa etária. A cárie dentária ainda é um problema de saúde pública, em particular quando acomete crianças muito novas (SCAVUZZI *et al*, 2007).

Apesar da implantação das novas equipes de saúde bucal em nosso país, com o número de equipes passando de 4.261 em 2002 para 20.300 no ano de 2010 (BRASIL, 2012, BRASIL, 2013d), os dados achados nos levantamentos epidemiológicos nacionais, sobretudo no que concerne à cárie dentária, demonstram alguma dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal para crianças em idade pré-escolar.

O Município de Fortaleza realizou o primeiro levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal de sua população entre os anos de 2006 e 2007, visando à reestruturação da atenção em saúde bucal, após a contratação de suas ESB. Justificou-se a necessidade da realização dessa pesquisa no município para identificar a prevalência das doenças bucais e conhecer os principais problemas de saúde, bem como os seus determinantes e condicionantes a serem trabalhados pelas Equipes de Saúde Bucal. Da mesma forma, os resultados obtidos no levantamento epidemiológico realizado pelo Município de Fortaleza também identificaram alta prevalência de cárie dentária, especialmente entre as crianças mais novas, chegando a atingir 45% destas na faixa etária de cinco anos, onde foram maiores os números de dentes cariados não tratados. No registro dos dentes cariados, com extração indicada e obturados (ceo-d) observou-se o componenteariado como responsável por 87% do ceo-d na dentição decídua (FORTALEZA, 2010). Percebe-se que a promoção de saúde bucal para as crianças em idade pré-escolar ainda encontra-se pouco articulada e precisa ser fortalecida através de ações em saúde bucal que orientem, uniformizem respeitando as realidades locais e conduzam as ações dos Cirurgiões-Dentistas (CD) nos serviços de saúde do município.

1.4. O Programa Bolsa Família

A centralidade que o grupo social “família” ocupa na concepção de políticas públicas no Brasil contemporâneo é inegável. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias caracteriza a ESF como um exemplo das muitas políticas e programas, em curso não só no Brasil, mas em toda a América Latina, centrados no grupo “família”. Outro exemplo dessas políticas focadas na unidade familiar, também, é o Programa Bolsa Família (PBF). (SOUZA, 2008).

O Programa Bolsa Família constitui-se, no Brasil, como uma estratégia de expansão do Estado social e de crescimento econômico, seguindo a mesma filosofia dos programas sociais de transferência de renda direta resultantes do amadurecimento do Estado de Bem-estar social (*welfare estate*) dos países desenvolvidos, principalmente como os Estados Unidos e Europa (MENDES JÚNIOR, 2011) que desde o século XIX após trágicas experiências de duas guerras mundiais chega ao consenso de que cabe ao Estado ser o agente protagonista da proteção social nas sociedades urbano-industriais, reconhecendo que é preciso a regulação Estatal do capitalismo para impor limites aos efeitos socialmente diferenciadores do mercado (PIRES, 2013).

No Brasil, bem como na América Latina, a implementação do Estado de Bem-estar Social desenvolveu-se mais tardiamente em relação a experiência dos países da

Europa, mas, a não ser pelo descompasso de tempo, não se diferenciou muito da iniciativa Européia, pois, as condicionalidades exigidas para o recebimento do benefício remontam aos princípios dos regimes conservadores corporativos europeus, essenciais na constituição inicial do *welfare state* brasileiro, nos quais é necessário “merecer” um determinado benefício do Estado (PIRES, 2013). Embora as discussões sobre programas de transferência de renda no Brasil tenham o seu marco inicial nos decênios de 1970, somente na década de 1990, as políticas de garantia de renda mínima e suas articulações com políticas universais dos sistemas de proteção social se inseriram na agenda pública do Brasil. Em um período marcado por baixos níveis de crescimento econômico, deterioração das condições de trabalho e renda da população e uma regressão das políticas sociais subordinando-as ao desempenho da política econômica, o governo passou a sofrer inúmeras críticas no setor social (CARVALHO e FERNANDES, 2009). Na tentativa de reverter essa imagem negativa, estabelece-se, em 2001, uma série de programas federais de transferência de renda, tais como o Programa Bolsa Alimentação, Auxílio Gás, além do Programa Bolsa Escola, existente desde 1997, mas relançado em 2001 (PIRES, 2013).

Nesse contexto histórico mais amplo de estruturação do sistema de proteção social brasileiro é que se lançou, em 2003, o Programa Bolsa Família. Instituído pela Lei Federal nº 10.836 em 9 de Janeiro de 2004 (conversão da Medida Provisória – MPv – nº 132, de 20 de Outubro de 2003 e regulamentada pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004), o Programa Bolsa Família é criado para enfrentar o maior desafio da sociedade brasileira: combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias mais pobres do país. A intenção era unificar os procedimentos de gestão e execução das ações de “transferência de renda com condicionalidades”, pois o fato de tais programas estarem vinculados a diferentes secretarias dificultava o processo de gestão. Assim, o PBF, para eliminar a ineficiência e a duplicidade de benefícios, unificou os programas como o Bolsa Escola, o Bolsa alimentação, o Cartão Alimentação e o Auxílio Gás. A ausência de articulação entre esses programas reforçava a lógica setorial e departamentalizada que pulverizava recursos públicos, resultava na sobreposição de ações, gerava disputa institucional e fragmentava ações, tornando-as pouco eficazes no enfrentamento e superação da pobreza (BRASIL, 2013a).

O Programa busca articular os três níveis de governo em torno de políticas emergenciais de combate à fome e a miséria para as famílias em situação de pobreza (renda familiar mensal *per capita* entre R\$ 77,01 e R\$ 154,00) e de extrema pobreza (renda familiar *per capita de até R\$77 mensais*) em todo o País. A seleção das famílias para o PBF é feita com base nas informações registradas pelos municípios no Cadastro Único para

Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) através do qual são identificadas todas as famílias de baixa renda existentes no Brasil. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) seleciona, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas no PBF. No entanto, o cadastramento não implica na entrada imediata das famílias no Programa e no recebimento do benefício (BRASIL, 2013a).

O valor do benefício é baseado no perfil das famílias do CadÚnico e varia de acordo com as informações cadastradas por essas famílias como: a renda mensal por pessoa, o número de integrantes, o total de crianças e adolescentes de até 17 anos, além da existência de gestantes. A regulamentação do Programa estabelece um benefício fixo no valor de R\$ 77 para as famílias extremamente pobres e mais 4 (quatro) benefícios variáveis (valores reajustados em Junho de 2014): Benefício Variável de 0 a 15 anos, no valor de R\$ 35, para as famílias com crianças ou adolescentes de 0 a 15 anos de idade; Benefício Variável à Gestante, de R\$ 35, destinado às famílias com gestantes em sua composição (as gestantes são identificadas através do Sistema Bolsa Família na Saúde, pois o Cadastro Único não permite a identificação de gestantes); Benefício Variável Nutriz, R\$ 35, para as famílias com crianças de 0 a 6 meses. Estes benefícios variáveis acima mencionados são limitados a um total de cinco por família ou R\$ 175 mensais por família, mas todos os integrantes devem estar cadastrados no CadÚnico; e por último, o Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, no valor de R\$ 42, que é concedido às famílias com adolescentes entre 16 e 17 anos e limita-se a dois benefícios por família ou R\$ 84 mensais. Contudo, em 2012, o Bolsa Família acrescentou um novo benefício – Benefício para Superação da Extrema Pobreza – destinado às famílias que mesmo após o recebimento dos benefícios “tradicionais” ainda não tenham conseguido sair da situação de extrema pobreza. É calculado e transferido para essas famílias, de acordo com cada caso, no intuito de assegurar que elas ultrapassem o limite de renda da extrema pobreza (BRASIL, 2013a).

O Bolsa Família possui três eixos principais: a transferência de renda, as condicionalidades e as ações e/ou programas complementares. O Governo Federal, através da transferência de renda direta, promove o alívio imediato da pobreza, contudo exige das famílias beneficiadas o cumprimento de uma série de condicionalidades, no intuito de reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde, alimentação e assistência social. As condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do Bolsa Família quanto pelo poder público. Se por um lado, as famílias devem assumir e cumprir estes compromissos para continuar recebendo o benefício, por outro, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2013b). Já as ações e

programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade social e econômica.

Para a manutenção do benefício, no tocante à educação, a condição exigida das famílias é a assiduidade escolar de todas as crianças e adolescentes beneficiários entre 6 e 15 anos que devem cumprir, no mínimo, 85% da frequência escolar mensal. Já os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. Em contrapartida o poder público deve providenciar a oferta desse serviço. No âmbito da saúde, o recebimento do benefício está condicionado aos serviços de imunização, vigilância nutricional, pré-natal e atividades educativas. A oferta desses serviços de saúde também compete ao poder público. Das famílias com crianças beneficiárias entre 0 e 6 anos de idade é exigido que todas estas crianças estejam com a carteira de vacinação em dia e sejam monitoradas quanto ao seu crescimento e desenvolvimento. As gestantes devem estar realizando o pré-natal e, além disso, gestantes e nutrizes beneficiárias devem participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável. (BRASIL, 2013a).

Na concepção do Bolsa Família foi adotado o conceito de que a pobreza é um fenômeno complexo e multidimensional, não sendo possível combatê-la de forma duradoura apenas com transferências de renda - a transferência é meio de acesso a melhoria das condições de vida e as condicionalidades associadas à transferência incentivam o acesso a direitos universais. A exigência das condicionalidades está baseada em evidências empíricas que apontam a relação entre pobreza e indicadores de saúde e educação, em que os pobres apresentam menor nível de escolaridade, maiores taxas de mortalidade e morbidade, menor expectativa de vida e maiores dificuldades em utilizar os serviços públicos. As condicionalidades funcionam como estratégias para ampliar o acesso da população pobre aos serviços públicos, em especial os de saúde, educação e assistência social, reduzindo a pobreza intergeracional através do aumento do capital humano (FERREIRA, 2009). No entanto, também podem se relacionar com o processo de formação do Estado de Bem-estar Social do Brasil assentado nos regimes conservador-corporativos no qual o principal critério de justiça é o mérito. As condicionalidades teriam, assim, um significado simbólico o qual atenderia a demanda daqueles que julgam que ninguém pode receber uma transferência do Estado, especialmente os pobres, sem prestar uma contrapartida e sem essa simbologia, o programa correria o risco de perder apoio na sociedade (MEDEIROS *et al*, 2007).

Após dez anos do início do Programa Bolsa Família, este se consolida como o maior programa de transferência de renda do mundo, beneficiando quase 50 milhões de

pessoas em todo território brasileiro. Traz experiências exitosas em sua trajetória histórica não restando dúvidas sobre a verdadeira revolução que vem causando na sociedade brasileira. Para muitos brasileiros, a permanência do acesso sustentado a uma fonte de renda, que seja garantida por um longo período, se possível pelo resto de suas vidas, significa fugir da sobrevivência baseada em serviços esporádicos e mal pagos, da pobreza da produção agrícola para subsistência, da condição de pedinte, bem como fugir das situações humilhantes de necessidade de ajuda de parentes, vizinhos e políticos (BRASIL, 2013b).

No contexto Cearense, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) em resposta ao ofício nº. 040/2012 – Fiocruz/CE (Apêndice I), o Município de Fortaleza cadastrou, entre os meses de Janeiro a Outubro de 2012, aproximadamente, 150.000 crianças na idade de 0 a 7 anos, para o recebimento do benefício financeiro oferecido pelo Programa Bolsa Família (Ofício Anexo 1).

1.5. Justificativa do Estudo

Os resultados dos Levantamentos epidemiológicos do Brasil e de Fortaleza demonstraram a alta prevalência de cárie na população infantil com a agravante de que aproximadamente 80% dos dentes afetados dessas crianças permaneceram sem o tratamento adequado até o presente momento. Este fato revela que a cárie dentária e a ausência da atenção pública no seu tratamento ainda consistem um problema de saúde pública nos mais diversos municípios brasileiros.

Vale destacar, com base nas informações das pesquisas epidemiológicas acima citadas que há uma polarização da doença cárie nas classes menos favorecidas socioeconomicamente, bem como nas regiões mais pobres do Brasil, como o Nordeste, por exemplo. Conforme dados dos levantamentos, o município de Fortaleza não difere da realidade nordestina, motivo pelo qual foi escolhido para esta pesquisa.

As crianças beneficiadas pelo Bolsa Família na condicionalidade saúde têm menos de sete anos e pertencem a famílias de baixa renda e, por isso, reúnem duas condições importantes que as tornam um grupo vulnerável às doenças bucais: a idade e a situação econômica na qual estão inseridas. Ou seja, as crianças dessas famílias são as que mais sofrem com a presença das cáries, fazendo parecer que estas crianças não estão ao alcance da atuação das Equipes de Saúde da Família no que concerne às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

De fato, muitas não têm acesso às creches e estão fora da idade escolar, dois espaços sociais onde, supostamente, poderiam participar de atividades de prevenção feitas por profissionais da saúde ou da educação. Por esta razão, ficam à mercê dos cuidados exclusivos dos pais ou outros adultos para satisfação das suas necessidades, inclusive para se alimentarem e realizarem a higienização bucal. Soma-se a isto, o resíduo cultural da desvalorização da dentição decídua por parte de muitos pais ou responsáveis por estas crianças mais novas, a sua total dependência dos adultos na procura dos serviços odontológicos e a desinformação dos pais sobre a alimentação a ser oferecida e sobre a correta forma de higienização visando o desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Considerando a alta prevalência da cárie nesse grupo etário não se pode ignorar estas crianças no planejamento da atenção de saúde bucal não só a nível municipal, mas também a nível nacional. Diante de tais fatos, urge a necessidade de se investigar como estão sendo assistidas as crianças do Bolsa Família pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal realizadas pelas Equipes da Estratégia da Saúde da Família do município de Fortaleza. Justifica-se o estudo na intenção de favorecer a saúde bucal das crianças desta faixa etária, reparar a inequidade na saúde bucal, sendo este um importante passo para a implantação de intervenções que possam melhorar a qualidade de vida na primeira infância.

Na condicionalidade saúde do PBF, são observados o estado nutricional e a imunização das crianças de 0 a 6 anos na tentativa de garantir o seu adequado desenvolvimento físico, intelectual e social. Devido à alta prevalência da cárie dentária e ao importante sofrimento que ela causa, interferindo inclusive na qualidade do processo de alimentação, parece natural que o exame e o acompanhamento da saúde bucal já fossem elencados como uma das condicionalidades da saúde para as crianças do Bolsa Família, especialmente, considerando-se o número de ESB, atualmente à disposição dos serviços de saúde no Brasil, algo que ainda não é exigido pelo PBF. Assim, parece oportuno investigar as ações que são desenvolvidas neste grupo de crianças assistido pelo PBF em relação à atenção em saúde bucal.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo Geral

Identificar as ações da Equipe da Saúde da Família na promoção, proteção e recuperação da Saúde Bucal da população infantil assistida pelo Programa Governamental Bolsa Família no Município de Fortaleza, Ceará.

1.2. Objetivos Específicos

1. Identificar as ações do Cirurgião Dentista na promoção, proteção e recuperação da saúde bucal em crianças do Programa Bolsa Família no município de Fortaleza.
2. Identificar a obtenção das ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde bucal na ESF segundo os pais ou responsáveis por crianças beneficiadas no PBF.
3. Identificar as ações de promoção e proteção da Saúde Bucal realizadas pelo profissional da Unidade Básica de Saúde da Família – UBASF, responsável pelo acompanhamento das famílias cadastradas no PBF.
4. Identificar os encaminhamentos às ações de recuperação da Saúde Bucal realizados pelo profissional da UBASF responsável pelo acompanhamento das famílias cadastradas no PBF.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado através de pesquisa exploratória descritiva, de natureza quantitativa. Tem como finalidade identificar as ações das Equipes de Saúde da

Família (EqSF) do Município de Fortaleza – CE voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde bucal de crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Foi desenvolvido nos Centros de Saúde da Família (CSF) de cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais (SER) que compõem a divisão administrativa do município de Fortaleza, totalizando 74 CSF. A população do estudo compreende dentistas das ESB e os profissionais da ESF responsáveis pelo acompanhamento das famílias do PBF, além de pais/responsáveis por crianças assistidas pelo Programa Bolsa Família.

A Pesquisa se deu em três etapas, em que a primeira foi realizada com os Cirurgiões-Dentistas das ESB; a segunda, com profissionais responsáveis (na maioria enfermeiros de EqSF) pelo PBF da Unidade de Saúde; e a terceira etapa, com os pais/responsáveis por crianças beneficiadas no Programa Bolsa Família na condicionalidade saúde a qual abrange as crianças de 0 a 6 anos de idade.

2.1. Local do estudo

A pesquisa, em suas três etapas, foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) de cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza.

2.2. População do estudo

A população do estudo compreendeu dentistas das ESB (1ª etapa) e os profissionais da ESF (2ª etapa) responsáveis pelo acompanhamento das famílias do PBF, além de pais/responsáveis (3ª etapa) por crianças assistidas pelo Programa Bolsa Família. Para a 1ª e 2ª etapas da pesquisa, tem-se como critério de inclusão profissionais que pertençam a ESF há pelo menos 1 ano em Fortaleza e que se encontravam em pleno exercício de suas funções na unidade de saúde no período de coleta de dados. Excluíram-se aqueles que se recusaram a participar da mesma. Para a 3ª etapa da pesquisa, utilizou-se como critério de inclusão pais/responsáveis de crianças menores de 7 anos beneficiados pelo programa bolsa família de forma ininterrupta há pelo menos 6 meses. Foram excluídos aqueles que se negaram a participar.

2.3. Amostra

Para as etapas 1 e 2 da pesquisa, utilizou-se a equação para cálculo de amostra aleatória simples (erro amostral=5%, nível de confiança=95% e número de unidades de saúde com bolsa família=91) e chegou-se a um número de 74 unidades a serem investigadas e, em cada uma delas, um dentista da ESB e o profissional responsável pelo bolsa família foram entrevistados. As unidades visitadas foram selecionadas através de sorteio.

Para o cálculo da amostra de pais entrevistados na terceira etapa da pesquisa, utilizou-se a equação para o cálculo de amostra aleatória simples, estabelecendo-se o erro amostral em 5%, nível de confiança em 95% e estimando-se uma população de 130.000 crianças menores de 7 anos beneficiadas pelo programa governamental bolsa família no município de Fortaleza no ano de 2012 (Anexo 1). Desta forma, chegou-se ao número de 384 pais a serem entrevistados. O número total de responsáveis foi dividido pelo total de unidades de saúde visitadas, aproximadamente cinco pais/responsáveis por unidade.

2.4. Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de Outubro de 2013 a Março de 2014 e se deu por meio de entrevistas, utilizando um roteiro estruturado, distinto e direcionado para cada grupo das 3 etapas (Apêndices C, D e E). Os roteiros abordaram questões socioeconômicas, questões relativas ao programa Bolsa Família, assim como questões relativas à atenção odontológica (promoção, proteção e recuperação da saúde), além de questões sobre a percepção dos pais/responsáveis quanto à saúde bucal das suas crianças.

2.5. Análise dos dados

Os dados obtidos na pesquisa foram organizados de acordo com o objetivo do estudo e analisados com o apoio do Programa de estatística SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A análise descritiva utilizou tabelas de frequência, para as variáveis nominais e ordinais, e média (com desvio padrão) para as variáveis

numéricas e contínuas. A comparação entre os grupos foi realizada através do teste one way Anova, quando variáveis numéricas contínuas, e teste de qui-quadrado para variáveis nominais ou ordinais.

2.6. Aspectos éticos

Todos os participantes foram previamente informados sobre a natureza do trabalho, sobre a possibilidade de se retirarem da pesquisa a qualquer tempo, bem como sobre o sigilo de suas respostas e dados individuais obtidos. Após terem lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices B1, B2 e B3) foram convidados a participar deste estudo. Salvo por algum constrangimento do participante, não houve graves riscos e/ou benefícios diretos aos participantes desta pesquisa, considerando que os dados foram coletados através de entrevistas e que as informações coletadas não foram e não serão divulgadas de maneira que possam identificar ou possam causar qualquer desconforto aos participantes. As informações necessárias à realização desta pesquisa foram coletadas de forma segura, rápida e não invasiva, com o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes.

Este trabalho seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo sido aprovado por este comitê conforme o Parecer nº. 393.672 de 12 de Setembro de 2013 e seguiu suas recomendações (Anexo 2).

3. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 532 pessoas, sendo 74 cirurgiões-dentistas (CD) da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza; 74 profissionais responsáveis pelo acompanhamento do cadastro do Bolsa Família nas unidades de saúde do município e 384

pais ou responsáveis por crianças de 0 a 6 anos de idade assistidas pelo Programa Bolsa Família em Fortaleza.

A entrevista com 74 cirurgiões-dentistas (CD) consistiu na primeira etapa desta pesquisa. Mais da metade deles é natural de Fortaleza (60,8%, n=45). A idade destes profissionais variou de 30 a 61 anos (média de 38,14 anos, $\pm 7,31$), a maioria é do gênero feminino (81,1%, n= 60) e está casada (77%, n=57). Em relação à graduação, a Universidade Federal do Ceará (UFC) aparece em 59,5% (n= 44) das respostas como a Universidade de formação profissional. O ano da graduação variou de 1976 a 2006 (média de 15,96 [$\pm 7,01$] anos de formado). Quanto ao grau de escolaridade, 87,8% (n= 65) dos 74 entrevistados possuem especialização, sendo a Saúde da Família a mais citada delas, aparecendo em 27,2% (n= 20) das respostas. Nenhum possui doutorado e apenas seis (8,1%) têm mestrado, sendo todos voltados para a clínica odontológica (nenhum deles é em Saúde da Família ou Saúde Coletiva). Sobre o tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), 41,9% (n=31) dos cirurgiões-dentistas afirmaram ter mais de 10 anos de experiência na ESF. Metade destes profissionais, 51,4% (n= 38), não se dedica exclusivamente à ESF, acumulando outro trabalho. Os resultados sobre o perfil sociodemográfico dos cirurgiões-dentistas são apresentados na Tabela 1.

A segunda etapa da pesquisa refere-se às entrevistas realizadas com 74 profissionais das unidades de saúde de Fortaleza responsáveis pelo acompanhamento do cadastro do Programa Bolsa Família na condicionalidade de saúde. Constatou-se que quase todos, 95,9% (n=71), destes profissionais que assumem o acompanhamento do PBF nas unidades possuem graduação em Enfermagem. Neste grupo de entrevistados, predomina o sexo feminino (89,2%, n= 66) e a idade variou entre 28 e 65 anos (média de 41,91 anos, $\pm 9,17$). Os profissionais são, em sua maioria, naturais de Fortaleza (52,7%, n= 39) e estão casados (64,9%, n= 48), assemelhando-se com o perfil dos cirurgiões-dentistas entrevistados. Quanto à universidade de graduação, a Universidade de Fortaleza – UNIFOR foi a mais citada (35,1%, n= 26). O ano de graduação variou de 1974 a 2013 (média de 18,3 [$\pm 8,3$] anos de formado). Em relação ao grau de escolaridade, 87,8% dos profissionais têm especialização e a maioria delas (52,8%, n= 39) é em Saúde da Família. Assim como os dentistas, dos 74 profissionais responsáveis pelo PBF que foram entrevistados, nenhum tem doutorado, e apenas cinco têm mestrado (6,8%). Mas, aqui, ao contrário dos cirurgiões-dentistas, a maioria dos mestrados (98,6%, n=3) é na área de Saúde Coletiva, Saúde Pública e Promoção da Saúde. Apenas quatro (5,4%) destes profissionais não atuam nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Os outros, 62,1% (n= 46), têm mais de 10 anos

de trabalho na Estratégia. Dedicam-se exclusivamente à ESF, 60,8% dos entrevistados. Estes dados estão detalhados na Tabela 1.

Na terceira etapa da pesquisa foram entrevistados 384 pais ou responsáveis por crianças do Programa Bolsa Família. Nessa população, quase todos são do sexo feminino (97,9%, n= 376). A maioria é natural de Fortaleza (60,7%, n= 233), católica (61,7%, n=237), tem renda familiar de até um salário mínimo (70,3%, n= 270) (valor de R\$ 678,00, referência do salário mínimo no ano de 2013) e não tem profissão/ocupação remunerada (62,8%, n= 241). A maior parte dos entrevistados é de solteiros (34,6%, n= 133), quanto à cor da pele, considera-se “morena” (39,5%, n= 152) e tem o ensino fundamental incompleto (44%, n= 169). As idades dos pais/responsáveis variaram de 16 até 69 anos (média de 33,67, $\pm$ 9,46). Sobre o grau de parentesco com as crianças, a maioria declarou ser mãe da criança beneficiada pelo programa (85,3%, n= 327).

TABELA 1 – Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes. Fortaleza, 2014.

	CD		Profissional do BF		Pais ou responsáveis por crianças do BF	
	n	%	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100	384	100
Distribuição por Regional						
SER I	8	10,8	8	10,8	41	10,7
SER II	10	13,5	10	13,5	55	14,3
SER III	12	16,2	12	16,2	59	15,4
SER IV	11	14,9	11	14,9	57	14,8
SER V	16	21,6	16	21,6	80	20,8
SER VI	17	23,0	17	23,0	92	24,0
Naturalidade						
Fortaleza	45	60,8	39	52,7	233	60,7
Interior	15	20,3	28	37,8	131	34,1
Outros Estados	14	18,9	7	9,5	20	5,2
Gênero						
Feminino	60	81,1	66	89,2	376	97,9
Masculino	14	18,9	8	10,8	8	2,1

Continua

TABELA 1 – Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes. Fortaleza, 2014. (Continuação)

	CD	Profissional do BF	Pais ou responsáveis por crianças do BF
--	----	--------------------	---

	n	%	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100	384	100
Estado Civil						
Casado	57	77,0	48	64,9	116	30,2
Solteiro	10	13,5	16	21,6	133	34,6
Divorciado	6	8,1	5	6,8	14	3,6
Viúvo	1	1,4	2	2,7	6	1,6
União Estável	0	0	3	4,1	115	29,9
Cor da pele (considera-se)						
Branca	-	-	-	-	65	16,9
Morena	-	-	-	-	152	39,6
Negra	-	-	-	-	20	5,20
Parda	-	-	-	-	142	37
Amarela	-	-	-	-	5	1,3
Religião						
Católica	-	-	-	-	237	61,7
Evangélica	-	-	-	-	124	32,3
Outras	-	-	-	-	23	6,0
Renda Mensal / Familiar (Sal. Bruto)						
Até 1 salário (R\$ 678,00)	-	-	-	-	270	70,3
De 1 a 2 salários (R\$ 678,00 a 1.356,00)	-	-	-	-	111	28,9
De 2 a 3 salários (R\$ 1.356,00 a 2.034,00)	-	-	-	-	3	,8
Até 9 salários (R\$ 6.102)	24	32,4	29	39,2	-	-
Entre 9 e 12 salários (R\$ 6.102 - 8.136)	32	43,2	31	41,9	-	-
Mais de 12 salários (R\$ mais de 8.136)	18	24,3	14	18,9	-	-
Escolaridade						
Não alfabetizado	-	-	-	-	13	3,4
Ensino fundamental incompleto	-	-	-	-	169	44,0
Ensino fundamental completo	-	-	-	-	48	12,5
Ensino médio incompleto	-	-	-	-	52	13,5
Ensino médio completo	-	-	-	-	94	24,5
Ensino superior incompleto	-	-	-	-	3	0,8
Ensino superior completo	-	-	-	-	5	1,3
Graduação	74	100	74	100	-	-
Aperfeiçoamento	13	17,6	7	9,5	-	-
Especialização	65	87,8	65	87,8	-	-
Residência	3	4,1	-	-	-	-
Mestrado	6	8,1	5	6,8	-	-
Doutorado	0	0	0	0	-	-

Continua

TABELA 1 – Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes. Fortaleza, 2014. (Continuação)

CD	Profissional do BF	Pais ou responsáveis por crianças do BF
----	--------------------	---

	n	%	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100	384	100
Graduação						
Odontologia	74	100	-	-	-	-
Enfermagem	-	-	71	95,9	-	-
Assistência Social	-	-	1	1,4	-	-
Educação Física	-	-	1	1,4	-	-
Biologia	-	-	1	1,4	-	-
Universidade de Formação						
UFC	44	59,5	22	29,7	-	-
UNIFOR	18	24,3	26	35,1	-	-
UECE	-	-	19	25,7	-	-
Outras	12	16,2	7	9,5	-	-
Especialização (mais citadas)						
Saúde da Família	20	27,2	39	52,8	-	-
Saúde Pública	5	6,8	8	10,8	-	-
Ortodontia	15	20,2	-	-	-	-
Dentística	7	9,4	-	-	-	-
Enfermagem do Trabalho	-	-	4	5,4	-	-
Mestrado						
Biologia oral	1	1,4	-	-	-	-
Ciências fisiológicas	1	1,4	-	-	-	-
Clinica odontológica	3	4,1	-	-	-	-
Ortodontia	1	1,4	-	-	-	-
Cuidados clínicos	-	-	2	2,7	-	-
Promoção de saúde	-	-	1	1,4	-	-
Saúde coletiva	-	-	1	1,4	-	-
Saúde pública	-	-	1	1,4	-	-
Trabalha na ESF	74	100	70	94,6	-	-
Tempo de Atuação na ESF						
1 2 anos	5	6,8	1	1,4	-	-
2 5 anos	10	13,5	12	16,2	-	-
5 10 anos	28	37,8	11	14,9	-	-
10 15 anos	26	35,1	34	45,9	-	-
15 ou mais anos	5	6,8	12	16,2	-	-
Outro trabalho além da ESF	38	51,4	29	39,2	-	-

A todos os participantes entrevistados, foram feitas perguntas sobre o Programa Bolsa Família, no que concerne à saúde das crianças abaixo dos sete anos de idade. Também foram feitas perguntas sobre as ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde bucal realizadas nas unidades de saúde para estas crianças. Relativamente ao conhecimento das condicionalidades de saúde estipuladas pelo PBF, as quais devem ser observadas pelas famílias com crianças nessa faixa de idade, foram questionados apenas os dentistas e pais (ou responsáveis), dispensando-se da pergunta o grupo de profissionais uma vez que são responsáveis pelo acompanhamento do Programa nas unidades de saúde. Estes resultados, nas três etapas da pesquisa, estão detalhados na tabela 2, 3 e 4.

Questionados sobre a importância do Bolsa Família para a saúde das crianças, 46 dentistas (62,2%), afirmaram que o consideram importante. A maioria, 54 dentistas (73%), conhece as condicionalidades do Programa e 49 deles (66,3%) concordam com elas. Quase todos, (94,6%, n= 70), consideram importante acompanhar a saúde bucal das crianças do PBF e 66 dentistas (89,2%) acham que ela deveria ser incluída como uma condicionalidade de saúde para o recebimento do benefício. O estímulo que esta iniciativa causaria nos pais (responsáveis) na busca e no cuidado da saúde bucal dos seus filhos foi citado por 23 dentistas (31,1%), sendo a justificativa mais mencionada para esta inclusão. Quando questionados sobre qual condicionalidade ligada à saúde bucal poderia ser usada para estas crianças, várias opções foram sugeridas pelos dentistas, destacando-se em 50% de suas respostas a visita ao dentista a cada seis meses (n= 37).

Dos 74 profissionais responsáveis pelo acompanhamento do cadastro do Bolsa Família, 46 (62,2%) avaliaram o Programa como uma estratégia importante para a saúde das crianças e além disso, concordam com as suas condicionalidades. Questionados sobre o acompanhamento da saúde bucal para essas crianças, quase todos, (97,3%, n= 72) acharam que é importante e afirmaram que ela, também, deveria ser incluída como uma condicionalidade de saúde porque acreditam, em sua maioria, 25 (33,8%) deles, que isto levaria a um maior compromisso e responsabilidade das famílias em assumir o acompanhamento da saúde bucal de suas crianças.

Os pais de crianças participantes do Programa Bolsa Família foram entrevistados na terceira etapa da pesquisa, totalizando 384 entrevistados. Grande parte, 72,7% (n= 277) tem apenas uma criança no cadastro sob a condicionalidade de saúde do Programa. A idade de seis anos foi a mais frequente entre as crianças (30,5%, n= 117). A maioria considera o Bolsa Família importante para a saúde das crianças de 0 a 6 anos de idade (97,4%, n= 374), conhece as condicionalidades (94,3%, n= 362), é favorável a elas (89,6%, n= 344), porque as avaliam como importante acompanhamento à saúde e ao desenvolvimento das crianças (44,5%, n= 171). Quase todos, 99,2% (n= 381) consideram importante o acompanhamento da saúde bucal dessas crianças e 99,5% (n= 382) gostariam que suas crianças fossem acompanhadas pelo dentista por causa do Bolsa Família. Caso a

saúde bucal fosse incluída como condicionalidade de saúde, 88,8% (n= 341) dos pais aprovariam.

TABELA 2 – Dados sobre o Programa Bolsa Família. Fortaleza, 2014.

	CD		Profissional do BF		Pais ou responsáveis por crianças do BF	
	n	%	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100	384	100
Conhece as condicionalidades do PBF						
Sim	21	28,4	-	-	362	94,3
Não	20	27,0	-	-	22	5,7
Parcialmente	33	44,6	-	-	-	-
Concorda com as condicionalidades do PBF						
Sim	39	52,7	46	62,2	344	89,6
Não	5	6,8	6	8,1	9	2,3
Parcialmente	10	13,5	22	29,7	9	2,3
Por que concorda?						
Esse acompanhamento é importante para a saúde e o desenvolvimento das crianças	-	-	-	-	171	44,5
Forma de controle do PBF	-	-	-	-	40	10,4
Mais responsabilidade dos pais com a saúde dos seus filhos	-	-	-	-	113	29,4
Incentiva à saúde, organiza e facilita o acesso	-	-	-	-	7	1,8
A saúde e a educação são direitos das crianças e dos pais	-	-	-	-	4	1,0
Outros	-	-	-	-	9	2,3
Considera o PBF importante para a saúde das crianças < 7 anos de idade						
Sim	46	62,2	46	62,2	375	97,7
Não	6	8,1	4	5,4	1	0,3
Parcialmente	15	20,3	24	32,4	8	2,0
Não sei responder	7	9,5	0	0	0	0
Gostaria que as suas crianças fossem acompanhadas pelo dentista porque elas participam do Bolsa Família?						
Sim	-	-	-	-	382	99,5
Tanto faz	-	-	-	-	2	0,5

Continua

TABELA 2 – Dados sobre o Programa Bolsa Família. Fortaleza, 2014. (Continuação).

	CD		Profissional do BF		Pais ou responsáveis por crianças do BF	
	n	%	n	%	n	%

	n	%	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100	384	100
Considera importante o acompanhamento da Saúde Bucal para crianças do PBF						
Sim	68	91,9	72	97,3	381	99,2
Não	4	5,4	0	0	2	0,5
Parcialmente	2	2,7	2	2,7	1	0,3
A Saúde Bucal deveria ser incluída como uma condicionalidade do PBF						
Sim	66	89,2	72	97,3	341	88,8
Não	8	10,8	2	2,7	36	9,4
Parcialmente	0	0	0	0	0	0
Não sei responder	0	0	0	0	7	1,8
Porque						
Estimularia/pressionaria os pais a acompanharem a saúde bucal das crianças	23	31,1	24	32,4	65	16,9
Faz parte da saúde geral	21	28,4	16	21,6	56	14,6
Facilitaria o acesso às crianças	6	8,1	4	5,4	107	27,9
Iniciar a prevenção o mais cedo possível	6	8,1	16	21,6	25	6,5
É importante para prevenir problemas, para a melhoria da saúde e desenvolvimento das crianças	9	12,2	10	13,5	69	18,0
Outros	1	1,4	2	2,7	19	4,9
Atividades sugeridas como condicionalidades da saúde bucal						
Visitar o dentista a cada seis meses	37	50,0	47	63,5	-	-
Visitar o dentista uma vez por ano	10	13,5	9	12,2	-	-
Outros	5	6,8	16	21,7	-	-
Quantas crianças, na condicionalidade saúde, no seu cadastro do PBF?						
Uma	-	-	-	-	277	72,1
Duas	-	-	-	-	85	22,1
Três	-	-	-	-	14	3,6
Quatro	-	-	-	-	6	1,6
Cinco	-	-	-	-	2	0,5
Continua						

TABELA 2 – Dados sobre o Programa Bolsa Família. Fortaleza, 2014. (Continuação).

CD	Profissionais do BF	Pais ou responsáveis por crianças do BF
----	---------------------	---

	n	%	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100	384	100
Parentesco com a criança						
Mãe	-	-	-	-	327	85,1
Pai	-	-	-	-	7	1,8
Avó	-	-	-	-	47	12,2
Outros	-	-	-	-	3	0,9
Idade das crianças						
00 ano	-	-	-	-	35	9,1
01 ano	-	-	-	-	50	13
02 anos	-	-	-	-	64	16,7
03 anos	-	-	-	-	83	21,6
04 anos	-	-	-	-	94	24,4
05 anos	-	-	-	-	67	17,5
06 anos	-	-	-	-	393	30,5

Apesar da natureza quantitativa deste estudo, para melhor compreensão do posicionamento destes profissionais é importante apresentar algumas das justificativas para a inclusão da saúde bucal no PBF realçada nas falas dos dentistas e dos profissionais (quase todos enfermeiros da ESF) responsáveis pelo acompanhamento das crianças na condicionalidade de saúde do PBF:

Vincularia a criança e a família ao tratamento odontológico (Q dentistas – 56)

Meta importante! Melhoraria as condições de saúde bucal das crianças (Q Profissionais – 29)

Diminuiria muito o número de crianças com problemas bucais (Q Profissionais – 10)

É um benefício a mais para a saúde das crianças (Q Profissionais – 19)

É uma forma de acompanhar a saúde bucal das crianças (Q dentistas – 47)

Alguns dentistas e profissionais entrevistados deixaram clara a oportunidade de maior contato através da ação conjunta dessas duas estratégias:

Seria uma solução de acompanhamento, aproveitando o momento que as crianças estão na unidade pelo programa (Q dentistas – 57)

É uma oportunidade de criar vínculo com uma grande quantidade de pais e crianças (Q dentistas – 71)

Oportunidade do momento com a presença da criança; se for só peso e altura não serve de nada! (Q Profissionais – 59)

Momento no qual captamos melhor as crianças (Q Profissionais – 17)

Os dentistas responderam perguntas sobre as ações de saúde bucal (promoção, proteção e recuperação) realizadas nas unidades de saúde e apenas 18,9% (n= 14) afirmou haver estrutura física, recursos humanos etc. para a prática dessas atividades no seu

trabalho. Outros 35,1% (n= 26) disseram haver apenas parcialmente. Metade dos dentistas (50%, n= 37), às vezes, realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para crianças menores de sete anos dentro das escolas/creches, mas uma parte significativa dos dentistas (43,2%, n= 32) as realiza sempre. Fora das creches e das escolas, 64 dentistas (86,5%) realizam essas atividades e a maioria (52,7%, n= 39) no consultório e na unidade de saúde. Especificamente para o grupo de crianças do Bolsa Família, 69 dentistas (93,2%) afirmaram que não realizam qualquer atividade de promoção e proteção da saúde bucal identificando esse grupo de crianças como participantes do Programa. Mais da metade dos dentistas, 59,5% (n= 44) afirmaram que também fazem essas atividades para os pais de crianças que estão nas creches e nas escolas e 86,5% (n= 64) realizam para os pais fora das escolas e creches, orientando-os sobre a importância da dentição decídua, a adequada alimentação das crianças, a correta higienização bucal, a responsabilidade dos pais na saúde bucal das crianças, a importância de visitar o dentista etc. e, normalmente, o fazem no consultório odontológico (62,2%, n= 46). No entanto, 74,3% (n= 55) dos dentistas nunca realizaram ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais de crianças do Bolsa Família identificando-os como desse grupo e 93,2% (n= 69) não aproveitam o momento do acompanhamento do cadastro do Programa, quando os pais e as crianças comparecem na unidade de saúde pelo menos uma vez a cada semestre.

Dos profissionais da unidade de saúde que realizam o acompanhamento do PBF, quanto às ações de saúde bucal, 51,3% (n= 38) acreditam que há condições, mesmo que parcialmente, de infraestrutura, recursos humanos, entre outras, nas unidades de saúde onde atuam. Considerando que 94,6% (n= 70) destes profissionais atuam na Estratégia de Saúde da Família, 67,6% (n= 50) afirmaram que já realizam ações de promoção e proteção da saúde bucal para as crianças e 64,9% (n= 48) disseram que aproveitam o momento da puericultura, no qual acompanham, rotineiramente, os pais e suas crianças de até dois anos de idade. No entanto, para crianças do Programa Bolsa Família, 82,4% dos profissionais (n= 61) relataram que não há o desenvolvimento dessas ações. A falta de tempo ou o fato de nunca haver pensado nisso são os motivos mais alegados, ambos em 24,3% (n= 18) das respostas; 75,7% (n= 56) dos profissionais, também não desenvolvem promoção e proteção da saúde bucal para os pais de crianças do Bolsa Família, alegando outra vez (35,1%, n= 26) nunca ter pensado nisso. Para os outros pais, 51,4% (n= 38) disseram que já realizam essas ações. Sobre a frequência com a qual os pais ou responsáveis trazem as crianças nos dias de acompanhamento do Bolsa Família, 75,7% (n= 56) informaram que eles trazem sempre e 79,7% (n= 59) disseram que aproveitam esse momento para realizar ações de saúde para a família, mas 71,6% (n= 53) não o fazem quando se trata da saúde bucal; 56,8% (n= 42) não olham as condições de saúde bucal, além do cartão de vacinação e do estado nutricional das crianças. Na rotina normal de trabalho, 63,5% (n= 47) afirmaram que

observam a saúde bucal quando atendem crianças menores de sete anos de idade e informaram, em sua maioria, que o fazem durante a puericultura. Quando realizam o acompanhamento do cadastro de crianças do PBF, 63,7% (n=47) dos profissionais declararam que encaminham essas crianças às consultas odontológicas, não obstante, um número maior deles, 75,7% (n= 56) afirmou que encaminha as crianças menores de sete anos de idade quando o atendimento se dá na rotina normal de trabalho. A maioria, 79,7% (n= 59) disse que orienta aos pais a procura pela consulta.

Na tabela seguinte (Tabela 3) estão apresentados os dados sobre as ações de promoção e proteção da saúde bucal realizadas pelos cirurgiões-dentistas e pelos profissionais que acompanham o PBF para os três grupos distintos de crianças e de pais (responsáveis): que se encontram nas escolas/creches; que estão no atendimento normal na unidade de saúde e que são acompanhados dentro da condicionalidade de saúde do PBF.

TABELA 3 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014.

	CD		Profissional do PBF	
	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100
Existem condições e infraestrutura adequadas para a realização das atividades de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Bucal na unidade de saúde?				
Sim	14	18,9	24	32,4
Não	34	45,9	36	48,6
Parcialmente	26	35,1	14	18,9
Realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas às crianças < de 7 anos de idade Dentro das escolas/creche?				
Sempre	32	43,2	-	-
Às vezes	37	50,0	-	-
Nunca	5	6,8	-	-
Quais?				
Promoção de saúde	47	63,5	-	-
Escovação supervisionada	63	85,1	-	-
Aplicação de Flúor	55	74,3	-	-
Atividades educativas	51	68,9	-	-
Instrução de higiene bucal	38	51,4	-	-
Outros	6	8,3	-	-

Continua

TABELA 3 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014. (Continuação).

	CD		Profissional do PBF	
	n	%	n	%

Amostra	74	100	74	100
Realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas às crianças < de 7 anos de idade Fora das escolas/creche?				
Sempre / Sim	19	25,7	50	67,6
Às vezes	45	60,8	-	-
Nunca / Não	10	13,5	-	-
Quais?				
Promoção de saúde	43	58,1	-	-
Escovação supervisionada	38	51,4	-	-
Aplicação de Flúor	40	54,1	-	-
Atividades educativas	51	68,9	40	54,1
Instrução de higiene bucal	38	51,4	-	-
Outros	6	8,3	3	4,2
Onde				
Na unidade de saúde	39	52,7	12	16,2
No consultório	39	52,7	-	-
Nos espaços comunitários	29	39,2	4	5,4
Na visita domiciliar	14	18,9	8	10,8
Na puericultura (consultório)	-	-	48	64,9
Outro local	16	21,6	6	8,2
Se não, por quê?				
Nunca pensei nisso	3	4,0	4	5,4
Falta tempo	1	1,4	5	6,8
Falta estrutura física na unidade	3	4,0	1	1,4
Cobrança por atendimento clínico odontológico	2	2,7	-	-
Não é atribuição da enfermagem	-	-	13	17,6
Outros	2	2,7	6	8,2
Realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas especificamente às crianças < de 7 anos de idade do Bolsa Família?				
Sim	5	6,8	13	17,6
Não	69	93,2	61	82,4
Quais?				
Promoção de saúde	5	6,8	-	-
Escovação supervisionada	3	4,1	-	-
Aplicação de Flúor	2	2,7	-	-
Atividades educativas em saúde bucal	3	4,1	12	16,2
Instrução de higiene bucal	1	1,4	-	-
Outros	1	1,4	-	-
Onde				
Na unidade de saúde	3	4,1	6	8,2
No Consultório	1	1,4	8	10,8
Nos espaços comunitários	2	2,7	1	1,4
Na visita domiciliar	0	0	1	1,4
Outro local	1	1,4	3	4,1

Continua

TABELA 3 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014. (Continuação).

	CD		Profissional do PBF	
	n	%	n	%

Amostra	74	100	74	100
Realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas ESPECIFICAMENTE às crianças < de 7 anos de idade do Bolsa Família?				
Se não, por quê?				
Porque nunca pensei nisso	22	29,7	18	24,3
Porque falta tempo	5	6,8	18	24,3
Porque não há vínculo entre os programas	25	33,8	4	5,4
Porque não existe esse grupo formado	14	18,9	-	-
Porque não existe essa cobrança pelo PBF	10	13,5	17	23,0
Outros	15	20,6	23	31
Realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais/responsáveis das crianças < 7 anos de idade Dentro das escolas/creches?				
Sempre	4	5,4	-	-
Às vezes	40	54,1	-	-
Nunca	30	40,5	-	-
Orienta sobre				
A importância da dentição decídua?				
Sempre	39	52,7	-	-
Às vezes	8	10,8	-	-
Nunca	27	36,5	-	-
A adequada alimentação das crianças?				
Sempre	40	54,1	-	-
Às vezes	7	9,5	-	-
Nunca	27	36,5	-	-
A função dos dentes na alimentação?				
Sempre	36	48,6	-	-
Às vezes	11	14,9	-	-
Nunca	27	36,5	-	-
A correta higienização bucal?				
Sempre	44	59,5	-	-
Às vezes	4	5,4	-	-
Nunca	26	35,1	-	-
Cuidados com acidentes e traumatismos dentários?				
Sempre	14	18,9	-	-
Às vezes	22	29,7	-	-
Nunca	38	51,4	-	-
A importância da visita ao dentista?				
Sempre	39	52,7	-	-
Às vezes	10	13,5	-	-
Nunca	25	33,8	-	-
A responsabilidade dos pais na saúde bucal dos filhos?				
Sempre	45	60,8	-	-
Às vezes	3	4,1	-	-
Nunca	26	35,1	-	-
Continua				

TABELA 3 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014. (Continuação).

CD	Profissional do PBF
----	---------------------

	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100
Realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais/responsáveis das crianças < 7 anos de idade Dentro das escolas/creches?				
Se não, por quê?				
Não tenho acesso a esses pais	6	8,1	-	-
Falta tempo	2	2,7	-	-
Nunca pensei nisso	3	4,0	-	-
Pais não comparecem	5	6,7	-	-
Outros	6	8,1	-	-
Realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais/responsáveis das crianças < 7 anos de idade Fora das escolas/ creches?				
Sempre / Sim	28	37,8	38	51,4
Às vezes	36	48,6	-	-
Nunca / Não	10	13,5	36	48,6
Onde				
Na unidade de saúde?	34	45,9	16	21,6
No Consultório?	46	62,2	23	31,1
Nos espaços comunitários?	23	31,1	4	5,4
Na visita domiciliar?	13	17,6	5	6,8
Outro local?	15	20,2	14	18,9
Orienta sobre				
A importância da dentição decídua?				
Sempre	53	71,6	14	18,9
Às vezes	12	16,2	11	14,9
Nunca	9	12,2	49	66,2
A adequada alimentação das crianças?				
Sempre	56	75,7	35	47,3
Às vezes	9	12,2	5	6,8
Nunca	9	12,2	34	45,9
A função dos dentes na alimentação?				
Sempre	49	66,2	18	24,3
Às vezes	15	20,3	12	16,2
Nunca	10	13,5	44	59,5
A correta higienização bucal?				
Sempre	61	82,4	24	32,4
Às vezes	4	5,4	13	17,6
Nunca	9	12,2	37	50,0
Cuidados com acidentes e traumatismos dentários?				
Sempre	15	20,3	9	12,2
Às vezes	40	54,1	12	16,2
Nunca	19	25,7	52	70,3
Continua				

TABELA 3 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014. (Continuação).

CD	Profissional do PBF
----	---------------------

	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100
Orienta sobre				
A importância da visita ao dentista?				
Sempre	53	71,6	34	45,9
Às vezes	12	16,2	5	6,8
Nunca	9	12,2	35	47,3
A responsabilidade dos pais na saúde bucal dos filhos?				
Sempre	56	75,7	27	36,5
Às vezes	9	12,2	10	13,5
Nunca	9	12,2	37	50,0
Se não, Justifique				
Nunca pensei nisso	2	2,8	16	21,6
Falta tempo	-	-	10	13,5
Não existe esse grupo formado	2	2,8	-	-
Não é atribuição da enfermagem	-	-	10	13,5
Outros	3	4,2	6	8,1
Realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais/responsáveis das crianças < 7 anos de idade Do Programa Bolsa Família?				
Sempre	6	8,1	18	24,3
Às vezes	13	17,6	-	-
Nunca	55	74,3	56	75,7
Onde				
Na unidade de saúde?	8	10,8	8	10,8
No Consultório	5	6,8	9	12,2
Nos espaços comunitários	0	0	3	4,1
Na visita domiciliar	0	0	2	2,7
Outro local	0	0	1	1,4
Orienta sobre				
A importância da dentição decídua?				
Sempre	5	6,8	3	4,1
Às vezes	4	5,4	11	14,9
Nunca	65	87,8	60	81,1
A adequada alimentação das crianças?				
Sempre	7	9,5	16	21,6
Às vezes	2	2,7	2	2,7
Nunca	65	87,8	56	75,7
A função dos dentes na alimentação?				
Sempre	6	8,1	9	12,2
Às vezes	4	5,4	8	10,8
Nunca	64	86,5	57	77,0
A correta higienização bucal?				
Sempre	9	12,2	11	14,9
Às vezes	1	1,4	6	8,1
Nunca	64	86,5	57	77,0
Continua				

TABELA 3 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014. (Continuação).

	CD		Profissional do PBF	
	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100
Cuidados com acidentes e traumatismos dentários?				
Sempre	0	0	2	2,7
Às vezes	6	8,1	7	9,5
Nunca	68	91,9	65	87,8
A importância da visita ao dentista?				
Sempre	5	6,8	16	21,6
Às vezes	6	8,1	2	2,7
Nunca	63	85,1	56	75,7
A responsabilidade dos pais na saúde bucal dos filhos?				
Sempre	8	10,8	16	21,6
Às vezes	3	4,1	2	2,7
Nunca	63	85,1	56	75,7
Se não, justifique				
Porque nunca pensei nisso	18	24,3	26	35,1
Porque não há vínculo entre os programas	30	40,5	4	5,6
Porque não existe esse grupo formado	13	17,6	-	-
Porque não existe essa cobrança pelo PBF	6	8,1	15	20,3
Porque falta tempo	3	4,1	15	20,3
Outros	16	21,6	14	18,9
Qual a frequência com que os pais/ responsáveis trazem suas crianças para o acompanhamento do cadastro do PBF?				
Sempre	-	-	56	75,7
Às vezes	-	-	18	24,3
Aproveita o momento do acompanhamento do cadastro do PBF para realizar ações de SAÚDE para essas crianças?				
Sim	-	-	59	79,7
Não	-	-	15	20,3
Por que faz?				
Oportunidade de encontrar a criança e os pais	-	-	35	47,3
Já são as condicionalidades	-	-	18	24,3
Outros	-	-	6	8,1
Aproveita o momento do acompanhamento do cadastro do PBF para realizar ações de SAÚDE BUCAL para essas crianças?				
Sim	5	6,8	21	28,4
Não	69	93,2	53	71,6
Porque não acompanham o cadastro do PBF				
Nunca pensei nisso	14	18,9	25	33,7
Falta tempo	11	14,9	11	14,9
Sempre estamos em atendimento clínico	4	5,4	-	-
Não é atribuição da enfermagem	-	-	5	6,8
Não há vínculo entre os programas	37	50,0	9	12,1
Outros	3	4,1	3	4,1

Continua

TABELA 3 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014. (Continuação).

	CD		Profissional do PBF	
	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100
Observa as condições de saúde bucal quando atende				
Crianças do PBF?	-	-	32	43,2
Crianças que não PBF?	-	-	47	63,5
Você encaminha à consulta odontológica as crianças				
Beneficiárias do PBF?	-	-	47	63,5
Não beneficiárias do PBF?	-	-	56	75,7
Orienta aos pais a procura pela consulta odontológica				
Sim	-	-	59	79,7
Não	-	-	15	20,3

A maior parte dos pais (responsáveis), questionados se já haviam recebido orientações quanto à saúde bucal dos seus filhos, informou nunca ter recebido esse tipo de orientação: importância do dente decíduo (74,7%, n= 287); adequada alimentação das crianças (42,2%, n= 162); função dos dentes na alimentação (66,7%, n= 256); correta higienização bucal (38,8%, n= 149); cuidados com quedas e acidentes que podem quebrar os dentes (63,5%, n= 244); importância de visitar o dentista (49,2%, n= 189) e a responsabilidade dos pais na saúde bucal dos seus filhos (51,3%, n= 197). A maioria dos pais, 290 (75,5%) sempre acompanha a criança durante a escovação e 298 (77,6%) consideram os dentes de leite importantes. Segundo informaram 224 (58,3%) pais, suas crianças nunca receberam aplicação de flúor. Além disso, 196 (51,0%) disseram que suas crianças não participam de atividades educativas e de prevenção sobre saúde bucal. Para realização do acompanhamento do cadastro do Programa Bolsa Família, 319 (83,1%) pais ou responsáveis por crianças entre 0 e 6 anos de idade que recebem este benefício, afirmaram que sempre levam suas crianças à unidade de saúde e 368 (95,8%) relataram que as crianças nunca participaram de ações educativas e preventivas sobre saúde bucal durante este momento. Dos 384 entrevistados, 297 (77,3%) disseram que sua criança nunca tinha sido atendida no consultório odontológico da unidade de saúde e 156 (40,6%) alegando a dificuldade de acesso à consulta. Dos 87 remanescentes que tinham consultado suas crianças com o dentista da unidade de saúde, 20 (5,2%) teve este atendimento no período entre os últimos seis meses a um ano; O motivo principal das consultas foi o exame clínico de rotina (7,0%, n= 27); a maior parte conseguiu a consulta através da demanda espontânea (10,4%, n= 40) e não teve dificuldade em consegui-la (15,6%, n= 60).

TABELA 4 – Dados relacionados aos Pais (responsáveis) de crianças beneficiadas no PBF.

	Pais (responsáveis) de crianças do PBF	
	n	%
Amostra	384	100
Quanto à Saúde Bucal das crianças foi orientado sobre		
A importância dos dentes de leite		
Sempre	42	10,9
Às vezes	54	14,1
Nunca	287	74,7
Adequada alimentação das crianças		
Sempre	107	27,9
Às vezes	115	29,9
Nunca	162	42,2
A função dos dentes na alimentação		
Sempre	62	16,1
Às vezes	66	17,2
Nunca	256	66,7
A correta higienização bucal		
Sempre	114	29,7
Às vezes	121	31,5
Nunca	149	38,8
Cuidados com quedas e acidentes que podem quebrar os dentes		
Sempre	66	17,2
Às vezes	74	19,3
Nunca	244	63,5
A importância da visita ao dentista		
Sempre	101	26,3
Às vezes	94	24,5
Nunca	189	49,2
A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos filhos		
Sempre	102	26,6
Às vezes	85	22,1
Nunca	197	51,3
Se sim, como você recebeu essas orientações?		
Pelo dentista Equipe de Saúde Bucal?	108	28,1
Pelo profissional que realizou o Bolsa Família?	36	9,4
Outro?	206	53,6
Você considera os dentes de leite importantes?		
Sim	298	77,6
Não	30	7,8
não sei	56	14,6
Algum adulto acompanha a criança durante a escovação?		
Sempre	290	75,5
Às vezes	78	20,3
Nunca	14	3,6
Não sei	2	0,3
Continua		

TABELA 4 – Dados relacionados aos Pais (responsáveis) de crianças beneficiadas no PBF. (Continuação).

	Pais (responsáveis) de crianças do PBF	
	N	%
Amostra	384	100
Você acha que a saúde dos dentes afeta o relacionamento das crianças na escola?		
Sim	302	78,6
Não	73	19
Não sei	9	2,3
Se sim		
Muito	194	50,5
Mais ou menos	85	22,1
Pouco	23	6,0
Você acha que a saúde dos dentes afeta a adequada alimentação das crianças?		
Sim	328	85,4
Não	52	13,5
Não sei	3	,8
Se sim		
Muito	244	63,5
Mais ou menos	64	16,7
Pouco	22	5,7
Suas crianças menores de 7 anos de idade participam de atividades educativas e de prevenção sobre saúde bucal?		
Sim	176	45,8
Não	196	51,0
Não sei	12	3,1
Sim, durante consulta clínica com dentista	6	1,6
Sim, em atividades coletivas na creche/escola com a Equipe de Saúde Bucal	85	22,1
Sim, em atividades coletivas com profissionais das creches/escolas.	73	19,0
Sim, em atividades coletivas na unidade de saúde com a Equipe de Saúde Bucal	10	2,6
Sim, em atividades coletivas na unidade de saúde com outros profissionais	1	0,3
Outros	29	7,55
Suas crianças recebem aplicação de flúor?		
Sempre	21	5,5
Às vezes	53	13,8
Raramente	64	16,7
Nunca	224	58,3
Não sei	22	5,7
Se alguma vez, a aplicação de flúor se deu: durante consulta clínica com dentista	24	6,3
Se alguma vez, a aplicação de flúor se deu: em atividades coletivas na creche/escola com a Equipe de Saúde Bucal	58	15,1
Se alguma vez, a aplicação de flúor se deu: em atividades coletivas na unidade de saúde com a Equipe de Saúde Bucal	11	2,9
Outros	50	13,0
As suas crianças vêm com você para o posto de saúde para o acompanhamento do cadastro do Bolsa Família?		
Sempre	319	83,1
Às vezes	44	11,5
Nunca	21	5,5

Continua

TABELA 4 – Dados relacionados aos Pais (responsáveis) de crianças beneficiadas no PBF. (Continuação).

	Pais (responsáveis) de crianças do PBF	
	N	%
Amostra	384	100
Durante o cadastramento, suas crianças participam de atividades educativas e preventivas sobre saúde bucal		
Sim	16	4,2
Não	368	95,8
Se sim, com a Equipe de Saúde Bucal	9	2,3
Se sim, com o Profissional de Saúde que realiza o acompanhamento do PBF	7	1,8
As crianças já foram atendidas no consultório odontológico da Unidade de Saúde?		
Sim	87	22,7
Não	297	77,3
Se não, por quê?		
Nunca precisou	122	31,8
Dificuldade de acesso	156	40,6
Levei no particular	6	1,6
Outros	13	3,4
Se sim, há quanto tempo?		
- 6 meses	42	10,9
6 meses a 1 ano	20	5,2
1 a 2 anos	12	3,1
Mais 2 anos	13	3,4
Motivo da última consulta?		
Exame clínico de rotina	27	7,0
Retirar “dente de leite”	8	2,1
Para limpeza	4	1,0
Dente furado/cariado	26	6,8
Dor de dente	7	1,8
Dente quebrado (trauma/fratura dentária)	5	1,3
Outros	10	2,6
Como conseguiu a consulta?		
Encaminhado outros profissionais da equipe	12	3,1
Encaminhamento do ACS	4	1,0
Demanda espontânea	40	10,4
Agendamento de consultas	31	8,1
Motivos de dificuldade em conseguir o atendimento odontológico para suas crianças		
Falta material	4	1,0
Poucas vagas	12	3,1
Demora no atendimento	4	3,1
Outros	4	3,1

Todos os dentistas disseram que atendem crianças no consultório odontológico, 71,6% (n= 53) atendem a partir de qualquer idade, inclusive as crianças menores de 1 ano e

realizam atividades de aplicação de flúor, restaurações e exodontias de dentes decíduos, atividades de promoção e proteção da saúde bucal, de forma individual, para os pais e as crianças no consultório odontológico, urgências odontológicas e encaminhamentos para o atendimento especializado. Em 98,6% das respostas, os dentistas afirmaram não haver prioridade para o atendimento de crianças do PBF no consultório odontológico (n= 73), ainda que, mais da metade destes profissionais, 59,5% (n= 44), acreditem que ações de saúde bucal devam ser feitas de forma diferenciada para essas crianças, uma boa parte deles, 35,1% (n= 26), presumindo que isto facilitaria o acesso dos dentistas às crianças e, também, destas crianças às atividades realizadas pelos profissionais da odontologia na ESF.

TABELA 5 – Dados Sobre as ações de recuperação da saúde bucal realizadas pelos CD. Fortaleza, 2014.

	CD	
	n	%
Amostra	74	100
Atende crianças no consultório		
A partir de qual idade?		
<1 ano	53	71,6
1 ano	2	2,7
2 anos	2	2,7
3 anos	8	10,8
4 anos	5	6,8
5 anos	1	1,4
6 anos	3	4,1
	74	100
Realiza no Consultório		
Aplicação tópica de flúor		
Realiza Profilaxia dental	74	100
Realiza Restauração de dentes decíduos	72	97,3
Realiza Exodontia de dentes decíduos	72	97,3
Realiza Atividades de educação em saúde durante consulta	70	94,6
Realiza Atividades educativas durante a consulta para os pais	69	93,2
Realiza Urgências odontológicas	74	100
Realiza Encaminhamentos para o atendimento especializado	74	100
Outros procedimentos	4	5,6
Continua		

TABELA 5 – Dados Sobre as ações de recuperação da saúde bucal realizadas pelos CD. Fortaleza, 2014. (Continuação).

	CD	
	n	%
Amostra	74	100
Frequência dos encaminhamentos		
10%	19	25,7
20%	16	21,6
5%	10	13,5
25%	6	8,1
40%	6	8,1
50%	5	6,8
Chegada das crianças às consultas		
Encaminhamento de outros profissionais	48	64,9
Encaminhamento de ACS	36	48,6
Demanda espontânea	66	89,2
Agendamento de consultas	61	82,4
Levantamento de necessidades	33	44,6
Outros	12	16,2
Existe alguma prioridade para o atendimento de crianças do PBF		
Sim	1	1,4
Não	73	98,6
Acreditam que Ações de SB deveriam ser feitas diferenciadamente para as crianças do PBF	44	59,5
Por quê? (Justificativas mais citadas)		
São crianças mais carentes e mais vulneráveis aos problemas de saúde	14	18,9
Idade ideal para iniciar prevenção e estabelecer hábitos	4	5,4
Forma de acesso para as crianças	26	35,1

Associando-se algumas variáveis, verifica-se que quando o cirurgião-dentista afirma que o acompanhamento da saúde bucal é importante para as crianças assistidas pelo PBF ele também afirma que a saúde bucal deveria ser incluída como uma das condicionalidades do Programa (Qui-Quadrado de Pearson, $p \leq 0,001$). Quando ele concorda com as condicionalidades também concorda com a inclusão da saúde bucal ($p = 0,002$), entretanto não houve relação entre as variáveis sobre as condições de estrutura da Unidade de Saúde para a realização das atividades e a inclusão da Saúde bucal no Bolsa Família ($p = 0,361$). Não há diferença estatisticamente significativa entre a realização das atividades de promoção e proteção da saúde bucal, executadas pelos dentistas para as crianças dentro ou fora das escolas/creches ($p = 0,135$). Igualmente, não há diferença na realização destas atividades para as crianças na unidade de saúde ou para as assistidas

pelo Bolsa Família ($p = 0,652$) e nem entre estas e as que estão nas escolas e creches ($p = 0,368$), o que pode sugerir que estas ações estão sendo pouco executadas. Com relação às ações de promoção e proteção de saúde bucal das crianças realizadas com os pais, percebe-se que há diferença se realizadas fora ou dentro das escolas e creches ($p = 0,021$). Também se percebe diferença quando realizadas para os pais quando presentes na unidade de saúde e os pais de crianças que participam do Bolsa Família ($p = 0,044$). Sendo feitas mais na unidade de saúde em ambos os casos. Ao comparar as respostas dos pais/responsáveis, percebe-se que há relação entre considerar o dente decíduo importante e achar que a saúde bucal deve ser incluída no Bolsa Família como condicionalidade ($p = 0,001$).

4. DISCUSSÃO

Inicialmente, deve-se ressaltar a importância desta pesquisa em razão do seu caráter pioneiro. Vários estudos já foram realizados para avaliar o efeito de Programas de Transferência de Renda Condicional (PTRC) sobre a saúde, mas não foi encontrada na literatura científica publicada, apesar da intensa revisão literária, nenhuma pesquisa que tenha investigado a relação entre a Estratégia de Saúde da Família, o Programa Bolsa Família e as ações de saúde bucal dirigidas às crianças com até seis anos de idade realizadas pela Estratégia de Saúde da Família. Portanto, a relação entre as ações conjuntas de duas das maiores políticas públicas brasileiras, relacionadas ao combate das iniquidades sociais e de saúde, para atuar em benefício da saúde bucal das crianças acima citadas, foi investigada pela primeira vez.

O Brasil é uma das maiores economias do mundo, mas é também um país que apresenta grandes desigualdades socioeconômicas e uma parte considerável da população ainda em situação de pobreza (RASELLA, 2013). As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes sociais em saúde geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória (BRASIL, 2008a). Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) podem influenciar diretamente a situação de saúde de uma família, inclusive a saúde infantil, gerando grandes iniquidades (OLIVEIRA & COTTA, 2011). A falta de dinheiro pode afetar o acesso aos cuidados de saúde ou ao diagnóstico e tratamento, e as longas jornadas de trabalho dos pais podem determinar uma supervisão inadequada dos filhos em casa. Além disso, esse estilo de vida pode gerar distúrbios relacionados, como o estresse nas crianças. Em geral, as crianças de baixa renda são mais propensas a desenvolverem as condições de doenças crônicas ou agudas, incluindo problemas de saúde mental, e são mais propensas a serem limitadas ao longo da vida por estas condições (RASELLA 2013). Para a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), as iniquidades em saúde entre indivíduos e grupos são a mais grave doença do Brasil. Infelizmente, em seu relatório final apresentado em 2008, após dois anos de trabalhos, esta Comissão não incluiu nenhuma referência específica quanto à produção de conhecimento e informações sobre a relação entre os determinantes sociais e a análise da situação de saúde bucal da população brasileira ou recomendações para uma possível intervenção sobre eles que pudesse ser usada para reduzir, assim, os efeitos da iniquidade em saúde bucal no país. A CNDSS propõe, entre outras, políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas

condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis. Constatou, ao fim do relatório, que a atuação sobre os diversos níveis desses determinantes sociais extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, obrigando as ações coordenadas dos vários setores e instâncias governamentais, ciente de que as intervenções nos determinantes sociais da saúde devem estar fundamentadas nos três pilares básicos da intersetorialidade, da participação social e das evidências científicas para serem viáveis, sustentáveis e efetivas (BRASIL, 2008a).

A desigualdade social nas condições de saúde bucal e utilização de serviços é algo universal. Existem profundas desigualdades nas condições de cárie da população, entre os países. Mesmo nos países nórdicos, com a responsabilidade pública no financiamento e prestação de cuidados de saúde oral, diferenças notáveis são observadas por classe social. Uma ampla gama de fatores tem sido implicada na iniciação e progressão da cárie, mas estes fatores são dominados pelos determinantes sociais da saúde. Os fatores pessoais e sociais, especialmente de renda, educação e comportamentos, têm efeitos profundos. Outros fatores de nível macro incluem o acesso e uso de fluoretos, dieta e acesso aos serviços de prevenção e recuperação. A OMS recomenda o desenvolvimento de sistemas de saúde bucal orientada para a prevenção de doenças e cuidados primários de saúde, com especial ênfase na satisfação das necessidades das populações desfavorecidas e pobres, considerando que, globalmente, a maior carga de doenças orais encontra-se nessas populações. (PITTS *et al*, 2011; PETERSEN, 2008).

Em estudo realizado no Estado do Pernambuco para avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na prevalência de cárie dentária de crianças de 4 a 8 anos de idade que receberam esse benefício desde seu nascimento, Santos *et al* (2013) constataram que as crianças nascidas e criadas obtendo esse benefício continuaram apresentando uma média de ceo-d quase o dobro da média da região nordeste verificada no último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 2010. No Rio Grande do Sul, outro estudo feito com escolares entre 8 a 12 anos de idade, revelou maior prevalência e severidade da cárie entre os beneficiários do PBF comparando-se com outros estudantes de escolas públicas e privadas não beneficiários do Programa. Observou-se o fenômeno da polarização da doença cárie, grande número de casos em pequeno grupo da população, como um reflexo dos níveis de desigualdade. Além disso, houve uma prevalência seis vezes maior de nunca terem utilizado os serviços odontológicos entre os escolares beneficiários do PBF. O estudo considera que os escolares beneficiários do PBF possuem maior carga da doença cárie e são os que menos acessam os serviços odontológicos e ressalta que, teoricamente, esses escolares frequentaram os serviços de saúde, uma vez que, o

acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento até os 7 anos de idade é condição essencial para a manutenção do benefício (OLIVEIRA, 2013).

É importante mencionar que o Programa Bolsa Família, enquanto Programa de Transferência de Renda Condicional (PTRC), destacou-se como uma estratégia de redução das desigualdades sociais e de saúde nesses dez anos de sua existência, mas seu potencial é bem maior, caso todos os seus ditames sejam cumpridos. De acordo com Rasella (2013), os PTRC espalharam-se rapidamente na última década, em particular nos países em desenvolvimento, ganhando um amplo consenso político. Nos vários países as condicionalidade dos PTRC variam de acordo com o programa, mas são essencialmente centradas na saúde e na educação. Revisões recentes sobre os PTRC confirmaram um aumento na utilização dos serviços de saúde e um impacto positivo geral sobre desfechos de saúde, como desnutrição infantil, saúde e sobrevivência nos menores de cinco anos de idade e a qualidade e acessibilidade dos serviços de APS são fatores importantes para a efetividade dos PTRC, uma vez que as condicionalidades de saúde dos programas são geralmente cumpridas a nível de atenção primária à saúde. Entretanto, segundo dados apresentados por Rasella (2013), não há condicionalidade relacionada a saúde bucal em nenhum dos países que tenham PTRC, o que pode, de certa forma, justificar a falta de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde bucal voltada para estas crianças. Dito isto, no caso do Brasil, onde a ESF tem como uma de suas atribuições o cuidado da saúde bucal de toda a população, e entendendo que esta deve organizar suas atividades de acordo com as necessidades de saúde da comunidade adscrita, é inaceitável que estas crianças não sejam identificadas como grupo prioritário e ações específicas a estas sejam desenvolvidas. Nesse contexto, o presente estudo compreende a importância da inclusão da saúde bucal como uma das condicionalidades do PBF, o que pressionaria a ESF a cuidar, de forma mais equitativa da saúde das crianças beneficiadas pelo PBF.

O presente estudo revelou, principalmente, que não há interação entre ESF e o PBF no que tange as ações de saúde bucal. Observou-se que as atividades de saúde bucal são desenvolvidas para os diferentes grupos de crianças indiscriminadamente, quer sejam elas assistidas pelo Bolsa Família ou simplesmente atendidas na rotina da unidade de saúde. Os dentistas da ESF de Fortaleza, realizam mais atividades de promoção e proteção da saúde bucal, de forma individual ou coletiva, nas crianças menores de sete anos na escola/creche e na unidade de saúde que para as crianças do Bolsa Família. É interessante frisar que os cirurgiões-dentistas, de uma maneira geral, não identificam (como grupo a ser trabalhado) as crianças do PBF, fazendo que, muitas vezes, as ações desenvolvidas para parte destas crianças se dê pelo fato destas participarem de outros grupos, como o de escolares. O mesmo ocorre com os profissionais que acompanham essas famílias na

unidade. Eles também não atuam na promoção e prevenção da saúde bucal das crianças do PBF, como o fazem para as outras crianças na rotina dos seus atendimentos. Novamente, os dentistas e os profissionais, realizam, às vezes, atividades de promoção e proteção da saúde bucal para os pais dentro ou fora das escolas e creches, mas não o fazem para os pais (ou responsáveis) de crianças do Bolsa Família enquanto grupo identificado. Os profissionais responsáveis pelo acompanhamento das famílias do Programa observam mais as condições de saúde bucal de crianças não beneficiárias e encaminham mais às consultas odontológicas essas crianças que as do Bolsa Família. É importante mencionar que as ações de promoção e proteção da saúde bucal estão sendo pouco executadas e não acontecem regularmente em todos os grupos (bolsa família, escolares, e livre demanda da unidade de saúde). Outros grupos, igualmente ao que ocorre com o grupo do PBF, deixam de ser percebidos pelos profissionais e CD na ESF. Em estudo realizado no Rio Grande do Norte, Ribeiro *et al.* (2009) constataram que não há o desenvolvimento de ações da enfermagem da ESF voltadas para o grupo de pacientes com necessidades especiais, mesmo reconhecendo-se a importância de ações diferenciadas para esse grupo (RIBEIRO *et al.*, 2009). Segundo Costa (2009), sobre a caracterização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF, a atividade mais comumente realizada por estes profissionais, fora da unidade de saúde, está ligada ao desenvolvimento das ações com escolares e que as demais atividades realizadas com a comunidade e com os grupos (hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes) são feitas com pouca frequência pelos profissionais o que ressalta o seu perfil de trabalho voltado para o atendimento clínico e individual (COSTA, 2009).

Observou-se no presente estudo que o contato dos dentistas da ESF com as crianças do PBF é limitado na clínica odontológica e o número de crianças que nunca foram atendidas na unidade é alto, o que demonstra uma dificuldade de acesso ao consultório odontológico por parte destas crianças. Isto pode dever-se à oferta insuficiente de vagas ou à desinformação e desvalorização dos pais em relação à importância da saúde bucal de suas crianças, assim como a necessidade de acompanhamento destas pelo cirurgião-dentista. Corroborando com esta afirmação, observou-se uma alta taxa de cuidadores afirmando que seus filhos nunca precisaram deste serviço (CANALLI *et al.*, 2011; SIQUEIRA *et al.*, 2009; LOURENÇO, 2011; MELO, 2011; OLIVEIRA e FORTE, 2012).

Entre os dados relevantes da pesquisa, verificou-se, também, que as condicionalidades de saúde são bem aceitas pelos entrevistados e que a sua natureza obrigatória é, sob a ótica dos pais (ou responsáveis), algo positivo, justamente, porque são consideradas importantes para o acompanhamento da saúde e do desenvolvimento das

crianças. As condicionalidades estabelecidas nos PTRC variam de acordo com o programa em cada país, como no México, Argentina, Chile, Turquia, Nigéria etc., mas são essencialmente centradas na educação e saúde. Portanto estas condicionalidades são comuns em outros programas de transferência de renda condicionada existentes no mundo (RASELLA, 2013).

A saúde bucal é reconhecida como parte da saúde geral, por isso, tanto os profissionais que acompanham as crianças no Bolsa Família, os dentistas e os pais, compreendem que a saúde bucal deve ser incluída como uma condicionalidade desse Programa. Aqui, entretanto, os profissionais concordam que a saúde bucal, sendo uma condicionalidade, pressionaria as famílias a buscarem o atendimento em saúde bucal para as crianças, já para os pais/responsáveis a razão seria a facilidade de acesso, que esta iniciativa poderia promover, às consultas odontológicas para seus filhos. Entretanto, como já mencionado anteriormente, a saúde bucal não aparece como condicionalidade em nenhum dos países que tenham PTRC (RASELLA, 2013). Rasella (2013) observou grande redução na mortalidade infantil por causas ligadas a pobreza como diarreia e desnutrição após avaliação sobre o impacto do Bolsa Família atuando conjuntamente com a Estratégia de Saúde da Família e afirma ser a sinergia de tais ações um dos fatores responsáveis por essa redução. De forma semelhante, Oliveira e Cotta (2012), em estudo realizado em Minas Gerais, levantam a hipótese de que o Bolsa Família parece estar protegendo as crianças menores de dois anos contra a anemia ferropriva, possivelmente devido à influência direta sobre as condições socioeconômicas, nutricionais e imunológicas. Tais evidências contrariam as críticas que classificam a implantação das políticas sociais como assistencialistas e eleitoreiras. Por não haver de forma institucionalizada o vínculo entre saúde bucal e o PBF no Brasil também, o Programa ainda não exerce impactos positivos na condição de saúde bucal de seus beneficiários, ainda que estes tenham sido contemplados desde sua mais tenra idade (SANTOS *et al*, 2013).

Assim, considerando que há Equipes de Saúde bucal na ESF em quase todos os municípios brasileiros (90% de cobertura segundo o Ministério da Saúde) (BRASIL, 2014); que os levantamentos epidemiológicos apontam a necessidade de maior acompanhamento da saúde bucal das crianças de cinco anos de idade; a relação socioeconômica com a presença das doenças bucais; a comprovada efetividade da sinergia de ações sociais e da saúde beneficiado as camadas mais vulneráveis da população brasileira na obtenção da qualidade de vida; por essa exposição de motivos faz-se imprescindível pensar na possibilidade de inclusão da saúde bucal como uma das condicionalidades do Programa Bolsa Família como uma das alternativas para a redução de problemas de saúde bucal em

crianças menores de sete anos de idade mais vulneráveis no quesito sócio econômico da sociedade brasileira. Mais estudos técnicos abordando esse tema precisam ser realizados com o intuito de avaliar a capacidade de realização dessa proposta na realidade brasileira.

De acordo com os resultados encontrados com a presente pesquisa, no município de Fortaleza, não há prioridade para o atendimento de crianças do Bolsa Família na ESF pelos dentistas. Contudo, estes acreditam que as crianças do PBF merecem ter ações de saúde bucal de forma diferenciada pela situação de vulnerabilidade sócio econômica na qual estão inseridas; pela idade “ideal” para iniciar a prevenção e se estabelecer hábitos e por ser uma forma de acesso a um grupo já formado de pais e crianças que regularmente frequentam a unidade de saúde para o cumprimento das condicionalidades do PBF. Isto facilita o acesso a estas crianças que estão numa faixa etária de difícil alcance dos profissionais, uma vez que, em muitos casos, estas não estão nas creches ou não têm ainda idade escolar.

No entanto, os dentistas e os profissionais, enfermeiros da ESF na maioria, não aproveitam, para realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal o momento que a criança e seus pais estão na unidade de saúde realizando o acompanhamento do Programa Bolsa Família, apesar da maior necessidade delas em relação aos cuidados odontológicos. Afirmaram nunca ter pensado nisso e justificaram não haver vínculo oficializado entre essas duas intervenções: saúde bucal e Bolsa Família. Ou seja, essa passagem da criança pela ESF é uma oportunidade perdida pelos profissionais já que informaram que os pais sempre trazem as crianças nesse momento, mas nenhuma das duas categorias lembrou-se de trabalhar com esse grupo sobre as condições de saúde bucal das crianças. Para Ramos e Cuervo (2012), ao analisar o preenchimento do mapa de acompanhamento das famílias, quanto ao cumprimento da condicionalidade saúde, percebe-se que a cobrança às unidades de saúde recai, fundamentalmente, sobre resultados técnico-estatísticos, como, por exemplo, dados de peso, estatura, situação vacinal das crianças e se esta se apresenta em aleitamento materno. Em relação ao acompanhamento das famílias beneficiárias, este ponto está claramente focado nas informações necessárias ao preenchimento do mapa, distanciando-se dos compromissos sociais propostos pelo PBF, sendo responsabilidade conjunta da gestão municipal e dos profissionais superar a burocratização do acompanhamento e direcionar a prática profissional para o contexto político e social que envolve o desenvolvimento do Programa. O PBF deixa de ser percebido como instrumento de promoção de saúde, sobretudo de saúde bucal, e, nesta última, parece faltar uma motivação profissional e ou uma cobrança governamental para trazer a tona essa possibilidade de intervenção. Todavia, segundo o Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde, faz parte do compromisso das

famílias beneficiadas participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança (BRASIL, 2007b), o que não parece ocorrer na prática da ESF, inclusive com a falta de iniciativas preventivas que englobem a saúde bucal.

Em relação, especificamente à doença cárie, sabe-se que os estágios anteriores da doença, antes da cavidade, podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações (BRASIL, 2008b). A cárie e a doença periodontal são as doenças que mais ocorrem entre as doenças bucais e são, comprovadamente, preveníveis e possíveis de serem combatidas com ações de promoção e prevenção da saúde. A correta higiene bucal, o uso do flúor e a alimentação não cariogênica são algumas das medidas eficazes para se prevenir problemas bucais (PAULETTO *et al*, 2004).

No Brasil, a atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, esta caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Essas ações devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Estabelece entre as suas diretrizes a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades sempre em consonância com o princípio da equidade. Considera que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são termos equivalentes e que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação e, portanto, deve se nortear pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde brasileiro. (BRASIL, 2012).

São recomendadas, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da saúde bucal ações de vigilância sobre risco e de necessidades de saúde bucal, ações de promoção à saúde e ações educativas e preventivas. As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvo

dessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos. Outros grupos podem ser definidos localmente, de acordo com risco, dados epidemiológicos ou critérios locais. Recomenda-se a ampliação do acesso a essas ações envolvendo as famílias (BRASIL, 2008b).

O decreto nº. 5. 209 de 17 de setembro de 2004 que regulamenta a lei que cria o PBF em seu Art. 4º estabelece os objetivos básicos do Programa Bolsa Família, em relação aos seus beneficiários. Dentre estes objetivos estão:

I - promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social;

V - promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

O artigo 27 deste Decreto considera como condicionalidades do Programa Bolsa Família a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social (BRASIL, 2007). Através das condicionalidades se integram o Programa Bolsa Família e a Estratégia de Saúde da Família (a maior política de Atenção Básica da Saúde no Brasil). Evidencia-se no ordenamento do Programa a intenção de integrar políticas públicas visando à sinergia das ações em benefício da sociedade e desenvolvimento do país. Segundo o Manual de orientação sobre o Programa Bolsa Família na saúde, os compromissos dos beneficiários responsáveis por crianças de até 7 anos de idade incluem: cumprir o calendário escolar e de vacinação da criança, participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a saúde da criança e levar a criança à unidade de saúde para o acompanhamento e desenvolvimento de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2007)

Desta forma, observa-se que nem a ESF nem o PBF estão conseguindo funcionar de forma plena e seguir o preconizado, o que traz prejuízos importantes para toda a população, e mais especificamente para as crianças. Assim, as iniquidades sociais e em saúde tendem a persistir, e os objetivos dos programas não serão atingidos. O que demonstra que mudanças são necessárias e urgentes na execução destes programas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil é uma das maiores economias mundiais, mas é marcado pelas desigualdades socioeconômicas que vêm favorecendo, ao longo do tempo, as

desigualdades na situação de saúde da sua população. No enfrentamento da extrema pobreza e das desigualdades de saúde do povo brasileiro, o governo do país tem desenvolvido políticas públicas como o Programa Bolsa Família (PBF) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam nos determinantes sociais e nas ações da atenção básica de saúde, respectivamente. Duas estratégias públicas que agindo em sinergia tem potencial de reduzir as iniquidades na atenção à saúde.

Este estudo não identificou relação entre o Programa Bolsa Família e as ações de saúde bucal para a promoção, proteção e recuperação da saúde realizada pela Estratégia de Saúde da Família voltadas para a população infantil (menores de sete anos de idade) beneficiária do PBF no município de Fortaleza-CE. Não foram identificadas ações específicas de saúde bucal voltadas para o grupo de crianças do PBF dentro da Estratégia. Da mesma forma, não foram identificadas ações de promoção e proteção da saúde bucal dessas crianças direcionadas para os pais ou responsáveis. Os encaminhamentos às consultas odontológicas realizados pelos profissionais que acompanham as famílias na condicionalidade de saúde do PBF ocorrem mais quando o atendimento às crianças menores de sete anos de idade se dá na rotina normal de trabalho que através da visita destas crianças a unidade de saúde relacionada a condicionalidade saúde do Programa Bolsa Família. A maioria dos profissionais responsáveis pelo PBF na unidade de saúde informou que orienta os pais a procurar por consulta odontológica. No entanto, a maior parte das crianças assistidas pelo PBF, segundo seus pais e ou responsáveis, nunca foi atendida no consultório odontológico da unidade de saúde. No que se refere às condicionalidades de saúde do PBF, os três grupos entrevistados aprovaram a inclusão da saúde bucal.

Considerando-se a potencialização das ações de saúde através de um enfoque intersectorial, cogitar uma possível associação entre o PBF e a ESF na atenção à saúde bucal que contribuisse para o combate às iniquidades em saúde bucal na infância parece perfeitamente plausível. Assim, sugere-se, ao fim deste estudo, que a saúde bucal das crianças menores de sete anos de idade pudesse ser incluída como uma condicionalidade de saúde do PBF no intuito de favorecer uma nova geração capaz de se desenvolver de forma plena e de promover e proteger a saúde de suas próprias crianças.

5. REFERÊNCIAS

ABBAS, Syed Muslim; ALAM, Ali Yawar; MALIK, Muhammad Raees; Primary health care: what is it and what is it not? Views of teaching faculty at an undergraduate medical college in Pakistan. **Eastern Mediterranean Health Journal EMHJ**. v.18, n.3, 2012. Disponível em:

<http://www.emro.who.int/emhj-volume-18-2012/issue-3/article-11.html>>. Acesso em 18 de Fevereiro de 2013.

ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge. **Políticas contemporâneas: fim do direito à saúde?**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 11, n. 1, Jan./Jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de janeiro de 2013.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Claudio. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 783-836.

BAHIA, Lígia. **Sistema Único de Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Verbetes, Fundação Oswaldo Cruz, 2013. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>>. Acesso em 03 de março de 2013.

BENJAMIN, Regina Marcia. **Oral health: the silent epidemic**. Public Health Reports. Surgeon General's Perspectives, v125, n. 2, p.158-159, mar-abr, 2010. Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/publichealthreports>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF, 1988.

_____. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União D.O.U., Ano CXXVIII, n. 182, de 20 de setembro de 1990, p.18.055, Seção I. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 28 de janeiro de 2013.

_____. CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** – Brasília: CONASS, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em 03 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. Ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Blog da Saúde. **Brasil Sorridente completa 10 anos beneficiando 80 milhões de pessoas**. 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/33856-brasil-sorridente-completa-10-anos-beneficiando-80-milhoes-de-pessoas>> Acessos em 13 de Junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **RESOLUÇÃO Nº 466 / 2012**: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 13 de Junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. 3. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cgab/publicacoes.php>>. Acesso em 09 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em 17 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Atenção Básica – DAB. Coordenação Nacional de Saúde Bucal – CNSB. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/>>. Acesso em 23 de janeiro de 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em 13 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família** - Ano X, n 23, jul-set, 2009, Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia23.pdf>. Acesso em 03 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Atenção Básica – PSF – Saúde da Família – Atenção Primária**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em 13 de março de 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em 03 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em 28 de janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf/view>>. Acesso em 03 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em 10 de março de 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2013a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Programa Bolsa Família : uma década de inclusão e cidadania** / organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. – 494 p. Brasília : Ipea, 2013b.

BRÜGGEMAN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 563-568, set. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de janeiro de 2013.

CANALLI, Cláudia da Silva Emílio ; CHEVITARESE Leila; SILVEIRA, Roberto da Gama da; CASANOVA, Edna Gurgel; MIASATO, José Massao. Fatores Associados à Cárie Dentária: uma Pesquisa Qualitativa na Bebê-Clínica da Unigranrio/RJ. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 5, n.1, p.1-15, 2011.

CARVALHO, Inaia Maria Moreira de; FERNANDES, Cláudia Monteiro. Algumas considerações sobre o Bolsa Família. **Serviço social & sociedade**, v. 30, n. 98, p. 362-387, abr./ jun. 2009.

CHAN, Margaret; **Return to Alma-Ata**. WHO – World Health Organization. Programmes and Projects, Director-General, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/20080915/en/>>. Acesso em 09 de março de 2013.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, nov. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de março de 2013.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de Fevereiro de 2013

COSTA, Rossana Mota. Caracterização do Processo de Trabalho do Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família no município de Parnamirim – RN. Natal, 2009. 84f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social.) Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal- RN, 2009.

FABRE, Renata Cristina; VILELA, Elaine Morelato; BIFFI, Eliana Maria de A. Programa de Prevenção e Educação em Saúde Bucal para Crianças de 3 a 5 anos: Um relato de Experiência. **Revista do CROMG**, Vol. 4, n. 2, p. 101-107, jul. / dez. 1998.

FEITOSA, Sandra; COLARES, Viviane. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 604-609, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200030&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 15 de janeiro de 2013.

FERREIRA, Milena Nogueira. **Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde**: Um Estudo da Experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. Rio de Janeiro – RJ, 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25672_ferreiramnm.pdf>. Acesso em 13 de fevereiro de 2013.

FORTALEZA. **Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População de Fortaleza – CE, 2006 – 2007**. Boletim Epidemiológico, ISSN – 1678.8400./, vol. 16 – Nº Especial, 2010. 37p.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=pt>. Acesso em 09 de março de 2013.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Atenção Primária à Saúde: conteúdos e trajetórias**. In: _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

LOURENÇO, Caroline Barbosa. **Criança, negligência e saúde bucal**. Fortaleza – CE, 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, 2011.

MACHADO, Caroline Antero. **Atuação dos Cirurgiões-Dentistas na Estratégia Saúde da Família**. Fortaleza – CE, 2010. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, 2010.

MAIA, Lucianne Cople; PRIMO, Laura Guimarães; **Odontologia Integrada na Infância**. São Paulo: Santos, 2012. 320p.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Verbetes, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em 09 de março de 2013.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5 -13. Abr. 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de março de 2013.

MEDEIROS, Marcelo; BRITTO, Tatiana; SOARES, Fábio. Transferência de renda no Brasil. **Novos estudos. - CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 5-21. Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Junho de 2014.

MELO, Marcia Maria Dantas Cabral de; SOUZA, Wayner Vieira de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de and BRAGA, Cynthia. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 471-485. Mar. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 de Junho de 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 89p.

MENDES JÚNIOR, Biágio de Oliveira. Análise dos Impactos do Programa Bolsa Família no Brasil – Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 2011. 140p.

MOYSÉS, Samuel Jorge; NASCIMENTO, Antônio Carlos; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; DITTERICH, Rafael. **Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família**. Desafios para os Municípios. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias**. Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.47-64.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo; RONCALLI, Angelo Giuseppe; ANTUNES, José Leopoldo F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393. Washington, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de fevereiro de 2013.

_____, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 141-147. Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de janeiro 2013.

OLIVEIRA, Luísa Jardim Corrêa de et al . Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.6, p. 1039-1047. Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Junho de 2014.

OLIVEIRA, Fabiana de Cássia Carvalho, COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **O programa Bolsa família como importante estratégia de redução da desigualdade social** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/?p=4161&preview=true>> Acesso em 13 de Junho de 2014.
OLIVEIRA, Wilderlane de Freitas; FORTE, Franklin Delano Soares. Construindo o Significado da Saúde Bucal a Partir de Experiência com Mães. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, p. 183-191, 2012. Disponível em: <<http://m.revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/1436>> Acesso em 13 de Junho de 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da

Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em:

<http://www.uepa.br/portal/downloads/PETSAUDE2012/REF_BIBLIOGRAFICAS/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em 09 de março de 2013.

PAIVA, Saul Martins; MARTINS, Carolina de Castro; PORDEUS, Isabela Almeida. **Epidemiologia dos Principais Problemas Bucais da Infância**. In: MAIA, Lucianne Cople; PRIMO, Laura Guimarães; Odontologia Integrada na Infância. São Paulo: Santos, 2012. p. 1-10. 320p.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130. 2004. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de Junho 2014.

PETERSEN, Poul Erik; BOURGEOIS, Denis; OGAWA, Hiroshi; ESTUPINAN-DAY, Saskia; NDIAYE, Charlotte. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 83, n. 9, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000900011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de fevereiro de 2013.

PETERSEN, Poul Erik. World Health Organization. **Global policy for improvement of oral health** – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal* v 58, n 3,: 115-121, 2008.

PIRES, André. O Programa Bolsa Família no contexto das políticas de proteção dos Estados de Bem-Estar Social: apontamentos para discussão. **Impulso**, v. 23, n. 58, p. 91-101, 2013. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/impulso/article/viewArticle/1834>>. Acesso em 10 de Junho de 2014.

PITTS, N. *et al.* Global Oral Health Inequalities Dental Caries Task Group—Research Agenda. **Advances in dental research**, v. 23, n. 2, p. 211-220, 2011.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de março de 2013.

RAMOS, Camila Irigónhé; CUERVO, Maria Rita Macedo. The "Bolsa Família" family grant scheme: the interface between professional practice and the human right to adequate food and nutrition. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2159-2168, 2012.

RASELLA Davide. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil**. Salvador 2013. 92f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2013.

RIBEIRO, Laiane Medeiros; MEDEIROS, Soraya Maria de; ALBUQUERQUE, Jonas Sâmí de and FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?

Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun. 2010. Disponível em :

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Junho de 2014.

RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares. Uma visão histórica e comparada do SUS. **Saúde e cidadania**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.4-5. Jan. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de fevereiro de 2013.

SANTOS, Valdeci Elias; ALENCAR FILHO Arnaldo Vasconcelos de; SOUSA, Rebeca Maria Brasileiro de; CAVALCANTI, Fábio; HEIMER, Monica Vilela; ROSENBLATT, Aronita. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 18, n. 1, 2013.

SCAVUZZI, Ana Isabel Fonseca; CALDAS JUNIOR, Arnaldo de França; COUTO, Geraldo Bosco Lindoso. VASCONCELOS, Márcia Maria Barbosa Vendiciano. SOARES, Renata Patrícia de Freitas; VALENÇA, Paula Andréa Melo. Longitudinal study of dental caries in Brazilian children aged from 12 to 30 months. **International Journal of Paediatric Dentistry**. v.17, n. 2, p. 123–128, mar. 2007. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2006.00799.x/full>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2013. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2006.00799.x

SGAN-COHEN, Harold David; MANN, Jonathan. Health, Oral Health and Poverty. **Journal of the American Dental Association – JADA**, Chicago, v. 138, n. 11, p. 1437-1442. Nov. 2007.

SHEIHAM, Aubrey. Oral Health, general health and quality of life. WHO – World Health Organization. **Bulletin of the World Health Organization**. Past issues, V. 83, n. 9, p. 641-720. WHO, 2005.

Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf>>. Acesso em 28 de janeiro de 2013.

SIQUEIRA, Darlene; BARNABÉ, Anderson Sena; DEUS, Rogério Barbosa de; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira. Avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos pelo índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças em idade pré-escolar. **ConScientia e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 239-244, 2009.

SOUZA, Djalmo Sanzi. **Visão Político-programática da Participação da Saúde Bucal na ESF**. Uma Visão no Âmbito Estadual. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias**. Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 21-38.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF. **Declaração De Alma-Ata**. Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, USSR, 6 – 12 de setembro de 1978. Genebra, Organização Mundial da Saúde – OMS / Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Disponível em: <http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_Atta_conference_1978_report.pdf>. Acesso em 19 de fevereiro de 2013.

VALENÇA, Ana Maria Gondim; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de; MAIA, Lucianne Cople. **Paradigmas do Atendimento de Crianças no Contexto da Saúde Pública Brasileira**. In: MAIA, Lucianne Cople; PRIMO, Laura Guimarães; **Odontologia Integrada na Infância**. São Paulo: Santos, 2012. p. 11 – 22. 320p.

VIEIRA, Anya Pimentel Gomes Fernandes; KARBAGE, Jamile Pinheiro. Impacto da Atenção Odontológica na Saúde Bucal de Crianças. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 10-15. 2011.

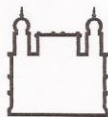
WHO. World Health Organization; Oral Health; Media Centre; **Fact sheet nº 318**, Abril 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/n>> Acesso em 28 de fevereiro de 2013.

APÊNDICES

_____. World Health Organization; Programmes and projects. Tools and Resources. Social determinants of health. **WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/index.html>. Acesso em 09 de março de 2013.

_____. World Health Organization; **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca**. Versão em Português: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em 09 de Março de 2013.

APÊNDICE A



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
FIOCRUZ Ceará

Ofício nº 040/2012 – Fiocruz/CE

Fortaleza, 30 de outubro de 2012.

À Senhora

MARIA ELAENE RODRIGUES ALVES
Secretária Municipal de Assistência Social

Prezada Senhora,

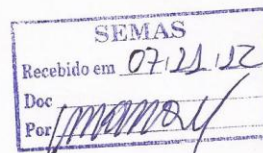
Krishna Andréia Feitosa Petrola, aluna do curso de MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA realizado pela Rede Nordeste de Formação Profissional – RENASF, nucleadora – Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, em fase de elaboração de Pesquisa intitulada **Análise do Acesso às Práticas de Saúde Bucal de Crianças do Bolsa Família**, vem requerer a informação a seguir:

- Número de crianças até 7 anos de idade beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, valor mensal por faixa etária, no período de Janeiro a Outubro de 2012.

Desde já agradecemos o apoio dado na pesquisa da referida mestranda.

Cordialmente,

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Coordenadora – RENASF – FIOCRUZ CE



Av. Santos Dumont, 5753 – 13º Andar – Sala 1303 – Papicu – CEP 60.190-800
PABX/FAX: (085)3265-1832 / 3234-5281 - Fortaleza - Ceará - Brasil

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIÕES-
DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PESQUISA CIENTÍFICA: Ações de Saúde Bucal em Crianças do Programa Bolsa Família

Caro profissional,

A pesquisadora, Krishna Petrola, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ / Universidade Estadual do Ceará – UECE, está realizando a pesquisa *Ações de Saúde Bucal em Crianças do Programa Bolsa Família* buscando melhorar a rotina do serviço de Saúde Bucal para as crianças e **convida** você para participar deste estudo. Optando por participar da pesquisa você assinará o termo de consentimento livre e esclarecido e responderá a uma entrevista com a pesquisadora.

Suas respostas serão **mantidas em sigilo**, utilizadas apenas para o desenvolvimento do estudo e **não será publicado o nome ou qualquer dado que o (a) identifique**. Sua participação é voluntária, podendo retirar-se da pesquisa, bem como, retirar o seu consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo para você. Com exceção de algum constrangimento do participante, não se antecipa graves riscos e/ou benefícios diretos aos participantes desta pesquisa e as informações serão coletadas de forma rápida e segura, com o compromisso no resguardo de sua segurança e bem-estar. Além disso, a não participação nesta pesquisa não influenciará no seu vínculo com o Sistema Único de Saúde. A sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento deste estudo.

A pesquisadora coloca-se disponível para qualquer esclarecimento ou dúvidas durante os encontros ou no telefone: 085- 3433 2734. Em caso de maiores esclarecimentos, por gentileza entre em contato com a orientadora desta pesquisa, Prof. Dra. Anya Pimentel G F Vieira Meyer, Mestrado em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará - UECE (085- 3101 9644) e na Fundação Oswaldo Cruz – Ceará – FIOCRUZ / CE (085- 3265 1832).

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE – END.:Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi – CEP: 60.714-903 – Fones: (85)3101-9890.

-----[cortar aqui] -----

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Nº _____

Nome: _____

Local (posto): _____ SER _____

Cidade: _____ Idade: _____ sexo _____

Pelo presente instrumento, o qual atende às exigências legais, o Sr(a). _____, RG.: _____, declara que, após leitura do Termo de Consentimento, teve a oportunidade de fazer perguntas que foram devidamente esclarecidas pela pesquisadora e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma o seu consentimento livre e esclarecido em participar voluntariamente desta pesquisa. De acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante _____

APÊNDICE B2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA **PROFISSIONAIS**
RESPONSÁVEIS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

PESQUISA CIENTÍFICA: Ações de Saúde Bucal em Crianças do Programa Bolsa Família

Caro profissional,

A pesquisadora, Krishna Petrola, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ / Universidade Estadual do Ceará – UECE, está realizando a pesquisa *Ações de Saúde Bucal em Crianças do Programa Bolsa Família* buscando melhorar a rotina do serviço de Saúde Bucal para as crianças e **convida** você para participar deste estudo. Optando por participar da pesquisa você assinará o termo de consentimento livre e esclarecido e responderá a uma entrevista com a pesquisadora.

Suas respostas serão **mantidas em sigilo**, utilizadas apenas para o desenvolvimento do estudo e **não será publicado o nome ou qualquer dado que o (a) identifique**. Sua participação é voluntária, podendo retirar-se da pesquisa, bem como, retirar o seu consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo para você. Com exceção de algum constrangimento do participante, não se antecipa graves riscos e/ou benefícios diretos aos participantes desta pesquisa e as informações serão coletadas de forma rápida e segura, com o compromisso no resguardo de sua segurança e bem-estar. Além disso, a não participação nesta pesquisa não influenciará no seu vínculo com o Sistema Único de Saúde. A sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento deste estudo.

A pesquisadora coloca-se disponível para qualquer esclarecimento ou dúvidas durante os encontros ou no telefone: 085- 3433 2734. Em caso de maiores esclarecimentos, por gentileza entre em contato com a orientadora desta pesquisa, Prof. Dra. Anya Pimentel G F Vieira Meyer, Mestrado em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará - UECE (085- 3101 9644) e na Fundação Oswaldo Cruz – Ceará – FIOCRUZ / CE (085- 3265 1832).

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE – END.:Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi – CEP: 60.714-903 – Fones: (85)3101-9890.

-----[cortar aqui] -----

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Nº _____

Nome: _____

Local (posto): _____ SER _____

Cidade: _____ Idade: _____ sexo _____

Pelo presente instrumento, o qual atende às exigências legais, o Sr(a). _____, RG.: _____, declara que, após leitura do Termo de Consentimento, teve a oportunidade de fazer perguntas que foram devidamente esclarecidas pela pesquisadora e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma o seu consentimento livre e esclarecido em participar voluntariamente desta pesquisa. De acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante _____

APÊNDICE B3

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS OU
RESPONSÁVEIS POR CRIANÇAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

PESQUISA CIENTÍFICA: Ações de Saúde Bucal em Crianças do Programa Bolsa Família

A pesquisadora, Krishna Petrola, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ / Universidade Estadual do Ceará – UECE, está realizando a pesquisa *Ações de Saúde Bucal em Crianças do Programa Bolsa Família* buscando melhorar a rotina do serviço de Saúde Bucal para as crianças e **convida** você para participar deste estudo. Optando por participar da pesquisa você assinará o termo de consentimento livre e esclarecido e responderá a uma entrevista com a pesquisadora.

Suas respostas serão **mantidas em sigilo**, utilizadas apenas para o desenvolvimento do estudo e **não será publicado o nome ou qualquer dado que o (a) identifique**. Sua participação é voluntária, podendo retirar-se da pesquisa, bem como, retirar o seu consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo para você. Com exceção de algum constrangimento do participante, não se antecipa graves riscos e/ou benefícios diretos aos participantes desta pesquisa e as informações serão coletadas de forma rápida e segura, com o compromisso no resguardo de sua segurança e bem-estar. Além disso, a não participação nesta pesquisa não influenciará no seu vínculo com o Sistema Único de Saúde. A sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento deste estudo.

A pesquisadora coloca-se disponível para qualquer esclarecimento ou dúvidas durante os encontros ou no telefone: 085- 3433 2734. Em caso de maiores esclarecimentos, por gentileza entre em contato com a orientadora desta pesquisa, Prof. Dra. Anya Pimentel G F Vieira Meyer, Mestrado em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará - UECE (085- 3101 9644) e na Fundação Oswaldo Cruz – Ceará – FIOCRUZ / CE (085- 3265 1832).

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE – END.:Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi – CEP: 60.714-903 – Fones: (85)3101-9890.

-----[cortar aqui] -----

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Nº _____

Nome: _____

Local (posto): _____ SER _____

Cidade: _____ Idade: _____ sexo _____

Pelo presente instrumento, o qual atende às exigências legais, o Sr(a). _____, RG.: _____, declara que, após leitura do Termo de Consentimento, teve a oportunidade de fazer perguntas que foram devidamente esclarecidas pela pesquisadora e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma o seu consentimento livre e esclarecido em participar voluntariamente desta pesquisa. De acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante _____

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA DIRIGIDA AOS **CIRURGIÕES – DENTISTAS** DA ESF

Nº _____

Nome: _____

Unidade de Saúde: _____ SER: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____ e-mail _____

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS / DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____
2. Gênero: () Feminino () Masculino
3. Naturalidade: _____
4. Estado civil:
() Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outro: _____
5. Escolaridade: () Graduação () Aperfeiçoamento: _____
() Especialização: _____ () Residência: _____
() Mestrado: _____
() Doutorado: _____ () Outra Graduação: _____
6. Universidade de formação: _____ Ano: _____
7. Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família? (**tempo total**)
() 1-2 anos () 2-5 anos () 5-10 anos () 10-15 anos () > de 15 anos
8. Trabalha em outro local além da Estratégia Saúde da Família?
() sim () não
9. Renda mensal (salário bruto): **renda total**
() até 9 SM (R\$ 6.102)
() entre 9 e 12 SM (R\$ 6.102 - 8.136)
() mais de 12 SM (mais de R\$ 8.136)

QUESTÕES SOBRE O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. Você conhece as condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) para as crianças menores de sete anos? () sim () não () Parcialmente
Se sim, quais são?
() manter atualizado o calendário de vacinação
() acompanhamento do estado nutricional (crescimento e desenvolvimento)
() outros _____
2. Você concorda com as condicionalidades do PBF? () sim () não () parcialmente
3. Você considera o Programa Bolsa Família uma estratégia importante **para a saúde** das crianças menores de 7 anos de idade? () sim () não () parcialmente () não sei responder

4. Você considera importante o acompanhamento da **Saúde Bucal** para crianças do Bolsa Família? () sim () não () parcialmente
5. Você acha que a Saúde Bucal deveria ser **incluída como uma condicionalidade** da saúde, para o recebimento do benefício pelas crianças menores de 7 anos? () sim () não
Justifique _____
6. Qual(is) condicionalidades ligadas à Saúde Bucal você acha que deveriam ser utilizadas nas crianças do Programa Bolsa Família? _____
7. Você acha que existem condições e infraestrutura adequadas para a realização das atividades de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Bucal na unidade de saúde onde você atua? () sim () não () parcialmente
Justifique _____

DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL

DA PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE

1. Você realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas às **crianças menores de 7 anos**

- **dentro das escolas/creche?** () sempre () às vezes () nunca

Se sim, quais?

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| () promoção de saúde | () atividades educativas |
| () escovação supervisionada | () IHB |
| () aplicação de flúor | |
| () outros _____ | |

Se não, por quê? _____

- **fora das escolas/creche?** () sempre () às vezes () nunca

Se sim, onde?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| () na unidade de saúde | () espaços comunitários |
| () na consultório odontológico | () na visita domiciliar |
| () outros _____ | |

Quais?

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| () promoção de saúde | () atividades educativas |
| () escovação supervisionada | () IHB |
| () aplicação de flúor | |
| () outros _____ | |

Se não, por quê? _____

2. Você realiza atividades de **promoção e proteção da saúde bucal** especificamente **para as crianças** menores de 7 anos **beneficiárias do Bolsa Família?** () sim () não

Se sim, onde?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| () na unidade de saúde | () espaços comunitários |
| () na consultório odontológico | () na visita domiciliar |
| () outros _____ | |

Quais?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| () promoção de saúde | () palestras educativas |
| () escovação supervisionada | () IHB |
| () aplicação de flúor | |

() outros _____

Se não, Justifique

() nunca pensei nisso

() falta de tempo _____

() porque não há vínculo entre o Programa Bolsa Família e a Saúde Bucal

() porque não existe esse grupo formado

() porque não existe essa cobrança pelo PBF

() outros _____

3. Você realiza atividades de **promoção e proteção da saúde bucal** para os **pais/responsáveis** de crianças menores de 7 anos de idade

• **nas creches/escolas?** () sempre () às vezes () nunca

Se não, Justifique _____

Você orienta sobre:

• A importância da dentição decídua - () sempre () às vezes () nunca

• Adequada alimentação das crianças - () sempre () às vezes () nunca

• A função dos dentes na alimentação - () sempre () às vezes () nunca

• A correta higienização bucal - () sempre () às vezes () nunca

• Cuidados com acidentes e traumatismos dentários - () sempre () às vezes () nunca

• A importância da visita ao dentista - () sempre () às vezes () nunca

• A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos seus filhos - () sempre () às vezes () nunca

• **fora das creches/escolas?** () sempre () às vezes () nunca

Se sim, onde?

() na unidade de saúde

() espaços comunitários

() na consultório odontológico

() na visita domiciliar

() outros _____

Se não, justifique _____

Você orienta sobre:

• A importância da dentição decídua - () sempre () às vezes () nunca

• Adequada alimentação das crianças - () sempre () às vezes () nunca

• A função dos dentes na alimentação - () sempre () às vezes () nunca

• A correta higienização bucal - () sempre () às vezes () nunca

• Cuidados com acidentes e traumatismos dentários - () sempre () às vezes () nunca

• A importância da visita ao dentista - () sempre () às vezes () nunca

• A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos seus filhos - () sempre () às vezes () nunca

• **Especificamente para os pais do Programa Bolsa Família?** () sempre () às vezes () nunca

Se sim, onde?

() na unidade de saúde

() espaços comunitários

() na consultório odontológico

() na visita domiciliar

() outros _____

Se não, justifique

() nunca pensei nisso

() porque não há vínculo entre o Programa Bolsa Família e a Saúde Bucal

() porque não existe esse grupo formado

- () porque não existe essa cobrança pelo PBF
 () falta de tempo _____
 () outros _____

Você orienta sobre:

- A importância da dentição decídua - () sempre () às vezes () nunca
 - Adequada alimentação das crianças - () sempre () às vezes () nunca
 - A função dos dentes na alimentação - () sempre () às vezes () nunca
 - A correta higienização bucal - () sempre () às vezes () nunca
 - Cuidados com acidentes e traumatismos dentários () sempre () às vezes () nunca
 - A importância da visita ao dentista - () sempre () às vezes () nunca
 - A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos seus filhos - () sempre () às vezes () nunca
4. Você aproveita o momento de acompanhamento do cadastro do Bolsa Família para realizar ações de Promoção e Proteção da Saúde Bucal para essas crianças? () sim () não
 Justifique _____

DA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

5. Você atende crianças no consultório? () sim () não
6. A partir de qual idade? () <1 ano () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 anos
7. Quais procedimentos você realiza nessas crianças?
 () aplicação tópica de flúor
 () profilaxia dental
 () restauração de dentes decíduos
 () exodontia de dentes decíduos
 () atividades de educação em saúde durante a consulta
 () atividades de educação em saúde, relacionadas às crianças, para os pais durante a consulta
 () urgências odontológicas (prescrição, traumatismo, abscesso etc.)
 () encaminhamentos para atendimento especializado
 () outros _____
8. Com qual frequência você encaminha as crianças de 0 a 6 anos, de forma geral, para o atendimento especializado? _____%
9. Como se dá a chegada dessas crianças às consultas?
 () encaminhamentos de outros profissionais da equipe
 () encaminhamento do ACS
 () demanda espontânea
 () agendamento de consultas
 () através de levantamento de necessidades
 () outros _____
13. Existe algum tipo de prioridade para o atendimento de crianças do Programa Bolsa Família?
 () sim () não. Qual? _____
14. Você acredita que ações de Promoção, Proteção e Recuperação de Saúde Bucal deveriam ser feitas de forma mais **diferenciada** para as crianças do Bolsa Família? () sim () não.
 Justifique _____

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA DIRIGIDA AOS **PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA** N° _____

Nome: _____

Unidade de Saúde: _____ SER: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____ e-mail _____

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS / DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____
2. Gênero: ☐ Feminino ☐ Masculino
3. Naturalidade: _____
4. Estado civil:
☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável ☐ Outro: _____
5. Formação: _____
6. Escolaridade: ☐ Graduação ☐ Aperfeiçoamento: _____
☐ Especialização: _____ ☐ Mestrado: _____
☐ Doutorado: _____ ☐ Outra Graduação: _____
7. Universidade de formação: _____ Ano: _____
8. Trabalha na Estratégia Saúde da Família? ☐ sim ☐ não
9. Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família? (**tempo total**)
☐ 1-2 anos ☐ 2-5 anos ☐ 6-10 anos ☐ 10-15 anos ☐ > de 15 anos
10. Trabalha em outro local além da Estratégia de Saúde da Família (ESF)?
☐ sim ☐ não
11. Renda mensal (salário bruto): (**renda total**)
☐ até 9 SM (R\$ 6.102)
☐ entre 9 e 12 SM (R\$ 6.102 – 8.136)
☐ mais de 12 SM (mais de R\$ 8.136)

QUESTÕES SOBRE O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. Você considera o Programa Bolsa Família uma estratégia importante **para a saúde** das crianças menores de 7 anos?
☐ sim ☐ não ☐ parcialmente
2. Considera importante o acompanhamento da **Saúde Bucal** para crianças do Programa Bolsa Família? ☐ sim ☐ não ☐ parcialmente
3. Você concorda com as condicionalidades do Programa Bolsa Família? ☐ sim ☐ não ☐ parcialmente

4. Você acha que o acompanhamento da saúde bucal das crianças menores de 7 anos deveria ser **incluído como uma condicionalidade** de saúde, para o recebimento do benefício do Bolsa Família, assim com é o acompanhamento da vacinação e do peso?

() sim () não

Justifique _____

5. Qual(is) condicionalidades ligadas à saúde bucal você acha que deveriam ser utilizadas nas crianças do Programa Bolsa Família? _____

6. Você acha que existem condições de infraestrutura para a realização das atividades de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Bucal na unidade de saúde?

() sim () não () parcialmente

Justifique _____

DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL:

DA PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE

1. Na sua rotina normal de trabalho, você realiza atividades de **promoção e proteção da saúde bucal**:

- para crianças menores de 7 anos de idade? () sim () não

Se sim, onde?

() na unidade de saúde

() espaço comunitário

() no consultório

() na visita domiciliar

() durante a puericultura

() outros _____

Quais?

() atividades educativas em saúde bucal

() outros _____

Se não, Justifique

() nunca pensei nisso

() falta de tempo

() não é atribuição da enfermagem

() outros _____

- especificamente para as **crianças do Programa Bolsa Família**? () sim () não

Sim, onde?

() na unidade de saúde

() espaço comunitário

() no consultório

() na visita domiciliar

() outros _____

Quais?

() atividades educativas em saúde bucal

() outros _____

Se não, Justifique

() nunca pensei nisso

() falta de tempo

() não é atribuição da enfermagem

() não existe essa cobrança pelo PBF

() outros _____

- para **pais/responsáveis** de crianças menores de 7 anos de idade? () sim () não

Se sim, onde?

() na unidade de saúde

() espaço comunitário

() no consultório

() na visita domiciliar

() outros _____

Se sim, você orienta sobre:

- A importância da dentição decídua - () sempre () às vezes () nunca
- Adequada alimentação das crianças - () sempre () às vezes () nunca
- A função dos dentes na alimentação - () sempre () às vezes () nunca
- A correta higienização bucal - () sempre () às vezes () nunca
- Cuidados com acidentes e traumatismos dentários - () sempre () às vezes () nunca
- A importância da visita ao dentista - () sempre () às vezes () nunca
- A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos seus filhos - () sempre () às vezes () nunca

Se não, Justifique

() nunca pensei nisso

() falta de tempo

() não é atribuição da enfermagem

() outros _____

- para **pais/responsáveis das crianças do Bolsa Família**? () sim () não

Se sim, onde?

() na unidade de saúde

() espaço comunitário

() no consultório

() na visita domiciliar

() outros _____

Você orienta sobre:

- A importância da dentição decídua - () sempre () às vezes () nunca
- Adequada alimentação das crianças - () sempre () às vezes () nunca
- A função dos dentes na alimentação - () sempre () às vezes () nunca
- A correta higienização bucal - () sempre () às vezes () nunca
- Cuidados com acidentes e traumatismos dentários - () sempre () às vezes () nunca
- A importância da visita ao dentista - () sempre () às vezes () nunca
- A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos seus filhos - () sempre () às vezes () nunca

Se não, Justifique

() nunca pensei nisso

() falta de tempo

() não é atribuição da enfermagem

() não existe essa cobrança pelo PBF

() outros _____

2. A Unidade de Saúde tem creches/ escolas na área adstrita? () sim () não () não sei informar

3. A EqSF realiza ações de promoção e proteção da saúde nas creches/ escolas?
() sim () não () não sei informar

DAS AÇÕES DURANTE O ACOMPANHAMENTO DO CADASTRO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

4. Com qual frequência os pais trazem suas crianças beneficiárias do PBF para o acompanhamento do cadastro? () sempre () às vezes () raramente () nunca
5. Você aproveita o momento de acompanhamento do cadastro:
- para realizar atividades de **Promoção e Proteção da Saúde** dessas crianças?
() sim () não
Justifique _____
 - para realizar ações de Promoção e Proteção da **Saúde Bucal** dessas crianças?
() sim () não
Justifique _____
6. Além do cartão de vacinação e do estado nutricional da criança menores de 7 anos beneficiária do Bolsa Família, você também observa as condições de saúde bucal dessas crianças?
() sim () não.
Se sim, quando? _____
Se não, justifique _____
7. Quando você atende, na sua rotina normal de trabalho, crianças menores de 7 anos não beneficiárias, você observa as condições de saúde bucal dessas crianças?
() sim () não
Se sim, quando? _____
Se não, justifique _____
8. Você encaminha à consulta odontológica:
- Crianças menores de 7 anos do Bolsa Família?
() sim () não
 - Crianças menores de 7 anos não beneficiárias do Bolsa Família?
() sim () não
9. Orienta, aos pais ou responsáveis dessas crianças, de forma geral, a procura pela consulta odontológica?
() sim () não

APÊNDICE E

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA PARA **PAIS/RESPONSÁVEIS DAS CRIANÇAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**
NA CONDICIONALIDADE SAÚDE

Nº _____

Unidade de Saúde _____ SER _____ Tel. _____

Data _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais do nome: _____ idade: _____

1. Cidade onde nasceu: _____
2. Gênero: () Feminino () Masculino
3. Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () União Estável
4. Religião: () católica () evangélica () outra _____
5. De que cor você se considera _____
6. Profissão/Ocupação:
() Do Lar () Estudante () Comerciante () Funcionário Público () Secretária do lar
() Outros _____
7. Escolaridade:
() Não Alfabetizado(a)
() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
8. Renda Familiar (Salário Mínimo):
() <1SM (< R\$ 678,00) () 1 a 2 SM (R\$ 678,00 – 1.356,00)
() 2 a 3 SM (R\$ 1.356,00 – 2.034,00) () 3 ou mais SM (R\$ 2. 712,00 ou mais)
() não respondeu

QUESTÕES SOBRE O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. Quantas crianças são beneficiadas, na condicionalidade saúde, no seu cadastro do bolsa família?

2. Qual seu parentesco com as crianças? _____
3. Qual a idade da(s) criança(s) beneficiadas?
() 0 ano () 1 ano () 2 anos () 3 anos () 4 anos () 5 anos () 6 anos
4. Você **conhece** as condicionalidades que as famílias com crianças menores de 7 anos de idade precisam cumprir para o recebimento do benefício? () sim () não.
5. Você **concorda** com as condicionalidades do programa? () sim () não () em parte
Por quê? _____
6. Você considera o **Programa Bolsa Família** importante para a saúde das crianças menores de 7 anos de idade? () sim () não () em parte
7. Você considera importante o **acompanhamento da Saúde Bucal** para crianças do Bolsa Família?
() sim () não () em parte
Por quê? _____

8. Você gostaria que as suas crianças fossem acompanhadas pelo dentista porque elas participam do Bolsa Família?
() sim () não () tanto faz () não sei responder
9. Você acha que o acompanhamento da Saúde Bucal das crianças menores de 7 anos **deveria ser incluído como uma condicionalidade de saúde** para o recebimento do benefício do Bolsa Família, assim como devem estar com o peso adequado e a vacinação em dia? () sim () não () não sei responder
Por quê? _____

DADOS DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

DA PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE BUCAL

1. Você já foi orientado, quanto à Saúde Bucal das suas crianças, sobre:
- A importância dos dentes de leite - () sempre () às vezes () nunca
 - Adequada alimentação das crianças - () sempre () às vezes () nunca
 - A função dos dentes na alimentação - () sempre () às vezes () nunca
 - A correta higienização bucal - () sempre () às vezes () nunca
 - Cuidados com quedas e acidentes que podem quebrar os dentes - () sempre () às vezes () nunca
 - A importância da visita ao dentista - () sempre () às vezes () nunca
 - A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos seus filhos - () sempre () às vezes () nunca
- Se sim, como você recebeu essas orientações?
() pelo dentista Equipe de Saúde Bucal
() pelo profissional que realizou o bolsa família
() outro _____
2. Você considera os dentes de leite importantes? () sim () não () não sei
3. Algum adulto acompanha a criança durante a escovação?
() sempre () às vezes () nunca
4. Você acha que a saúde dos dentes afeta o relacionamento das crianças na escola:
() Não sabe informar () Não afeta Afeta: () pouco () mais ou menos () muito
5. Você acha que a saúde dos dentes afeta a adequada alimentação das crianças:
() Não sabe informar () Não afeta Afeta: () pouco () mais ou menos () muito
6. Suas crianças menores de 7 anos de idade participam de atividades educativas e de prevenção sobre saúde bucal? () sim () não () não sei informar
- Se sim, onde?
() durante consulta clínica com dentista
() em atividades coletivas na creche/escola com a Equipe de Saúde Bucal
() em atividades coletivas com profissionais das creches/escolas
() em atividades coletivas na unidade de saúde com a Equipe de Saúde Bucal
() em atividades coletivas na unidade de saúde com outros profissionais
() outro _____
7. Suas crianças recebem aplicação de flúor?
() sempre () às vezes () raramente () nunca () não sei informar

Se sim, a aplicação de flúor se deu:

- ☐ durante consulta clínica com dentista
☐ em atividades coletivas na creche/escola com a Equipe de Saúde Bucal
☐ em atividades coletivas na unidade de saúde com a Equipe de Saúde Bucal
☐ outro _____

8. As suas crianças vêm com você para o posto de saúde para o acompanhamento do cadastro do Bolsa Família? ☐ sempre ☐ às vezes ☐ nunca
9. Durante o recadastramento, suas crianças participam de atividades educativas e preventivas sobre saúde bucal
- ☐ sim ☐ não

Se sim, com ☐ a Equipe de Saúde Bucal
☐ o Profissional de Saúde que realiza o recadastramento
☐ outros _____

DA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

10. As crianças já foram atendidas no consultório odontológico da Unidade de Saúde?
☐ sim
☐ não, porque _____
11. Se sim, há quanto tempo?
☐ menos de 6 meses ☐ 6 meses a 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ mais de 2 anos
12. Qual foi o motivo da última consulta?
☐ para exame clínico de rotina ☐ para retirar "dente de leite" ☐ para limpeza
☐ dente furado/cariado ☐ dor de dente ☐ abscesso
☐ dente quebrado (trauma/fratura dentária) ☐ outros: _____
13. Como conseguiu a consulta?
☐ encaminhamentos de outros profissionais da equipe ☐ encaminhamento do ACS
☐ demanda espontânea ☐ agendamento de consultas
14. Você teve dificuldade em conseguir o atendimento odontológico para suas crianças?
☐ sim ☐ não
Se sim, por quê? _____

ANEXOS

ANEXO 1

Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) do Município de Fortaleza em resposta à solicitação do Ofício nº. 040/2012 – Fiocruz/CE (Apêndice I).



Resposta ao Ofício nº 040/2012, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE).

Número de Crianças de 0 a 7 anos de idade beneficiadas do Programa Bolsa Família por mês no ano de 2012 de Janeiro a Outubro.

0 ANO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	28.812	28.006	27.444	24.214	25.182	24.556	24.052	22.996	23.994	26.717
1 ANO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	9.935	10.390	9.855	9.632	12.276	12.160	12.057	11.997	12.035	11.727
2 ANOS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	15.050	14.788	14.235	13.694	14.629	14.195	13.915	13.666	13.565	13.688
3 ANOS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	18.534	18.465	18.423	18.236	18.835	18.622	18.187	17.789	17.693	17.389
4 ANOS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	18.852	18.726	18.615	18.575	19.423	19.336	19.269	18.852	19.149	19.004
5 ANOS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	19.235	19.085	18.898	18.693	19.361	19.113	18.838	18.542	18.964	18.940
6 ANOS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	19.315	19.076	18.972	18.824	19.485	19.459	19.269	18.885	19.208	19.255
7 ANOS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
	19.418	19.288	19.321	19.200	19.761	19.644	19.438	19.058	19.641	19.477

Fonte: folhas de pagamento da Caixa Econômica Federal.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SEMAS)
 Coordenação de Tecnologia da Informação
 Av. da Universidade, 3305 - Benfica
 Cep: 60020-181, Fortaleza - CE
 Telefone: (85) 3105.3488

ANEXO 2

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações de Saúde Bucal em Crianças do Programa Bolsa Família

Pesquisador: Krishna Andréia Feitosa Petrola

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15845413.5.0000.5534

Instituição Proponente: Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 393.672

Data da Relatoria: 09/09/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto reapresentado para avaliação das pendências solicitadas. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, de natureza quantitativa, que será realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) de cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza. A coleta dos dados dar-se-á por meio de entrevistas, utilizando um roteiro estruturado, distinto e direcionado para cada grupo de participantes em três etapas, assim definidas: a primeira será realizada com 74 Cirurgiões-Dentistas das Equipes de Saúde Bucal; a segunda com 74 profissionais responsáveis pelo PBF da Unidade de Saúde; e a terceira etapa com 384 pais/responsáveis por crianças beneficiadas no PBF na condicionalidade saúde a qual abrange as crianças menores de sete anos de idade. Para a 1ª e 2ª etapas da pesquisa, tem-se como critério de inclusão profissionais que pertençam a ESF a pelo menos 1 ano, e que se encontrem em pleno exercício de suas funções na unidade de saúde no período de coleta de dados. Para a 3ª etapa da pesquisa, utilizar-se-á como critério de inclusão pais/responsáveis de crianças até 7 anos que sejam beneficiados do programa bolsa família de forma ininterrupta a pelo menos 6 meses. Os roteiros abordarão questões socioeconômicas, assim como questões relativas à atenção odontológica, aos fatores de risco, além de questões sobre a percepção dos pais/responsáveis quanto à saúde bucal das crianças. Para a definição da amostra utilizou-se a equação para cálculo de amostra aleatória simples. Os dados obtidos na pesquisa serão organizados de acordo com o objetivo do estudo e analisados.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Página 01 de 03



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 393.672

com o apoio do Programa de estatística SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as Ações da Equipe de Saúde da Família na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Bucal da população infantil assistida pelo Programa Bolsa Família no município de Fortaleza-Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Salvo por algum constrangimento do participante, não se antecipa graves riscos e/ou benefícios diretos aos participantes desta pesquisa, considerando que os dados serão coletados através de entrevistas e que as informações coletadas não serão divulgadas de maneira que identifiquem ou possam causar qualquer desconforto aos participantes. As informações necessárias à realização desta pesquisa serão coletadas de forma segura, rápida e não invasiva, com o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes.

Benefícios:

Dada a relevância social do tema abordado, a pesquisa busca aprimorar a rotina dos serviços de saúde bucal para as crianças através das ações de Promoção, Proteção e Recuperação da saúde bucal realizadas pela Equipe de Saúde da Família na intenção de assegurar equidade na saúde bucal das crianças na faixa etária de 0 a 7 anos, sendo este um benefício indireto e um importante passo para a implementação de ações que possam melhorar a qualidade de vida na infância.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante e apresenta valor científico. Utilizará abordagem quantitativa na apresentação e identificação das ações das Equipes de Saúde da Família (EqSF) voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde bucal de crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi reformulado e atende as recomendações.
- Riscos e benefícios adequados.
- O projeto apresenta os critérios de inclusão e exclusão conforme solicitação deste Comitê.
- O cronograma apresenta todas as etapas de execução da pesquisa.
- Anexado o Termo de Responsabilidade.
- Orçamento com descrição das despesas.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 393.572

- Apresenta Termo de Anuência da instituição em que será realizada a pesquisa.

Recomendações:

Lembrar que o TCLE deve ser elaborado em duas vias e apresentado individualmente a cada participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 12 de Setembro de 2013

Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
Coordenadora do CEP/UECE

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Página 03 de 03

