SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ

JENNIFER KLABUNDE

CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS E CÁRIE DENTÁRIA EM BENEFICIÁRIOS DO BOLSA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): exposição e vulnerabilidade diferenciadas

CAMPO GRANDE - MS

2026

JENNIFER KLABUNDE

CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS E CÁRIE DENTÁRIA EM BENEFICIÁRIOS DO BOLSA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): exposição e vulnerabilidade diferenciadas

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Rafael Aiello Bomfim

Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ
Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2026

Consumo de alimentos não saudáveis e cárie dentária em beneficiários do bolsa família na atenção primária à saúde (APS): exposição e vulnerabilidade diferenciadas.

Consumption of unhealthy foods and dental caries among beneficiaries of the brazilian bolsa família program in primary health care (PHC): differential Exposure and Vulnerability.

RESUMO: Objetivo: Analisar se a condição de beneficiário de programa brasileiro de transferência de renda Bolsa Família está associada a exposição diferenciada ao consumo de alimentos não saudáveis e de vulnerabilidade diferenciada à gravidade da cárie dentária entre crianças de 5 anos e adolescentes de 12 anos, de modo a contribuir para a compreensão das desigualdades em saúde bucal e para o aprimoramento das ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Estudo observacional, analítico e transversal, realizado em ambiente escolar com 836 escolares da rede pública de municípios do interior de Mato Grosso do Sul. Aplicaram-se questionários socioeconômicos e de consumo alimentar, adaptados do questionário SISVAN, e realizaram-se exames clínicos bucais segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando os índices ceo-s e CPO-S. **Resultados:** Observou-se maior frequência de consumo elevado de alimentos não saudáveis entre adolescentes beneficiários, caracterizando exposição diferenciada. Em ambas as faixas etárias, beneficiários apresentaram maior severidade da cárie dentária para padrões semelhantes de consumo alimentar, evidenciando vulnerabilidade diferenciada. **Conclusões:** A vulnerabilidade social associa-se tanto à exposição quanto, principalmente, à maior suscetibilidade aos efeitos do consumo alimentar não saudável sobre a gravidade da cárie dentária, reforçando a necessidade de estratégias intersetoriais na Atenção Primária à Saúde voltadas à redução das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Cárie Dentária; Vulnerabilidade Social; Consumo Alimentar; Atenção Primária À Saúde; Disparidades Socioeconômicas em Saúde.

ABSTRACT: Objective: To analyze whether beneficiary status in the Brazilian cash transfer program Bolsa Família is associated with differential exposure to unhealthy food consumption and differential vulnerability to dental caries severity among 5-year-old children and 12-year-old adolescents, aiming to contribute to the understanding of oral health inequalities and to the improvement of actions developed within Primary Health Care. **Methods:** This observational, analytical, cross-sectional, school-based study was conducted with 836 students enrolled in public schools in municipalities in the interior of Mato Grosso do Sul, Brazil. Socioeconomic and dietary questionnaires adapted from the SISVAN questionnaire were administered, and clinical oral examinations were performed according to World Health Organization (WHO) criteria, using the dmfs and DMFS indices. **Results:** A higher frequency of high unhealthy food consumption was observed among beneficiary adolescents, characterizing differential exposure. In both age groups, beneficiaries exhibited greater dental caries severity under similar dietary patterns, indicating differential vulnerability. **Conclusions:** Social vulnerability is associated both with exposure and, more importantly, with increased susceptibility to the effects of unhealthy food consumption on dental caries severity, reinforcing the need for intersectoral strategies within Primary Health Care to reduce health inequities.

Keywords: Dental Caries; Social Vulnerability; Food Consumption; Primary Health Care; Socioeconomic Disparities in Health.

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária permanece como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, com elevada prevalência entre crianças e adolescentes, especialmente aqueles inseridos em contextos de vulnerabilidade social, resultando em importante impacto funcional e psicossocial [1]. Evidências científicas demonstram que desigualdades socioeconômicas influenciam diretamente a distribuição da cárie dentária, com maior carga concentrada em populações expostas à pobreza, à baixa escolaridade e à restrição de acesso aos serviços odontológicos [2]. Nesse sentido, a vulnerabilidade social configura-se como determinante fundamental da saúde bucal, ao moldar trajetórias de vida, padrões de cuidado e condições ambientais que favorecem tanto a instalação quanto a progressão da doença ao longo do tempo [3].

Além das condições socioeconômicas, fatores comportamentais exercem influência direta sobre a ocorrência e a progressão da cárie dentária, com destaque para o consumo frequente de alimentos ultraprocessados e ricos em açúcares [4,5]. Estudos indicam que crianças e adolescentes em contextos de vulnerabilidade social estão mais expostos a padrões alimentares inadequados, resultado da combinação entre menor poder aquisitivo, ampla disponibilidade desses produtos, estratégias de marketing direcionadas e limitações no acesso à educação alimentar e nutricional [6–8]. Esse cenário contribui para a consolidação de hábitos alimentares prejudiciais desde a infância, intensificando o risco de agravos bucais e ampliando desigualdades em saúde ao longo do curso de vida [9,10].

No campo das políticas públicas de proteção social, o Programa Bolsa Família (PBF) destaca-se como uma das principais estratégias de enfrentamento da pobreza e redução das desigualdades sociais no Brasil, ao promover a transferência condicionada de renda e ampliar o acesso a direitos básicos [11]. Apesar de seus efeitos positivos sobre indicadores sociais e de segurança alimentar, evidências apontam que beneficiários do programa ainda concentram maior demanda por cuidados odontológicos e maior carga de agravos bucais, sugerindo que a melhoria da renda, isoladamente, não é suficiente para modificar padrões de saúde bucal consolidados [12,13]. Estudos indicam que a ausência de ações integradas de promoção da alimentação saudável e de cuidado preventivo em saúde bucal limita o impacto das políticas de transferência de renda sobre esses desfechos [14,15].

Embora a associação entre vulnerabilidade social e cárie dentária esteja bem documentada, persistem lacunas importantes quanto à compreensão dos mecanismos pelos quais a condição de beneficiário do PBF se relaciona simultaneamente aos padrões de consumo alimentar não saudável e à gravidade da doença em diferentes fases da infância e adolescência [9,16]. Poucos estudos abordam de forma integrada as dimensões de exposição diferencial — maior probabilidade de adoção de comportamentos de risco — e vulnerabilidade diferencial, caracterizada pelo impacto mais severo desses comportamentos sobre a saúde bucal em grupos socialmente desfavorecidos [10,17,18]. Ademais, a escassez de investigações que utilizem indicadores sensíveis, como os índices ceo-s e CPO-S, limita a avaliação aprofundada da severidade da cárie e da extensão do dano acumulado ao longo do tempo [4,14].

Adicionalmente, a maior carga de cárie dentária observada entre indivíduos socialmente vulneráveis, mesmo diante de padrões alimentares semelhantes, pode ser compreendida à luz das desigualdades de renda que modulam a relação entre estado nutricional e saúde bucal. Estudo observacional recente conduzido por Fernandes et al. [19], com crianças e adolescentes de diferentes contextos socioeconômicos, evidenciou que a desigualdade de renda interfere diretamente na associação entre experiência de cárie e estado nutricional, ampliando os efeitos negativos da dieta em grupos socialmente desfavorecidos. Tal evidência é convergente com os achados deste estudo, ao reforçar que a condição socioeconômica atua como fator amplificador do impacto do consumo alimentar não saudável sobre a severidade da cárie, sustentando o

conceito de vulnerabilidade diferencial e a necessidade de abordagens que transcendam intervenções exclusivamente comportamentais [2, 5, 16].

Diante desse cenário, torna-se necessário produzir evidências que aprofundem a compreensão da interação entre vulnerabilidade social, consumo alimentar não saudável e severidade da cárie dentária, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), em que se estruturam práticas de promoção, prevenção e cuidado integral. A APS apresenta potencial para atuar de forma intersetorial, articulando políticas de saúde, assistência social e educação, com foco na redução das desigualdades e na promoção da equidade [12]. Estudos com esse enfoque podem subsidiar a formulação e o aprimoramento de políticas públicas, orientar práticas clínicas mais sensíveis ao contexto social e fortalecer estratégias intersetoriais voltadas à melhoria das condições de saúde bucal de populações vulneráveis [2].

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é analisar se o Programa Bolsa Família está associado a diferenciais de exposição e vulnerabilidade ao risco de cárie dentária entre crianças de 5 anos e adolescentes de 12 anos, considerando o consumo de alimentos não saudáveis e a gravidade da doença mensurada pelos índices ceo-s e CPO-S, de modo a contribuir para a compreensão das desigualdades em saúde bucal e para o aprimoramento das ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2. MÉTODOS

2.1. Tipo, delineamento e contexto do estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de delineamento transversal, conduzido de acordo com os princípios da epidemiologia em saúde pública e em conformidade com as recomendações do checklist STROBE para estudos observacionais. O delineamento transversal foi adotado por permitir a avaliação simultânea da exposição ao consumo alimentar não saudável e dos desfechos relacionados à gravidade da cárie dentária em um ponto específico do tempo, possibilitando a análise de associações entre variáveis socioeconômicas, comportamentais e clínicas. O estudo foi realizado em ambiente escolar, no âmbito do levantamento epidemiológico estadual de Mato Grosso do Sul, envolvendo a capital e municípios do interior do estado de Mato Grosso do Sul, pesquisa esta que vem sendo construída desde 2018. Para a apresente pesquisa, fizemos o recorte de municípios do interior do estado, municípios estes que possuem menor IDH.

2.2. Participantes / Amostra

A população do estudo foi composta por escolares de 5 e 12 anos matriculados na rede pública municipal e estadual de ensino. Utilizou-se amostragem probabilística, totalizando 836 participantes, sendo 445 crianças de 5 anos e 391 adolescentes de 12 anos, distribuídos em 8 municípios do interior do estado de Mato Grosso do Sul sendo eles: Jaraguari, Aquidauana, Anastácio, Dois Irmãos do Buriti, Nioaque, Miranda, Bodoquena e Ribas do Rio Pardo.

Foram adotados como critérios de inclusão: 1) estudantes residentes no município, 2) regularmente matriculados nas escolas selecionadas e cujos pais ou responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os alunos eventualmente transferidos para outras escolas ou infrequentes por motivos de saúde ou participantes cujas famílias não entregaram o TCLE devidamente assinado dentro do prazo previsto. O processo de seleção dos participantes foi realizado por meio de sorteio nas faixas etárias de interesse (5 e 12 anos), a partir de listas nominais fornecidas pela coordenação do conselho diretor/gestor das unidades escolares participantes. Em cada sala de aula, foram sorteados até dez escolares por faixa etária, de modo a assegurar representatividade mínima do grupo etário avaliado. Nos casos em que havia mais de uma sala correspondente à mesma faixa etária, o sorteio foi conduzido respeitando proporcionalidade equivalente entre as turmas,

reduzindo o risco de viés de seleção e garantindo distribuição homogênea da amostra no ambiente escolar. Essa estratégia de amostragem é amplamente utilizada em estudos epidemiológicos de base escolar voltados à investigação de desigualdades em saúde, por permitir comparabilidade entre grupos e adequada representação de populações socialmente vulneráveis [20,21].

2.3. Coleta de dados / Origem e método de extração dos dados

A coleta de dados foi realizada presencialmente no ambiente escolar. Inicialmente foi feito o cadastramento dos participantes no aplicativo, com dados do número do cartão SUS, data de nascimento, gênero, etnia principal e etnia secundária. Em seguida, para aferição dos agravos bucais, foi aplicado um questionário eletrônico, enviado previamente aos pais, para avaliar o perfil demográfico e socioeconômico das famílias, baseado no SB BRASIL 2020 [13]. E também, os pais ou responsáveis preencheram um questionário socioeconômico.

Foi avaliado consumo alimentar semanal, adaptado do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), contendo informações sobre frequência de ingestão de alimentos ultraprocessados e açucarados [14]. A frequência de consumo de cada alimento não saudável foi determinada em uma escala contínua de 0 a sete vezes por semana, contemplando cinco grupos alimentares sobre os quais os adolescentes informaram o consumo e/ou frequência dos alimentos: (1) batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel etc.); (2) hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça etc.); (3) bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote; (4) bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barras ou bombons); e (5) refrigerantes. Como tínhamos cinco itens alimentares, consideramos a soma de todos os itens de alimentos não saudáveis para classificar o participante de acordo com as três categorias, utilizando a fórmula adaptada:

$$\text{Consumo de alimentos não saudáveis} = \frac{\text{Soma da frequência de 5 itens alimentares}}{5}$$

As variáveis de exposição foram construídas a partir da média semanal relatada, classificadas em três categorias: baixo consumo (até 2 vezes/semana), consumo moderado (2 a 4 vezes/semana) e consumo alto (acima de 4 vezes/semana). A variável principal de interesse foi a condição de beneficiário ou não do Programa Bolsa Família.

O exame clínico bucal foi realizado sob luz natural, utilizando espelho clínico e sonda periodontal OMS, realizados sob luz natural, com o participante bem-posicionado, de acordo com critérios padronizados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi empregado o índice ceo-s para dentição decídua e o índice CPO-S para dentição permanente, contabilizando o número de superfícies afetadas por cárie, restauradas ou perdidas.

2.4. Organização dos dados

A organização dos dados foi operacionalizada por meio do Software de Saúde Bucal do Mato Grosso do Sul (SBMS), uma ferramenta digital desenvolvida para otimizar levantamentos epidemiológicos e eliminar o uso de formulários físicos (14).

Os dados armazenados no sistema foram exportados para o software Microsoft Excel, onde as variáveis contínuas e categóricas foram organizadas e validadas, assegurando a integridade, precisão e reprodutibilidade necessárias para as análises estatísticas subsequentes.

2.5. Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas no software Stata, versão 14 (College Station, TX, EUA). Inicialmente, foi realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas, de consumo alimentar e dos desfechos clínicos, por meio de frequências absolutas e relativas para

variáveis categóricas, e médias acompanhadas de intervalos de confiança de 95% (IC95%) para variáveis contínuas.

A análise inferencial foi estruturada a partir de dois eixos analíticos: exposição diferencial e vulnerabilidade diferencial. A exposição diferencial foi definida como a diferença na frequência de consumo alimentar não saudável entre beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família. Para sua avaliação, as proporções dos níveis de consumo alimentar não saudável (baixo, moderado e alto), estratificadas por faixa etária, foram comparadas entre os grupos por meio do teste do qui-quadrado de Pearson.

A vulnerabilidade diferencial foi definida como a diferença na gravidade da cárie dentária associada ao consumo alimentar não saudável entre beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família. Para sua avaliação, foram comparadas as médias dos índices de cárie dentária, utilizando o ceo-s para crianças de 5 anos e o CPO-S para adolescentes de 12 anos, entre beneficiários e não beneficiários, por meio do teste t de Student para amostras independentes (teste t paramétrico). As análises foram conduzidas de forma estratificada por faixa etária, respeitando a dentição correspondente a cada grupo etário. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

2.6. Aspectos éticos

O estudo respeitou os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação dos escolares foi condicionada à assinatura do TCLE por pais ou responsáveis legais, garantindo confidencialidade, anonimato e liberdade de desistência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer consubstanciado no número [CAAE 85647518.4.0000.0021].

3. RESULTADOS

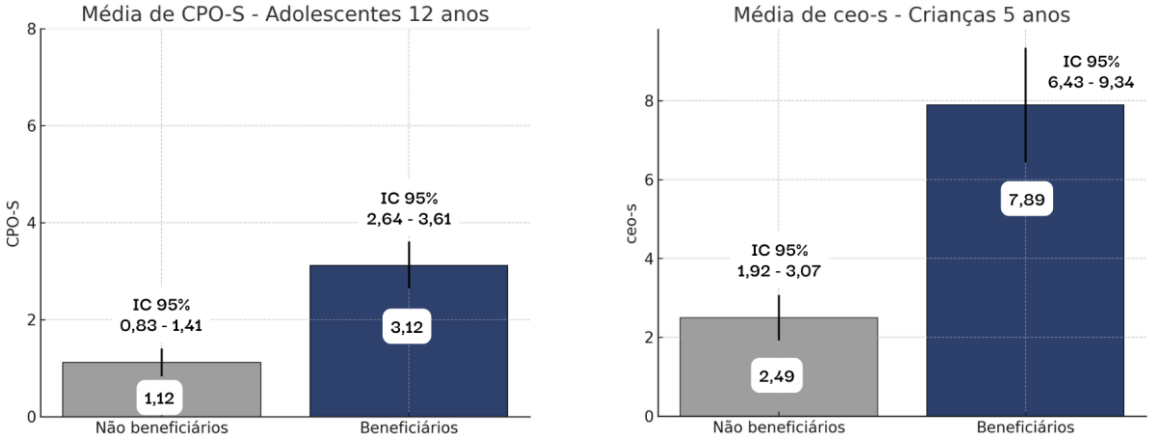
A amostra final do estudo foi composta por 836 escolares, sendo 445 crianças de 5 anos e 391 adolescentes de 12 anos, todos matriculados em escolas públicas pertencentes à rede municipal dos municípios selecionados. Entre as crianças de 5 anos (n = 445), 300 (67,3%) não recebiam benefício social e 145 (32,7%) eram beneficiárias. Entre aquelas que não recebiam benefício social, 58 crianças (19,4%) apresentaram consumo alimentar não saudável baixo, 173 (57,7%) consumo moderado e 69 (22,9%) consumo elevado. Entre as crianças beneficiárias, 30 (20,9%) apresentaram consumo alimentar não saudável baixo, 91 (62,7%) consumo moderado e 24 (16,4%) consumo elevado. Observou-se distribuição semelhante do consumo alimentar não saudável entre crianças que recebiam e não recebiam benefício social nesse grupo etário.

Entre os adolescentes de 12 anos (n = 391), 235 (60,1%) não recebiam benefício social e 156 (39,9%) eram beneficiários. Entre os não beneficiários, 64 adolescentes (27,2%) apresentaram consumo alimentar não saudável baixo, 162 (69,0%) consumo moderado e 9 (3,8%) consumo elevado. Entre os adolescentes beneficiários, 59 (37,5%) apresentaram consumo não saudável baixo, 86 (54,8%) consumo moderado e 11 (7,7%) consumo elevado. Observou-se diferença na distribuição do consumo alimentar não saudável segundo o recebimento de benefício social nesse grupo etário, com maior proporção de consumo alimentar não saudável elevado entre os beneficiários.

Quanto aos desfechos clínicos relacionados à saúde bucal, medidos pelos índices ceo-s (dentição decídua) em crianças e CPO-S (dentição permanente) em adolescentes, os resultados demonstraram maior severidade da cárie dentária entre beneficiários do PBF. Entre adolescentes de 12 anos, a média do índice CPO-S foi de 3,12 (IC 95%: 2,64-3,61) superfícies afetadas entre beneficiários e 1,12 (IC 95%: 0,83-1,41) entre não beneficiários. Entre crianças de 5 anos, o índice ceo-s apresentou média de 7,89 (IC 95%: 6,43-9,34) superfícies entre

beneficiários, enquanto entre não beneficiários a média foi de 2,49 (IC 95%: 1,92-3,07) superfícies (Figura 1).

Figura 1 - Gráfico explicativo da média de CPO-S (em adolescentes de 12 anos) e ceo-s (em crianças de 5 anos) comparando beneficiários e não-beneficiários do Programa Bolsa Família.



Os resultados sugerem que a condição de beneficiário do Programa Bolsa Família não se associa diretamente à maior frequência de consumo alimentar nocivo na faixa etária de 5 anos, mas confirma maior exposição entre adolescentes. Entretanto, observou-se que adolescentes beneficiários (12 anos) apresentaram proporção significativamente maior de consumo elevado de alimentos não saudáveis quando comparados aos não beneficiários, caracterizando exposição diferenciada. Além disso, verificou-se maior vulnerabilidade ao impacto desse tipo de dieta sobre a severidade da cárie dentária em ambas as faixas etárias (Tabela 1).

Tabela 1 - Exposição diferenciada e Vulnerabilidade diferenciada

Tópico	Faixa etária	Achado resumido	p-valor	Interpretação
Exposição diferenciada	Adolescentes (12 anos)	Beneficiários apresentaram proporção significativamente maior de alto consumo de alimentos não saudáveis.	p= 0,001	Significativo p = 0,001 indica ~0,1% de chance de a diferença ocorrer ao acaso.
Exposição diferenciada	Crianças (5 anos)	Não houve diferença significativa no padrão de consumo entre beneficiários e não-beneficiários.	p> 0,05	ns (não significativo) p > 0,05: não se descarta acaso; diferença não confiável.
Vulnerabilidade diferenciada (Interação: Bolsa Família × consumo não saudável)	5 e 12 anos (Ambos grupos etários)	Beneficiários que consomem nível alto de alimentos não saudáveis apresentam ceo-s e CPO-S maiores do que não-beneficiários.	Testparm p< 0,001	Significativo p < 0,001: muito improvável ser acaso; confirma modificação de efeito.

Legenda: p-valor — probabilidade de resultado por acaso; <0,05 = significativo; ≥0,05 = ns.

A análise estatística indicou diferença significativa entre beneficiários e não beneficiários na variável vulnerabilidade diferencial, demonstrando que a interação entre condição socioeconômica e consumo elevado de alimentos ultraprocessados resultou em maior carga de cárie dentária (testparm $p < 0,001$) (Tabela 1).

A exposição diferenciada foi avaliada por meio de regressão logística multinomial, considerando o consumo alimentar não saudável como desfecho e incluindo termos de interação entre recebimento de benefício social e grupo etário. Observou-se efeito de interação estatisticamente significativo apenas entre adolescentes de 12 anos para o consumo alimentar não saudável elevado. Entre os adolescentes beneficiários, a chance de apresentar consumo alimentar não saudável elevado, em comparação ao consumo moderado, foi significativamente maior do que entre crianças de 5 anos (coeficiente de interação = 1,36; IC95%: 0,09–2,62; p = 0,035). Não foram observadas associações significativas para o consumo alimentar não saudável baixo. Esses achados indicam exposição diferenciada ao consumo alimentar não saudável segundo o grupo etário, com maior vulnerabilidade entre adolescentes de 12 anos beneficiários de programas sociais (Tabela 2).

Tabela 2. Exposição diferenciada ao consumo alimentar não saudável segundo recebimento de benefício social e grupo etário (5 e 12 anos): regressão logística multinomial

Variáveis	Consumo baixo versus moderado Coef. (IC95%)	p	Consumo alto versus moderado (IC95%)	p
Recebe benefício social	-0,01 (-0,59; 0,57)	0,980	-0,42 (-1,03; 0,19)	0,178
Grupo etário (12 vs 5 anos)	0,16 (-0,33; 0,65)	0,521	**-1,98 (-2,86; -1,09)**	**<0,001**
Benefício × 12 anos	0,56 (-0,24; 1,35)	0,168	**1,36 (0,09; 2,62)**	**0,035**

4. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que a cárie dentária permanece fortemente condicionada por determinantes sociais, alimentares e contextuais, afetando de maneira mais intensa crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Observou-se que a condição de beneficiário do Programa Bolsa Família se associa tanto a padrões diferenciados de exposição ao consumo alimentar não saudável, especialmente entre adolescentes, quanto a maior vulnerabilidade ao impacto desse consumo sobre a gravidade da cárie dentária em ambas as faixas etárias. Esses resultados reforçam a compreensão da cárie como um agravo socialmente determinado, no qual fatores econômicos e comportamentais interagem de forma cumulativa ao longo do ciclo de vida [1–3].

O estudo apresentou limitações operacionais relacionadas à cooperação intersetorial com o setor educacional, incluindo restrições por parte de algumas escolas e conflitos de agenda decorrentes de alterações não comunicadas no cronograma escolar. Além disso, o consumo alimentar foi aferido por meio de autorrelato, estando sujeito a viés de memória e desejabilidade social. Ademais, apesar do rigor metodológico na calibração dos examinadores, a realização do exame clínico em ambiente escolar pode introduzir limitações operacionais inerentes a levantamentos epidemiológicos de campo [4,5,14].

O uso do software de Saúde Bucal do Mato Grosso do Sul (SBMS) representa um avanço metodológico relevante para a realização de levantamentos epidemiológicos e

avaliações socioeconômicas em saúde bucal, ao integrar, em uma única plataforma digital, informações clínicas, demográficas e sociais dos indivíduos avaliados. Conforme descrito por Bonfim et al. [14], o SBMS foi desenvolvido especificamente para padronizar a coleta de dados em campo, assegurando uniformidade na aplicação dos critérios diagnósticos e reduzindo variações relacionadas ao registro manual das informações, o que contribui para maior confiabilidade e validade interna dos dados coletados.

Outra vantagem significativa do SBMS refere-se à organização e ao gerenciamento dos dados, uma vez que o sistema permite o registro detalhado por superfície dentária, contemplando índices como ceo-s e CPO-S, além de variáveis socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Essa estrutura possibilita análises mais sensíveis da gravidade da cárie dentária e da distribuição dos agravos bucais, favorecendo a identificação de desigualdades sociais e vulnerabilidades específicas. Ademais, o software dispõe de mecanismos de exportação dos dados para softwares estatísticos, facilitando o processamento, a auditoria e a reprodutibilidade das análises, aspecto fundamental para estudos observacionais conduzidos em larga escala e alinhados às boas práticas metodológicas em epidemiologia em saúde bucal [14].

Os resultados deste estudo indicam que as diferenças observadas entre beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família não se expressam de forma homogênea entre as faixas etárias analisadas, evidenciando distintos perfis de exposição e vulnerabilidade. Embora entre adolescentes tenha sido identificada maior exposição ao consumo de alimentos não saudáveis entre beneficiários, a literatura nacional disponível concentra-se majoritariamente na primeira infância, destacando a vulnerabilidade social como fator associado à maior ocorrência e severidade da cárie dentária, especialmente entre crianças de até 6 anos [1,6,10]. Estudos observacionais conduzidos com pré-escolares brasileiros demonstram que a inserção em programas sociais constitui marcador importante de risco clínico para cárie dentária e necessidade de tratamento, independentemente da análise isolada de padrões alimentares específicos, sugerindo que a condição socioeconômica exerce influência determinante sobre os desfechos bucais nessa faixa etária [6,10].

Nesse sentido, os achados do presente estudo, ao evidenciarem médias substancialmente mais elevadas de ceo-s entre crianças de 5 anos beneficiárias, reforçam que a vulnerabilidade social se manifesta de forma mais intensa na severidade da doença na primeira infância. Esse efeito pode ser explicado por fatores contextuais, como maior dependência do cuidado parental, acesso limitado a serviços preventivos e acúmulo de necessidades odontológicas não atendidas [1,6,10]. Entre adolescentes, embora a diferença na média de superfícies afetadas seja menos pronunciada do que entre as crianças, estudos de base escolar apontam que fatores como baixa literacia em saúde bucal e menor utilização de serviços odontológicos atuam como mediadores importantes entre condição socioeconômica e desfechos bucais, contribuindo para a manutenção de desigualdades na adolescência [10, 18, 20]. Assim, os resultados do presente estudo reforçam que a condição de beneficiário do Programa Bolsa Família deve ser compreendida como marcador de vulnerabilidade diferencial, cujo impacto sobre a severidade da cárie dentária é particularmente acentuado na primeira infância e mediado, na adolescência, por fatores relacionados ao acesso à informação, aos serviços de saúde e ao cuidado preventivo.

Para além da exposição diferencial, o achado central deste estudo refere-se à vulnerabilidade diferenciada, evidenciada pela maior severidade da cárie dentária entre beneficiários do Programa Bolsa Família submetidos a padrões alimentares semelhantes aos dos não beneficiários. Esse resultado converge com investigações observacionais conduzidas com crianças em idade pré-escolar e escolar, que demonstraram maior número de superfícies dentárias afetadas entre indivíduos socialmente vulneráveis, mesmo quando a frequência de consumo de açúcares era comparável entre os grupos [9,10,11]. Estudos transversais e de base escolar realizados em diferentes regiões do Brasil sugerem que fatores contextuais, como menor

acesso a serviços preventivos, menor frequência de escovação supervisionada e maior acúmulo de necessidades odontológicas não atendidas, potencializam o impacto de exposições alimentares semelhantes sobre a progressão da cárie [3,8].

As desigualdades socioeconômicas exercem influência estrutural sobre a distribuição e a severidade da cárie dentária, configurando-se como determinantes centrais das iniquidades em saúde bucal observadas em diferentes contextos populacionais. Estudos demonstraram associação consistente entre posição socioeconômica desfavorável e maior ocorrência de cárie dentária, evidenciando que indivíduos socialmente vulneráveis apresentam risco significativamente mais elevado para o desenvolvimento e progressão da doença, independentemente do contexto geográfico ou do sistema de saúde analisado [20]. De forma complementar, as doenças bucais são um importante desafio de saúde pública mundial, ressaltando que a persistência de iniquidades sociais limita o impacto de intervenções isoladas e reforça a necessidade de estratégias integradas que articulem políticas sociais, promoção da saúde e fortalecimento da atenção primária para reduzir a carga da cárie dentária em populações vulneráveis [19, 21].

A utilização dos índices ceo-s e CPO-S permitiu aprofundar a análise da severidade da cárie dentária, ao captar a extensão do dano acumulado por superfície dentária, aspecto frequentemente subestimado em estudos que utilizam apenas indicadores dicotômicos de presença da doença. Pesquisas transversais realizadas com escolares de 5 e 12 anos, empregando esses mesmos índices, demonstram que tais medidas são mais sensíveis para identificar desigualdades sociais em saúde bucal, sobretudo em populações vulneráveis [4,9]. Nesse sentido, a maior carga de superfícies afetadas observada entre beneficiários do Programa Bolsa Família reforça a hipótese de que a vulnerabilidade social não apenas aumenta o risco de adoecimento, mas também intensifica a progressão e a gravidade da doença ao longo do tempo, mesmo diante de exposições comportamentais comparáveis [10,15].

Os achados deste estudo também dialogam com evidências que apontam limites das políticas de transferência de renda quando implementadas de forma isolada, sem articulação sistemática com ações de promoção da alimentação saudável e de cuidado preventivo em saúde bucal. Estudos ecológicos e observacionais realizados no Brasil indicam que, embora o Programa Bolsa Família esteja associado à ampliação do acesso a serviços de saúde, persistem desigualdades importantes nos desfechos bucais entre beneficiários e não beneficiários [7,12]. A literatura sugere que estratégias desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente quando integradas a ações intersetoriais de educação alimentar e acompanhamento longitudinal, apresentam maior potencial para reduzir desigualdades na severidade da cárie dentária [9,18]. Assim, os resultados aqui apresentados reforçam a necessidade de abordagens que considerem simultaneamente exposição e vulnerabilidade, superando intervenções focadas exclusivamente na mudança de comportamento individual.

Em síntese, os resultados deste estudo permitem afirmar que a condição de vulnerabilidade social, expressa pelo recebimento do Programa Bolsa Família, está associada a desigualdades de exposição e, sobretudo, de vulnerabilidade ao risco de cárie dentária. A interação entre padrões alimentares não saudáveis e contextos socioeconômicos desfavoráveis contribui para maior severidade da doença, indicando a necessidade de estratégias intersetoriais que articulem políticas de proteção social, educação alimentar e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com foco na redução das desigualdades em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Diniz AA, Silva IM, Gonçalves KB, Alves LCM, Monte I, Pequeno LL. Vulnerabilidade social e a cárie dentária na primeira infância. Arch Health. 2021;2(6):1550–1562. doi:10.46919/archv2n6-006;
2. Santos RC, Queiroz IQD, Andrade RS, Piovesan ETA. Impacto das condições socioeconômicas na saúde bucal de crianças e adolescentes socialmente vulneráveis. Saúde Coletiva (Barueri). 2025;15(94):15367–15380.doi:10.36489/saudecoletiva.2025v15i94p15367-15380;
3. Veras VA, Monte ER, Teixeira FS, Gurgel LRO, Silva JFM. Prevalência de cárie na infância e sua associação com fatores de risco. Rev Sustinere. 2024;12(2):976–994;
4. Marques PLP, Cavalcante AUM, Saraiva e Silva MPS, Simplicio IMP, Ramalho AMJN, Marques KBG. Factors associated with dental caries prevalence among socially vulnerable children. Braz J Clin Med Rev. 2025;3(1):bjcmr21. doi:10.52600/2763-583X.bjcmr.2025.3.1.bjcmr21;
5. Godoi PA. Influência de fatores ambientais na doença cárie no Brasil: uma revisão da literatura. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2025;
6. Heckert QCF, Golini NNC, Martins RC, Ferreira EF. Early childhood caries, family functioning, and common mental disorders in a region of Belo Horizonte, Brazil. *Arq Odontol.* 2023;59:e22. doi:10.35699/2178-1990.2023.45847;
7. Colvara BC, Ritzel IF, Aguiar VR, Hilgert JB, Celeste RK. Cobertura do Programa Bolsa Família e fatores associados à realização de procedimentos odontológicos no Brasil, entre 2007 e 2011: um estudo ecológico. Cad Saude Publica. 2023;39(7):e00200622. doi:10.1590/0102-311XPT200622;
8. Cunha RO, Silva VAN, Leite ICG. Atenção à saúde bucal de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família: um relato de experiência. HU Rev. 2021;47:1-5. doi:10.34019/1982-8047.2021.v47.34108;
9. Moraes RB, Sfreddo CS, Ardenghi TM. Impact of the Brazilian Family Health Strategy on child oral health-related quality of life: a cohort study. Braz Oral Res. 2021;35:e093. doi:10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0093;
10. Moura RNV, Paiva SM, Ramos-Jorge J, Pinto RS, Lara JVI, Barbosa MCF. Social inequities and dental caries in 5-year-old children: a study with results from SB Brasil 2023. Braz Oral Res. 2025;39(suppl 1):e046. doi:10.1590/1807-3107bor-2025.vol39.0046;
11. Zamarchi TG, Tolosa VL, Cassol IL, Rossato BU, Batista AK, Seerig LM. Determinantes sociais de saúde e doença cárie no Brasil: revisão de literatura. In: *Seminário de Pesquisa, Extensão e Inovação da Universidade Franciscana (SEPE)*; 2023; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Franciscana; 2023. doi:10.48195/sepe2023.27167;
12. Neves JA, Vasconcelos FADG, Machado ML, Recine E, Garcia GS, Medeiros MATD, et al. The Brazilian cash transfer program (Bolsa Família): a tool for reducing inequalities and achieving social rights in Brazil. Glob Public Health. 2022;17(1):26–42. doi:10.1080/17441692.2020.1850828;
13. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022;
14. Bomfim RA, Grieleitow LDC, Leite HQNC, Oliveira AB, Farias G, Moura L. Manual de uso do software de saúde bucal do Mato Grosso do Sul (SBMS) para levantamentos epidemiológicos e avaliações socioeconômicas. Campo Grande: SES/MS; 2025. p. 26;
15. do Amaral Junior OL, Braccini Fagundes ML, Hugo FN, Kassebaum NJ, do Amaral Giordani JM. Structural determinants of inequalities in untreated dental caries in the

Global Burden of Disease Study. PLoS One. 2025;20(6):e0325138. doi:10.1371/journal.pone.0325138;
16. Raymundo MLB, Araújo ECF, Silva RO, Lira Neto AC, Menezes LXB, Lucena EHG. Prevalence of dental caries and associated factors in children from a quilombola territory: an intersectional analysis. BMC Public Health. 2025;25:3453. doi:10.1186/s12889-025-24786-7;
17. Reyes-Lara RE, Curto A, Ribas-Perez D, Barbero-Navarro I, Rodriguez-Menacho D, Flores-Fraile J. Oral health status among children and adolescents from vulnerable populations: a cross-sectional study in Seville, Spain. Dent J. 2025;13:522. doi:10.3390/dj13110522;
18. Teixeira AKM, Souza Júnior PRB. Evolution of socioeconomic inequalities in oral health and use of dental services in adult population of Brazil between 2013 and 2019. *Cad Saude Publica.* 2025;41:e00162324;
19. Fernandes TO, Nunes LMN, Antunes LS, Küchler EC, Antunes LAA. Do income inequalities influence the relationship between dental caries experience and nutritional status in children and adolescents? A scoping review. *Port J Public Health.* 2025. doi:10.1159/000549569;
20. Martinelli DLF, Cascaes AM, Frias AC, Souza LB, Bomfim RA. Cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e uso de serviços odontológicos em adolescentes de Mato Grosso do Sul, 2019: estudo transversal. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(4):e20201140. doi:10.1590/S1679-49742021000400010;
21. Bomfim RA, Frias AC, Cascaes AM, Mazzilli LEN, Souza LB, Carrer FCA. Sedentary behavior, unhealthy food consumption and dental caries in 12-year-old schoolchildren: a population-based study. Braz Oral Res. 2021;35:e041. doi:10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0041.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN: 1679-4974 e-ISSN: 2237-9622
Editor: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde
Quarta Ed em Saúde Coletiva

Submeter um Artigo
Acessar
Sair ver menor do Revista
Acessar
Interessa
Todas as revistas

Tipos de documentos aceitos

A RESS aceita submissões de manuscritos nas seguintes seções. Os manuscritos devem ser submetidos em português e podem ter sido publicados como preprints, disponíveis em servidores confiáveis.

1. Artigo original - produtos com dados inéditos de pesquisa. Esse modelo inclui também relatos de experiência, investigação de surtos e outros artigos descritivos.
2. Artigo de revisão - revisão crítica e sistemática da literatura.
3. Ensaios - artigos de literatura científica, que avalie os referenciais, normativa ou outros tipos de estudos.
4. Artigo de opinião - comentário sobre artigos publicados na RESS ou sobre temas de saúde pública em geral.
5. Debate - artigo teórico ou empírico que discuta ideias, métodos ou conceitos científicos de interesse para o campo da saúde pública.
6. Perfis de liderança - entrevistas com personalidades da área da saúde pública.
7. Outros artigos - a critério do editor, serão publicados artigos publicados na revista, que poderão ser publicados por decisão do Conselho Editorial ou a convite do editor.
8. Carta metodológica - descrição de procedimentos metodológicos. Métodos inéditos inovadores e aprimoramento de métodos já descritos. Não devem ser meramente descritivos, mas sim apresentar uma análise crítica do método.
9. Carta ao leitor - para comentar artigos publicados na RESS nos últimos dois anos.

As modalidades a serem a carta somente podem ser submetidas mediante convite emitido por meio do sistema SciELO Publishing. Os artigos devem ser escritos em português, inglês ou espanhol, e devem ser submetidos em um dos três idiomas.

Além das modalidades acima, submetemos para comunidade científica, os editores são responsáveis para elaboração de publicações de interesse para o SUS. Essas publicações são: 1.500 palavras (Editorial); 3.500 palavras (Artigo); 5.000 palavras (as modalidades acima são RESS estão sucintamente abaixo. Em caso publicados e em manuscritos com citações bibliográficas). Os manuscritos devem ser escritos em português, inglês ou espanhol, e devem ser decisão dos editores.

Modalidade	Número de palavras	Número de tabelas e figuras/número de referências/Resumo
Artigo original	5.000	Até 5 / Até 30 / Sim
Nota de pesquisa	1.500	Até 3 / Até 20 / Sim
Revisão	5.000	Sem limite / Sem limite / Sim
Ensaios	5.000	Até 5 / Até 30 / Não
Artigo de opinião	1.500 (1.000 cada réplica ou tréplica)	Até 3 / Até 20 / Não
Carta	400	Até 2 / Até 5 / Não
Seção metodológica	2.500	Até 3 / Até 20 / Sim
Entrevista	5.000	Sem limite / Sem limite / Não

Contribuição dos autores

Os autores devem atender aos critérios de autoria em consonância com as deliberações do ICMJE, a saber:

- Concepção ou delineamento de estudo, ou coleta, análise e interpretação dos dados;
- Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
- Aprovação final da versão a ser publicada;
- Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Todos os autores indicados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. Todos os autores são responsáveis pela precisão e integridade de qualquer parte do trabalho.

A RESS adota o sistema de taxonomia CRediT (Contributor Roles Taxonomy) (CRediT, disponível em https://credit.niso.org/) em prol de fomentar a transparência.

Conceituação: Ideias; formulação ou evolução de metas e objetivos de pesquisa existentes.

Curadoria de dados: Atividades de gerenciamento para anotar (produzir metadados), limpar dados e manter dados de pesquisa (incluindo código de software, onde for necessário, para interpretar os dados propriamente dito) para uso inicial e posterior reutilização.

Análise formal: Aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados de estudo.

Aquisição de financiamento: Aquisição do apoio financeiro para o projeto que deu origem à publicação.

Investigação: Condução de processos de pesquisa e investigação, especificamente a realização de experimentos, ou coleta de dados/evidências.

Metodologia: Desenvolvimento ou conservação de metodologia, criação de modelos.

Administração de programa: Responsável pela gestão e coordenação do planejamento e execução da atividade de pesquisa.

Recursos: Provisão de materiais de estudo, reagentes, materiais de software, instrumentos, animais ou recursos de computação necessários para realizar as investigações.

Programas de computador: Programação, desenvolvimento de software; concepção de programas de computador; implementação de código de computador e algoritmos de suporte; testes de código existente; elaboração de componentes.

Supervisão: Responsabilidade de supervisão e liderança para o planejamento e execução da atividade de pesquisa, incluindo orientação para alem do grupo principal.

Validação: Verificação, seja como parte da atividade ou separadamente, da replicação/reprodutibilidade geral dos resultados/experimentos e outras produções da pesquisa.

Visualização: Preparação, criação ou apresentação do trabalho publicado, especificamente visualização/apresentação de dados.

Escrita – rascunho original: Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, especificamente redação do rascunho inicial (incluindo tradução substancial).

Escrita – revisão e edição: Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por parte do grupo de pesquisa original, especificamente revisão crítica, comentário ou revisão – incluindo etapas de pré ou pós-publicação.

Preparação do manuscrito

Após observar se o pesquisa se ativa as escolas de RESS, os autores devem escolher a modalidade e adequar o manuscrito de acordo com as instruções.

Os manuscritos devem ser redigidos em língua portuguesa, em espaço simples, fonte Time New Roman 12, no formato DOC ou DOCX (documento de Word).

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas Recomendações do ICMJE.

Para garantir a transparência de projeto e análise, a estrutura do manuscrito deve estar em conformidade com as recomendações específicas para o tipo de estudo, de acordo com a seu delineamento.

A relação completa dos guias encontra-se no site da *Enhancing the Quality and Transparency Of health Research* (https://www.equator-network.org/). Recomendamos, em especial, os seguintes guias, que devem ser utilizados conforme o delineamento se descreve da RESS:

- Estudos observacionais: *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), versão em inglês e português e outras;
- Revisões sistemáticas: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), versão em inglês e português;
- Estudos de base econômica: *Reporting of Studies Conducted Using Economic Evaluation Alongside Randomized Trials* (CHEERS), versão em inglês e português;
- Estudos de caso: *Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting* (GATHER), versão em inglês e português;
- Ensaios clínicos: *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT).

Outros documentos devem seguir o guia de redação técnica e científica da RESS e do ICMJE.

Formato de envio dos artigos

Os manuscritos devem ser submetidos à RESS por meio do Sistema SciloEditora, em documento único contendo:

- Modalidade identificar o tipo de manuscrito (ex.: artigo original, revisão).
- Título: informar o tema principal, delineamento(s), local e ano(s) de pesquisa, em consonância com o que de redação. Título em português, inglês e espanhol. Título em inglês e espanhol. Evitar siglas e não usar fórmulas no título.
- Resumo: redigido em português com até 250 palavras, estruturado em: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Resumo redigido em português com até 250 palavras, estruturado em: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Resumo em inglês e espanhol, com até 250 palavras, estruturado em: objetivo, métodos, resultados e conclusão.
- Palavras-chave/descritores: indicar de três a cinco palavras-chave, que devem ser escolhidas entre os termos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (http://decs.bvs.br/). Palavras-chave em português, inglês e espanhol, separadas por ponto e vírgula. Após, acrescentar a palavra-chave em português, inglês e espanhol, separadas por ponto e vírgula. Após, acrescentar a palavra-chave em português, inglês e espanhol, separadas por ponto e vírgula. Após, acrescentar a palavra-chave em português, inglês e espanhol, separadas por ponto e vírgula.
- Texto: o texto deve ser dividido em seções, de acordo com a estrutura do manuscrito. Os artigos originais devem ser divididos em: introdução, métodos, resultados e discussão

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SB-MS 2018-19: Levantamento das Condições de Saúde Bucal no Estado de Mato Grosso do Sul

Pesquisador: Rafael Aiello Bomfim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85647518.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.596.211

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de base estadual, com representatividade para a capital e para a região do interior do Estado de Mato Grosso do Sul. Com essa finalidade, serão realizados exames no município Campo Grande e sorteados 32 municípios que representarão o interior do estado (Unidade Primária de Amostragem – UPA) referentes a Domínios (capital e mais os 3 estratos referente a Macros Regiões do interior do estado). Na primeira e segunda etapa serão sorteados 32 escolas de ensino infantil e 32 escolas de ensino fundamental para cada uma das cidades; posteriormente, serão sorteadas 5 escolas de ensino infantil e 5 escolas de ensino fundamental em cada uma das cidades referentes ao estrato da três Macro Regiões do Estado.

Na terceira e quarta etapa, serão sorteadas 32 Unidades Básicas de Saúde de Atenção Primária ou da Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF) em cada domínio da capital. Para as três Macro Regiões do interior (Campo Grande, Três Lagoas e Dourados), serão sorteadas 5 Unidades Básicas de Saúde de Atenção Primária por município, totalizando 160 UBS/ESF. O plano amostral será por conglomerado em dois estágios de sorteio com

probabilidades proporcional ao tamanho (PPT) da população.

O estudo terá como parceiro para planejamento, operacionalização, etapas de campo e apuração dos dados pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso de Sul e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus Campo Grande, e Faculdade de Odontologia da Universidade de São

Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, busca-se conhecer as condições de saúde bucal da população do estado de Mato Grosso do Sul nos grupos etários em tela.

Como objetivos secundários, indicam-se: a) estimar, para a população de 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e, 65 anos e mais, a prevalência e a gravidade da cárie dentária em coroa; b) estimar, para a amostra pesquisada de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 anos e mais, a condição periodontal; c) estimar, para a amostra pesquisada de 12, 15 a 19 anos, a prevalência de oclusopatias; d) estimar a necessidade e uso de prótese nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 anos e mais; e) estimar, para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 anos e mais, a morbidade e severidade da dor de origem dentária; e f) obter dados que contribuam para caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção, os impactos da saúde bucal nas atividades diárias dos indivíduos, além de informações referentes ao capital social, Comportamento Sedentário, Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Disfunção TemporoMandibular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estimados pelo pesquisador são mínimos, como o constrangimento, mas o participante conta com a liberdade de desistir a qualquer momento. Já os benefícios dizem respeito a um melhor conhecimento da situação epidemiológica das condições de saúde bucal do estado de Mato Grosso do Sul, permitindo melhor organização dos serviços prestados à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta relevante, que visa a coletar informações das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamento de uma população, as quais podem propiciar condições para controlar as mudanças nos níveis ou padrões da doença identificadas. Atende a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no que esta prevê a utilização da Epidemiologia e as informações sobre o território, subsidiando o planejamento e atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais/responsáveis dos menores de idade e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE para as crianças menores;

Apresenta autorização da Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande, MS.

Justifica a não apresentação de autorização da Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso do Sul, em virtude de estudantes do Ensino Médio não serem atendidos nas escolas, mas nas Unidades Básicas de Saúde

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE para os participantes de "15-19 anos" e "35-44 anos e idosos" precisará ser desdobrado em um TALE (participantes de 15 a 17 anos) e dois TCLEs (participantes de 18-19 anos; e de 35 ou mais anos), com as devidas adequações de linguagem para cada um dos grupos, atendendo ao disposto na Resolução 466/2012-CNS. (ATENDIDO)

Além disso, torna-se necessário rever o texto ao final do 4º parágrafo desse Termo, pois não se pode condicionar o ressarcimento à solicitação do participante; também a parte final do 7º parágrafo carece de ser reformulada, pois pressupõe que a autorização seja para outro participante, e não o signatário do termo. (ATENDIDO)

Considerando-se a importância das autorizações dos locais de pesquisa, seria fundamental que até a submissão da versão para solucionar as pendências apontadas, o pesquisador já tivesse definido o sorteio dos outros municípios participantes e enviasse as autorizações das respectivas secretarias. (JUSTIFICADO)

Após análise dos itens da lista de adequações, manifesta-se pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1091003.pdf	04/04/2018 11:37:54		Aceito
Parecer Anterior	Respostapendencias.docx	04/04/2018 11:37:30	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantesSBMS18corrigido.docx	04/04/2018 11:33:50	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEparapaisSBMS2018corrigido.	04/04/2018	Rafael Aiello	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência	docx	11:33:34	Bomfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALESBMS2018corrigido.docx	04/04/2018 11:33:19	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	lista.xlsx	09/03/2018 17:22:36	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	AutorizacaoSEMED.jpeg	09/03/2018 17:08:59	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSBMS18certoCEP.docx	09/03/2018 16:59:32	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	resolucao.pdf	09/03/2018 16:58:37	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
Parecer Anterior	atacib.pdf	09/03/2018 16:54:12	Rafael Aiello Bomfim	Aceito
Folha de Rosto	folhaCEP.pdf	09/03/2018 16:52:41	Rafael Aiello Bomfim	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPO GRANDE, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador)