

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR PARA O
ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Pâmella Miranda Goulart

**Florianópolis
2017**

Pâmella Miranda Goulart

**PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR PARA O
ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Flemming Colussi.

**Florianópolis
2017**

RESUMO

Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória que tem como objetivo propor uma classificação de risco familiar do município de Florianópolis. Foi realizada uma revisão de literatura, a partir da consulta de artigos em bases de dados bibliográficas e realizado uma busca de documentos em sites oficiais, com o propósito de identificar a existência de outros indicadores de risco familiar. Foram analisados os dados secundários do Sistema de Cadastramento Familiar (Cadfam), fornecidos pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, com variáveis socioeconômicas e do domicílio. Foram selecionadas as variáveis: tipo de moradia, destino do lixo, abastecimento de água, escolaridade e número de cômodos por pessoa. As variáveis foram categorizadas e cada categoria recebeu um escore que foi somado ao final, classificando as famílias entre baixo, médio e alto risco. A classificação de risco foi aplicada ao banco de dados com todas as famílias do município de Florianópolis cadastradas no banco e com informações das variáveis (n=132.663). Poucas famílias foram classificadas como alto risco (1,2%). Constatou-se que a escolaridade foi uma variável bastante discriminatória para a classificação de risco. Já as variáveis coleta de lixo e abastecimento de água não foram tão discriminatórias, em razão de a maioria das famílias de Florianópolis ter acesso a coleta de lixo e abastecimento de água da rede pública. Constatou-se a importância da classificação de risco como uma alternativa de uso prático e fácil para a identificação de famílias de maior risco às doenças bucais, para subsidiar o planejamento das ações e priorizar o seu atendimento, garantindo o princípio da equidade no atendimento em saúde bucal.

Palavras-chave: Grupos de risco, saúde bucal, atenção básica.

ABSTRACT

This work is an exploratory research that aims to propose a risk classification of the families from Florianópolis. A review of the literature was carried out, through the search of articles in bibliographic databases and a search of documents on official websites, in order to identify in the literature the existence of other indicators of family risk. Secondary data from the Family Registration System (Cadfam), provided by the Florianópolis Health Department, with socioeconomic variables and domicile were analyzed. The variables were selected: type of dwelling, garbage collection, water supply, schooling and number of rooms per person. The variables were categorized and each category received a score that was added to the end, classifying the families as low, medium and high risk. The risk classification was applied to the database with all the families of the municipality of Florianópolis registered in the bank and with information of the variables (n = 132,663). Few families were classified as high risk (1.2%). It was verified that the schooling was a very discriminatory variable for the classification of risk. On the other hand, the variables garbage collection and water supply were not so discriminatory, because most of the families of Florianópolis have access to garbage collection and water supply from the public network. It was verified the importance of risk classification as an alternative of practical and easy use for the identification of families at greater risk for oral diseases, to subsidize the planning of actions and prioritize their care, guaranteeing the principle of equity in oral health care.

Keywords: Risk groups, oral health, primary care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escores atribuídos às categorias das variáveis	26
Tabela 2 – Classificação das famílias conforme o risco à saúde bucal. Florianópolis, 2016	27
Tabela 3 – Distribuição de frequência das famílias segundo a classificação de risco nas categorias das variáveis que a compõem. Florianópolis, 2016.....	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das variáveis em alto, médio e baixo risco.	25
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	9
2.2 Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS	10
2.3 Acolhimento	10
2.4 Acolhimento a demanda espontânea	12
2.5 Gestão das agendas de atendimento individual	15
2.6 Acolhimento em saúde bucal	16
2.7 Classificação de risco	18
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4 ARTIGO	22
RESUMO	22
INTRODUÇÃO	22
MATERIAS E MÉTODOS	24
RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
5 CONCLUSÃO GERAL	35
6 REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

A atenção básica em saúde bucal no Brasil atualmente estrutura-se a partir da Estratégia Saúde da Família, que tem como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). De acordo com essas diretrizes, cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) é responsável por uma população adscrita, e o cirurgião-dentista tem como uma de suas atribuições realizar o diagnóstico dessa população com o intuito de identificar o seu perfil epidemiológico, identificar grupos/áreas de risco e assim realizar o planejamento das ações em saúde bucal (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) também tem como um de seus pressupostos a utilização da epidemiologia e das informações sobre o território como subsidiárias ao planejamento, recomendando que “as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde”.

Geralmente quando a ESB elabora o planejamento das ações, depara-se com a ausência de informações epidemiológicas específicas das doenças e agravos em saúde bucal, prejudicando muitas vezes o planejamento de suas atividades. No entanto, a ausência desses dados não impede que o planejamento seja realizado. O planejamento em saúde bucal não só pode como deve utilizar outras informações relativas ao território de atuação, dada a forte relação entre as condições de saúde bucal e fatores socioeconômicos como a renda, a escolaridade, e o acesso a saneamento básico (CARNUT, 2011; LACERDA, CALVO e FREITAS, 2002; SILVA, 2013).

Se os dados epidemiológicos de saúde bucal demandam levantamentos específicos que nem sempre podem ser operacionalizados, os dados socioeconômicos são de fácil acesso, podendo ser retirados, por exemplo, da ficha de cadastramento das famílias preenchida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou dos sistemas de informação disponíveis (IBGE ou sistemas locais).

A baixa cobertura das ESB associada à demanda histórica por atendimento promove um cenário de grande demanda para as ESB, que necessitam do planejamento principalmente para priorizar ações e direcioná-las à parcela da população com maiores necessidades de atendimento. A partir dos dados

socioeconômicos, é possível delimitar áreas ou famílias de maior risco para a saúde bucal, e planejar ações tanto coletivas quanto de atendimento clínico voltado a essas populações mais vulneráveis, respeitando o princípio da equidade do SUS.

O objetivo deste trabalho é propor uma classificação de risco das famílias que residem no município de Florianópolis, com base em indicadores socioeconômicos, com o intuito de auxiliar os profissionais de saúde bucal a planejarem as ações de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar (BRASIL, 1990).

O SUS preconiza os princípios da universalidade, equidade e resolutividade na atenção à saúde, descentralização da gestão administrativa, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização das redes prestadoras de serviços, fortalecimento dos municípios e participação popular (BRASIL, 2008).

A Atenção Básica de Saúde é a porta de entrada do SUS, compreendida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Tem como funções ser base, resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes, com o objetivo de desenvolver a atenção integral (BRASIL, 2006).

Atualmente a atenção básica está organizada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é considerada a maior estratégia para expansão e consolidação da atenção básica. A ESF retira o foco das doenças e se volta para as ações de promoção e prevenção de saúde, focando na família em seu ambiente. A ESF tem como princípio fundamental a atenção integral e humanizada; e tem como objetivo aumentar o vínculo entre profissionais de saúde e família e humanizar e qualificar o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2011b).

2.2 Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS

O HumanizaSUS é uma política que veio com a proposta de uma nova relação entre usuários, profissionais e a comunidade que utiliza o SUS. Tem como diretrizes: clínica ampliada, a cogestão, a valorização do trabalho, a defesa dos direitos dos usuários, a grupabilidade, a construção da memória do SUS que dá certo e o acolhimento, que é a diretriz de maior destaque na PNH (BRASIL, 2011a).

A PNH política que instituiu o acolhimento, como uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, indo ao encontro das propostas da Estratégia de Saúde da Família de operar a saúde de uma forma mais humanizada e solidária, interpretando humanização em sentido ampliado. (BRASIL, 2011a).

2.3 Acolhimento

A Política Nacional de Humanização define o acolhimento em saúde como uma diretriz ética/política e como uma ferramenta tecnológica que tem como objetivo a escuta qualificada, construir vínculos, garantir acesso com responsabilização, prestar atendimentos resolutivos e encaminhar os pacientes para a continuidade da assistência (BRASIL, 2006).

O acolhimento é uma ação que deve acontecer em todos os ambientes e momentos do serviço de saúde, diferente do que é conhecido como triagem. A triagem é uma seleção de quem será atendido e quem não será atendido, dentro do que o serviço pode oferecer, sem levar em conta as necessidades dos usuários. Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, entender as particularidades de cada paciente, e procurar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele. A unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem critérios de exclusão. E a ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos usuários, e sim a sua gravidade ou o sofrimento do paciente (BRASIL, 2008)

Merhy (1997) considera o acolhimento como um ambiente de encontro entre o

trabalhador e o usuário, onde ocorre um processo de escuta dos problemas, com o propósito de realizar intervenções mais eficazes, a partir das necessidades dos usuários. Para Merhy (1997) “a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações”.

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

De acordo com Ramos e Lima (2003), o acolhimento abrange uma sucessão de relações e competências profissionais complementares. É necessário uma postura empática e humanizada do trabalhador, entendendo as necessidades do paciente e construindo respostas dentro dos princípios da integralidade e humanização. Nessa mesma concepção, Inojosa (2005) cita que “[...] acolher é ter uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, usuários, profissionais e equipes de saúde, tornando a produção da saúde um encontro de paz”.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004), analisam o acolhimento em três circunstâncias: (a) como postura, tendo no acolhimento a atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários; (b) como técnica, o acolhimento operacionaliza procedimentos e ações organizadas, resgata o conhecimento técnico das equipes; (c) como reformulador do processo de trabalho, detectando as demandas dos usuários.

Nery *et al.* (2009), consentem ao dizer que é fundamental, durante o acolhimento, que o profissional consiga captar as necessidades de saúde do usuário, estabelecendo relação de confiança e vínculo. Essa concepção vai ao encontro da consideração de Silveira Filho (2002) que já relatava a necessidade de mudar significativamente a forma como é realizado o acolhimento. Já Faria *et al.* (2008) comprovam que o atual modelo de acolhimento está ultrapassado, pois mantém o propósito de apenas curar a doença, enquanto que o princípios da ESF é a manutenção da saúde

Beck e Minuzi (2008) reconhecem que houve muitos avanços na saúde pública no Brasil, porém ainda é necessário melhorar em relação às estratégias e tecnologias de acolhimento, aumentar o número de profissionais e investir na qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Segundo Baraldi e Souto (2011), o acolhimento é uma outra possibilidade à recepção tradicional, designado a modificar a organização e funcionamento dos serviços de saúde, sendo uma possibilidade para solucionar a demanda de todos que procuram o serviço, procurando afastar o modelo médico centrado de atenção à saúde através de uma equipe multiprofissional, e aprimorar a relação entre o trabalhador e o usuário através da humanização, da solidariedade e da cidadania.

2.4 Acolhimento à demanda espontânea

Quando estamos discutindo sobre acolhimento à demanda espontânea, é importante que sejam traduzidos os sentidos e perspectivas dadas à esse acolhimento em arranjos e práticas concretas. Colocando essa tradução mais concreta em análise, para realizar os ajustes necessários, afinal essa prática faz parte do dia a dia do trabalhador. (BRASIL, 2010)

Não existe um único jeito de acolher a demanda espontânea para todas as situações encontradas nas diferentes unidades do SUS. Pois existem diversos formatos de acolhimento, o qual a experimentação permite a adaptação à realidade de cada unidade e proporciona o protagonismo dos trabalhadores na prática do acolhimento, de maneira compartilhada e dialogada. Sendo importante a participação do trabalhador, nas decisões a respeito do acolhimento à demanda espontânea, para manter em prática esse tipo de iniciativa (BRASIL, 2010).

É possível identificar alguns modelos de acolhimento (BRASIL, 2013)

1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário: esse modo de acolhimento tem como principal característica o acolhimento do usuário pelos profissionais de sua equipe referência, onde um ou mais profissionais de cada equipe fazem a primeira escuta, determinando junto com o usuário as ofertas mais apropriadas para atender suas necessidades.

O enfermeiro de cada equipe procede a primeira escuta, realizando o atendimento à demanda espontânea, e o médico fica na retaguarda para casos de urgência. Após, o enfermeiro atende os usuários agendados, enquanto o técnico de enfermagem que passa a realizar a primeira escuta e organizar o acesso dos usuários, mas com o enfermeiro e o médico na retaguarda.

A vantagem desse modelo é o fortalecimento do vínculo e responsabilização entre a equipe e a população. As desvantagens são a dificuldade de aliar com procedimentos que a equipe faz fora da unidade e atendimentos programados, principalmente em dias que a demanda espontânea é alta.

2) Equipe de acolhimento do dia: esse modelo de acolhimento é feito em unidades com mais de uma equipe, onde o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de uma das equipes fazem a primeira escuta, acolhendo os usuários de todas as áreas que chegam por demanda espontânea na unidade. O médico da equipe que está realizando o acolhimento do dia é que fica na retaguarda do acolhimento e todos os profissionais da equipe do dia deixam suas agendas exclusivas para isso.

Os profissionais das outras equipes não precisam reservar a agenda para o acolhimento, apenas atendem casos agudos que ultrapassem a capacidade de atendimento da equipe de acolhimento do dia.

A vantagem desse modelo é que as equipes que não estão realizando o acolhimento podem exercer as atividades programadas com maior facilidade. E as desvantagens são a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia e a diminuição do vínculo entre a população e a equipe.

3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia):

Esse modelo de acolhimento também é realizado em unidades que possuem mais de uma equipe, mas é um intermediário entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia.

É estabelecido uma quantidade de usuários ou horário limite até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, assim como uma determinada quantidade de casos de urgência que será encaminhado para o médico que irá atender os pacientes de sua área. Cada dia do acolhimento um dos enfermeiros fica sem atendimentos agendados, para poder atender a demanda espontânea após ultrapassar a quantidade ou horário determinado para acolhimento das equipes. E um médico fica sem atendimentos agendados também para atender

os casos de urgência encaminhados pelo acolhimento que ultrapassaram a quantidade pré-determinada.

Esse modelo exige uma comunicação mais ativa entre as equipes e alguns recursos para auxiliar na gestão das agendas.

4) Acolhimento coletivo: Nesse modelo toda a equipe da unidade se reúne com os usuários que chegaram no primeiro momento de funcionamento por meio da demanda espontânea. Nesse ambiente coletivo, é feita a escuta e conversas com todos os usuários, e se for necessário essa conversa é feita em um consultório. Além disso, é usado esse momento para esclarecer a população sobre o funcionamento da unidade, o processo de trabalho das equipes e as atividades de educação em saúde que são realizadas pelos profissionais.

Para que o acolhimento coletivo aconteça, não são agendados pacientes para o início do turno de atendimento da unidade. E para assegurar o acesso dos usuários que chegam durante esse turno, é realizado outro modelo de acolhimento associado (BRASIL, 2010).

Esse modelo de acolhimento tem como benefício o envolvimento de toda equipe na realização da primeira escuta, possibilitando a identificação de usuários de risco e sofrimento mais visível. Porém, tem como desvantagem, a chance do paciente se sentir constrangido; além de não proporcionar uma apropriada avaliação da vulnerabilidade e dos riscos não tão evidentes dos usuários. Em razão disso, esse modelo deve ser indispensavelmente vinculado com a escuta qualificada (GOMES; MELO; PINTO, 2005).

Em algumas situações, seria interessante associar elementos de diversos tipos de modelos. Por exemplo, sinais mais visíveis de risco ou sofrimento dos usuários, podem ser identificados pelo atendente da recepção que realiza o acolhimento inicial, e assim dar prioridade para esses casos. Já os agentes comunitários de saúde têm a possibilidade de avaliar o risco e a vulnerabilidade dos usuários. Assim como, as necessidades de saúde bucal, que precisam ser consideradas no acolhimento, podendo ser inseridos profissionais da área de saúde bucal nesse processo de escuta qualificada. Assim como outros profissionais que realizam essa escuta, deveriam estar atentos e treinados para identificar queixas que podem estar relacionadas com a saúde bucal e precisam de uma avaliação específica (BRASIL, 2010).

Resumindo, a prática do acolhimento e da escuta qualificada, não é função

exclusiva de um único profissional, ela deve ser realizada por toda a equipe da unidade básica de saúde.

2.5 Gestão das agendas de atendimento individual

O acolhimento requer mudanças no modelo de atendimento individual que vai além das mudanças no modo de atendimento dos casos de urgência do dia. Nesse raciocínio, a organização da agenda dos profissionais se torna um recurso fundamental para garantir a retaguarda para o acolhimento e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Diante disso, é necessária uma metodologia que contenha um planejamento e uma gestão das agendas que atenda às diferentes situações.

Apontamos abaixo algumas alternativas (BRASIL, 2010):

1) Agenda programada para grupos específicos: que inclui o atendimento de pessoas nas ações programáticas, cuja a frequência de acompanhamento deve se orientar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas já devem sair da consulta com a hora e data definida do seu retorno, e ainda intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem.

2) Agenda de atendimentos agudos: são identificados no acolhimento à demanda espontânea, todos os usuários devem ser atendidos, mesmo que não esteja em acompanhamento programado, e de preferência com classificação de risco.

3) Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva da agenda de consultas para usuários identificados a partir do acolhimento e que não se integram nas categorias anteriores, mas que necessitam de atenção. É reserva de parte da agenda de cada profissional para marcar retornos para acompanhar o resultado de determinados tratamentos.

Essas formas de agendamentos são apenas propostas, e que devem ser adaptadas à realidade de cada unidade básica de saúde. Sendo construída a partir de critérios dentro do contexto de cada unidade, e com o tempo realizando os devidos ajustes (BRASIL, 2010).

Não é recomendado separar a agenda de consultas por grupos, pois pode

variar de uma unidade para outra, dependendo da situação epidemiológica de cada região. E quando são reservadas as consultas para gestantes, não significa que será usado um dia ou turno inteiro para que apenas elas sejam atendidas, pois isso pode diminuir o acesso dos demais (BRASIL, 2010).

Além da organização da agenda, existem outros fatores que podem contribuir para favorecer o acesso, como por exemplo, reduzir o tempo que o usuário fica esperando para ser atendido (evitando que o mesmo desista da consulta e procure outros meios para solucionar o seu problema). Além disso, é aconselhável marcar as consultas com hora agendada, para evitar a superlotação da unidade, e o desconforto e tensão dos usuários (BRASIL, 2010).

Os aspectos que estão mais relacionados com a competência de uma equipe decidir como estruturar o acolhimento da sua unidade, são o número de pessoas e a situação social da população adscrita à sua equipe. Em áreas em que a população tem condições socioeconômicas mais desfavoráveis e com poucas ofertas de serviços públicos, tendem a ter uma população com maior número de doentes, conseqüentemente, aumentando a demanda espontânea na unidade.

Uma boa solução é que os municípios realizem estudos sobre o perfil de sua população, para determinar estratificações entre as diferentes regiões. E assim, determinar qual a quantidade adequada de equipes para atuar em uma mesma unidade, para assim permitir a implantação de um modelo de acolhimento que é mais apropriado para a realidade daquela unidade (BRASIL, 2003).

2.6 Acolhimento em saúde bucal

De acordo com Silveira Filho (2002) o maior desafio ao abordar a saúde bucal dentro da ESF é atender à alta demanda, que devido ao número insuficiente de profissionais e a quantidade de consultas que o dentista necessita para finalizar um tratamento, prejudica o sucesso das ações de acolhimento e sobrecarrega a equipe de saúde bucal. Matos e Tomita (2004) vão ao encontro a deste entendimento e constataam que a incorporação da saúde bucal dentro da ESF melhorou a situação da saúde bucal no Brasil, mas as ações ainda estão focadas às crianças e adolescentes, prejudicando a demanda da população adulta.

Durante muito tempo a abordagem do tipo queixa-conduta sustentou a prática dos profissionais de saúde bucal, transmitindo à sociedade uma percepção mutiladora da odontologia e pouco comprometida com a saúde integral das pessoas. A participação da saúde bucal no momento do acolhimento da unidade básica de saúde tem potencial para reverter esse olhar, integrando os profissionais de saúde bucal com toda a equipe de saúde da família e aproximando-os dos usuários que buscam atendimento na unidade, fortalecendo vínculos (VASCONCELOS; VASCONCELOS; DUARTE, 2011).

O acolhimento implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, portanto, as equipes de saúde bucal não podem barrar e limitar o atendimento, pois mesmo que sejam incapazes de atender a todos os usuários que procuram o serviço na demanda não programada, podem escutar a queixa, avaliar o grau de sofrimento e orientar aqueles casos não urgentes. Assim, mesmo não realizando procedimentos clínicos, todos os pacientes serão acolhidos sem prejudicar o atendimento das consultas agendadas (VASCONCELOS; VASCONCELOS; DUARTE, 2011).

Além do desafio de equilibrar a agenda entre os atendimentos programados e a demanda espontânea, o profissional de saúde bucal se depara com o conflito entre fazer ou não o tratamento completo, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos, em relação aos procedimentos básicos ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta. Santos *et al.* (2007) ressaltam que o tratamento que não se completa gera uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, criando um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou se conseguirão resolver seus problemas.

Santos *et al.* (2007) identificou que as equipes de saúde bucal possuem atribuições delimitadas que são exclusivamente de problemas exclusivos da boca, não havendo interdependência e interconexões com as responsabilizações dos outros profissionais da saúde.

Um das diretrizes, para organização do acesso no nível local, presente na Carteira de serviços de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, orienta dispor a agenda de maneira que 50% da agenda do dentista, em todos os turnos, seja reservada para a demanda espontânea. Porém, cada

unidade básica de saúde possui uma demanda diferente e precisa adequar sua agenda conforme a realidade local. Neste sentido este trabalho busca realizar uma classificação de risco das famílias do município de Florianópolis, para poder priorizar o atendimento das famílias de alto risco dentro da agenda do cirurgião dentista da unidade básica de saúde.

2.7 Classificação de risco

Apesar de esse trabalho estar criando uma classificação de risco familiar para priorizar o atendimento das famílias de alto risco pelo dentista, a classificação não será baseada em dados de saúde bucal, e sim em dados socioeconômicos das famílias. Essa escolha foi devido à facilidade de serem obtidas informações socioeconômicas da população e principalmente por vários estudos mostrarem a relação entre condição socioeconômica e saúde bucal.

Lacerda, Calvo e Freitas (2002) identificaram em seu estudo grupos e/ou áreas semelhantes em suas condições de vida, a partir dos dados do Censo do IBGE. Os autores selecionaram as variáveis: abastecimento de água, destino do lixo, esgoto, escolaridade e renda do chefe da família para classificar as famílias. Concluíram que os dados socioeconômicos do IBGE podem ser uma ferramenta importante na identificação de grupos prioritários para atenção à cárie dental, no planejamento e programação em saúde bucal.

Gonçalves *et al.* (2002) e Peres *et al.* (2003) investigaram em seus estudos que o grau de escolaridade dos pais é um indicador importante para a cárie dentária.

Com o intuito de priorizar o atendimento das visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família, Coelho e Savassi (2004) propuseram uma escala de classificação de risco das famílias (Escala de Coelho) composta pelas variáveis presença de acamados, deficiência física e mental, desemprego, analfabetismo, baixas condições de saneamento, desnutrição, drogadição, presença de menor de 6 meses, presença de maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e relação morador/cômodo (variáveis retiradas do cadastramento familiar). Para cada variável foi atribuído um score, e através da soma desses scores, a família foi classificada em alto, médio ou baixo risco.

Boing *et al.* (2005) demonstraram que as variáveis mais utilizadas para classificar a população quanto à cárie e à doença periodontal são: ocupação, escolaridade e renda.

Na classificação socioeconômica de Meneghim *et al.* (2007) foram utilizados as variáveis: renda familiar mensal, número de pessoas residentes na mesma moradia, grau de instrução dos pais, tipo de habitação e profissão do responsável pela família, e também foi constatada a relação entre classe socioeconômica e a cárie dentária.

Carnut *et al.* (2011) também propuseram um índice de necessidade de tratamento odontológico para auxiliar os cirurgiões-dentistas na programação de suas demandas, chamado Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB), composto apenas pelas variáveis escolaridade materna e tipo de moradia que foram categorizados em baixo, médio e alto risco. O INASB foi validado e os autores encontraram associação com a classificação proposta do índice com o componente cariado do CPO-D e ceo-d, e com o acesso ao dentista nos últimos 12 meses.

Carnut *et al.* (2009) concluíram em seu trabalho que as crianças de famílias com melhores condições socioeconômicas, são as que mais acessam os serviços odontológicos, contradizendo o princípio da equidade.

Silva, Amaral e Sousa (2013) avaliaram a relação entre o risco de cárie individual e risco familiar da doença utilizando a classificação de risco de Coelho e Savassi (2004), foi constatada a relação entre o risco familiar e o risco individual para a doença cárie, mostrando ser uma ferramenta com possibilidade de uso para priorização do atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde.

Silva (2014) avaliou a associação entre risco social familiar, cárie dentária e doença periodontal em uma população na faixa etária de 15 a 19 anos. A pesquisa encontrou relação entre o risco familiar e individual da doença cárie.

Kobayashi *et al.* (2015) também avaliaram a relação entre o risco familiar (para priorização de visitas domiciliares) e condições de saúde bucal, a partir da escala de Coelho e Savassi (2004). Como resultados, encontraram que as pessoas que possuem algum risco familiar tinham duas vezes mais chance de apresentar a doença cárie em comparação às sem risco, e além disso, pessoas que moravam em residências com mais de uma pessoa por cômodo tiveram mais chances de apresentar cáries, quando comparadas com aquelas que moravam em residências

com a relação cômodo por pessoa de um ou menos.

O trabalho de Baldani, Vasconcelos e Antunes (2004) também encontrou correlações positivas entre condições ruins de saúde e maior aglomeração domiciliar

Nova et al. (2015) avaliaram a relação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas, tendo como medida da saúde bucal a autopercepção de saúde bucal (OHIP). Os resultados mostraram que os indivíduos que pertenciam às famílias classificadas no maior risco tinham uma pior autopercepção de saúde bucal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor uma classificação de risco das famílias para o atendimento em saúde bucal no município de Florianópolis.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar na literatura a existência de outros indicadores de risco familiar.
- Analisar os dados secundários do Cadfam fornecidos pela Secretaria de Saúde de Florianópolis sobre as características das famílias.
- Elaborar uma proposta de classificação das famílias.
- Identificar a distribuição das famílias de risco no município de Florianópolis.

4. ARTIGO

Proposta de Classificação de Risco familiar para o atendimento em saúde bucal do município de Florianópolis

Resumo

Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória que tem como objetivo propor uma classificação de risco das famílias do município de Florianópolis. Foi realizada uma revisão de literatura, a partir da consulta de artigos em bases de dados bibliográficas e realizado uma busca de documentos em sites oficiais, com o propósito de identificar a existência de outros indicadores de risco familiar. Foram analisados os dados secundários do Sistema de Cadastramento Familiar (Cadfam), fornecidos pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, com variáveis socioeconômicas e do domicílio. Foram selecionadas as variáveis: tipo de moradia, destino do lixo, abastecimento de água, escolaridade e número de cômodos por pessoa. As variáveis foram categorizadas e cada categoria recebeu um escore que foi somado ao final, classificando as famílias entre baixo, médio e alto risco. A classificação de risco foi aplicada ao banco de dados com todas as famílias do município de Florianópolis cadastradas no banco e com informações das variáveis (n=132.663). Poucas famílias foram classificadas como alto risco (1,2%). Constatou-se que a escolaridade foi uma variável bastante discriminatória para a classificação de risco. Já as variáveis coleta de lixo e abastecimento de água não foram tão discriminatórias, em razão de a maioria das famílias de Florianópolis ter acesso à coleta de lixo e abastecimento de água da rede pública. Constatou-se a importância da classificação de risco como uma alternativa de uso prático e fácil para a identificação de famílias de maior risco às doenças bucais, para subsidiar o planejamento das ações e priorizar o seu atendimento, garantindo o princípio da equidade no atendimento em saúde bucal.

Palavras-chave: Grupos de risco, Saúde bucal, Atenção básica.

Introdução

A atenção básica em saúde bucal no Brasil atualmente estrutura-se a partir da Estratégia de Saúde da Família, que tem como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). De acordo com essas diretrizes, cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) é responsável por uma população adscrita, e o cirurgião-dentista tem como uma de suas atribuições realizar o diagnóstico dessa população com o intuito de identificar o seu perfil epidemiológico, identificar grupos/áreas de risco e assim realizar o planejamento das ações em saúde bucal

(BRASIL, 2012). A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) também tem como um de seus pressupostos a utilização da epidemiologia e das informações sobre o território como subsidiárias ao planejamento, recomendando que “as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde”.

Geralmente quando a ESB elabora o planejamento das ações, depara-se com a ausência de informações epidemiológicas específicas das doenças e agravos em saúde bucal, prejudicando muitas vezes o planejamento de suas atividades. No entanto, a ausência desses dados não impede que o planejamento seja realizado. O planejamento em saúde bucal não só pode como deve utilizar outras informações relativas ao território de atuação, dada a forte relação entre as condições de saúde bucal e fatores socioeconômicos como a renda, a escolaridade, e o acesso a saneamento básico (CARNUT, 2011; LACERDA, CALVO e FREITAS, 2002; SILVA, 2013).

Se os dados epidemiológicos de saúde bucal demandam levantamentos específicos que nem sempre podem ser operacionalizados, os dados socioeconômicos são de fácil acesso, podendo ser retirados, por exemplo, da ficha de cadastramento das famílias preenchida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou dos sistemas de informação disponíveis (IBGE ou sistemas locais).

A baixa cobertura das ESB associada à demanda histórica por atendimento promove um cenário de grande demanda para as ESB, que necessitam do planejamento principalmente para priorizar ações e direcioná-las à parcela da população com maiores necessidades de atendimento. A partir dos dados socioeconômicos, é possível delimitar áreas ou famílias de maior risco para a saúde bucal, e planejar ações tanto coletivas quanto de atendimento clínico voltado a essas populações mais vulneráveis, respeitando o princípio da equidade do SUS.

O objetivo deste trabalho é propor uma classificação de risco das famílias que residem no município de Florianópolis, com base em indicadores socioeconômicos, com o intuito de auxiliar os profissionais de saúde bucal a planejarem as ações de saúde.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória que propõe uma classificação de risco familiar para o atendimento de saúde bucal na rede de atenção básica do município de Florianópolis.

A construção do índice de classificação de risco das famílias envolveu as seguintes etapas: a) definição e seleção das variáveis; b) análise das variáveis com base em estatísticas descritivas e distribuições de frequências; c) seleção definitiva das variáveis e atribuição de escores que conferem os respectivos pesos às variáveis; d) cálculo do índice pelo somatório dos escores; e) classificação das famílias segundo o risco para a saúde bucal.

Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura, na qual foram consultadas em maio de 2016 as bases de dados bibliográficas: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizadas as palavras-chave “classificação de risco”, “risco familiar”, “saúde da família”, “saúde bucal”. Além disso, foi feita busca de documentos (protocolos, políticas, portarias) em sites oficiais (Secretarias de Saúde municipais e estaduais, Ministério da Saúde) através da ferramenta de pesquisa do Google.

Para compor o índice de classificação de risco familiar, foram selecionadas as variáveis: tipo de moradia, destino do lixo, abastecimento de água, escolaridade (maior grau de escolaridade da família), e número de cômodos por pessoa. Essa seleção foi feita com base principalmente nos trabalhos de Lacerda, Calvo e Freitas (2002), que comprova em seu trabalho a relação entre variáveis socioeconômicas e condições de saúde bucal, e Coelho (2004), que propõe uma classificação de risco das famílias para estabelecer prioridades para visitas domiciliares no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

A partir de um banco de dados fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis com informações da Ficha A de cadastramento familiar com data de preenchimento pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) até setembro de 2016, foi feita uma simulação da classificação em famílias cadastradas no município. O banco original continha o cadastro de 398.561 pessoas, correspondendo a 140.852 famílias. As variáveis presentes no banco de dados eram: número de identificação da família, do indivíduo, da unidade de saúde, área e microárea, bairro, CEP,

abastecimento de água, tratamento da água, destino do lixo, tipo de domicílio, data do preenchimento do cadastro, escolaridade, e número de moradores do domicílio. As famílias sem informação de qualquer uma das variáveis selecionadas para a classificação de risco foram excluídas do banco (8.189 famílias), totalizando 132.663 famílias classificadas. As análises foram realizadas no Stata 9.0 e Microsoft Excel 2010.

Resultados e Discussão

A partir da seleção das variáveis para elaborar a classificação de risco das famílias, foram definidas dentro de cada variável, as categorias que caracterizariam alto, médio e baixo risco das famílias (Quadro 1). As variáveis destino do lixo, abastecimento de água e número de cômodos por pessoa foram classificadas somente entre baixo e alto risco. Para a variável escolaridade, foi considerado o maior grau de escolaridade encontrado na família.

Quadro 1 – Classificação das variáveis em alto, médio e baixo risco

	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Tipo de moradia	Tijolo	Taipa revestida/ madeira	Taipa não revestida/outras
Destino do lixo	Coletado	_____	Lixo a céu aberto Enterrado/queimado
Abastecimento de água	Rede pública	_____	Poço/nascente e outros
Escolaridade	Superior completo ou mais	Ensino médio /fundamental completo	Analfabeto/ alfabetizado
Número de cômodos/pessoa	Um cômodo ou mais/pessoa	_____	Menos de um cômodo/pessoa

Após a classificação de risco das categorias, foi atribuído um valor (escore) a cada uma delas para o posterior cálculo do indicador de risco familiar (Tabela 1). Todas as variáveis foram pontuadas com escores de 0 a 5, exceto a variável Escolaridade, que recebeu um peso maior (0 a 10), devido à grande influência que

exerce nas condições de saúde bucal. Quanto maior o valor, maior o risco.

Tabela 1 – Escores atribuídos às categorias das variáveis

Variáveis	Escore
Tipo de moradia	
Tijolo	0
Taipa revestida/ madeira	3
Taipa não revestida/outros	5
Abastecimento de água	
Rede pública	0
Poço/nascente e outros	5
Destino do lixo	
Coleta de lixo	0
Lixo a céu aberto/Enterrado/Queimado	5
Escolaridade	
Superior completo ou mais	0
Ensino médio completo	3
Ensino fundamental completo	5
Analfabeto/Alfabetizado	10
Cômodo / Pessoa	
Um cômodo ou mais por pessoa	0
Menos de um cômodos por pessoa	5

A partir da soma dos escores das variáveis, obteve-se a pontuação total, que classificou as famílias de acordo com o risco à saúde bucal, de modo que as famílias que ficaram com valores entre 0 e 9 foram classificadas como de baixo risco; 10 a 15 médio risco, e 16 ou mais, alto risco (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação das famílias conforme o risco à saúde bucal. Florianópolis, 2016.

Risco	n	%
Baixo	103.748	78,2
Médio	27.311	20,6
Alto	1.604	1,2
Total	132.663	100,0%

Poucas famílias foram classificadas como de alto risco (1,2%), o que vai de encontro com outros estudos de classificação de risco como os estudos de Carnut (2011); Lacerda, Calvo e Freitas (2002); e Silva (2013), nos quais o percentual de famílias ou pessoas classificadas como alto risco foi baixo. Esse baixo percentual já era esperado, uma vez que o índice foi construído para ter maior sensibilidade (capacidade de um teste identificar pessoas verdadeiramente positivas) em detectar famílias de maior risco. Pode até ser que algumas famílias classificadas como médio risco sejam de alto risco, mas o inverso muito provavelmente não acontecerá. Uma validação do índice pode ser útil para confirmar essas informações e será necessária em futuros estudos.

A partir da classificação de risco das famílias, foi elaborada uma tabela (Tabela 3) com a distribuição de frequência das famílias em cada categoria das variáveis.

Observa-se que as famílias de baixo risco apresentam excelente condição de acesso a serviços públicos: abastecimento de água e coleta de lixo; um alto índice de escolaridade, com 99,7% das famílias com pelo menos um componente com o ensino superior completo ou mais; e boas condições de moradia, em sua maioria de tijolo e com mais de um cômodo por pessoa. Nas famílias de médio risco, encontra-se uma condição mediana de acesso a serviços públicos e escolaridade. As famílias de alto risco caracterizam-se pelas piores condições de escolaridade, não apresentando famílias com algum componente com o ensino superior completo ou mais.

Tabela 3 – Distribuição de frequência das famílias segundo a classificação de risco nas categorias das variáveis que a compõem. Florianópolis, 2016.

Risco	Baixo		Médio		Alto		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de Moradia								
Tijolo	96.869	93,4	2.1994	80,5	138	8,6	119.001	89,70
Taipa revestida/Madeira	6.225	6,0	3.819	14,0	1.122	70,0	11.166	8,42
Taipa não revestida/Outros	654	0,6	1.498	5,5	344	21,4	2.496	1,88
Destino do Lixo								
Coleta de lixo	103.441	99,7	26.966	98,7	1.413	88,1	131.820	99,36
Lixo a céu aberto / Enterrado / Queimado	307	0,3	345	1,3	191	11,9	843	0,64
Abastecimento de Água								
Rede pública	100.682	97,0	23.324	85,4	546	34,0	124.552	93,89
Poço/Nascente/Outros	3066	3,0	3.987	14,6	1.058	66,0	8.111	6,11
Escolaridade								
Superior completo ou mais	37.401	36,0	101	0,4	0	0,0	37.502	28,3
Ensino médio completo	45.429	43,8	883	3,2	81	5,0	46.393	35,0
Ensino fundamental completo	20.918	20,2	4.702	17,2	136	8,5	25.756	19,4
Analfabeto/Alfabetizado	-	0,0	21.625	79,2	1.387	86,5	23.012	17,3
Cômodos/pessoa								
Um ou mais	101.247	97,6	23.694	86,8	718	44,8	125.659	94,72
Menos de um	2.501	2,4	3.617	13,2	886	55,2	7004	5,28

A partir da análise dos resultados, constatou-se que a escolaridade foi uma variável bastante discriminatória para a classificação de risco das famílias, pois o maior grau de escolaridade encontrado em 79-86% das famílias classificadas com médio e alto risco foi o analfabeto/alfabetizado, enquanto que naquelas consideradas de baixo risco, nenhuma família tinha analfabeto/alfabetizado como o maior grau de escolaridade. Já a variável coleta de lixo foi a menos discriminatória, pois as famílias classificadas como baixo, médio e alto risco, tiveram um percentual semelhante de famílias com acesso à coleta de lixo. Talvez em outros municípios brasileiros a situação não seja tão favorável quanto ao acesso a coleta de lixo, e vale destacar que aqui não foram consideradas as diferenças nesse acesso, pois há locais do município onde a coleta ocorre diariamente enquanto que em outros locais é realizada apenas uma vez por semana. A variável cômodo/morador teve apenas 5,28% das famílias na categoria de menos de um cômodo por pessoa, porém naquelas consideradas de alto risco havia menos de um cômodo por pessoa em 55,2% das famílias, ao passo que esse percentual foi de 2,4 para aquelas consideradas de baixo risco. Trabalhos como o de Baldani, Vasconcelos e Antunes (2004) têm encontrado correlações positivas entre condições ruins de saúde e maior aglomeração domiciliar, mas nesse estudo, foi considerada a quantidade de

moradores por dormitório.

A baixa escolaridade da mãe, a baixa renda familiar, o maior número de moradores no domicílio, a falta de abastecimento de água são alguns dos fatores já associados ao maior risco de cárie em outros estudos (ALCÂNTARA *et al.*, 2011; MELLO *et al.*, 2011; PERES *et al.*, 2003). Porém, nesses estudos as variáveis foram comparadas separadamente, diferentemente do que acontece com as propostas de índices de classificação de risco como o proposto neste estudo.

Lacerda, Calvo e Freitas (2002) estudaram a prevalência e severidade da cárie em grupos populacionais homogêneos quanto às condições de vida, utilizando dados do Censo do IBGE (abastecimento de água, destino do lixo, escolaridade, renda do chefe da família e esgoto). O pouco acesso à água de abastecimento público, o pequeno percentual de escolaridade alta e maior nível de escolaridade baixa explicaram 70 % da severidade da doença e 65% das necessidades de tratamento. O comportamento da doença mostrou-se irregular entre os grupos homogêneos, com maior prevalência e severidade nos grupos que apresentaram piores condições de vida. Concluiu que os dados socioeconômicos do IBGE podem ser uma ferramenta importante na identificação de grupos prioritários para atenção à cárie dental, no planejamento e programação em saúde bucal.

Com o intuito de priorizar o atendimento das visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família, Coelho e Savassi (2004) propuseram uma escala de classificação de risco das famílias (Escala de Coelho) composta pelas variáveis presença de acamados, deficiência física e mental, desemprego, analfabetismo, baixas condições de saneamento, desnutrição, drogadição, presença de menor de 6 meses, presença de maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e relação morador/cômodo (variáveis retiradas do cadastramento familiar). Para cada variável foi atribuído um escore, e através da soma desses escores, a família foi classificada em alto, médio ou baixo risco; sendo semelhante à escala proposta no presente estudo. No entanto, Coelho e Savassi (2004) estipularam um valor mínimo para o risco (escore = 5), de modo que as famílias com escores inferiores a 5 não foram classificadas quanto ao risco. Na classificação aqui proposta, todas as famílias receberam a classificação, e mesmo aquelas com baixos escores ficam na categoria “baixo risco”.

Silva, Amaral e Sousa (2013) avaliaram a relação entre o risco de cárie individual e risco familiar da doença utilizando a classificação de risco de Coelho e

Savassi (2004), classificando 3,5% dos indivíduos como de alto risco, porcentagem semelhante ao resultado do presente estudo. Foi constatada a relação entre o risco familiar e o risco individual para a doença cárie, mostrando ser uma ferramenta com possibilidade de uso para priorização do atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde.

Kobayashi *et al.* (2015) também avaliaram a relação entre o risco familiar (para priorização de visitas domiciliares) e condições de saúde bucal, a partir da escala de Coelho e Savassi (2004). Como resultados, encontraram que as pessoas que possuem algum risco familiar tinham duas vezes mais chance de apresentar a doença cárie em comparação às sem risco, e além disso, pessoas que moravam em residências com mais de uma pessoa por cômodo tiveram mais chances de apresentar cáries, quando comparadas com aquelas que moravam em residências com a relação cômodo por pessoa de 1 ou menos. Com base nesses achados, a presente proposta classifica a relação cômodo/morador em 2 categorias (alto e baixo risco), diferentemente da proposta de Coelho e Savassi (2004) que categorizam essa variável em baixo, médio e alto risco.

Nova *et al.* (2015) avaliaram a relação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas, tendo como medida da saúde bucal a autopercepção de saúde bucal (OHIP). Os resultados mostraram que os indivíduos que pertenciam às famílias classificadas no maior risco tinham uma pior autopercepção de saúde bucal.

As variáveis utilizadas no índice aqui proposto podem ter como fonte de dados o cadastramento familiar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou os dados do censo do IBGE, diferentemente da classificação de Coelho e Savassi (2004), que tem como base as informações do cadastramento familiar. A grande vantagem de utilizar os dados do cadastramento familiar é a atualização dos dados e a facilidade de acesso. Porém, em áreas com baixa cobertura ou sem ACS, pode ser que não haja disponibilidade desses dados ou que estejam desatualizados. A utilização de bancos de dados do IBGE tem a desvantagem da desatualização, pois o censo é realizado a cada dez anos, além da dificuldade de separar os dados dos setores censitários específicos da área de atuação das equipes de saúde, demandando capacidade de lidar com bancos de dados grandes. No entanto, são informações confiáveis e sempre disponíveis para todo o território.

Carnut *et al.* (2011) também propuseram um índice de necessidade de

tratamento odontológico para auxiliar os cirurgiões-dentistas na programação de suas demandas, chamado Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB), que classifica as famílias quanto à sua vulnerabilidade social. Esse índice é composto apenas pelas variáveis escolaridade materna e tipo de moradia, e classifica as famílias em baixo, médio e alto risco. O percentual de indivíduos considerados de alto risco foi de 15%, valor bem acima do percentual encontrado neste estudo. O INASB foi validado e os autores encontraram associação com a classificação proposta do índice com o componente cariado do CPO-D e ceo-d, e com o acesso ao dentista nos últimos 12 meses. Esse mesmo índice foi utilizado por Silva (2014), que avaliou a associação entre risco social familiar, cárie dentária e doença periodontal em uma população na faixa etária de 15 a 19 anos. Os resultados classificaram 85% dos adolescente como de baixo risco, 11,5% de médio risco e 3,5% de alto risco; sendo os valores semelhantes aos encontrados neste estudo. A pesquisa encontrou relação entre o risco familiar e individual da doença cárie, recomendando o uso do índice para priorizar atendimento odontológico em saúde coletiva.

Na saúde bucal, as poucas classificações de risco utilizadas pelos cirurgiões-dentistas para o planejamento e priorização das ações são classificações de risco individual, com base em características clínicas do paciente, que só podem ser obtidas a partir do exame epidemiológico do indivíduo. Na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, em que o cirurgião-dentista atua num território adscrito e é responsável por um determinado número de famílias, esse planejamento e priorização não pode ter como base um critério clínico individual, dada a impossibilidade de avaliar todos os indivíduos do território. Então as equipes de saúde bucal acabam priorizando os usuários que buscam o atendimento na unidade de saúde, que já se constituem numa grande demanda. No entanto, esse modelo assistencial pode não ter um impacto de longo prazo na redução das doenças bucais na população adscrita, uma vez que muitas famílias de alto risco para a saúde bucal não procuram espontaneamente o atendimento nessas unidades de saúde. Por isso é fundamental esta identificação das famílias de maior risco, para que através da busca ativa, tenham acesso ao atendimento em saúde bucal de forma mais equânime, já que esse se constituiu historicamente como excludente e iníquo.

Considerações Finais

De acordo com Lacerda, Calvo e Freitas (2002), “o desenvolvimento de métodos diagnósticos coletivos, com o potencial de discernimento de grupos ou áreas de risco no interior da coletividade, e que sirvam de instrumento ao planejamento dos serviços de saúde, tem sido um grande desafio para os epidemiologistas e planejadores do setor”.

Este trabalho propôs uma classificação de risco das famílias para o planejamento das ações em saúde bucal com base em variáveis disponíveis tanto no cadastro familiar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, quanto nos bancos de dados do IBGE, permitindo sua utilização em diversos contextos. A partir desses dados as ESB podem fazer a busca ativa das famílias que demandam maior atenção e priorizar o seu atendimento odontológico, diminuindo a demanda espontânea nas UBS, e tornando o acesso ao serviço de saúde bucal mais equânime. As bases legais do SUS preconizam a equidade como forma de dirimir as iniquidades provocadas por condições sociais adversas (CARNUT *et al.*, 2011), que se refletem no padrão de saúde bucal da população de forma inequívoca. De acordo com Carnut *et al.* (2011), a chamada lei do cuidado inverso em saúde tende a prevalecer em sociedades iníquas favorecendo o acesso aos serviços de saúde justamente àqueles com melhor condição social. Portanto, a programação do acesso deve ter como base índices de classificação de risco que levam em conta essas condições sociais adversas, ao invés de índices baseados na condição clínica de saúde bucal dos indivíduos.

O índice proposto neste estudo ainda necessita de um processo de validação de construto, para verificar seu potencial de identificação de famílias em piores condições de saúde bucal. No entanto, poderá se tornar um eficiente instrumento de gerenciamento e diagnóstico das condições familiares em relação à saúde bucal.

Referências Bibliográficas

ALCÂNTARA, Thais Leite de et al. Fatores associados à saúde bucal de pré-escolares inseridos em programa educativo preventivo no município de Piracicaba/SP. **RPG Rev Pós Grad**, v.18, n.2, p.102-7, 2011.

BALDANI, Márcia Helena; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.143-152, fev. 2004. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNUT, Leonardo et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 7, p.3083-3091, jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

COELHO, Flávio Lúcio Golçalves.; SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p.19-26, 2004.

KOBAYASHI, Henri Menezes et al. Family risk as adjunct for organizing the demand for oral health service in the Family Health Strategy. **Revista de Odontologia da Unesp**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.85-91, abr. 2015.

LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Diferenciais intra-urbanos no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1331-1338, 2002.

MELO, Márcia Maria Dantas Cabral de et al. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.471-485, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

NOVA, Fabio Antonio Villa et al. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 10, n. 34, p.3-8, mar. 2015.

PERES, Marco Aurélio et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 6, n.

4, p.293-306, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Catarina de Araújo Teixeira. **Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014.

SILVA, Rafaela David Reco da; AMARAL, Regiane Cristina do; SOUZA, Maria da Luz Rosário de. Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos. **Revista Assoc Paul Cir Dent**, Piracicaba, v. 67, n. 2, p.141-5, 2013.

5. CONCLUSÃO GERAL

Este trabalho surgiu a partir de um contato prévio com a coordenação de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), com o intuito de realizar um trabalho em parceria com o serviço, que fosse útil e contribuísse para a melhoria do atendimento em saúde bucal. Seu direcionamento foi dado devido a uma demanda do serviço, que tem como pressuposto direcionar suas ações para grupos com maior necessidade de atendimento odontológico, devido a alta demanda às Equipes de Saúde Bucal do município.

Com base na literatura, constatamos que a classificação de risco socioeconômico é uma alternativa de uso prático e fácil para a identificação de famílias de alto risco e que esse risco socioeconômico está relacionado ao maior risco de problemas de saúde bucal, principalmente a cárie dentária.

A SMS forneceu um banco de dados com variáveis socioeconômicas provenientes do cadastramento familiar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde para a realização deste trabalho, e a partir da classificação de risco familiar proposta, as ESB poderão fazer a busca ativa dessas famílias que demandam maior atenção, e priorizar o seu atendimento odontológico, diminuindo a demanda espontânea nas UBS e também otimizando o uso dos recursos públicos.

Apesar da necessidade de ajustes e de um processo de validação de construto, esperamos que a classificação proposta seja utilizada pelas Equipes de Saúde Bucal para o planejamento das ações nas Unidades Básicas de Saúde do município.

6. REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Thais Leite de et al. Fatores associados à saúde bucal de pré-escolares inseridos em programa educativo preventivo no município de Piracicaba/SP. **RPG Rev Pós Grad**, v.18, n.2, p.102-7, 2011.

BALDANI, Márcia Helena; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.143-152, fev. 2004. FapUNIFESP (SciELO).

BARALDI, *Débora Cristina*; SOUTO, *Bernardino Geraldo Alves*. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n.01, p. 10-17, Jan/Abr. 2011.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZI, Daniele. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência a Saúde. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 34a, n. 1-2, p. 37-43, 2008.

BOING, Antonio Fernando et al. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. **Cad. Saúde Pública** [online]. Vol.21, n.3, pp.673-678, 2005.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 20 set. 1990. p. 18055

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011b.

CARNUT, Leonardo et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 7, p.3083-3091, jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

COELHO, Flávio Lúcio Golçalves.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p.19-26, 2004.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Modelo Assistencial em Saúde. Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na Atenção à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], v.15, n.2, p.345-353, 1999.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro; PERES, Marco Aurélio; MARCENES, Wagner. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.699-706, mai-jun, 2002.

INOJOSA, Rose Marie. Acolhimento:a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza Humaniza SUS. Fortaleza; p. 23-28, 2005.

KOBAYASHI, Henri Menezes et al. Family risk as adjunct for organizing the demand for oral health service in the Family Health Strategy. **Revista de Odontologia da Unesp**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.85-91, abr. 2015.

LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Diferenciais intra-urbanos no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1331-1338, 2002.

MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza y TOMITA, Nilce Emy. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.20, n.6, pp.1538-1544,2004.

MELO, Marcia Maria Dantas Cabral de et al. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.471-485, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

MENEGHIM, Marcelo de Castro et al. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciência Saúde Coletiva**. v.12,n.2, p.52, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **Agir em saúde um desafio para o público**, São Paulo: Editora Hucitec, p.71-112, 1997.

NERY, Sônia Regina et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1411-1419, 2009.

NOVA, Fabio Antonio Villa et al. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 10, n. 34, p.3-8, 31 mar. 2015

PERES, Marco Aurélio et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 6, n. 4, p.293-306, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO).

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. Sao Paulo: Santos, 2000

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública, Rio Grande do Sul**, v.19,n.1, p. 27:34, 2003.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SILVA, Catarina de Araújo Teixeira. **Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, p.241-257,2004.

SILVA, Rafaela David Reco da; AMARAL, Regiane Cristina do; SOUZA, Maria da Luz Rosário de. Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos. **Revista Assoc Paul Cir Dent**, Piracicaba, v. 67, n. 2, p.141-5, 2013.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy. A Saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 36-43, dez. 2002.

VARGAS, Andréa Maria Duarte; VASCONCELOS, Mara; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. Saúde bucal: atenção ao idoso. Belo Horizonte: NESCOM/UFGM, 2011.

VASCONCELOS, Flávia Nery; VASCONCELOS, Érico Marcos de; DUARTE, Sebastiao Junior Henrique. O acolhimento na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica da

literatura brasileira. **Tempus Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal**, São Paulo, v. 5, n. 3, p.119-120, 201