



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

JOÃO PERES NETO

RELAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÕES DE RISCO, UTILIZADAS PARA
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE DE SÃO PAULO

PIRACICABA

2015

JOÃO PERES NETO

RELAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÕES DE RISCO, UTILIZADAS PARA
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE DE SÃO PAULO

Dissertação de mestrado profissional
apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba da Universidade Estadual
Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título
de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria da Luz Rosario de Sousa
Coorientador: Karine Laura Cortellazzi Mendes

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO
JOÃO PERES NETO E ORIENTADO PELA
PROF(A) DR(A) MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA

PIRACICABA
2015

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

P415r Peres Neto, João, 1976-
Relação entre classificações de risco, utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo / João Peres Neto. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Maria da Luz Rosario de Sousa.
Coorientador: Karine Laura Cortellazzi Mendes.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Risco. 2. Equidade. 3. Saúde da família. I. Sousa, Maria da Luz Rosario de, 1965-. II. Cortellazzi, Karine Laura, 1973-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Relationship between risk classifications, used to organizing the search for oral health in small São Paulo city

Palavras-chave em inglês:

Risk

Equity

Family health

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Maria da Luz Rosario de Sousa [Orientador]

Luíza Helena do Nascimento Tôres

Marcelo de Castro Meneghim

Data de defesa: 19-10-2015

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 19 de Outubro de 2015, considerou o candidato JOÃO PERES NETO aprovado.

PROF^a. DR^a. MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA

PROF^a. DR^a. LUÍSA HELENA DO NASCIMENTO TÔRRES

PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEZES

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha gestão pública municipal, por acreditar e facilitar, que profissionais capacitados, possam fazer com que o SUS local seja melhor, oferecendo um serviço mais qualificado para os usuários.

AGRADECIMENTO

À UNICAMP na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do Diretor Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

À Prof^a. Dra. Cíntia Pereira Machado Tabchoury, coordenadora da Pós-Graduação da FOP-UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, coordenador do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela oportunidade e pelos conhecimentos e experiências transmitidas.

À Prof.^a Maria da Luz Rosário de Sousa pela orientação oferecida neste período, sempre com muito conhecimento, objetividade e clareza no raciocínio impares e o que é fundamental; acessível e pronta nos retornos.

À minha esposa, pelo apoio constante, na luta pelos meus objetivos e a minha linda filha, que me inspira ser melhor a cada dia.

RESUMO

Objetivo: Na perspectiva do princípio da equidade, para que se garanta atenção prioritária onde e para quem se verifique necessária, as Equipes de Saúde Bucal podem trabalhar tanto com informações do contexto familiar como epidemiológicas da população, obtidas através de classificações de risco. Desta forma o propósito deste estudo é avaliar a associação entre as ferramentas que classificam o risco individual e familiar, utilizadas pelo serviço público odontológico, visando a melhoria da assistência.

Metodologia: O grupo de estudo consistiu de 81 escolares da faixa etária de 5-6 anos, 47 escolares da faixa etária de 11-12 anos e uma amostra casual simples com 32 pais/responsáveis. Foram utilizadas duas variáveis dependentes para análise de risco: a de risco individual e a de risco familiar. As ferramentas para as classificações de risco individual propostas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para cárie e doença periodontal, foram divididas em três categorias: baixo, médio e alto risco; e a classificação de risco familiar, proposta por Coelho e Savassi, foi dividida em quatro categorias: sem risco, baixo, médio e alto risco, em um município de pequeno porte de São Paulo. Os escolares foram classificados para cárie, enquanto os pais/responsáveis para doença periodontal e ambos para o risco familiar. Para a análise estatística utilizou-se o Coeficiente de Contingência C (Coef C) e $\alpha = 0,05$.

Resultados: A associação entre a classificação de risco para cárie nos escolares, com a classificação de risco familiar, mostrou-se significativa, com Coef C = 0,338 e $p = 0,01$ indicando que quanto maior o risco familiar, há tendência de maior risco de cárie. Da mesma forma a associação entre a classificação de risco para doença periodontal nos pais/responsáveis, com a classificação de risco familiar, mostrou-se significativa, com Coef C = 0,5503 e $p = 0,03$ indicando que quanto maior o risco familiar, há tendência de maior risco de doença periodontal.

Conclusão: Neste estudo se verificou que houve associação entre as ferramentas utilizadas para as classificações de risco e que as mesmas são indicadas para que os serviços organizem suas ações, seguindo informações que irão priorizar pelo contexto familiar, os usuários de maneira mais equânime.

Palavras-chaves: Risco; Equidade; Saúde da Família

ABSTRACT

Objective: Against the background of the equity principle, in order to guarantee priority attention where and to whom it is necessary, Oral Health Teams can work with family information and epidemiological information obtained through risk ratings. Thus, the purpose of this study is evaluate the association between tools that classify individual and family risk, used by public dental services, seeking to improving care.

Methodology: The study group consisted of 81 students, from age group of 5-6 years, 47 students from age group of 11-12 years and a simple random sample of 32 parents / guardians. Tools for individual risk classifications proposed by São Paulo's Health Secretary, to decay and periodontal disease, were presented as two dependent variables and divided into three categories : low, medium and high risk; beside family risk classification, proposed by Coelho and Savassi, presented as the dependent variable and divided into four categories: no risk, low, medium and high risk, in a small city of São Paulo State. Students were classified to decay, while parents / guardians to both periodontal disease and family risk. For statistical analysis were used the Coefficient of Contingency C (Coef C) and $\alpha = 0.05$.

Results: The association between risk assessment for dental decay in school, and family risk classification, was significant, with Coef C = 0.338 and $p = 0.01$, indicating that higher the family risk, there is high risk trend decay. Likewise, the association between risk classification for periodontal disease in parents / guardians, and family risk classification, was significant, with Coef C = 0.5503 and $p = 0.03$ indicating that higher the family risk, there is a higher risk of periodontal disease trend.

Conclusion: In this study it was found that there was an association between tools used for risk ratings and that they are suitable for services to organize their actions, following information that will prioritize the family context, users more fairly.

Keywords: Risk; Equity; Family Health

SUMÁRIO

Introdução	10
Artigo	13
Discussão	30
Conclusão	31
Referências	32
Apêndices	34
Anexos	43

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como meio de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), trouxe avanços importantes na saúde e nas condições de vida dos brasileiros, alcançando hoje, mais da metade da população (OPAS, 2013). O plano de ação proposto pela ESF, em trabalhar com área de abrangência territorial delimitada, sendo responsável sanitariamente pelas famílias adscritas e promover ações multiprofissionais de acordo com suas necessidades próprias, abre espaço para o planejamento prioritário de serviços e as Equipes de Saúde Bucal (EqSB), inseridas na ESF, através da Portaria-MS 1.444, de 28/12/2000, na expectativa de expansão das ações em saúde bucal tem se consolidado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2000). No entanto, a equidade no acesso as suas ações ainda é um problema a ser enfrentado, principalmente devido à relação das doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis (Carnut L *et al*, 2011).

O SUS preconiza o uso da equidade como forma de dirimir as iniquidades provocadas por estas condições sociais adversas. Na prática do acesso aos serviços de saúde, o uso deste princípio tende a ser uma alternativa factível do ponto de vista local considerando que as desigualdades sociais refletem quase sempre no padrão de saúde-doença da população e para isso é necessário o uso de informações sobre as condições de vida da população (Brasil, 2000) e assim priorizar os que mais necessitam. Uma estratégia recomendável para as EqSB é a realização de triagens a partir de informações de cadastros das famílias, assim como dos aspectos biológicos relacionados ao risco individual permitindo a classificação e orientando a organização da demanda (SMS, 2012).

As EqSB possuem um instrumento básico de reconhecimento da realidade do território, o cadastro das famílias de cada unidade. Nele estão contidas informações fundamentais sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social - Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Baseados neste instrumento, Coelho e Savassi elaboraram uma classificação de risco familiar, com a finalidade de estabelecer prioridades e ser uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família (Nascimento FG *et al*, 2010). Este instrumento, aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Trata-se, de uma ferramenta objetiva de análise do risco familiar, através da utilização das chamadas “Sentinelas de Risco” que são as informações presentes na Ficha A e selecionadas

por sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar. As famílias são classificadas em risco menor a máximo, a partir da soma dos escores que cada sentinela recebe: R1- Risco menor (escore 5 ou 6); R2- Risco médio (escore 7 ou 8) e R3- Risco Máximo (escore maior que 9) (Savassi LCM *et al*, 2012).

O Ministério da Saúde assumiu o compromisso de reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), objetivando a melhora na qualidade da informação em Saúde. A essa reestruturação, deu-se o nome de eSUS AB e o novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), busca uma integração dos sistemas já existente. Mesmo com essas mudanças em curso, as informações utilizadas pela Ficha A, para a classificação de risco familiar estão todas contempladas pela nova proposta do Ministério (MS, 2014).

Para que se contemple o princípio da equidade, garantindo atenção prioritária onde e para quem ela se verifique necessária, aos dados da condição familiar, devem ser somadas informações epidemiológicas da população adstrita à área de abrangência da unidade, levando-se em consideração a classificação de risco às doenças bucais (SMS, 2012). Esta classificação de risco é um procedimento que vem sendo muito utilizado para organização da demanda, por ser um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (Brasil, 2009; Taboulet P *et al*, 2009).

Sabidamente, a população adulta está exposta a maior risco de desenvolver doença periodontal, enquanto as crianças apresentam maior risco para a cárie dentária e para se estabelecer o risco individual para fins de planejamento das ações, pode-se considerar o agravo mais significativo para o grupo populacional a ser examinado e classificado (SMS, 2012). Para tanto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, propõe a classificação de risco individual, considerando a atividade da doença para determinar a prioridade no atendimento, para a cárie e doença periodontal (Terrerri ALM, Soler ZASG, 2008), utilizando-se de duas ferramentas que classificam os indivíduos em três categorias, para as morbidades citadas que são: Baixo risco- sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença; Risco moderado- sem sinais de atividade de doença, mas com história pregressa de doença e Alto risco: com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença (SMS, 2012).

Estudos relacionando o contexto sócio-econômico familiar e morbidades bucais (cárie e doença periodontal); mostraram que famílias em risco apresentam-se com duas vezes mais chances de apresentar a doença cárie (Kobayashi HM, 2012) e que a gengivite e a

periodontite apresentam-se com maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos, como renda e escolaridade (Gesser HC, 2001).

Sabendo-se que, um grande problema da ESF, ainda em construção no Brasil, se refere à demanda desordenada, que continua suprimindo a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), torna-se evidente a necessidade de ferramentas que possibilitem priorizar as ações dentro do processo de trabalho das equipes multiprofissionais inseridas nas USF (Nascimento FG, 2010).

Desta forma, esta pesquisa busca avaliar a relação entre as ferramentas que fazem as classificações de risco familiar e individuais para a cárie dentária e doença periodontal, nas famílias do município de Ubirajara, SP, visando a melhoria da assistência.

ARTIGO

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP nº001/2015 e submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, Manuscript ID CSC-201520207, em 01 de Outubro de 2015, com o título: **Relação entre classificações de risco, utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo.**

Resumo

Objetivo: Na perspectiva do princípio da equidade, para que se garanta atenção prioritária onde e para quem se verifique necessária, as Equipes de Saúde Bucal podem trabalhar tanto com informações do contexto familiar como epidemiológicas da população, obtidas através de classificações de risco. Desta forma o propósito deste estudo é avaliar a associação entre as ferramentas que classificam o risco individual e familiar, utilizadas pelo serviço público odontológico, visando a melhoria da assistência.

Metodologia: O grupo de estudo consistiu de 81 escolares da faixa etária de 5-6 anos, 47 escolares da faixa etária de 11-12 anos e uma amostra casual simples com 32 pais/responsáveis. Foram utilizadas as ferramentas para as classificações de risco individuais propostas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para cárie e doença periodontal, apresentadas como duas variáveis dependentes e dividida em três categorias: baixo, médio e alto risco; mais a classificação de risco familiar, proposta por Coelho e Savassi, apresentada como variável dependente e dividida em quatro categorias: sem risco, baixo, médio e alto risco, em um município de pequeno porte de São Paulo. Os escolares foram classificados para cárie, enquanto os pais/responsáveis para doença periodontal e ambos para o risco familiar. Para a análise estatística utilizou-se o Coeficiente de Contingência C (Coef C) e $\alpha = 0,05$.

Resultados: A associação entre a classificação de risco para cárie nos escolares, com a classificação de risco familiar, mostrou-se significativa, com Coef C = 0,338 e $p = 0,01$ indicando que quanto maior o risco familiar, há tendência de maior risco de cárie. Da mesma forma a associação entre a classificação de risco para doença periodontal nos pais/responsáveis, com a classificação de risco familiar, mostrou-se significativa, com Coef C = 0,5503 e $p = 0,03$ indicando que quanto maior o risco familiar, há tendência de maior risco de doença periodontal.

Conclusão: Neste estudo se verificou que houve associação entre as ferramentas utilizadas para as classificações de risco e que as mesmas são indicadas para que os serviços organizem suas ações, seguindo informações que irão priorizar pelo contexto familiar, os usuários de maneira mais equânime.

Palavras-chaves: Risco; Equidade; Saúde da Família

Abstract

Objective: Against the background of the equity principle, in order to guarantee priority attention where and to whom it is necessary, Oral Health Teams can work with family information and epidemiological information obtained through risk ratings. Thus, the purpose of this study is to evaluate the association between tools that classify individual and family risk, used by public dental services, seeking to improve care.

Methodology: The study group consisted of 81 students, from age group of 5-6 years, 47 students from age group of 11-12 years and a simple random sample of 32 parents / guardians. Tools for individual risk classifications proposed by São Paulo's Health Secretary, to decay and periodontal disease, were presented as two dependent variables and divided into three categories: low, medium and high risk; besides family risk classification, proposed by Coelho and Savassi, presented as the dependent variable and divided into four categories: no risk, low, medium and high risk, in a small city of São Paulo State. Students were classified to decay, while parents / guardians to both periodontal disease and family risk. For statistical analysis were used the Coefficient of Contingency C (Coef C) and $\alpha = 0.05$.

Results: The association between risk assessment for dental decay in school, and family risk classification, was significant, with Coef C = 0.338 and $p = 0.01$, indicating that higher the family risk, there is high risk trend decay. Likewise, the association between risk classification for periodontal disease in parents / guardians, and family risk classification, was significant, with Coef C = 0.5503 and $p = 0.03$ indicating that higher the family risk, there is a higher risk of periodontal disease trend.

Conclusion: In this study it was found that there was an association between tools used for risk ratings and that they are suitable for services to organize their actions, following information that will prioritize the family context, users more fairly.

Keywords: Risk; Equity; Family Health

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como meio de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), trouxe avanços importantes na saúde e nas condições de vida dos brasileiros, alcançando hoje, mais da metade da população¹. As Equipes de Saúde Bucal (EqSB), inseridas na ESF, através da Portaria-MS 1.444, de 28/12/2000, na expectativa de expansão das ações em saúde bucal tem se consolidado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)², no entanto, a equidade no acesso as suas ações ainda é um problema a ser enfrentado, principalmente devido à relação das doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis³.

O SUS preconiza o uso da equidade como forma de dirimir as iniquidades provocadas por estas condições sociais adversas. Na prática do acesso aos serviços de saúde, o uso deste princípio tende a ser uma alternativa factível do ponto de vista local considerando que as desigualdades sociais refletem quase sempre no padrão de saúde-doença da população e para isso é necessário o uso de informações sobre as condições de vida da população³ e assim priorizar os que mais necessitam.

As EqSB possuem um instrumento básico de reconhecimento da realidade do território, o cadastro das famílias de cada unidade. Nele estão contidas informações fundamentais sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social - Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Baseados neste instrumento, Coelho e Savassi elaboraram uma classificação de risco familiar, com a finalidade de estabelecer prioridades e ser uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família⁴. Este instrumento, aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Trata-se, de uma ferramenta objetiva de análise do risco familiar, através da utilização das chamadas “Sentinelas de Risco” que são as informações presentes na Ficha A e selecionadas por sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar. As famílias são classificadas em risco menor a máximo, a partir da soma dos escores que cada sentinela recebe: R1- Risco menor (escore 5 ou 6); R2- Risco médio (escore 7 ou 8) e R3- Risco Máximo (escore maior que 9)⁵.

Para que se contemple o princípio da equidade, garantindo atenção prioritária onde e para quem ela se verifique necessária, aos dados da condição familiar, devem ser somadas informações epidemiológicas da população adstrita à área de abrangência da unidade, levando-se em consideração a classificação de risco às doenças bucais⁶. Esta

classificação de risco é um procedimento que vem sendo muito utilizado para organização da demanda, por ser um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento^{7,8}.

Sabidamente, a população adulta está exposta a maior risco de desenvolver doença periodontal, enquanto as crianças apresentam maior risco para a cárie dentária e para se estabelecer o risco individual para fins de planejamento das ações, pode-se considerar o agravo mais significativo para o grupo populacional a ser examinado e classificado⁶. Para tanto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, propõe a classificação de risco individual, considerando a atividade da doença para determinar a prioridade no atendimento, para a cárie e doença periodontal⁹, utilizando-se de duas ferramentas que classificam os indivíduos em três categorias, para as morbidades citadas que são: Baixo risco- sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença; Risco moderado- sem sinais de atividade de doença, mas com história pregressa de doença e Alto risco: com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença⁶.

Estudos relacionando o contexto sócio-econômico familiar e morbidades bucais (cárie e doença periodontal); mostram que famílias em risco apresentam-se com duas vezes mais chances de apresentar a doença cárie¹⁰ e que a gengivite e a periodontite apresentam-se com maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos, como renda e escolaridade¹¹.

Sabe-se que, um grande problema da ESF, ainda em construção no Brasil, se refere à demanda desordenada, que continua suprimindo a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), o que torna evidente a necessidade de ferramentas que possibilitem priorizar as ações dentro do processo de trabalho das equipes multiprofissionais inseridas nas USF⁴.

Desta forma, esta pesquisa busca avaliar a relação entre as ferramentas que fazem as classificações de risco familiar e individuais para a cárie dentária e doença periodontal, nas famílias do município de Ubirajara, SP, visando a melhoria da assistência.

Metodologia

Delineamento, local e período do estudo

Trata-se de um estudo transversal exploratório, de abordagem quantitativa realizada no período de junho de 2014 a maio de 2015 no município de Ubirajara/ SP, com uma população estimada de 4.662 habitantes, fazendo parte dos 68,98% dos municípios do país, com população de até 20.000 habitantes¹² e há 21 anos com fluoretação das águas de abastecimento. Conta com 100% de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo assistidas por três Equipes de Saúde Bucal e uma relação de 1.554 habitantes para cada Cirurgião- Dentista.

População

Os sujeitos deste estudo foram os escolares das faixas etárias de 5-6 anos, 11-12 anos de idade e seus pais/ responsáveis; todos cobertos pelas Unidades de Saúde da Família local. Optou- se por um censo com os escolares, pelo fato do mesmo ser recomendado por questões práticas e estatísticas, quando a população de referência é inferior ou igual a 250 indivíduos¹³, enquanto os pais/ responsáveis, foram selecionados, pensando-se em um estudo piloto (10%), através de uma amostragem casual simples, após os exames dos escolares participantes.

Foram incluídos todos os escolares que estavam matriculados nas duas únicas escolas do município, sendo 140 de 5-6 anos; 98 de 11-12 anos, totalizando 238 escolares, de ambos os sexos. Como critério de exclusão adotou- se a ausência em mais de três oportunidades de exame, famílias não cadastradas na ESF e não autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ferramentas de Pesquisa

Foram utilizadas duas ferramentas para classificações de risco individuais propostas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/ SP), para cárie e doença periodontal, apresentadas nos quadros 1 e 2 respectivamente e outra para classificação do risco familiar, proposta por Coelho & Savassi, apresentada no quadro 3. As classificações de risco para cárie e doença periodontal foram divididas em três categorias: baixo, médio e alto risco, de acordo com a atividade e história da doença e pontuada a pior situação encontrada.

QUADRO 1 - Classificação de risco de cárie segundo Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Classificação	Grupo	Situação Individual
Baixo Risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
Médio Risco	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
Alto Risco	D	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, gengivite e/ou mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Fonte: SES/ SP, 2012

QUADRO 2 - Classificação de risco periodontal segundo Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Classificação	Grupo	Situação Individual
Baixo Risco	0	Elemento com periodonto sadio
	X	Ausência de elemento no sextante
Médio Risco	1	Elemento com gengivite
	2	Elemento com cálculo supra gengival
	B	Sequela de doença periodontal anterior
Alto Risco	6	Elemento com calculo subgengival
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

Fonte: SES/ SP, 2012

A classificação de risco familiar foi dividida em quatro categorias: sem risco (escore menor que 5), baixo (escore 5 ou 6), médio (escore 7 ou 8) e alto risco (escore maior que 9), de acordo com a soma dos escores das “sentinelas de risco”.

QUADRO 3 – Classificação risco familiar, proposta por Coelho & Savassi

Dados da Ficha A (SIAB)	Escore
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas Condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menores de 6 meses	1
Maior de 70 anos	1
Hipertensão arterial	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo	
Maior que 1	3
Igual a 1	2

Menor que 1	0
Classificação	Baixo risco – Escore 5 ou 6
	Médio risco – Escore 7 ou 8
	Alto risco – Escore maior que 9

Fonte: Nascimento, 2010

Coleta de dados

O pesquisador responsável foi o único a coletar os dados, após um período de 8 horas de discussão e treinamento teórico dos critérios adotados, com examinador padrão. Os exames dos escolares foram registrados em fichas próprias (Apêndice 1), aconteceram em ambiente escolar, sob luz natural, sentados e com uso de espátula de madeira; foram classificados segundo risco para cárie dentária, enquanto os pais foram examinados em seus domicílios, sob luz natural, sentados e com uso de espátula de madeira e classificados segundo risco para doença periodontal. Uma taxa de 10% de reexames foram feitos para se avaliar a concordância intra-examinador. Após a fase dos exames, iniciou-se a coleta dos dados presentes na ficha-A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), através do uso de arquivos para a classificação do risco familiar, realizados também pelo pesquisador responsável pelo estudo. Foram três oportunidades para realização do exame e fez-se uma reunião com os pais e/ou responsáveis para exposição do projeto de pesquisa e apresentação do TCLE para que fossem autorizados e se minimizasse as perdas e não respostas, enquanto viés de seleção.

Análise dos dados

Foram criadas tabelas de contingência 3×4 com as frequências e percentuais de indivíduos segundo o risco de cárie e doença periodontal de acordo com o risco familiar, com ponto de corte de significância definido em 5% para as associações significativas. Os dados foram analisados segundo o Coeficiente de Contingência C (Coef C), indicado para analisar magnitude de associações de variáveis mensuradas à nível ordinal, dispostas em tabelas de contingências $k \times r$. Foi utilizado o software Biostat 5.3.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, sob o protocolo nº 089/14. (ANEXO A)

Resultados

Fizeram parte do estudo 128 escolares, sendo 81 da faixa etária de 5- 6 anos e 47 da faixa etária de 11- 12 anos. Dos 128 escolares examinados foram compostas 124 famílias, pois em quatro delas havia dois irmãos; destas, 30 famílias (24,2%) compuseram a amostra dos pais/ responsáveis com 32 sujeitos. Houve uma concordância intraexaminador de 92,86% dos exames realizados com os escolares e 87,5% dos exames realizados com os pais/ responsáveis.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos 128 escolares que foram classificados para cárie dentária de acordo com a classificação familiar:

Tabela 1 - Frequência e percentual dos escolares, segundo risco de cárie em relação ao risco familiar. Ubirajara/ SP, 2015.

Risco Familiar	Risco Cárie							
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Risco	43	61,43	18	25,71	9	12,86	70	100
Baixo Risco	15	55,56	6	22,22	6	22,22	27	100
Médio Risco	9	42,86	2	9,52	10	47,62	21	100
Alto Risco	2	20,00	4	40,00	4	40,00	10	100

Segundo esta distribuição, o percentual de indivíduos segundo o risco de cárie de acordo com o risco familiar, mostra uma associação entre o risco familiar e risco de cárie (Coef C = 0,338 e p = 0,01). Quando se aumenta o risco familiar, a distribuição dos sujeitos na classificação de cárie acompanha esse aumento; mostrando que quanto maior o risco familiar, há tendência de maior risco de cárie dentária.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos 32 sujeitos (pais/ responsáveis) que foram classificados para doença periodontal de acordo com a classificação familiar:

Tabela 2 - Frequência e percentual dos pais/ responsáveis, segundo risco periodontal em relação ao risco familiar. Ubirajara/ SP, 2015.

Risco Familiar	Risco Periodontal							
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Risco	12	66,67	5	27,78	1	5,56	18	100
Baixo Risco	2	33,33	3	50,00	1	16,67	6	100
Médio Risco	1	14,29	2	28,57	4	57,14	7	100
Alto Risco	0	0,00	0	0,00	1	100	1	100

Segundo esta distribuição, o percentual de indivíduos segundo o risco periodontal de acordo com o risco familiar, mostra uma associação entre o risco familiar e risco periodontal (Coef C = 0,5503 e p = 0,03). Quando se aumenta o risco familiar, a distribuição dos sujeitos na classificação de perio acompanha esse aumento, mostrando que quanto maior o risco familiar, há tendência de maior o risco periodontal.

Discussão

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) orientam para que as ações e serviços odontológicos resultem de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, valendo-se disso, construir uma prática efetivamente resolutive¹⁴. Conhecer a realidade de saúde de áreas sob responsabilidade de equipes da ESF, significa saber as condições individuais mais importantes em termos de severidade e prevalência das principais doenças e o contexto familiar em que estão inseridos. Neste estudo optou-se por classificações de risco para conhecer a realidade de saúde, em termos individuais por ser um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento^{7,8} e em termos familiares a classificação de risco, por ser uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF⁴.

O fato dos resultados do estudo apontarem para uma tendência, de que quanto maior o risco familiar, maior o risco individual de cárie e doença periodontal, a identificação do risco familiar poderá preceder a identificação do risco individual e as famílias de maior risco poderão ser as primeiras a participar do cadastramento das condições de saúde bucal, para a identificação do risco individual⁶. Uma ação proativa por parte da EqSB nesta perspectiva, utilizando-se da ferramenta de classificação de risco familiar, como ordenadora das ações, permitiria uma abertura em termos de maior acessibilidade com equidade e organização, pois poderiam ser criados espaços nas agendas para as famílias de maior risco, e consequentemente seus membros mais necessitados teriam a oportunidade de acesso ao serviço. Tal proposição parece ser mais factível na prática diária do serviço odontológico, em termos de realização e adesão, do que se propor, por exemplo, uma triagem geral de todos os indivíduos, para que sejam classificados individualmente e se organize a demanda, como demonstrou um estudo de Cheachire LA, *et al* em que apenas 7,8% dos indivíduos participaram de uma triagem, com essa finalidade¹⁵.

Esta sequência de ação, do campo familiar para o individual, se enquadra nas ações que devem ser desenvolvidas pela ESF, ao se realizar o cadastramento domiciliar, desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família¹⁶.

Nesta sequência, a partir do campo familiar, quando se considera os determinantes sociais da saúde e a integralidade das ações, um dos fatores a considerar é o risco familiar.

Para tanto elaborou-se uma escala de classificação de risco proposta por Coelho e Savassi, baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para se estabelecer prioridades nas ações às famílias, despontando, então, como uma ferramenta que permite conhecer a realidade social e econômica das famílias⁴, como também organizadora de demanda.

Alguns estudos já foram realizados com a utilização das mesmas classificações de risco proposta pelo presente estudo, e apontaram para uma relação do risco familiar alto indicar maior chance de desenvolvimento da cárie dentária, como também indicaram que a maior parte dos indivíduos em alto risco de cárie pertencem à famílias de alto risco^{10, 17}, corroborando com a proposta apresentada, em se ordenar a demanda pelo risco familiar.

Em estudo realizado para avaliar a associação de risco familiar com risco de cárie e doença periodontal na cidade de Santo André/ SP, os autores concluíram que os instrumento e os critérios de risco utilizados devem ser reestruturados e reavaliados em outras populações para que possam contribuir de forma mais efetiva para o planejamento das equipes de saúde bucal na ESF¹⁵. Tal estudo adotou as mesmas classificações de risco individuais para cárie e doença periodontal, propostas pela SES/ SP, entretanto utilizou-se de uma classificação de risco familiar elaborada pelos funcionários da Secretaria de Saúde local, diferentemente da classificação utilizada neste estudo que se valeu de uma ferramenta utilizada e aceita no meio acadêmico, que é a Escala de Coelho & Savassi, podendo ser indicativo de que os dados obtidos sejam mais confiáveis e posteriormente utilizados para a organização do serviço.

O fato do presente estudo abordar os grupos de maior prevalência para as morbidades estudadas, ou seja, cárie nos escolares e doença periodontal nos pais/responsáveis e sabendo-se que a população adulta está exposta a maior risco de desenvolver doença periodontal, enquanto as crianças apresentam maior risco para a cárie dentária, pode-se, para se estabelecer o risco individual para fins de planejamento das ações, ser considerado o agravo mais significativo para o grupo populacional a ser examinado e classificado, para que se tenha uma identificação precoce, controle e prevenção das doenças bucais e busca de equidade na atenção em saúde⁶. Pereira e colaboradores afirmam que a classificação de risco para cárie proposta pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/ SP), que foi utilizada neste estudo, é baseada em evidências científicas e também em várias experiências municipais realizadas no Estado, e que certamente não é a única forma de classificar os indivíduos, mas que se coloca como uma ferramenta bastante utilizada, pela facilidade e praticidade de uso¹⁸. Uma outra classificação de risco para cárie, proposta pela Secretaria de

Saúde do Distrito Federal, mostrou-se muito diferente na determinação da prioridade do atendimento odontológico curativo da cárie, quando comparada com a do Estado de São Paulo, no entanto orienta que esta priorização deve ser de forma conjunta com uma classificação de risco familiar⁹, como adotado no presente estudo. Não se buscou analisar as limitações que tais classificações possam apresentar como vários estudos vem demonstrando, que o limiar de diagnóstico a partir de lesão cavitada não informa ao epidemiologista e aos gestores de saúde sobre que lesões/ indivíduos necessitam de tratamento preventivo e não invasivo, deparando-se ainda com uma visão antiga da doença sendo tratada em serviços públicos apenas através de sua sequela, a cavidade¹⁹ mas sim utilizá-las conforme preconizadas pela praticidade que muitas vezes o serviço exige.

No Brasil, a maioria dos estudos epidemiológicos em saúde bucal concentra-se na população infantil, particularmente nos escolares, abordando principalmente a cárie dentária, existindo uma carência em estudos de saúde periodontal, o que pode dificultar o planejamento mais adequado dos serviços de saúde¹¹. Por este motivo optou-se por classificar os pais/responsáveis para doença periodontal por ser a população mais acometida pela doença. Estudos internacionais têm demonstrado que gengivite e periodontite apresentam maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos^{20,21}, o que pode corroborar com o achado deste estudo que propõe adotar a classificação familiar, como ordenadora das ações, uma vez que famílias de maior risco tendem a ter maiores problemas individuais de ordem periodontal.

Barros *et al*²² identificou que a ESF, mostrou maior cobertura entre a população com pior condição social, entretanto esta cobertura ainda era inadequada uma vez que uma pequena proporção dessa população, justamente composta pelos mais carentes, não tinha acesso aos serviços, e atuar de forma ativa nessas famílias, através da classificação e posteriormente oferecê-las a oportunidade de atendimento, pode ser uma alternativa palpável para alcançar essa pequena proporção da população.

Conclusão

Pode-se concluir com este estudo, que a utilização da ferramenta de classificação de risco familiar está indicada, como possibilidade de ser ordenadora das ações do serviço odontológico, por parte das EqSB uma vez que se tem a possibilidade de classificar as famílias do território pelo qual são responsáveis, de uma maneira prática e planejarem as ações, organizando sua demanda na priorização das ações, com maior equidade.

Referências bibliográficas

1. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.
2. Brasil. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
3. Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3083-3091.
4. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2465-2472.
5. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2):179-185.
6. Secretaria da Saúde de São Paulo. Diretrizes para a atenção em saúde bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo: SMS, 2012.
7. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009.

8. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Bragança A, Fontaine JP, et al. Triage with the french emergency nurses classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med.* 2009;16(2):61-67.
9. Terreri ALM, Soler ZASG. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24(7):1581-1587, jul, 2008
10. Kobayashi HM. Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar [Tese]. Piracicaba, SP; [s.n.], 2012.
11. Gesser HC, Peres MA, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):289-93.
12. IBGE, Diretoria de Pesquisas - DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS; 2014.
13. Pine CM, Pitts NB, Nugent ZJ. British Association for the study of community dentistry (BAS-CD) guidance on sampling for surveys of child dental health. A BASCD coordinated dental epidemiology programme quality standard. *Community Dent Health* 1997; 14 (Suppl 1): 10-17.
14. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional da saúde bucal. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde; 2004.
15. Cheachire LA, Cortellazzi KL, Vazquez FL, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Associação entre Risco Social Familiar e Risco à Cárie Dentária e Doença Periodontal em Adultos na Estratégia de Saúde da Família. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 13(1):101-10, jan./mar., 2013.
16. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - nº 17 – Saúde Bucal. Brasília; 2006.

17. Silva RDR, Amaral RC, Sousa MLR. Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2013;67(1):70-4.
18. Pereira AC, organizadore. *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. Nova Odessa: Napoleão, 2009.
19. Cortellazzi KL, Tagliaferro EPS, Assaf AV, Tafner APMF, Ambrosano GMB, Bittar TO, Pereira AC. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3): xxx
20. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:47-51.
21. Papapanou PN. Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol* 1996;1:1-36.
22. Barros AJD, Victora CG, César JA, Neumann NA, Bertoldi AD. Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest? Washington: The International Bank for Reconstruction and Development; 2005.(Health, Nutrition and Population Discussion Paper).

DISCUSSÃO

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) orientam para que as ações e serviços odontológicos resultem de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, valendo-se disso, construir uma prática efetivamente resolutive (MS, 2004).

O fato dos resultados do estudo apontarem para uma tendência, de que quanto maior o risco familiar, maior o risco individual de cárie e doença periodontal, a identificação do risco familiar poderá preceder a identificação do risco individual e as famílias de maior risco poderão ser as primeiras a participar do cadastramento das condições de saúde bucal, para a identificação do risco individual (SMS, 2012). Uma ação proativa por parte da EqSB nesta perspectiva, utilizando-se da ferramenta de classificação de risco familiar, como ordenadora das ações, permitiria uma abertura em termos de maior acessibilidade com equidade e organização, pois poderiam ser criados espaços nas agendas para as famílias de maior risco, e conseqüentemente seus membros mais necessitados teriam a oportunidade de acesso ao serviço. Tal proposição parece ser mais factível na prática diária do serviço odontológico, em termos de realização e adesão, do que se propor, por exemplo, uma triagem geral de todos os indivíduos, para que sejam classificados individualmente e se organize a demanda.

Barros *et al*, 2005, identificou que a ESF, mostrou maior cobertura entre a população com pior condição social, entretanto esta cobertura ainda era inadequada uma vez que uma pequena proporção dessa população, justamente composta pelos mais carentes, não tinha acesso aos serviços. Atuar de forma ativa nessas famílias, através da classificação e posteriormente oferecê-las a oportunidade de atendimento, pode ser uma alternativa palpável para alcançar tal população.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir com este estudo, que a utilização da ferramenta de classificação de risco familiar está indicada, como possibilidade de ser ordenadora das ações do serviço odontológico, por parte das Equipes de Saúde Bucal uma vez que se tem a possibilidade de classificar as famílias do território pelo qual são responsáveis, de uma maneira prática e planejarem as ações, organizando sua demanda na priorização das ações, com maior equidade.

REFERÊNCIAS

Barros AJD, Victora CG, César JA, Neumann NA, Bertoldi AD. Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest? Washington: The International Bank for Reconstruction and Development; 2005.(Health, Nutrition and Population Discussion Paper).

Brasil. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.

Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3083-3091.

Gesser HC, Peres MA, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):289-93.

Kobayashi HM. Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar [Tese]. Piracicaba, SP; [s.n.], 2012.

Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional da saúde bucal. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS. Brasília, 2014.

Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2465-2472.

Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care 2012; 3(2):179-185.

Secretaria da Saúde de São Paulo. Diretrizes para a atenção em saúde bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo: SMS, 2012.

Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Bragança A, Fontaine JP, et al. Triage with the french emergency nurses classification in Hospital scale: reliability and validity. Eur J Emerg Med. 2009;16(2):61-67.

APÊNDICE 1 – Ficha Exame

IDENTIFICAÇÃO: _____		Identificação Familiar: nº _____
Número de identificação individual: <input type="text"/>	<input type="text"/>	Identificação Micro-área: nº _____
Idade em anos: <input type="text"/>	Sexo: <input type="text"/>	

RISCO INDIVIDUAL CÁRIE

Classificação	Grupo	Opção	Situação individual
Baixo risco	A	()	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ ou sem mancha branca ativa.
Risco moderado	B	()	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ ou sem mancha branca ativa.
	C	()	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ ou sem mancha branca ativa.
Alto risco	D	()	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ ou de mancha branca ativa.
	E	()	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.
	F	()	Presença de dor e/ ou abscesso.

RISCO INDIVIDUAL PERIODONTAL

Classificação	Códigos	Opção	Critérios
Baixo risco	0	()	Elemento com periodonto sadio
	X	()	Ausência de elementos no sextante
Risco moderado	1	()	Elemento com gengivite
	2	()	Elemento com cálculo supra gengival
	B	()	Seqüela de doença periodontal anterior
Alto risco	6	()	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/ retração gengival)
	8	()	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

RISCO FAMILIAR

Dados da Ficha A/ Escore correspondente		Escore
Acamado/ (3)		
Deficiência física / (3)		
Deficiência mental / (3)		
Baixas condições de saneamento / (3)		
Desnutrição grave / (3)		
Drogadição / (2)		
Desemprego / (2)		
Analfabetismo / (1)		
Menor de 6 meses / (1)		
Maior de 70 anos / (1)		
Hipertensão arterial sistêmica / (1)		
Diabetes Mellitus / (1)		
Relação morador/ cômodo	Se maior que 1/ (3)	
	Se igual a 1/ (2)	
	Se menor que 1/ (0)	
TOTAL		
Escore Total		Classificação de risco
Escore 5 ou 6		R1- Menor()
Escore 7 ou 8		R2- Médio()
Maior que 9		R3- Máximo ()
Menor que 5		SR- Sem risco ()



APÊNDICE 2 – Termo Consentimento Livre Esclarecido

**TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado (a) Sr.(a),

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: “Risco familiar, de cárie e doença periodontal, nas famílias do município de Ubirajara, SP, Brasil.”

As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Profa. Maria da Luz Sousa Rosário e aluno da pós-graduação João Peres Neto (mestrado), para que você participe e autorize seu filho(a) a participar desta pesquisa. A sua colaboração, através de autorização e concordância em participar, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias e que não haverá ônus a sua pessoa e que poderá desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Responsável pela pesquisa e pela apresentação do TCLE

O responsável pela condução da pesquisa e pela apresentação do TCLE, será o aluno de pós-graduação João Peres Neto, do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, da FOP/ UNICAMP.

Justificativa

Estudos para conhecer a ocorrência de doenças e condições bucais na população são de grande importância. O conhecimento do estado de saúde das estruturas bucais, sua e de seu(a) filho(a) pode ajudá-lo a buscar tratamento antes que o problema se torne mais grave. Além disso, estes estudos também fornecem informações para a criação de programas educativos e planejamento que dão assistência à saúde da boca, trazendo benefícios para toda a população.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é avaliar risco familiar e o risco de cárie dentária e periodontal, nas famílias do município de Ubirajara/ SP.

Metodologia

- Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você e seu filho(a) serão considerados voluntários. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário.
- Você e seu filho(a) passarão por um exame de suas bocas, avaliando suas condições dentárias e periodontais, para que sejam avaliados o risco de saúde bucal. Esse exame será também mantido em segredo e guardado com o pesquisador(a) responsável. Caso seja necessário, você e seu(a) filho(a) receberão uma carta para procurar tratamento. O risco familiar será avaliado através de dados que constam da ficha de sua família que está na Unidade de Saúde da Família.

Possibilidade de inclusão em grupo controle/placebo

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

Métodos alternativos para obtenção da informação

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis

Você e seu(a) filho(a) passarão por um exame de suas bocas por um cirurgião-dentista, realizado em local separado e utilizando materiais esterilizados. Os instrumentos apresentam ponta arredondada para não causar nenhum tipo de dano ou machucado. Este exame será realizado em sala separada, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário

Como benefício, o paciente receberá, através da pesquisa, avaliação de cárie ou periodontal possibilitando o diagnóstico precoce de possíveis problemas existentes. O voluntário que estiver com algum problema receberá uma carta por escrito para procurar tratamento indicado. Além disso, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito

Os pesquisadores responsáveis acompanharão você e seu(a) filho(a) e darão assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

Forma de contato com o pesquisador e com o CEP

Para entrar em contato com os pesquisadores:

Você terá contato direto com os pesquisadores João Peres Neto 14- 997457337, jperesnetocd@yahoo.com.br; Profa Maria da Luz Rosário de Sousa Tel.: 19- 21065364, luzsousa@fop.unicamp.br; Karine Laura Cortellazzi (19)- 81282190, karinecortellazzi@gmail.com.

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp/cep.

Garantia de esclarecimentos

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

Garantia de recusa à participação ou saída do estudo

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição e não perderá o direito ao tratamento na Unidade de Saúde da Família.

Garantia de sigilo

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

Garantia de ressarcimento

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto que a pesquisa será realizada em horário que possibilite o voluntário maior de idade, não ter que se ausentar de suas atividades laborais e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Garantia de entrega de cópia

Você está recebendo duas cópias deste Termo uma é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

João Peres Neto

Maria da Luz Rosário de Sousa

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, RG n _____
responsável por _____, certifico ter lido todas
as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelo
pós-graduando João Peres Neto, pesquisador responsável na condução da pesquisa.
Estou plenamente de acordo e: **() aceito participar e () autorizo a participação de
meu filho(a)** desta pesquisa " Risco familiar, de cárie e doença periodontal, nas famílias
do município de Ubirajara, SP, Brasil". E recebi uma cópia desse documento.

Ubirajara, _____ de _____ de 2014.

Nome: _____ c

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa,
escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-
CEP13414-900-Piracicaba-SP.

Telefone/fax: 19-21065349; email: cep@fop.unicamp.br

Termo de assentimento do menor

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Risco familiar, de cárie e doença periodontal, nas famílias do município de Ubirajara, SP, Brasil". Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber as condições de saúde de suas bocas, se está com cárie ou com dor. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de 5 a 12 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Escola Pública Municipal de Ensino Fundamental "Dr. Haroldo Sergio Bocardi Motta", onde as crianças serão examinadas para a verificação da presença de cárie por um dentista, no consultório instalado nesta escola. Para isso, será usado espátula de madeira, secagem prévia e iluminação artificial da boca. O uso da espátula de madeira é considerado seguro, mas é possível ocorrer desconfortos mínimos, porém sem riscos considerados. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone 14-997457337 do pesquisador João Peres Neto.

Mas há coisas boas que podem acontecer como descoberta de problemas bucais iniciais e urgentes, que serão resolvidos através de encaminhamentos necessários aos serviços.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu _____ aceito participar da pesquisa "Risco familiar, de cárie e doença periodontal, nas famílias do município de Ubirajara, SP, Brasil" que tem o objetivos de ver a relação da cárie com a condição de vida familiar. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Ubirajara, ____ de ____ de ____.

Nome do menor 11 e 12 anos de idade

Assinatura do pesquisador

Termo de assentimento do menor

Você está sendo convidado(a) a deixar o “tio dentista” olhar seus dentinhos; papai e mamãe deixaram o tio olhar,mas se você não quiser, o tio não vai olhar. Ele vai secar seu dentinho e só olhar sua boca, para ver se eles estão bonitos. Vai ser quando você estiver na escola, lá na sala do dentista, só você o tio e a tia que vai escrever, ninguém mais vai ver. Se quiser perguntar alguma coisa, o tio vai te responder.

Eu _____ vou deixar o “tio dentista”, olhar meus dentinhos, para ver se eles estão bonitos e não tem nada de errado. E se eu não quiser mais deixar ele ver meus dentinhos, eu vou falar para parar. Tudo que eu quiser saber o “tio dentista” vai me ensinar.

Ganhei um papel falando o que ia ser feito, li e vou deixar o tio ver minha boca.

Ubirajara, ____ de _____ de _____.

Nome do menor de 5 e 6 anos

Assinatura pesquisador

ANEXO A – Certificado CEP

04/11/2015

Comitê de Ética em Pesquisa - Certificado



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Risco familiar, de cárie e doença periodontal, nas famílias do município de Ubirajara, SP, Brasil"**, protocolo nº 089/2014, dos pesquisadores João Peres Neto e Maria da Luz Rosário de Sousa, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 13/08/2014, com alterações em 25/03/2015.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project **"Familial risk of caries and periodontal disease in the families of the municipality of Ubirajara, SP, Brazil"**, register number 089/2014, of João Peres Neto and Maria da Luz Rosário de Sousa, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Aug 13, 2014; with alterations on Mar 25, 2015.

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
 Secretário
 CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado
 Coordenador
 CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
 Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

<http://w2.fop.unicamp.br/cep/sistema/certificado.php?Protocolo=089/2014&Id=2241&Passo=2&DataPar=2014-08-13>

ANEXO B – Submissão Revista CSC

Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

**RELAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÕES DE RISCO, UTILIZADAS
PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL EM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DE SÃO PAULO**

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2015-2027
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Risco, Equidade, Saúde da Família

SCHOLARONE™
Manuscripts

view Only

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>