

ANA PAULA VIEIRA PERDIGÃO JARDIM

**SAÚDE BUCAL EM GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS:
*ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE***

**Faculdade De Odontologia
Universidade Federal De Minas Gerais
Belo Horizonte
2021**

Ana Paula Vieira Perdigão Jardim

**SAÚDE BUCAL EM GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS:
*ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE***

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Pública.

Orientadoras:

Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

Profa. Dra. Najara Barbosa da Rocha

Colaboradora:

Profa. Dra. Rosa Núbia Vieira de Moura

Belo Horizonte
2021

Ficha Catalográfica

J37s Jardim, Ana Paula Vieira Perdigão..
2021 Saúde bucal em gestantes e crianças de 0 a 5 anos:
T estratégias para promoção de saúde / Ana Paula Vieira
Perdigão. Jardim. -- 2021.

90 f. : il.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

Coorientadora: Najara Barbosa da Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Promoção da saúde. 2. Cárie dentária. 3. Criança. 4.
Saúde bucal. I. Ferreira, Efigênia Ferreira e. II. Rocha,

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB 6/2727.



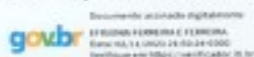
FOLHA DE APROVAÇÃO

SAÚDE BUCAL EM GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS:
estratégias para promoção de saúde

ANA PAULA VIEIRA PERDIGÃO JARDIM

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 28 de outubro de 2021, pela banca constituída pelos membros:



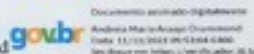
Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira Diniz – Orientadora
FO-UFMG

Najara Barbosa da Rocha
Rocha30351757805

Prof(a). Najara Barbosa da Rocha – Coorientadora
FO-UFMG

Prof(a). Camilla Aparecida Silva de Oliveira Lima
Centro Universitário Newton Paiva

Prof(a). Andreia Maria de Araujo Drummond
UFMG



Belo Horizonte, 28 de outubro de 2021.

Defesa Homologada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia em 08 / 11 / 2021.

Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Subcoordenador Programático de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG

Agradeço à Deus, dedico este trabalho a minha mãe que possibilitou minha formação, meu marido e filha pelo apoio e sustento.

AGRADECIMENTO

A Deus pela sua imensa graça e bençãos derramadas em toda a minha vida, que me permitiu percorrer caminhos e alcançar projetos grandiosos.

À minha família, em especial minha mãe Mariângela Vieira Perdigão, que se esforçou para possibilitar minha formação escolar e graduação, algo que parecia impossível. Agradeço por ser fonte de inspiração e grande mestre na capacidade de vencer obstáculos, com uma inabalável força interior e resiliência, além de ser exemplo e fonte de inspiração na docência infantil.

Ao meu marido Carlos Hermes Lima Jardim, que acompanha e apoia todo esse percurso desde a graduação, me incentivando e contribuindo para a construção de um sonho, mas muito além, um projeto profissional em parceria. Esteve presente em cada etapa da caminhada, nos percalços e nas vitórias, sempre otimista, com serenidade, sabedoria, extrema compreensão e cumplicidade.

À minha filha Sophia Vieira Perdigão Jardim, que me impulsiona e me fortalece a cada dia, cooperando na construção desse projeto. Colaborou com seus ensinamentos e sugestões em importantes etapas. Apesar da juventude, em momentos difíceis, tem sábias palavras que acalmam, um abraço e carinho que renovam e solidificam as forças para o percurso sinuoso.

Sou imensamente grata a minha orientadora Prof.^a Dr.^a Efigênia Ferreira e Ferreira, por ter impulsionado e abraçado esta ideia, pelos ensinamentos compartilhados na área de Saúde Coletiva, por mostrar o quão belo é a pesquisa qualitativa. A sabedoria, a orientação segura, precisa e humana na condução deste trabalho, a força e confiança depositados em mim durante o percurso formativo. Em todos os momentos acolheu minhas demandas e sempre me motivando a avançar. O carinho e amizade conquistados estabeleceram uma profunda relação e desenvolvimento de respeito, afeto e admiração, fonte de inspiração e constante motivação.

À minha Co-orientadora Prof.^a Dr.^a Najara Barbosa da Rocha, pela contribuição na condução do trabalho, no auxílio nas demandas solicitadas e apoio.

À minha Colaboradora Profa. Dra. Rosa Núbia Vieira de Moura agradeço por gerar esse projeto, pelo apoio incondicional em todos os momentos. Me acolheu de forma plena durante todo o percurso, facilitando a condução do trabalho,

incentivando e apoiando de forma significativa. Depositou confiança e me desafiou no percurso, envolvida em cumplicidade, fundamentais para minha evolução. A amizade e convivência se fortaleceram se tornando uma relação de confiança extrema. Aprendi com sua determinação, mas também me ensinou a refletir sobre o momento de pausar para prosseguir. Sempre conduzindo na construção de um trabalho significativo e crescente.

Todos os momentos construídos no mestrado ficarão marcados de várias formas na minha memória, vida e coração. Tantos ensinamentos, lições, reflexões, parcerias estabelecidas, amizades construídas, elos que marcaram esse percurso e essa etapa da minha formação. Foram momentos prazerosos, alguns difíceis, mas que me impeliram a caminhar para o propósito.

“Quando estamos motivados por metas que têm significados profundos, por sonhos que precisam ser realizados, por puro amor que precisa se expressar então nós vivemos verdadeiramente a vida.”

Greg Anderson

RESUMO

Crianças menores de cinco anos apresentam prevalência de cárie entre 30 e 50% no Brasil e no mundo, sendo quase todo esse percentual representado por cárie dentária não tratada. A saúde e o desenvolvimento das crianças, principalmente das menores de dois anos, têm consequências importantes para a vida adulta. Considerando que crianças nessa faixa etária necessitam de cuidados, esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção de profissionais de saúde e educação e pais ou responsáveis sobre a saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte. Saber o que pensam os profissionais de saúde, os responsáveis pelas crianças e a família sobre o cuidado e a saúde bucal é um dos componentes fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de ação mais eficazes para o enfrentamento dos problemas dessa faixa etária. Para tanto, o estudo utilizou uma abordagem qualitativa e, como instrumento de coleta de dados, o grupo focal, realizado com dois grupos: um com os responsáveis e outro com os profissionais. A análise de conteúdo foi realizada segundo *Graneheim e Lundman*, tomando como referencial teórico as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para essa faixa etária. Foram identificados três temas comuns a ambos os grupos: o papel do serviço, da família e da escola na produção da saúde. Os participantes consideraram que a responsabilidade pelo cuidado da criança é da família, juntamente com a escola e os serviços de saúde, e que esse cuidado deve começar desde a concepção, com a gestante. Esses resultados serão importantes para os profissionais de saúde, sociedade e para implementação de protocolos nos serviços.

Palavras-chave: Promoção de saúde. Cárie dentária. Crianças. Saúde bucal.

ABSTRACT

Oral health in pregnant women and children from 0 to 5 years: health promotion strategies

Children under five years have a prevalence of caries between 30 and 50% in Brazil and worldwide, with almost all of this percentage represented by untreated dental caries. The health and development of children, especially those under two years of age, have important consequences for their adult lives. Considering that children in this age group need to be cared for, this research aimed to understand the perception of health and education professionals and parents or guardians about the oral health of children aged 0 to 5 years, in a municipality in the metropolitan region of Belo Horizon. Knowing what health professionals and those responsible for children in the family think about care and oral health, is one of the fundamental components for the development of more effective action strategies to deal with problems for this age group. For this purpose, the study used a qualitative approach and, as an instrument for data collection, the focus group, carried out with two groups: one with the guardians and the other with the professionals. Content analysis was carried out according to *Graneheim and Lundman*, taking as a theoretical reference the guidelines of the National Oral Health Policy for this age group. Three themes common to both groups were identified: the role of the service, the family and the school in the production of health. Participants considered that the family is responsible for the care of the child, together with the school and health services, and that this care should start from conception, with the pregnant woman. These results will be important for health professionals, society and for the implementation of protocols in services.

Keywords: Health promotion. Dental caries. Children. Oral health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo Conceitual de CPI	21
Figura 2	Mapa da região metropolitana de Belo Horizonte com seus municípios.	28
Quadro 1	Etapas da Análise de Conteúdo	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

CA - *Cândida Albicans*

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

ceo-d - Índice de Dentes Decíduos Cariados, Extraídos e Restaurados

CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil

CPI - Cárie na Primeira Infância

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KM - Quilômetro

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

SB BRASIL - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

SB MINAS - Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira

S-CPI - Cárie Severa na Infância

SM - *Streptococcus mutans*

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
	1.1 Perfil Epidemiológico da Cárie na Primeira Infância.....	12
	1.2 Políticas Públicas para Cárie na Primeira Infância.....	14
	1.3 Cárie na Primeira Infância.....	17
	1.4 Os primeiros mil dias de vida.....	22
2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO.....	27
3	OBJETIVOS.....	31
	3.1 Objetivo geral.....	31
	3.2 Objetivos específicos.....	31
4	MÉTODO.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
	5.1 Artigo Científico.....	35
	5.2 Produto Técnico.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	67
	ANEXOS.....	75

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Perfil epidemiológico da cárie na primeira infância

Diante do quadro atual de prevalência de cárie na primeira infância (CPI) e a ausência de mudanças nestes índices, nos últimos anos, existe a necessidade de intervir neste grupo, de modo a mudar o perfil epidemiológico desta população.

São pouco representativos os achados para prevalência mundial de cárie na primeira infância. Dados epidemiológicos de uma pesquisa nacional realizada nos Estados Unidos em 2011 e 2012 indicam claramente que a CPI permanece altamente prevalente em crianças pré-escolares americanas pobres e próximas da pobreza (DYE *et al.*, 2015). Relatórios gerais de vários países mostram que a prevalência de CPI em crianças de 2 e 3 anos de idade é de aproximadamente 12% e 27%. Em crianças de 4 a 6 anos de idade, a prevalência geralmente varia de 27% a 48%, com mais de 76% de prevalência no Oriente Médio. Comunidades indígenas na Austrália, Estados Unidos e Canadá têm altas taxas de prevalência CPI de 60% a 90% (SEOW, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que mais de 530 milhões de crianças no mundo sofrem de cárie dentária não tratada na dentição decídua, sendo as taxas de cárie na primeira infância maiores entre os indivíduos em situação de vulnerabilidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Usando os critérios da OMS, descobrimos que a cárie na primeira infância atinge 48%, quase metade, dos pré-escolares e sua distribuição é global, com variações geográficas (URIBE; INNES; MALDUPA, 2021).

Estudo em Hong- Kong verificou que a prevalência de cárie na primeira infância entre crianças de 5 anos diminuiu de 63% em 1993 para 55% em 2017. Não houve nenhuma mudança significativa na prevalência da doença nas últimas duas décadas (CHEN *et al.*, 2019). Encontrou como resultados a média de ceo-d 2,7 aos 5 anos e prevalência de 90% dos dentes cariados não tratados (CHEN *et al.*, 2017). A prevalência de cárie dentária entre crianças de 5 anos na China e Tailândia foi de 79% e 81%, respectivamente (LIN *et al.*, 2017). No Reino Unido, a prevalência de cárie dentária em crianças de 5 anos variou de 27% a 41% em 2014, enquanto a prevalência foi 12de 44% em 2015 na Austrália (BLINKHORN *et al.*, 2015; MONAGHAN *et al.*, 2014).

Relatório sobre a conferência de cárie na primeira infância da Associação Internacional de Odontologia Pediátrica, realizada em 2018, avaliou dados de 72 estudos mundiais de 1998 a 2018, que mediram a prevalência de cárie em crianças em idade pré-escolar. O dado mais significativo foi que a prevalência média de cárie para crianças de 1 ano foi de 17% e aumentou para 36% em crianças de 2 anos. Além disso, as prevalências médias de cárie nas crianças de 3, 4 e 5 anos foram 43%, 55% e 63%, respectivamente. Critérios diferentes usados para identificar cáries, métodos diferentes de exame e falta de calibração do examinador tornaram esses achados imprecisos. No entanto, é observado que CPI tem prevalência alta e alto índice de dentes sem tratamento em crianças menores de três anos. Isso causa um grande impacto na saúde infantil, bem como custos para a sociedade (TINANOFF *et al.*, 2019).

Os levantamentos epidemiológicos realizados nos anos de 2003 e 2010, denominados Projetos SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004a) e SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), analisaram as condições de saúde bucal da população brasileira, com o propósito de obter dados necessários para o planejamento de ações municipais e estaduais, com base na realidade observada. O SB Brasil 2003 apresentou média de ceo-d de 2,8, 40,63% de crianças livres de cárie e proporção de 80% de dentes não tratados na idade de 5 anos.

Apesar da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal-PNSB, Projeto Brasil Sorridente, em 2004 (BRASIL, 2004b), os resultados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) mostraram que ainda existem problemas relacionados à cárie dentária. Um dos resultados de maior impacto foram os relativos à dentição decídua, visto que o ceo-d/CPO-D em crianças de 5 anos foi, em média, 2,43 dentes, sendo que menos de 20% dos dentes apresentando cavidades cariosas estavam tratados no momento dos exames. Comparando estes resultados com o levantamento anterior, em 7 anos a redução do ceo-d/CPO-D foi de 13,9%. A proporção de dentes não tratados se manteve no patamar de 80%. Não houve aumento significativo na frequência de crianças livres de cárie aos cinco anos, o percentual foi de 46,6, um ganho de 6% em relação à 2003.

No inquérito epidemiológico realizado em Minas Gerais, SB Minas 2012 (PINTO *et al.*, 2018), foi observado, aos 5 anos, índice ceo-d de 2,1, sendo que o componente cariado representou 71,1% deste índice. A frequência de crianças de 5 anos livres de cárie foi maior nos municípios do interior do que na capital.

1.2 Políticas públicas para cárie na primeira infância

A importância de um diagnóstico nacional ou municipal se relaciona ao estabelecimento de políticas públicas e prioridade das ações, adequadas à realidade observada. A epidemiologia pode ser um potente auxiliar nesta perspectiva (DRUMOND Jr, 2003). O papel da epidemiologia pode ser nulo, de pequena relevância ou, ao contrário, bastante valorizado (PEREIRA, 1995).

Uma epidemiologia não genérica e criativa pode dar substancial contribuição, em parceria com outras áreas, seja valorizando objetos de relevância, avaliando políticas voltadas às prioridades assumidas ou mesmo contribuindo para avaliar tecnologias e custos. Nesse sentido, mais do que como definidora de prioridades, a epidemiologia pode ser muito útil como instrumento de avaliação da abordagem das prioridades assumidas. Estabelecidas as prioridades e intenções e desenvolvidas as ações, é preciso avaliar as respostas, e a epidemiologia pode contribuir para fornecer a informação para algumas delas (DRUMOND Jr, 2003).

Além da PNSB, foram adotadas outras medidas políticas, para diminuir as desigualdades sociais e econômicas da população brasileira, porém isto não culminou na diminuição da prevalência de cárie, conforme demonstrado nos inquéritos epidemiológicos de saúde bucal, já realizados (BRASIL, 2004a, 2011, PINTO *et al.*, 2018). Evidenciou-se a necessidade de inserção do atendimento odontológico para a faixa etária de 5 anos, visto elevado percentual de cáries não tratadas, nesta idade.

Uma das políticas adotadas foi a criação do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2009) implantado em 2007, como estratégia de uma política intersetorial na perspectiva de atenção integral à saúde da criança, adolescentes e jovens do ensino básico público no âmbito das escolas. Com a parceria das equipes de saúde da família eram programadas ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Este programa instituiu ações de saúde bucal como levantamento de necessidades, ações coletivas de escovação supervisionada, encaminhamento para tratamento nas Unidades Básicas de Saúde, inserção de ações de promoção de saúde no projeto político pedagógico das escolas, atividades pedagógicas com temas de saúde bucal, capacitação de professores, desenvolvimento de política de ambientes saudáveis nas escolas.

A atuação do Programa Saúde na Escola deve ser interdisciplinar, envolvendo a equipe de saúde bucal, demais membros da Equipe de Atenção Básica

e profissionais de educação. O objetivo é a atenção integral à saúde da comunidade escolar pela ação conjunta, complementar e integrada, de acordo com as necessidades e demandas dessa população. É necessária para o planejamento das ações a participação de todos os profissionais envolvidos da saúde e da educação, famílias e membros da comunidade local, inclusive no desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal, o que favorece a gestão participativa das ações do referido programa. Essa participação direta é essencial para o reconhecimento de necessidades e desenvolvimento de atividades coletivas na escola de forma sustentável (BRASIL, 2016).

A PNSB completou 13 anos em 2017, com algumas transformações no período, podendo ser considerada como frágil a sua institucionalização, apesar de sua grande expansão. Em 2003, eram apenas 617 Equipes de Saúde Bucal (ESB), com cobertura populacional ainda incipiente. Em 2017, eram 25.905 ESB presentes em 5.029 municípios, representando 36,7% de cobertura populacional potencial. Desde o início da PNSB, os dados de implantação de ESB mostram que somente no ano de 2016 houve redução de equipes. No período de 2015 a 2017, os resultados apontaram redução dos indicadores monitorados para Atenção Básica (AB) como: cobertura populacional ESB (2,9%), cobertura de primeira consulta odontológica programática (43,2%), cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada (42,9%) e cobertura populacional de ESB (2,9%) (CHAVES *et al.*, 2018).

Os dados de dezembro de 2020 mostram 43.286 equipes de Saúde da família vinculadas a uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), 8.639 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 2.180 equipes em função da adesão ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Em junho de 2021, são 31.086 equipes de Saúde Bucal vinculadas a uma equipe da Estratégia Saúde da Família, 7.649 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESFSB equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 1.478 equipes em função da adesão ao PMAQ. A população coberta pela ESFSB é de 45,29% (BRASIL, 2020, 2021).

O movimento das associações de classe odontológica ainda não assumiu a saúde bucal como direito de todos, tendo o mercado privado ainda como dominante, não fortalecendo assim a Odontologia Pública. Além disso, a instabilidade política é outro fator inibitório à manutenção da PNSB, com sucessivas mudanças na

coordenação do Ministério da Saúde e a mudança na Presidência da República. O governo Temer implementou a política de ajuste fiscal com cortes progressivos de recursos da saúde e educação, criação de Grupos de trabalho para implementação de Planos de Saúde acessíveis, a Emenda Constitucional 95 e nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (CHAVES *et al.*, 2018).

Os anos anteriores ao Brasil Sorridente (1994-2002) foram poucas as ações em saúde bucal, sendo o avanço do processo de descentralização do sistema de saúde nesse período um elemento importante para potencializar a capacidade dos municípios em responder às demandas da saúde bucal da população. Houve um significativo incremento no financiamento federal da política, sobretudo no período de 2003 a 2005, em que os gastos com investimentos em saúde bucal passaram de 56,5 para 427 milhões por ano, chegando a 600 milhões em 2008 (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

No período 2015-2017, verificou-se certa manutenção do financiamento federal, porém é importante observar haver inconsistência nos dados já que o financiamento e a implantação se mantiveram estáveis no período, observa-se uma redução dos resultados nos indicadores dos serviços de saúde. Para melhor compreensão desse achado é necessário aprofundar o estudo do financiamento, ampliar os indicadores de resultados e avançar na análise regional da política (CHAVES *et al.*, 2018).

Nas últimas décadas, duas importantes intervenções em saúde bucal foram fortemente expandidas em todo o País, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde, inclusive de saúde bucal. A fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) superaram a restrição histórica dessa modalidade assistencial ao grupo materno-infantil, notadamente aos escolares. Porém estas mudanças, políticas e intervenções não alteraram significativamente o perfil de cárie na primeira infância (ANTUNES; NARVAI, 2010).

O Bolsa Família é um programa para combate à pobreza e à desigualdade no Brasil, criado em outubro de 2003, possui três eixos principais: complemento da renda; acesso a direitos e articulação com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias. O valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios previstos no Programa Bolsa Família. Os tipos e as quantidades de benefícios que cada família recebe dependem da composição

(número de pessoas, idades, presença de gestantes etc.) e da renda da família beneficiária (BRASIL, 2015).

1.3 Cárie na primeira infância

Cárie na primeira infância (CPI) é um termo utilizado para determinar o acometimento de lesão cariosa em crianças na idade pré-escolar. O termo define a idade do grupo afetado, caracterizando-se como uma doença de rápido desenvolvimento e que acomete superfícies dentárias (PITTS *et al.*, 2019; RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005). A cárie dental é a doença crônica mais comum na infância, consistindo em um grande problema para a saúde pública mundial (CHEN *et al.*, 2019). Um fator importante que deve ser levado em consideração é que ela pode ser prevenida, controlada ou mesmo revertida (LOSSO *et al.*, 2009).

Cárie na primeira infância é definida como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 6 anos de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de 3 anos de idade, é considerada cárie severa na infância (S-CPI). Essa é de natureza rompante, aguda e progressiva. Também é considerada cárie severa na infância se, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos, respectivamente. A cárie severa na infância substituiu o termo anteriormente conhecido como "cárie de mamadeira" (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD), 2018-9, 2020). O termo atualmente usado é cárie na primeira infância (CPI) que implica em uma doença mais complexa, relacionada ao consumo frequente de açúcar no ambiente de bactérias aderentes ao esmalte, mas que não está necessariamente relacionada à alimentação com mamadeira (TIANOFF *et al.*, 2019).

A consulta global da OMS sobre Intervenção de saúde pública contra a cárie na primeira infância, realizada na Tailândia em 2016, sugeriu a seguinte definição: "A cárie na primeira infância é caracterizada pela presença de uma ou mais superfícies dentais cariadas (lesões cavitadas ou não cavitadas), ausentes (devido à cárie) ou restauradas em qualquer dente decíduo em criança com menos de 6 anos de idade. Demonstrou-se que essas crianças com CPI apresentam muitos dentes afetados por doença progressiva (PHANTUMVANIT *et al.*, 2018). As consequências

da CPI incluem um maior risco de dor ou desconforto, abscessos, lesões de cárie nas dentições decídua e permanente, risco de atraso no crescimento e desenvolvimento físico, aumento dos dias com atividade restrita e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD), 2021; PERES *et al.*, 2019; PHANTUMVANIT *et al.*, 2018).

A Associação Internacional de Odontologia Pediátrica em reunião com 11 especialistas, elaborou a declaração de Bangkok em 2019, mantendo como definição de cárie na primeira infância a presença de uma ou mais superfícies cariadas (lesões não cavitadas ou cavitadas), ausentes ou restauradas (devido à cárie), em qualquer dente decíduo de uma criança menor de seis anos de idade. Relata que os dentes decíduos mantêm o espaço para os dentes permanentes e são essenciais para o bem-estar da criança, uma vez que a cárie dentária nos dentes decíduos pode causar dor crônica, infecções e outras morbidades. A cárie na primeira infância é evitável, mas atualmente afeta mais de 600 milhões de crianças em todo o mundo e permanece sem tratamento. Essa doença tem grande impacto na qualidade de vida das crianças e de suas famílias e é um fardo desnecessário para a sociedade (PITTS *et al.*, 2019).

CPI é uma doença evitável, global e crônica não transmissível (DCNT) de importância médica, social e econômica. Apresenta alta prevalência e impacto na saúde pública visto ter influência significativa sobre indivíduos, famílias e sociedades. Difere da cárie dentária em crianças mais velhas e adultos em seu rápido desenvolvimento, sua diversidade de fatores de risco e no controle de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A cárie em crianças pré-escolares é um assunto de grande importância, uma vez que afeta expressivamente a população, com desvantagens socioeconômicas, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Também é considerado um problema de saúde pública, que acomete as comunidades desfavorecidas dos países subdesenvolvidos e industrializadas, onde a desnutrição é um fator comum e de grande relevância (RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

As consequências da cárie na primeira infância incluem um maior risco de novas lesões de cárie em ambas as dentições, mais hospitalizações e consultas de urgência, custos aumentados de tratamento, risco de atraso no crescimento físico e desenvolvimento, perda de dias de escola e aumento de dias com atividade restrita, diminuição da capacidade de aprender, impacto na qualidade de vida (AMERICAN

ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD), 2018-9; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Comunidades de nível socioeconômico baixo frequentemente estão susceptíveis à alta prevalência de cárie, considerando que a renda familiar pode afetar a aquisição de alimentos ricos em nutrientes para mães e crianças e, consequentemente, alterar o desenvolvimento dentário. Na dieta, ficou evidenciada a baixa ingestão de frutas e verduras, bem como o retardo na introdução de alimentos sólidos, fazendo com que as crianças fossem alimentadas, quase que exclusivamente, por mamadeira (RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005).

O defeito de esmalte é um importante fator etiológico estatisticamente significativo no desenvolvimento da cárie, acredita-se ser esse achado de grande relevância, predispondo o elemento dentário ao desenvolvimento da doença (CAUFIELD; LI; BROMAGE, 2012; KIRTHIGA *et al.*, 2019). Estudo encontrou alta prevalência de cárie (49,2%) em percentual de 79,9% de crianças que apresentavam defeito no esmalte, sendo o único fator etiológico estatisticamente significativo no desenvolvimento da cárie. Outro achado foi alta prevalência de cárie na primeira infância em crianças de nível socioeconômico baixo corrobora a hipótese de Horowitz, segundo a qual a desnutrição origina defeitos de esmalte (HOROWITZ, 1998; RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005). Chaves ao avaliar, em seu estudo longitudinal, o estado nutricional de 228 crianças aos 24 meses de idade encontrou que 15,4% das crianças examinadas mostravam algum desequilíbrio nutricional e que 91,4% destas tinham defeito estrutural no esmalte (CHAVES, 2003). Os dentes recém erupcionados, devido ao seu esmalte imaturo, e dentes com hipoplasia do esmalte podem estar em maior risco de desenvolver cárie (LARANJO *et al.*, 2017).

A cárie dentária é uma patologia crônica, de etiologia multifatorial, resultante da atividade de bactérias específicas que aderem à superfície dentária, principalmente *Streptococcus mutans* (SM), que metabolizam açúcares para a produção de ácido que, ao longo do tempo, desmineraliza o esmalte (DOUGLAS; DOUGLASS; SILK, 2004). Altos níveis de SM é um dos fatores de risco de maior associação com cárie infantil nos países de categoria renda alta ou média alta (KIRTHIGA *et al.*, 2019).

Streptococcus mutans possivelmente seja transmitida verticalmente pelo cuidador da criança através do contato salivar, afetado pela frequência e quantidade de exposição. Bebês cujas mães têm altos níveis de SM, resultado de cárie não

tratada, correm maior risco de adquirir o organismo mais cedo do que crianças cujas mães têm baixos níveis. A transmissão horizontal entre outros membros de uma família ou crianças em creche também ocorre (BASTOS *et al.*, 2015; BERKOWITZ, 2006). Uma revisão sistemática e meta análise confirmou a transmissão horizontal de SM entre crianças em casa ou escola, aquelas que compartilharam um genótipo tiveram menor risco de cárie dentária em relação às que compartilharam mais de um genótipo (MANCHANDA *et al.*, 2021). Um fator de risco associado à etiologia microbiana é alto consumo de açúcares, responsável pela permanência do SM na cavidade bucal (MOYNIHAN; KELLY, 2014).

Crianças colonizadas com *Streptococcus mutans* em tenra idade têm maior risco de cárie na primeira infância que crianças em idade mais avançada (PLONKA *et al.*, 2013; ZHOU *et al.*, 2012). A virulência do SM está associada com a capacidade de gerar grandes quantidades de ácido e alta tolerância a ácidos (LOESCHE, 1986). O SM utiliza sacarose para produzir polissacarídeos que permitem forte adesão à superfície do dente e aumentar a patogenicidade do biofilme (SEOW, 2018).

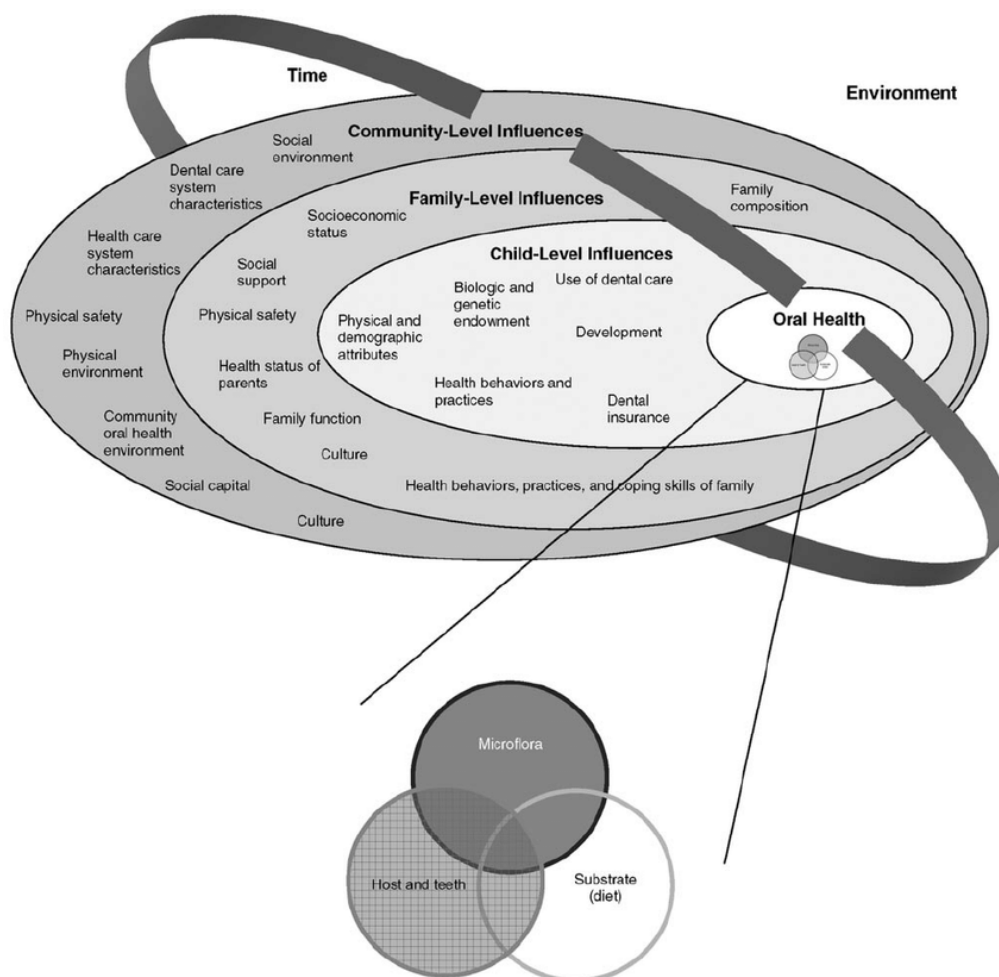
A família tem influência na definição de comportamentos de saúde oral e tem um papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos e dos conhecimentos da criança. *Streptococcus mutans* e espécies de *Lactobacillus* são incluídos nos marcadores de risco microbiano para cárie na primeira infância (KANASI *et al.*, 2010; NEVES *et al.*, 2015). Um estudo reportou que *Candida albicans* (CA) desempenha um papel importante na progressão da cárie e está associado à cárie na primeira infância (ZHANG *et al.*, 2018). Uma revisão sistemática verificou associação de níveis mais altos de CA oral com maior chance de cárie na primeira infância em comparação com aqueles sem CA (XIAO *et al.*, 2018).

Sendo a cárie uma doença de etiologia complexa e multifatorial, são vários fatores interligados e concomitantes, como microrganismos presentes, virulência dos mesmos, frequência do consumo de sacarose, uso de fluoretos, higiene bucal adequada e outros fatores contextuais, como socioculturais e ambientais, além do acesso aos serviços odontológicos. Há atuação conjunta e antagônica de fatores de risco e fatores protetores na etiologia e desenvolvimento da cárie na primeira infância (MANCHANDA *et al.*, 2021; SEOW, 2018).

Segundo Fisher-Owens e colaboradores (2007) além dos fatores já citados anteriormente, há outros ligados a etiologia e prevenção da CPI como fatores comportamentais, biológicos, genéticos e econômicos. Essa interação complexa

designamos como determinantes sociais da saúde, representada abaixo pela figura designada de Modelo Conceitual da cárie na primeira infância (FISCHER-OWENS *et al.*, 2007). São determinantes da saúde os fatores genéticos e biológicos, ambiente social, ambiente físico, comportamentos de saúde, atendimento odontológico e médico. Deve-se considerar a temporalidade, a susceptibilidade individual e a resiliência. Para abordar os problemas em saúde bucal, são necessárias abordagens holísticas em vários níveis, observando a influência individual, familiar e comunitária.

Figura1 - Modelo Conceitual de CPI: Influência a nível da criança, família e comunidade nos resultados da saúde bucal da criança



Fonte: FISHER-OWENS *et al.*, 2007

Segundo a mesma autora, os modelos tradicionais de determinação da doença têm sido insuficientes para identificar as causas estruturais da alta incidência e prevalência de CPI em populações, tendo, portanto, uma capacidade limitada de prevenir a doença. Isso gera um contexto complexo no cuidado e prevenção à CPI,

fazendo com que ocorra ampla discussão com todos os responsáveis pelo cuidado para ajustar suas orientações, implementar técnicas adequadas para obter melhores resultados e adesão da família (FISHER- OWENS, 2014).

A Academia Americana de Pediatria através da sua política enfatiza a importância dos determinantes sociais e as desigualdades existentes na saúde bucal infantil. Alguns fatores influenciam na saúde como o capital social, rede de apoio, pobreza, insegurança alimentar e condições de moradia (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD), 2020). A etiologia da CPI é complexa devido à teia de vários níveis de fatores que direcionam os mecanismos de risco. As abordagens de intervenção incluem mudar comportamentos pessoais, trabalhar com famílias e cuidadores e instigar soluções de saúde pública, como a criação de ambientes de apoio que promovam a equidade e reduzam as desigualdades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

1.4 Os primeiros mil dias de vida

O conceito de mil dias surgiu na série Lancet, em 2008 ao considerar o período de mil dias como o tempo transcorrido entre a concepção e os dois anos de vida da criança. Este período oferece uma “janela de oportunidade” única para o investimento no desenvolvimento da criança, com resultados em longo prazo ao nível da saúde e da produtividade de uma sociedade (UNICEF, 2015).

A nutrição e a estimulação nos primeiros cinco anos de vida são pontos chave no desenvolvimento cerebral e interferem no pleno desenvolvimento da criança, contribuindo na formação de adulto saudável (NEVES *et al.*, 2015). Diante disso, ações individuais e coletivas e políticas governamentais com atuação neste período são cruciais para a saúde dos indivíduos (DA CUNHA; LEITE; DE ALMEIDA, 2015).

Os primeiros dois anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da criança e de hábitos alimentares saudáveis, que impactam e repercutem positivamente no futuro e na saúde do adulto. As crianças, além da nutrição adequada, precisam ter ambiente propício e acolhedor para desenvolver laços fortes com os familiares, lançando as bases para o completo desenvolvimento. Focar nesta etapa da vida, a primeira infância, aumenta as chances de a criança ter vida mais saudável e produtiva no futuro, fortalecendo as famílias, as comunidades, diminuindo a pobreza, aumentando a qualidade de vida (DA CUNHA; LEITE; DE ALMEIDA, 2015).

Stephen Lye afirmou: “Historicamente, as intervenções para a primeira infância se concentram nas crianças em idade pré-escolar. Entretanto, agora sabemos que as intervenções que incluem o período anterior à concepção e os primeiros dois anos de vida podem reduzir de forma significativa os efeitos adversos sobre o crescimento e a saúde e ajudam as crianças a alcançar seu pleno potencial do ponto de vista de desenvolvimento (RICHTER *et al.*, 2016).

Linda M. Richter fala das evidências dos estudos em relação a necessidades de beneficiar mulheres grávidas e crianças pequenas, melhorando o desenvolvimento infantil formando adultos saudáveis, com qualidade de vida e produtivos. Sendo assim, necessário e fundamental investir nesta etapa para alcançar desenvolvimento maior das comunidades (RICHTER *et al.*, 2016).

Os pais têm uma oportunidade rara de influenciar o desenvolvimento dos filhos e de ajudá-los a se tornarem adultos mais saudáveis. Mas é preciso estar atento e agir rápido. Essa chance surge cedo e dura pouco. Começa na concepção e segue por apenas mil dias – os 270 da gestação mais os 730 dos dois primeiros anos de vida. Em princípio, a possibilidade de fazer uma criança que nasce com boa saúde crescer desse modo e assim permanecer por décadas exige a adoção de medidas aparentemente simples: oferecer proteção e aconchego ao bebê e alimentá-lo adequadamente (ZORZETTO, 2011).

A gestação é um período muito importante para a saúde da criança e do futuro adulto. Além de outras características bem conhecidas do comportamento da mãe (fumo, consumo de álcool ou drogas, exposição a poluentes, estresse), evidências crescentes sugerem que um dos fatores ambientais que mais contribui para o desenvolvimento fetal e humano é a nutrição materna, a partir da gravidez ao longo do período de amamentação (EL BEITUNE *et al.*, 2020; GODFREY e BARKER, 2000).

Quando os suprimentos de nutrientes placentários (incluindo oxigênio) são insuficientes, uma restrição de crescimento intrauterino é estabelecida: o feto, a fim de poupar recursos nutricionais, limita irremediavelmente seu padrão de crescimento e modulam suas vias metabólicas com potenciais resultados prejudiciais para a vida mais tardia (obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes) (MORRISON *et al.*, 2010).

A OMS enfatiza a importância da saúde bucal e das intervenções com uma abordagem do curso de vida desde a gestação da mãe até o nascimento dos filhos e

a abordagem dos fatores de risco compartilhados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A gravidez é o momento que a mulher está motivada com a sua saúde e do bebê. Além disso, os efeitos da gravidez podem gerar lesões cariosas ou alterações periodontais. Deve-se priorizar o atendimento da gestante, estabelecendo hábitos saudáveis e recuperando a saúde bucal que favorece os cuidados com o bebê (FISHER-OWENS, 2019).

Após o nascimento, o aleitamento materno exclusivo é recomendado até os 6 meses de vida e continuação combinada até os 2 anos, ao completar os mil dias. Se alimentando do leite materno, o bebê não precisa consumir chá, sucos ou água. O leite materno já contém a água que o bebê necessita, mesmo em locais muito quentes. A criança que só mama no peito até o sexto mês cresce, tem mais saúde, adoece menos e desenvolve melhor o cérebro (UNICEF BRASIL, 2020).

Mais rico em açúcares e gorduras do que o leite de vaca, o leite humano contém ainda níveis adequados de proteínas e outros nutrientes para o bebê, além de mais de uma centena de compostos imunologicamente ativo (BRASIL, 2019; VICTORA *et al.*, 2008). A OMS enfatiza a importância do aleitamento materno, seguindo após 6 meses com alimentação complementar adequada, outras bebidas e uso de fórmula infantil (PHANTUMVANIT *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Vários benefícios do aleitamento materno são elencados, como diminuição na morbimortalidade por diarreias e infecções respiratórias, menos risco de obesidade na infância e de hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia na vida adulta (BRASIL, 2009, 2019; ZALEWSKI *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática sobre o impacto dos fatores de risco modificáveis na cárie na primeira infância revelou que a amamentação até 2 anos não está associada a um maior risco de CPI. Os alimentos usados na alimentação complementar e a mamadeira não devem conter açúcar, sendo importante adotar estratégia de educação em saúde para pais e cuidadores a fim de orientar e prevenir a CPI (MOYNIHAN; KELLY, 2014).

Os resultados de estudo de coorte prospectivo mostraram que a amamentação por mais de 12 meses está associada com maior risco de cárie dentária e aumento de ceo-d aos 6 anos de idade quando acrescida da alimentação noturna com mamadeira (VAN MEIJEREN-VAN LUNTEREN *et al.*, 2021). Corroborando com

os dados de uma revisão sistemática que também fizeram associação de maior risco de cárie com amamentação noturna e com maior frequência (THAM *et al.*, 2015).

Nos dois primeiros anos a criança ainda tem oportunidade de crescer acima da média e se tornar um adulto saudável se, além da amamentação adequada, receber imunização e boa assistência à saúde. Nessa fase crucial do desenvolvimento, os órgãos ainda se encontram em formação: os ossos estão se alongando, os músculos se fortalecendo e o cérebro ganhando volume (atinge 70% do tamanho final no segundo ano) (VICTORA *et al.*, 2008).

A história nutricional de um indivíduo, ligada ao desenvolvimento de um estado saudável, começaria muito cedo. Desde a gestação e no decorrer dos dois anos, os hábitos alimentares maternos, o tipo de amamentação e as principais fases da nutrição na fase evolutiva representam aqueles momentos sensíveis, essenciais para o desenvolvimento de importantes alterações endócrinas, metabólicas, imunológicas, mais conhecidas como síndrome metabólica. Essa condição representaria a base fisiopatogenética para explicar uma série de transtornos, conhecidos como doenças não transmissíveis, como obesidade, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular e todas aquelas condições que hoje afetam a saúde da maioria das populações onde as novas condições ambientais e aumento da disponibilidade de alimentos está mudando os hábitos alimentares, com impactos de saúde pública de longo alcance (AGOSTI *et al.*, 2017).

A alimentação complementar se inicia aos seis meses com a introdução de novos alimentos na dieta do bebê, como água, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, com variedade de todos os grupos de alimentos. Precisa ser bastante diversificada e atrativa para desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis que perpetuarão por toda a vida. Não deve ser introduzido o açúcar nesta fase, devido ao fato que o bebê que experimenta açúcar nos primeiros dois anos vai ter maior preferência por doces e alimentos não saudáveis por toda a vida (BRASIL, 2019; UNICEF, 2020).

Além das consequências metabólicas, a ingestão nutricional desequilibrada também pode influenciar o desenvolvimento cerebral e neurocognitivo (NON *et al.*, 2016). Além disso, o suporte nutricional também pode modular o desenvolvimento imune e a composição da microbiota intestinal, levando à desregulação autoimune ou a doenças alérgicas (GOLDFREY; GLUCKMAN; HANSON, 2010; LALLES, 2012).

Os primeiros 1000 dias são um período crítico para o desenvolvimento global da criança, em particular ao nível cognitivo. Além dos impactos da primeira infância na nutrição, saúde e educação, há ainda fortes evidências de relações positivas entre os subsídios com enfoque nas famílias com crianças e o desenvolvimento na primeira infância, os comportamentos de risco por parte dos jovens, as estratégias de subsistência e economia local, a participação e coesão social, entre outros (UNICEF, 2015).

O desenvolvimento na primeira infância é um processo multidimensional em que o progresso em um domínio muitas vezes atua como catalisador para o progresso em outros domínios (NAUDEAU *et al.*, 2011). Atrasos em uma área de desenvolvimento também podem catalisar atrasos em outras áreas. São quatro os domínios que sofrem influência do desenvolvimento infantil: físico, cognitivo, linguístico e socioemocional (DA CUNHA; LEITE; DE ALMEIDA, 2015).

Com nutrição adequada e desenvolvimento saudável são esperados resultados importantes em Saúde Pública, tais como redução da taxa de mortalidade e morbidade infantis, melhor desenvolvimento cognitivo, motor e socioafetivo, melhor do aprendizado, no adulto aumento de estatura e redução na obesidade e doenças crônicas degenerativas, maior produtividade (LUTTER; PEÑA-ROSAS; PÉREZ-ESCAMILLA, 2013).

As dificuldades no controle e prevenção da cárie na primeira infância estão em identificar e trabalhar os fatores de risco culturais, ambientais e comportamento de risco individual. As intervenções devem ser integradas aos cuidados primários existentes pelo fato de trabalhar na base do problema (PHANTUMVANIT *et al.*, 2018). Atenção primária é a porta de entrada do serviço e da atenção em saúde, principalmente no caso de crianças de 0 a cinco anos de idade, que buscam as Unidades de Saúde para consultas de Puericultura, vacinação, consultas de pediatria ou outros problemas sistêmicos. São vistos com frequência por esses profissionais e não pela equipe de saúde bucal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

As evidências anteriores são inconsistentes sobre a eficácia a longo prazo das intervenções de saúde bucal entre crianças em idade escolar, o fato observado importante e determinante é a falta de envolvimento infantil. Deve-se avaliar e analisar esse envolvimento das crianças na educação em saúde bucal. Métodos qualitativos devem ser usados antes de qualquer projeto de intervenção para aprender sobre as experiências, ideias e expectativas das crianças sobre a educação em saúde bucal e

suas oportunidades em envolver no processo de pesquisa e educação em saúde bucal. As ideias, as perspectivas, o olhar dos professores, pais e cuidadores oferecerem ferramentas importantes do modo de abordar e envolver a criança (HAKOJÄRVI; SELÄNNE; SALANTERÄ, 2019).

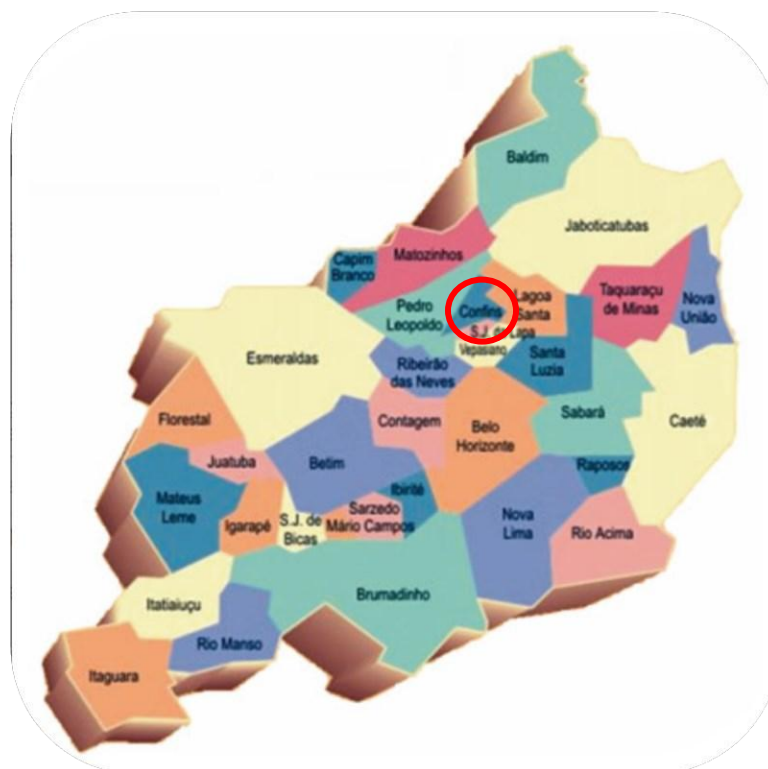
Um estudo qualitativo utilizando metodologia de grupo focal sobre o conhecimento, percepções e práticas em saúde bucal entre pais, responsáveis e professores aborda sobre a relação entre vulnerabilidade, percepção e conhecimento sobre saúde bucal. São fortemente influenciadas pelos fatores sociais e necessitam de atenção especial para alcançar melhorias na saúde bucal. Há necessidade de programas de promoção da saúde bucal equitativos e sustentáveis que alcancem e envolvam esses usuários, com mensagens claras e consistentes de saúde bucal (FILIPPONI; RICHARDS; COLL, 2018).

Os estudos vêm demonstrando dados importantes acerca da importância da promoção da saúde bucal destinado a mães grávidas, apresentando resultados promissores na saúde bucal infantil. As evidências sugerem que programas educacionais de saúde bucal para gestantes com intervenções educacionais impressas, por vídeos, por profissionais treinados podem ter um impacto positivo na prevenção de cárie na primeira infância em seus filhos (HENRY *et al.*, 2017).

2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O cenário do presente estudo foi o município de Confins-MG, pertencente à região Metropolitana de Belo Horizonte, distando dessa 40 Km. A cidade é conhecida pelo Aeroporto Internacional Tancredo Neves, principal porta de entrada de Minas Gerais por via aérea e ponto de ligação de Belo Horizonte com o Brasil e o mundo. O aeroporto garante à pequena cidade uma sólida arrecadação e uma das maiores rendas per capita do Brasil. É o 5º aeroporto mais movimentado do país e está em operação desde 1984 (FIGURA 2) (UFMG, 2009).

Figura 2 - Mapa da região metropolitana de Belo Horizonte com seus municípios



Fonte: UFMG Boletim Nº 1665 - Ano 35

Com população de 6.730 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, feita para 2019, tem o predomínio de 60% da população urbana. Da sua população, 358 indivíduos correspondem a crianças na faixa etária de 0 a 4 anos (segundo o dado fornecido pelo IBGE para essa faixa etária) e taxa de mortalidade infantil de 21,28/mil nascidos vivos. Com área territorial de 42,35 Km², PIB per capita de R\$153.860,05, o índice de desenvolvimento humano municipal era de 0,747 e o índice de Gini, 0,4546, ambos, dados de 2010 (IBGE, 2019).

Estruturando as redes públicas de saúde e educação, podem ser observados:

1. SAÚDE

- 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS Sântia Teixeira, UBS Tavares e UBS Gameleira) com equipe completa de enfermeira, técnica em enfermagem, agentes comunitários de saúde e apoio de atendimento de especialistas como pediatra, ginecologista;

- Policlínica Mãe Quita com atendimento 24 horas de clínica geral e pediatria;
- Centro de Especialidades Médicas com atendimento de nutricionista, psicologia, fonoaudiologia, cardiologia, assistência social, entre outros;
- Centro de Fisioterapia com atendimento de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais;
- A rede de Odontologia é composta por cinco cirurgiões dentistas, sendo um deles o coordenador, três técnicos em saúde bucal e quatro auxiliares de saúde bucal para assistência a toda a população. Uma das equipes da Estratégia Saúde da Família, contempla a Equipe de Saúde Bucal, modalidade II, como parte da equipe da Atenção Básica de Saúde.

Não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo o atendimento pactuado com o CEO de Pedro Leopoldo para 4 especialidades: endodontia, estomatologia / cirurgia oral menor, pacientes com necessidades especiais e periodontia. Da mesma forma, não há rede hospitalar própria e a pactuação dos atendimentos hospitalares é feita também com Pedro Leopoldo.

2. EDUCAÇÃO

- Escola Estadual São José;
- Escola Municipal de Tavares;
- Escola Municipal Afonso José da Silva;
- Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) Jardim Encantado;
- CMEI Emanuely Carvalho Gonçalves;
- CMEI Criança Feliz;
- Centro de Educação Infantil Semente de Vida.

Das escolas elencadas as quatro últimas prestam assistência educacional à faixa etária de crianças de 0 a 5 anos de idade. O interesse neste estudo surgiu, quando me tornei pesquisadora colaboradora, no projeto de pesquisa “Proposta de

intervenção na programação de saúde bucal infantil em município de pequeno porte no sudeste brasileiro”.

Segundo dados do IBGE (2019), a população estimada para crianças de 0-4 anos, no município, totalizava 358 crianças. Um inquérito epidemiológico, com base nas diretrizes definidas pela OMS, examinou 333 (trezentas e trinta e três) crianças de 0-5 anos. A maior parte da amostra era composta por meninos ($n=190$), representando 57,06% da amostra e 42,94% meninas ($n=143$). Duzentos e sessenta e seis crianças (79,88 %) se apresentaram livres de cárie e a média do ceo-d foi de 0,63 ($\pm 1,82$). Observou-se um aumento na prevalência da doença (média de ceo-d) de acordo com a idade, havendo associação estatística significativa ($p < 0,05$). Até dois anos de idade, apenas uma criança apresentou um dente cariado, sendo possível observar, no entanto, um crescente aumento do ceo-d dos três ($0,32 \pm 0,99$) aos cinco anos de idade ($1,03 \pm 2,44$). Das 67 crianças que apresentaram a cárie dentária, 29 (43,28 %) se encontravam com três ou mais dentes cariados (evento sentinela, SUS-MG), significando necessidade urgente de tratamento. Dentre elas uma criança apresentou 16 dentes cariados.

Com atuação clínica e na coordenação de Saúde Bucal, atuando no município há 20 anos, venho observando que este grupo fica esquecido pelos profissionais de saúde. O mais comum é que durante o atendimento pediátrico ou na puericultura, somente ocorra o esclarecimento de dúvidas levantadas por parte das mães, sendo que praticamente nada é feito no nível da promoção de saúde. O acesso à Odontologia, na maioria das vezes, se dá quando a criança já apresenta a doença instalada.

O Plano Municipal de Saúde de Confins proposto para o quadriênio 2018-2021 contemplou programação de atendimento considerando as emergências, o atendimento escolar e adultos, além de ações de preventivas. É explicitado no Plano Municipal que “O atendimento está sendo feito com a faixa etária acima dos 4 anos de idade, fornecendo também todo material necessário para escovação nas respectivas instituições.” denotando não haver previsão institucionalizada de ações de promoção, prevenção e tratamento para os menores de 4 anos. Essa lacuna de estratégias definidas, legislação específica e metas pactuadas, se traduzem na exclusão desse grupo das ações da Estratégia de Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer a percepção das pessoas envolvidas no cuidado e proteção das crianças de 0 a 5 anos em relação à saúde bucal infantil do município do estudo.

3.2 Específicos:

- ✓ Conhecer a percepção dos profissionais de saúde da atenção básica em relação à saúde bucal infantil do município do estudo;
- ✓ Conhecer a percepção dos pais ou responsáveis em relação à saúde bucal de suas crianças;
- ✓ Propor estratégias de cuidado em saúde bucal para crianças de 0-5 anos e gestantes factíveis para o município.

4 MÉTODO

A partir das características estruturais do município voltadas para o cuidado e proteção da criança de 0 a 5 anos, além do perfil de adoecimento por cárie dentária, o presente optou por um desenho de estudo qualitativo. A estratégia de coleta de dados se deu por meio da realização de dois grupos focais, no intuito de compreender a percepção de saúde bucal dos pais e responsáveis das crianças de 0 a 5 anos e o conhecimento dos profissionais acerca da saúde bucal do mesmo grupo, permitindo uma riqueza de informações obtidas com os depoimentos pessoais, vivências, experiências e visões subjetivas dos interlocutores que constituem o arcabouço da pesquisa, a partir do qual haverá compreensão e articulações com a realidade. (MINAYO, 2012).

Os encontros aconteceram em dois momentos distintos, com o objetivo de evitar possíveis relações de poder e vulnerabilidade, que poderiam inibir posicionamentos dos participantes.

Os grupos foram realizados em sala especialmente cedida para este fim, proporcionando a adequação necessária (conforto, silêncio, tranquilidade). Os participantes foram organizados em círculo, esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e orientados quanto a sua participação no grupo, como evitar a sobreposição de falas e falar sempre em direção ao gravador (no centro do círculo). Após os esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

O primeiro grupo focal, composto por 12 mães e 1 pai, utilizou como questão norteadora para iniciar as argumentações a seguinte pergunta: *“Quando eu digo saúde bucal de zero a cinco anos, o que isto quer dizer?”* As discussões subsequentes contemplaram as questões correlacionadas à temática principal, sempre estimuladas pelo mediador. A atividade teve a duração de 43’13”, finalizando com a saturação de dados, já que nenhum novo conteúdo foi obtido. Os participantes foram selecionados através da lista do bolsa família e 13 aceitaram participar do grupo focal.

O segundo grupo focal teve a participação de 14 servidores do município, representados pelas seguintes categorias profissionais: enfermeira, diretora da creche municipal, nutricionista, assistente social, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, coordenadora de saúde bucal e técnico de enfermagem. A amostra de servidores e gestores diversificados nas áreas de saúde e educação permitiu uma coleta de dados ampliada, por meio de vários olhares e dimensões do cuidado. Todos os profissionais foram convidados para o grupo focal e 14 participaram da atividade.

A questão norteadora para iniciar as argumentações foi a pergunta: *“O que vocês entendem que existe no município, do ponto de vista da saúde, para a criança desde a gestação, ou seja, para a mãe gestante, até a criança aos 5 anos de idade?”* As argumentações e teorizações dos participantes correram até a saturação dos dados. O grupo focal teve duração de 1h25’08”.

Os participantes apresentaram suas elaborações com as falas sendo instigadas mutuamente, com presença de argumentos e contra-argumentos (grupo focal). As falas foram gravadas em áudio e posteriormente foi feita a transcrição, na íntegra. Em seguida foi feita a leitura exaustiva, flutuante e repetida do material coletado para posterior análise de conteúdo, conforme proposto por *Graneheim e Lundman* (2004).

Neste método de análise, após a identificação dos núcleos de significado (unidade de significado), se condensa o texto de cada um, com intuito de identificar a essência das falas (unidade de significado condensado). Foram criados códigos, categorias e temas. Os códigos são unidades de significado que permitem que os dados sejam pensados e traduzidos, seu conjunto determina uma categoria. As categorias, quando semelhantes em significado, podem determinar um tema. Todas estas etapas da análise foram realizadas por quatro pesquisadoras, independentemente, seguida em cada etapa de uma discussão para o consenso sobre os temas e pode-se ver um exemplo do processo de análise no Quadro 1.

Para identificação das falas, os profissionais foram codificados, conforme a seguir: E, enfermeiro; CD, cirurgião dentista; ASB, auxiliar de saúde bucal; ACS, agente comunitário de saúde; CSB, coordenador de saúde bucal; N, nutricionista; TE, técnico de enfermagem; D, diretora da escola. Os responsáveis pelas crianças, em função da maioria dos participantes ser a mãe (somente um pai), foram identificados com a letra M seguida do número da entrevista.

QUADRO 1 - Exemplo de etapas da análise de conteúdo deste estudo, segundo *Graneheim e Lundman* (2004)

Unidade de significado	Unidade de significado condensado	Unidade de significado (Interpretação)	Subtema	Tema
E10: Ah, eu acho que tá. Não deu cárie, nem tá podre, tá bom!	Não deu cárie, nem tá podre, tá bom!	Ausência de cárie como representação de saúde bucal	Percepção de saúde bucal das mães	Percepção de SB
E13: Eu acho que é ensinar desde pequeno a questão da prevenção... é uma coisa que a gente nunca esquece da escola, o fio dental mesmo, um por um.	{... é ensinar desde pequeno a questão da prevenção...}	Associado à prevenção	Educação em saúde	Papel do serviço

E2: Minha menina não tenho muito que questionar não... Não deixo comer bala, nem doce... só de vez em quando, numa festinha, aí tudo bem..., mas, no dia a dia, não deixo não.	Não deixo comer bala, nem doce... só de vez em quando, numa festinha, mas, no dia a dia, não deixo não.	Consumo controlado de doce como hábito	Alimentação	Hábitos
E10: Aí que o posto chamou prá fazer tratamento dentário, quando cê tá grávida...quando cê tem preferência.	O posto chamou prá fazer tratamento dentário, quando cê tá grávida...}	Controle em SB	Assistência à saúde das gestantes	Acesso à SB

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Para análise foi assumido como referencial teórico a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) implantada em 2004, com objetivo de organizar a atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Esta política se baseia na reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Para a faixa etária de 0 a 5 anos propõe incluir as crianças com 6 meses de idade, assistidas pela atenção primária, aproveitando momentos de consultas e vacinação e em espaços sociais. Para gestantes orienta o trabalho integrado à equipe de saúde, devendo ser encaminhada para consulta odontológica, ao iniciar o pré-natal. A PNSB propõe também a realização de atividades coletivas para informação aos responsáveis, identificação de risco e encaminhamentos necessários, com equipe multiprofissional (BRASIL, 2004b).

O presente estudo seguiu orientações do Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ), uma lista de verificação de critérios para pesquisas qualitativas, que tem como objetivo promover relatórios completos e transparentes ampliando assim o rigor, a abrangência e a credibilidade dos estudos de grupos focais no ambiente científico (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP sob o número de Parecer 2.144.625 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo será apresentado sob a forma de um artigo científico e, em seguida, o Produto Técnico desenvolvido.

5.1 Artigo Científico

Título: A saúde bucal infantil: a percepção de profissionais da saúde, da educação e dos pais ou responsáveis

Periódico: Submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva (ANEXO B)

Qualis CAPES 2021- A3 (Normas para publicação – ANEXO C)

RESUMO

Crianças até cinco anos apresentam uma prevalência de cárie entre 30 e 50% no Brasil e no mundo, com o agravante de se observar ausência de tratamento em quase todas as crianças. Essa pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais da saúde, da educação e dos pais ou responsáveis sobre a saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte. O estudo utilizou uma abordagem qualitativa e como instrumento da coleta de dados, o grupo focal, realizado com dois grupos: um com os responsáveis e outro com os profissionais. A análise de conteúdo foi feita segundo *Graneheim e Lundman*, assumindo como referencial teórico as orientações da Política Nacional de Saúde Bucal para esse grupo etário. Foram identificados 3 temas comuns aos dois grupos: o papel do serviço, da família e da escola na produção da saúde. Os participantes consideram que a família é a responsável pelo cuidado da criança, juntamente com a escola e os serviços de saúde e que esse cuidado deve se iniciar a partir da concepção, com a gestante.

Palavras-chave: Promoção de Saúde, Cárie Dentária, Crianças, Saúde Bucal

ABSTRACT

Children until five years old presents a carie prevalence between 30 and 50% in Brazil and in the world, with an aggravating to observe the absence of treatment in most all children. This research had as objective know the perception of health and education professionals and of parents and responsible ones about the oral health of children aged 0 to 5 years old, in one municipality in the metropolitan region of Belo Horizonte. The study used a qualitative approach and as an instrument of data collection, the focal group, realized with two groups: one with the guardians and another with the professionals. Content analysis was carried out according to *Graneheim and Lundman*, taking as a theoretical reference the guidelines of the National Oral Health Policy for this age group. Three common themes were identified in both groups: the role of service, family and school on health production. The participants consider that the family is responsible for childcare, together school and health services and that this care should start from the conception with the pregnant woman.

Keywords: Health Promotion, Dental Caries, Children, Oral Health

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988, tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade do cuidado em saúde. Considerando como grupos de ações necessárias a promoção e proteção da saúde, a recuperação e a reabilitação o indivíduo para a vida, o SUS se organizou com base na Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente nominada como Programa. Uma das orientações era conhecer as principais características da população a ser atendida, incluindo o perfil epidemiológico e social¹.

A partir do ano 2000, com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, inicia-se a mudança nos rumos da organização e do acesso aos serviços odontológicos. Esta evolução culminou em 2004, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que possibilitou avanços e melhorias para a população, considerando o acesso e os tipos de serviços ofertados².

Em 2010, o Projeto SB Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, mostrou alguns resultados positivos dessas políticas, como a redução da cárie dentária aos 12 anos

e da perda dentária entre os adultos. No entanto, poucas mudanças foram observadas na situação de saúde bucal das crianças aos cinco anos de idade. Em 2010, 53,4% das crianças desta idade apresentavam cárie dentária sendo que 80% dos dentes cariados permaneciam não tratados³.

A OMS reconhece que mais de 530 milhões de crianças no mundo sofrem de cárie dentária não tratada na dentição decídua⁴. A Cárie na Primeira Infância (CPI) é um problema de saúde global, afetando aproximadamente 50% das crianças em idade pré-escolar, no mundo. Além disso, cáries não tratadas apresentam prevalência semelhante à observada no Brasil (70-80 %) em vários países do mundo⁵⁻⁸.

As consequências da CPI incluem um maior risco de dor ou desconforto, abscessos, risco de atraso no crescimento e desenvolvimento físico, aumento dos dias com atividade restrita e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde bucal^{9,10}.

Diante da carga da doença nessa faixa etária, ênfase deve ser dada, além do tratamento necessário, à programas de promoção da saúde e prevenção da doença, para crianças menores de 6 anos a fim alcançar melhores resultados na qualidade de vida⁵. Sobretudo os dois primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da criança, com consequências na vida adulta, nas famílias e nas comunidades, ou seja, o cuidado em saúde das crianças traz consequências no presente e no futuro do indivíduo¹¹.

Previamente a esse estudo, um levantamento epidemiológico foi realizado em todas as instituições de ensino infantil do município para conhecimento da situação da saúde bucal atual das crianças de zero a cinco anos. Foram examinadas 333 crianças, com 267 (79,88 %) livres de cárie. Observou-se um aumento na prevalência da doença (média de ceo-d) de acordo com a idade, sobretudo dos três ($0,32 \pm 0,99$) aos cinco anos de idade ($1,03 \pm 2,44$). Das 67 crianças que apresentaram a cárie dentária, 29 (43,28%) se encontravam com três ou mais dentes cariados.

Frente às necessidades específicas desta idade, a PNSB orienta, com base nos princípios doutrinários do SUS, a readequação do processo de trabalho, contemplando a interdisciplinaridade, integralidade da atenção, intersetorialidade e

ampliação e qualificação da assistência².

Face à característica de dependência da criança, uma equipe de profissionais de saúde não é cuidadora exclusiva nesta faixa etária. Em qualquer reorganização do cuidado a ser proposta, precisam ser incluídos os outros cuidadores, como por exemplo a família. Para realizar essa readequação, incluindo as famílias, o presente estudo tem por objetivo conhecer a percepção dos profissionais da rede de cuidado e proteção das crianças de 0 a 5 anos e de seus pais ou responsáveis em relação à saúde bucal infantil, em município da região metropolitana de Belo Horizonte.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em um município de pequeno porte da região metropolitana de Belo Horizonte. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG, sob o número CAAE- 68513317.0.0000.5149.

O município do estudo apresenta estimativa populacional de 6730 habitantes para o ano de 2019 sendo 60% urbana e cerca de 8% de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos¹².

A rede de saúde é composta por três Unidades Básicas de Saúde, uma Policlínica e um Centro de Especialidades Médicas. A rede de atendimento odontológico é formada por cinco cirurgiões dentistas, sendo um deles o coordenador, três técnicos em saúde bucal e quatro auxiliares de saúde bucal. Existe uma equipe da Estratégia Saúde da Família, que contempla a Equipe de Saúde Bucal, modalidade II, como parte da equipe da Atenção Básica de Saúde. A rede de ensino infantil é composta por dois Centros Municipais de Educação Infantil e um Centro de Educação Infantil.

Com o intuito de compreender a percepção dos envolvidos com a rede de cuidado, proteção e assistência às crianças de 0 a 5 anos, o estudo utilizou uma abordagem qualitativa. Esse método, permite uma riqueza de informações obtidas por meio dos depoimentos pessoais, vivências, experiências e visões subjetivas dos interlocutores que constituirão o arcabouço da pesquisa, a partir do qual haverá compreensão e articulações com a realidade¹³.

Optou-se por utilizar como instrumento para a coleta de dados, o grupo focal. Foram formados dois grupos: o primeiro, com os responsáveis das crianças de 0 a 5 anos, convidados a partir do cadastro do bolsa família e o segundo, com os profissionais do município envolvidos com a rede de cuidado e proteção das crianças de zero a cinco anos, incluindo as áreas de saúde e educação. Esta separação teve o objetivo de evitar possíveis relações de poder ou vulnerabilidade, que poderiam inibir alguns posicionamentos dos participantes.

Os grupos foram realizados em sala especialmente cedida para este fim, proporcionando a adequação necessária (conforto, silêncio, tranquilidade), na Unidade Básica de Saúde. Os participantes foram organizados em círculo, esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e orientados quanto a sua participação no grupo, como evitar a sobreposição de falas e falar sempre em direção ao gravador (no centro do círculo). Após os esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

O primeiro grupo focal teve como integrantes 13 participantes e utilizou, como questão norteadora para iniciar as argumentações a seguinte pergunta: *“Quando eu digo saúde bucal de zero a cinco anos, o que isto quer dizer?”* As discussões subsequentes contemplaram as questões correlacionados a temática principal, sempre estimuladas pelo mediador. A atividade teve a duração de 43’13”, finalizando com a saturação de dados já que nenhum novo conteúdo foi obtido

O segundo grupo focal teve a participação de 14 profissionais do município: enfermeira, diretora da creche municipal, nutricionista, assistente social, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, coordenadora de saúde bucal e técnico de enfermagem. A amostra de servidores e gestores diversificados nas áreas de saúde e educação permitiu uma coleta de dados ampliada, por meio de vários olhares e dimensões do cuidado.

A questão norteadora para iniciar as argumentações foi a pergunta: *“O que vocês entendem que existe no município, do ponto de vista da saúde, para a criança desde a gestação, ou seja, para a mãe gestante, até a criança aos 5 anos de idade?”* As

argumentações e teorizações dos participantes discorreram até a saturação dos dados. O grupo focal teve duração de 1h25'08".

Os participantes apresentaram suas elaborações com as falas sendo instigadas mutuamente, com presença de argumentos e contra-argumentos (grupo focal). As falas foram gravadas em áudio e posteriormente foi feita a transcrição, na íntegra. Em seguida foi feita a leitura exaustiva, flutuante e repetida do material coletado para posterior análise de conteúdo, conforme proposto por Graneheim & Lundman (2004)¹⁴. Neste método de análise, após a identificação dos núcleos de significado (unidade de significado), se condensa o texto de cada um, com intuito de identificar a essência das falas (unidade de significado condensado). Foram criados códigos, categorias e temas. Os códigos são unidades de significado que permitem que os dados sejam pensados e traduzidos, seu conjunto determina uma categoria. As categorias, quando semelhantes em significado, podem determinar um tema. Todas estas etapas da análise foram realizadas por quatro pesquisadoras, independentemente, seguida em cada etapa de uma discussão para o consenso sobre os temas.

Para identificação das falas, os profissionais foram codificados, conforme a seguir: E, enfermeiro; CD, cirurgião dentista; ASB, auxiliar de saúde bucal; ACS, agente comunitário de saúde; CSB, coordenador de saúde bucal; N, nutricionista; TE, técnico de enfermagem; D, diretora da escola.

Os responsáveis pelas crianças, em função da maioria dos participantes ser a mãe (somente um pai), foram identificados com a letra M seguida do número da entrevista.

Para análise foi assumido como referencial teórico a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) implantada em 2004, com objetivo de organizar a atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Esta política se baseia na reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Para a faixa etária de 0 a 5 anos propõe incluir as crianças com 6 meses de idade, assistidas pela atenção primária, aproveitando momentos de consultas e vacinação e em espaços sociais. Paragistas orienta o trabalho integrado à equipe de saúde, devendo ser encaminhada para consulta

odontológica, ao iniciar o pré-natal. A PNSB propõe também a realização de atividades coletivas para informação aos responsáveis, identificação de risco e encaminhamentos necessários, com equipe multiprofissional².

O presente estudo seguiu orientações do COREQ¹⁵.

RESULTADOS

Os resultados foram baseados na organização, ordenação e análise dos referenciais teóricos balizadores desse estudo, dos materiais colhidos e da vivência no ambiente de estudo, dos dois grupos focais realizados. Procurou-se identificar e analisar os temas comuns nos dois grupos apesar de perguntas norteadoras diferentes. Após a análise das falas dos profissionais e responsáveis pelas crianças, foram identificados três temas:

1. O papel do serviço de saúde:

Os profissionais percebem o serviço como resolutivo em relação ao fluxo, ao acesso e qualidade dos serviços prestados, com fluxo de consultas coordenado entre o pré-natal e a odontologia. Porém, entendem ser necessária a interlocução com a educação para capacitação do corpo docente em relação à saúde bucal. Os responsáveis pelas crianças consideraram ser necessária a atuação do serviço no controle e prevenção desde o nascimento, na educação em saúde bucal e na assistência às gestantes.

2. O papel da família:

Neste tema, sobre o que observam nas “atitudes dos responsáveis” foi a categoria mais discutida e pontuada pelos participantes. Aspectos relativos à alimentação, orientações e hábitos familiares, bem como o interesse próprio, a autonomia do paciente e as complementações alimentares usadas, também foram apontadas. Os responsáveis pelas crianças

reconhecem seu papel desde a amamentação até os cuidados com higiene bucal e hábitos, e consideraram estas tarefas difíceis.

3. O papel da escola:

Os profissionais entendem as ações nas escolas como representativas e impactantes na promoção de saúde das crianças. Exaltam a necessidade do envolvimento de equipe multiprofissional, sendo a escola espaço adequado para orientação e criação de rotina alimentar. Para os responsáveis ficou nítida a compreensão do papel da escola nas ações promotoras de saúde perpassando pelos aspectos merenda escolar, ações de prevenção e hábitos saudáveis.

Os temas e as falas principais dos profissionais e dos responsáveis pelas crianças, participantes dos grupos, estão representados nos quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1- Temas e falas principais do grupo focal dos profissionais

Tema	Falas Principais correspondentes
Serviço de saúde	<i>"[...] no pré-natal a gente já tem um vínculo com a Odontologia [...] a primeira consulta da gestante e de lá ela já sai com agendamento para a consulta de odontologia. [...] É um tratamento preventivo mesmo, para que ela não tenha dor de dente durante a gestação."</i> (E) <i>"[...] está faltando muito é colocar consulta odontológica no mesmo dia do pré-natal. [...] a gente estava vendo que ela tem muita falta."</i> (CD) <i>"[...] É muito fácil, o acesso é muito bom."</i> (ASB) <i>"[...] a escovação na escola é muito bem-feita."</i> (ACS) <i>"[...] ter uma parceria maior com a educação [...] treinar os professores e as monitoras pra elas também entenderem que isso seria um pouco do papel delas ..."</i> (CSB)

Família	<i>“A partir do sexto mês o ideal é entrar com a introdução da alimentação complementar, mas não necessariamente o açúcar, até dois anos não precisa e não DEVE ofertar açúcar para criança.” (N)</i> <i>“[...] As mães utilizam muito mucilon, então é mais cultural [...] não tem indicação nenhuma. [...] a função do mucilon é engordar.” (E)</i> <i>“Ter mais interesse também nas coisas, no tratamento é junto com a organização porque às vezes eu faço um trabalho ou o município oferece o trabalho, mas se eu não tiver o interesse nada vai pra frente. Então, o próprio paciente ou o próprio que está vindo procurar o tratamento tem interesse daquilo que está fazendo...” (TE)</i> <i>“[...] observar os ingredientes e evitar o máximo esses processados, usar os naturais mesmo.” (N)</i> <i>“[...] as mães estão empenhadas em amamentar, estão amamentando, os meninos estão vindo bem nutridos, então a gente vê que está tendo essa efetividade. Agora até os 6 meses exclusivo, aí de fato não acontece não.(E)</i> <i>“Porque também tem a questão: meu filho não está ganhando peso adequado. [...] A gente tem muita memória do bebê gordo!” (N)</i>
Escola	<i>“Essa creche agora que abriu, a gente tem crianças de 6 meses a 6 anos e a primeira orientação que eu passo é que a gente não vai usar açúcar para as crianças [...] Até porque até 2 anos não há necessidade.” (N)</i> <i>“[...] a atenção dada a escola é fantástica [...] tem crianças que são acompanhadas até a adolescência, quando chega em torno dos 10 (anos) não tem nada para fazer ...” (CD)</i> <i>“E toda vez que vai (para escola), ganha escova.” (ASB)</i> <i>“[...] eu acho que precisa, de todos os profissionais estarem envolvidos igual, por exemplo na reunião de pais, está um nutricionista, importante, chamar alguém da saúde bucal, chamar todos sabe porque primeiro para os pais entenderem e começar a criar o hábito, porque é só o hábito mesmo que gera mudança.” (CSB)</i> <i>“[...] nenhuma criança leva nenhum tipo de alimento. Então, da entrada a saída eles comem todos as mesmas coisas. Eu falo assim, a metodologia da instituição é assim [...] eles vão ter que entrar no ritmo da instituição.[...] Nenhum doce se come na nossa instituição. Nem refrigerante não entra.” (DE)</i> <i>“[...] a gente precisa, [...] é instituir escovação obrigatória nas escolas depois da merenda ...” (CD)</i> <i>“Na entrada, assim que eles chegam eles recebem uma refeição. O ministério da educação preconiza o mínimo de 3 porções de fruta por semana então isso é atendido. [...] Tem dia que a criança leva fruta, hoje eu liberei, levam a maçã para casa. Aí na merenda mesmo, no horário mesmo da merenda preconiza também os legumes diariamente [...]quando acaba tem o lanchinho deles de casa.” (N)</i>

Quadro 2 - Temas e falas principais do grupo focal dos responsáveis pelas crianças

Temas	Falas principais dos responsáveis pelas crianças
Serviço de saúde	<i>“Aí que o posto chamou para fazer tratamento dentário, quando você está grávida...quando você tem preferência (mãe falando sobre a saúde bucal na gravidez).” (M10)</i> <i>“Eu acho que, no acompanhamento da criança até dois anos, tinha que ser com o dentista também, [...] porque já olha outras partes, então tem que olhar a boca também, porque aí já faz serviço completo.” (M7)</i> <i>“[...] E agora começa a escovação da criança (falam na consulta), mas a gente não tem informação nenhuma [...] deveria ter mais informação nesse acompanhamento de 0, quando a criança nasce, até 2 anos!” (M10)</i> <i>“Quando o dente dá problema (é que a mãe leva ao dentista).” (M11)</i> <i>“[...] se tiver o acompanhamento certo, não vai ter problema.” (M1)</i>
Família	<i>“[...] Escovar os dentinhos, escovar antes de deitar, escovar entre as refeições, não dar muita coisa doce para ela.” (M5)</i> <i>“Mas eu acho tão difícil escovar os dentes deles ...” (M12)</i> <i>“As mães sempre fazem mais, e os pais passam a mão na cabeça.” (M3)</i> <i>“[...] quem passa a mão na cabeça são os avós. A gente fala não eles vão lá e adulam.” (M4)</i> <i>“Eu acho difícil essa parte, tirar a bala!” (M12)</i> <i>“[...] tentando evitar por conta do refrigerante também.” (M6)</i>
Escola	<i>“[...] Criança chega, eles dão uma fruta, aí depois, eles comem a comida da escola...depois, tem um lanchinho?” (M10)</i> <i>“[...] Aí acaba que a criança não tem culpa nenhuma de ver a outra comendo uma coisa que ele queria, e fica até com vontade.” (M6)</i> <i>“Eu acho que é ensinar desde pequeno a questão da prevenção... é uma coisa que a gente nunca esquece da escola, o fio dental mesmo.” (M13)</i> <i>“Minha menina chegou lá em casa falando isso mesmo. Mamãe vamos colocar um grão de arroz na escova.” (M2)</i> <i>“Escovo nas horas certas e ela fica na creche. Então, a creche incentiva isso e ajuda.” (M3)</i>

Fonte: própria, 2021.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, procurou-se identificar os sentidos e significados que os participantes atribuíram a questões relacionadas ao cuidado em saúde bucal para crianças de 0 a 5 anos. Para isso foram envolvidos os principais cuidadores dessas crianças: os principais responsáveis pelas crianças, 12 mães e um pai, e os cuidadores profissionais, todos participantes da rede de cuidados para crianças de zero a cinco anos, no município do estudo.

A metodologia qualitativa é uma ferramenta importante e recentemente sugerida para conhecer, compreender e perceber o serviço e o que pode ser feito como estratégia de intervenção para elaboração de programas de promoção de saúde efetivos e resolutivos¹⁶. Fornece as experiências, expectativas e perspectivas dos participantes, facilitando o envolvimento de todos no processo.

O serviço de saúde

Para os profissionais o serviço é considerado *muito bom* e de *fácil acesso*, com resolutividade, incluindo a população escolar do município. Destacaram a importância do fluxo existente para atendimento das gestantes na Odontologia, durante o pré-natal e sugeriram o agendamento das consultas de enfermagem e odontologia no mesmo dia para minimizar o absenteísmo. Consideram crucial o papel do profissional que faz a consulta de pré-natal (enfermeiro) no encaminhamento para o atendimento odontológico.

A fala de uma mãe reforça esse acolhimento às gestantes e o atendimento prioritário garantido, conforme preconizado pela PNSB². No entanto percebe-se uma estranheza da responsável, como fato de uma gravidez se tornar um passaporte para se ter acesso ao serviço odontológico. A OMS enfatiza a importância da saúde bucal e das intervenções, com uma abordagem do curso de vida, desde a gestação até o nascimento dos filhos, incluindo os fatores de risco⁴.

Existe entre os profissionais um certo descompasso com as gestantes, já que uma fala se refere a esse tratamento como “*preventivo*”, para “*não sentir dor*”, mas a fala da mãe diz que são chamadas para “*tratamento dentário*”. E preciso que fique clara

a proposta do serviço frente à percepção das mães. A oferta de serviços pode não se adequar à expectativa da gestante¹⁷ e nesse caso, a falta à consulta poderia ter aí suas raízes, e não simplesmente, falta de interesse. Com relação às crianças, embora cerca de 20% tenham apresentado dentes cariados, nenhuma observação foi feita quanto ao atendimento clínico necessário.

Os responsáveis reconhecem que levam a criança ao atendimento odontológico “quando o dente dá problema”. Mas expressam seu desejo: que a criança fosse examinada também pelo cirurgião dentista, começando mais cedo, nas consultas da puericultura, porque “já olha outras partes, então tem que olhar a boca também”, o que chamam de “serviço completo”. Acreditam que o acompanhamento vai evitar os problemas.

A saúde bucal infantil apresenta um conceito multidimensional e multinível de determinantes de saúde. Modelos explicativos tradicionais, considerando apenas dois fatores (redução do açúcar e escovação) têm sido insuficientes para identificar as causas estruturais de sua alta incidência e prevalência em populações, tendo, portanto, uma capacidade limitada de prevenir adoença^{18–20}.

Isso gera um contexto complexo no cuidado e prevenção à cárie na primeira infância, sendo necessária, segundo Fisher-Owens (2014)²¹, uma ampla discussão com todos os responsáveis pelo cuidado para ajustar suas orientações, implementar técnicas adequadas, para obter melhores resultados e adesão da família.

Os profissionais consideram que a escovação nas escolas, tarefa executada pelas auxiliares e técnicas de saúde bucal, é altamente efetiva. Mas ainda assim desejam uma parceria maior como setor educacional para capacitação dos envolvidos para escovação diária nas instituições, já que “isso é papel delas”. Ressalta-se que em 2017, o município aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial, instituída em 2007, com a perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde junto aos alunos da rede pública de ensino²². Os responsáveis sentem falta de uma melhor orientação para a escovação de suas crianças. Recebem a escova e o creme dental e a informação de que já podem começar a escovar os dentes da criança, mas relatam “não saber como fazer”.

A “*parceria*” desejada pelos profissionais tem que se atualizar. Sair dos modelos de determinação majoritariamente utilizados na prática odontológica seguindo para modelos mais novos, que apontam para a constituição de equipes interdisciplinares, com esforços intersetoriais, considerando a integralidade do cuidado. Para que sejam vencidos os desafios do acesso e da equidade, na saúde bucal da primeira infância, serão necessárias intervenções em nível familiar, comunitário e sistêmico que implementem diretamente a compreensão da comunidade, para ter efetividade²³.

A família

Os profissionais percebem e relatam a ocorrência da amamentação por seis meses, resultado do trabalho feito com a gestante e nas primeiras consultas da criança. Não relataram ocorrência do desmame precoce atribuído muitas vezes à ausência de leite ou fissuras nos mamilos. Mas não consideram que é uma amamentação exclusiva como recomendado pelo Ministério da Saúde²⁴. Muitas causas podem estar motivando a introdução precoce de alimentos alternativos. Comentam sobre a ansiedade provocada pela certeza do desmame que virá, com o retorno ao trabalho. Percebem como fator dificultador para as mães a ansiedade da perda do vínculo afetivo criado com o bebê, quando elas retornarem ao trabalho²⁵.

Os profissionais insistem na ausência do açúcar até dois anos, mas os responsáveis consideram muito difícil esta missão. Os alimentos usados na alimentação complementar após seis meses, e a mamadeira não devem conter açúcar, sendo recomendado adotar estratégias para orientação de pais e cuidadores²⁶. O açúcar é um fator de risco comum para a CPI e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCTN), portanto, sua ausência pode trazer benefícios não só para prevenir a CPI, mas também, outros agravos²⁷.

Foi destacado no grupo pelos profissionais o uso do “*mucilon*” e a falsa associação de “*bebê gordo*” como bebê saudável. Os profissionais insistem em dizer que esse é um alimento desnecessário, e por vezes até prejudicial. Mas as mães até se esforçam para comprar. É preciso que os profissionais reflitam porque suas informações estão sendo substituídas por conselhos de amigas e parentes ou pela informação da mídia, com prováveis prejuízos para a criança²⁸.

Nos relatos dos responsáveis, a dificuldade de controlar a ingestão do açúcar foi definida como tarefa muito difícil. Não se referem em nenhum momento ao açúcar colocado nos alimentos, em mamadeiras por exemplo. Quando o assunto é controle do açúcar, relatam a dificuldade de diminuir ou abolir balas e refrigerantes. Se consideram isolados nessa tarefa, lutando contra forças contrária, os pais e os avós, que “*passam a mão na cabeça*”.

Da mesma maneira, a escovação dos dentes é também considerada pelos responsáveis, uma tarefa difícil. A PNSB orienta ser primordial atuação da equipe de saúde bucal em grupos de pais para orientação e educação em saúde, preferencialmente em grupos existentes nas equipes de saúde da família para articulação e troca de saberes compartilhados, na produção do cuidado². O Ministério da Saúde, reitera o papel da família no cuidado, prática e supervisão da higiene oral dos filhos, desde recém-nascido. Fala dos estímulos, habilidades para desenvolvimento e a responsabilidade na criação de hábitos saudáveis²⁹.

A justificativa dos responsáveis é simples: não sabem como fazer. Tanto para o a escovação, como para o controle do açúcar ou o uso do alimento *mucilon*, além de considerar a qualidade e o alcance de uma informação repassada para eles, é preciso saber se esse hábito tem significado para o responsável, qual sua experiência anterior, que informações lhe foram dadas, quando e por quem foram dadas³⁰.

As intervenções técnicas de cada especialidade articulando com os outros saberes atuam na produção do cuidado integral nas unidades de saúde e em espaços sociais coletivos¹. O nutricionista, agente comunitário de saúde, auxiliar e técnico em saúde bucal são importantes atores nas ações de promoção de saúde integrando a equipe³¹.

A escola

É unanimidade entre profissionais e responsáveis, o sucesso do programa de escovação nas escolas. No município estudado, há programa de saúde bucal implantado há mais de 10 anos, por meio do qual são realizadas, nas creches, entrega de escova de dente e dentifrício fluoretado, higiene bucal supervisionada,

levantamento de necessidades em saúde bucal e encaminhamento para atendimento odontológico pela equipe de saúde bucal, conforme preconizado pela PNSB². No entanto, nada foi comentado pelos profissionais de saúde quanto a esse encaminhamento.

Embora esses programas de escovação sejam eficazes colaboradores para uma vida saudável, deve-se destacar que muitas vezes o problema apresenta outras causas, além do biofilme, do açúcar e da placa. Não necessariamente esta prática poderá propiciar aquisição de habilidades para escolhas saudáveis²⁷. Mas, sem dúvida, a escola é local para se trabalhar várias vertentes da promoção de saúde baseados na integralidade do cuidado. Desde que o trabalho seja interprofissional, com a participação da comunidade, por intermédio das famílias^{4,20}.

Um ponto que ficou bastante nítido na fala dos responsáveis é a compreensão do papel da escola nas ações impactantes para saúde e na formação de hábitos saudáveis. No que tange à merenda escola, os responsáveis concordam na normatização quanto à unificação da alimentação escolar, não sendo permitido ao aluno levar merenda de casa. Esta medida poderia evitar “*ver o outro comendo uma coisa que ele queria, e ficar até com vontade*”. Citam que a alimentação fornecida pela creche é de boa qualidade e balanceada.

É algo imprescindível a ser conquistado nas instituições, mas necessita do apoio e adesão completa da família na aquisição e entendimento da rotina e normas escolares para facilitar adesão e adequação das crianças. É imprescindível atuação intersetorial, notavelmente efetiva no município estudado com participação do nutricionista no cardápio escolar, orientação à família e direção escolar.

Na legislação brasileira existe a normatização para o fornecimento de alimentação saudável nas instituições escolares públicas e privadas²⁴. As famílias podem e devem acompanhar e discutir sobre o cardápio, que deve ter como base, alimentos in natura ou minimamente processados, como, arroz, feijão, carnes, legumes, verduras e frutas. Os ultra processados, como biscoitos, refrigerantes, outras bebidas adoçadas, salgadinhos, guloseimas entre outros não devem ser usados. É essencial a

discussão com toda a comunidade escolar e profissionais de saúde, incluindo nutricionistas, sobre o uso de merenda trazida de casa e a prática de atividades educativas alimentares para a família^{24,32}.

Os profissionais destacam que a reunião de pais é um ambiente estratégico e acolhedor, propiciado pela escola, com amplo acesso para envolvimento dos pais e orientação sobre hábitos saudáveis, através de equipe multiprofissional. A família é norteadora na adoção e manutenção de hábitos saudáveis preconizados por toda a equipe de cuidado e assistência à saúde da criança. As ações em saúde bucal, no ambiente coletivo, devem ser baseadas nos eixos integralidade e intersetorialidade para alcançar as dimensões do cuidado, qualidade de vida e promoção de saúde, conforme a PNSB².

A integração entre os profissionais da rede de cuidado é uma forma de promover cuidados acessíveis, abrangentes e contínuos nas organizações de saúde, alcançando a integralidade do cuidado. O trabalho em equipe depende nas interações dentro do grupo, no ambiente de trabalho e dos profissionais envolvidos³³. Há resultados positivos e promissores utilizando programas de promoção da saúde bucal nas escolas, principalmente envolvendo crianças, professores e pais³⁴. A priorização de medidas educacionais, a gestão e a colaboração interprofissional, por meio de projetos interprofissionais inovadores podem facilitar a integração e organização da atenção à saúde³⁵.

Apesar da coleta de dados ter incluído uma ampla gama de profissionais da rede de cuidado da criança e os resultados terem sido compartilhados com a gestão e com o Conselho Local de Saúde, notamos que uma discussão mais ampla poderia ser feita se houvesse participação de maior número de atores envolvidos como outros profissionais da educação, médico, pediatra e a comunidade.

A realização de mais um encontro em cada grupo focal ampliaria a discussão, pois alguns pontos poderiam ser retomados e aprofundados. Mas não foi possível devido ao isolamento social imposto pela pandemia do coronavírus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É significativo ressaltar a interação e participação conjunta dos três domínios temáticos estudados para se obter melhorias nos padrões atuais de cárie na primeira infância e para se almejar objetivos futuros em relação ao desenvolvimento infantil e saúde do adulto. Deve-se atuar nas esferas serviço de saúde, família e escola, de maneira concomitante e interativa, com ações individuais e coletivas, visando uma aproximação com envolvimento, orientação, capacitação, autonomia, vínculo e assistência fortalecendo cada uma das vertentes ou elos para atuação da rede de atenção à saúde.

A família, a escola e o serviço de saúde são responsáveis pelo cuidado da criança. As estratégias e ações deverão ser construídas pelos três segmentos, em conjunto, resultando em propostas para atividades individuais e coletivas, no âmbito da escola, do serviço de saúde e espaços sociais, para alcançar um maior número de famílias. Através de práticas inovadoras, com atuação multiprofissional, ações podem ser implementadas para se alcançar resultados na saúde integral da criança. Se formaria uma rede de promoção à saúde da criança na primeira infância com atuação dos 3 domínios: família, escola e serviço.

O contexto multifacetado do cuidado e prevenção à cárie na primeira infância faz com que ocorra ampla discussão com todos os profissionais da rede de atenção à saúde, escola e família para ajustar suas orientações, rever hábitos e rotinas domiciliares, implementar técnicas adequadas para obter resultados mais promissores e adesão da família e dos envolvidos na promoção de saúde na primeira infância. A compreensão da realidade do território deve ser o eixo norteador para se estabelecer uma estratégia de intervenção com programas de promoção de saúde baseados nos anseios e voltados para a comunidade, para maior adesão, impacto, efetividade e resolutividade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde.*; 2018. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em:

- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
2. Brasil. *Política Nacional de Saúde Bucal.*; 2004. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
 3. Brasil. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais.*; 2011.
 4. World Health Organization. *Oral Health. Document EB148. R.*; 2021. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R1-en.pdf
 5. Uribe SE, Innes N, Maldupa I. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *Int J Paediatr Dent.* 2021.
 6. Lin YC, Wang WC, Chen JH, Chen PH, Lee CH, Huang HL. Significant caries and the interactive effects of maternal-related oral hygiene factors in urban preschool children. *J Public Health Dent.* 2017;77(3):188–196.
 7. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Early childhood caries and oral health care of Hong Kong preschool children. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2019; 11:27– 35.
 8. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Li SKY, Lo ECM, Chu CH. Dental caries status and its associated factors among 5-year-old Hong Kong children: A cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2017;17(1).
 9. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249–260.
 10. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(3):280–287.
 11. da Cunha AJLA, Leite ÁJM, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr.* 2015;91(6Suppl 1):S44-51.
 12. Nacional S. *IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE -*

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Vol 2010.; 2005. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
13. de Souza Minayo MC. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Cienc e Saude Coletiva*. 2012;17(3):621–626.
 14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12.
 15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349–357.
 16. Hakojärvi HR, Selänne L, Salanterä S. Child involvement in oral health education interventions – A systematic review of randomised controlled studies. *Community Dent Health*. 2019;36(4):287–293.
 17. Zavanelli AC, Sônego MV, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Falcón- Antenucci RM. Perception and expectation. What do patients really want from the dental treatment? *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2017;65(3):243–248.
 18. Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(5):941–954.
 19. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, et al. Influences on children’s oral health: A conceptual model. *Pediatrics*. 2007; 120(3): e510-20.
 20. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Oral Health Care Programs for Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs. *Ref Man Pediatr Dent*. 2020:39–42. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_oralhealthcareprog.pdf
 21. Fisher-Owens S. Broadening perspectives on pediatric oral health care provision: Social determinants of health and behavioral management. *Pediatric Dentistry*. Vol 36; 2014:115–120.
 22. Brasil. *Decreto n. 6286, de 5 de dezembro de 2007- Institui o Programa Saúde na Escola- PSE*.; 2007:3901–3902. Acessado outubro 7, 2021.

- Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
23. Kyoon-Achan G, Schroth RJ, DeMaré D, et al. First Nations and Metis peoples' access and equity challenges with early childhood oral health: a qualitative study. *Int J Equity Health*. 2021;20(1).
 24. Brasil. *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Ministério; 2019. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
 25. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health: Breastfeeding. *Matern newborn, child Adolesc Heal Breastfeed*. 2019.
 26. Moynihan P, Tanner LM, Holmes RD, et al. Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors That Modify Risk of Early Childhood Caries. *JDR Clin Transl Res*. 2019;4(3):202–216.
 27. World Health Organization. *Ending childhood dental caries: WHO implementation manual*; 2019. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330643/9789240000056-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 28. Herval ÁM, de Oliveira FPSL, Machado KM, et al. Mothers' perception about health education in brazilian primary health care: A qualitative study. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29(5):669–676.
 29. Brasil. *Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Ministério da Saúde Secr Políticas Saúde Dep Atenção Básica Brasília. 2012. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_de_senvolvimento.pdf
 30. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Practices and meanings of oral health: A qualitative study with mothers of children assisted at the federal University of santa catarina. *Cienc e Saude Coletiva*. 2010;15(SUPPL. 2):3271–3281.
 31. Fisher-Owens SA, Mertz E. Preventing Oral Disease: Alternative Providers

- and Places to Address This Commonplace Condition. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(5):1063– 1072.
32. Brasil M da SS de AB. *Cadernos de Atenção Básica - Saúde na Escola*. Vol Série B. n.Ministério da Saúde; 2009. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf
 33. Bruner P, Waite R, Davey MP. Providers' perspectives on collaboration. *Int J Integr Care*. 2011;11(3): e123.
 34. Bramantoro T, Santoso CMA, Hariyani N, et al. Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. *PLoSOne*. 2021;16.
 35. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, et al. From theoretical concepts to policies and applied programmes: The landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health*. 2018;18(1).

5.2 Produto Técnico

PRIMEIROS PASSOS PARA UM PROTOCOLO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE CONFINS- MG

1 INTRODUÇÃO

O mestrado profissional normatiza como requisito para sua conclusão a elaboração de um produto técnico voltado para o serviço, assim este protocolo de serviço foi elaborado para a promoção de saúde bucal para gestantes e crianças a ser utilizado nos serviços públicos.

A definição do produto técnico dessa dissertação aconteceu com o processo de avaliação dos dados procedentes dos grupos focais. Percebi que, em Confins, já existem diversos recursos que são clareiras para o cuidado em saúde dos grupos estudados, contudo, se faz necessária a construção coletiva da forma de se fazer, para que o resultado seja exitoso. Assim, definiu-se que a proposta do protocolo consegue alcançar os objetivos compreendidos como necessários.

Os protocolos de serviço são ferramentas importantes utilizadas na organização do processo de trabalho, instrumentos que servem de apoio e orientação para a equipe, melhorando a qualidade do serviço. Os protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, para ações preventivas, promocionais e educativas elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde. A cárie na primeira infância é evitável, mas atualmente afeta mais de 600 milhões de crianças em todo o mundo e permanece sem tratamento. Essa doença tem grande impacto na qualidade de vida das crianças e de suas famílias e é um fardo desnecessário para a sociedade. Diante da carga global da doença na primeira infância, ênfase deve ser dada em programas de promoção e prevenção para crianças menores de 6 anos a fim alcançar melhores resultados futuros. Os dentes decíduos mantêm o espaço para os dentes permanentes e são essenciais para o bem-estar da

criança, uma vez que a cárie dentária nos dentes decíduos pode causar dor crônica, infecções e outras morbidades.

O Brasil avançou com o SUS ao estabelecer a universalidade e a integralidade como princípios e a ampliação da cobertura da Atenção Básica e com a implantação, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Outro fato de relevância é o resultado do último levantamento epidemiológico nacional, SB Brasil 2010, que demonstrou mudança no perfil epidemiológico das doenças bucais: o Brasil entrou entre os países com baixa prevalência de cárie, CPO-D 2,07 aos 12 anos. No entanto, apresentou pequena redução da cárie na dentição decídua (13,9%) sendo que 80% dos dentes afetados continuavam sem tratamento.

Um levantamento epidemiológico realizado em 2019 com as crianças de 0 a 5 anos (n=333) do município de Confins, na região metropolitana de Belo Horizonte, revelou que 79,88 % se apresentaram livres de cárie. Observou-se um aumento na prevalência da doença de acordo com a idade, havendo associação estatística significativa ($p < 0,05$). Até dois anos de idade, apenas uma criança apresentou um dente cariado, sendo possível observar, no entanto, um crescente aumento do ceo-d dos três ($0,32 \pm 0,99$) aos cinco anos de idade ($1,03 \pm 2,44$). Das 67 crianças que apresentaram a cárie dentária, 29 (43,28 %) se encontravam com três ou mais dentes cariados (evento sentinela, SUS-MG), significando necessidade urgente de tratamento. Dentre elas uma criança apresentou 16 dentes cariados.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente aponta, nos seus princípios norteadores, a ampliação e a qualificação da assistência. A equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo. O cuidado em saúde bucal deve ser uma prática presente em todas as relações do processo de trabalho do profissional de saúde com os cidadãos usuários do SUS que procuram os diferentes pontos de rede de atenção à saúde e nos diversos espaços do território, como a própria UBS, casa das pessoas, espaços comunitários, escolas ou em abordagens individuais.

O Brasil Sorridente, além da expansão e da criação dos serviços odontológicos, reorientou completamente o modelo assistencial. Iniciou a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, interprofissionais e intersetoriais. Este parece ser um dos grandes desafios da Odontologia, constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas. Impactos epidemiológicos são produtos de ações intersetoriais, em que a prática odontológica é parte integrante e constituinte de um todo que agrega ações setoriais, educacionais, ambientais, sociais, entre outras.

As novas demandas advindas das necessidades sociais, das evidências científicas e do trabalho em comunidade exigem uma nova postura da equipe de saúde bucal e dos gestores municipais, calcadas em habilidades técnicas e humanas dotadas de alto grau de refinamento. Essa mudança no processo de trabalho gera o rompimento do isolamento da saúde bucal e sua integração à equipe da saúde da família para a produção do cuidado. A visão holística no sentido “cuidador” da atenção em saúde, com a produção social da saúde e a ênfase na qualidade de vida dos cidadãos, contrasta com o sentido “tarefeiro” da assistência à saúde, baseado no cumprimento de procedimentos técnicos, sem se preocupar com a saúde global do paciente. A abordagem da cárie como doença exige uma mudança de postura dos profissionais de saúde, desde o seu diagnóstico, controle e tratamento.

A cárie na primeira infância compartilha fatores de risco comuns com outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas ao consumo excessivo de açúcar, como doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade. A estratégia de intervenção deve ter envolvimento de várias partes, ser baseada na informação aos responsáveis pelo cuidado, avaliação de risco das crianças, bem como políticas de saúde baseadas em evidências para reduzir a carga de doenças evitáveis.

Nos grupos focais realizados no estudo, foi observado que os profissionais responsáveis pelo cuidado e assistência das crianças e as mães (e pai) percebem a necessidade do envolvimento da família, escola e serviço no envolvimento com os cuidados em saúde bucal das crianças pequenas. Atuam em conjunto modelando os comportamentos na primeira infância, sendo os cuidadores das crianças. A

dissertação “Saúde bucal em gestantes e crianças de 0 a 5 anos: estratégias para promoção de saúde” foi a base para elaboração desse produto técnico.

2 AÇÕES

- 2.1 Discussão com a equipe de profissionais da rede de cuidado, incluindo todos os profissionais de saúde da APS e todos os profissionais da educação, família e gestão sobre os achados do estudo;
- 2.2 Discutir as estratégias para promoção de cobertura total de atendimento das gestantes;
- 2.3 Discutir as estratégias para promoção de controle e tratamento para cárie na primeira infância;
- 2.4 Discutir as estratégias para promoção de ações de prevenção da cárie na primeira infância.

3 PÚBLICO-ALVO

Gestantes e crianças da faixa etária de 0 a 5 anos do município de Confins, das áreas de abrangência da 3 Unidades Básicas de Saúde: UBS Síntia Teixeira, UBS Gameleira e UBS Tavares.

4 MÉTODO

Será estruturado em 4 etapas. Preliminarmente, à primeira etapa, o material elaborado para este Produto Técnico será apresentado à gestão do município e ao Conselho Municipal de Saúde - CMS. A pactuação junto à gestão do município é determinante para a realização da proposta. Com a aprovação do protocolo pelo CMS, será proferido convite à gestão para participação das etapas de construção, em especial, da primeira etapa.

- Primeira Etapa: Dar conhecimento aos participantes do grupo, citados no objetivo 2.1, sobre o conteúdo do artigo “A saúde bucal infantil: a percepção de profissionais da saúde, da educação e dos pais ou responsáveis”. Na sequência, será feita discussão com os integrantes para esclarecimento de dúvidas referentes

ao estudo realizado. Será sugerida a leitura do artigo, na íntegra, bem como de materiais complementares para embasamento técnico que subsidiem as discussões ao longo do processo de construção. Poderá ser articulado com o grupo a viabilidade de exposição dialogada sobre temas relevantes ou daqueles que suscitaram mais dúvidas por parte dos profissionais.

- Segunda Etapa: Construção e definição das estratégias com o grupo de profissionais da APS para cobertura e atendimento das gestantes.
- Terceira Etapa: Construção e definição das estratégias com o grupo de profissionais da APS e da educação, família e gestão para controle e tratamento da cárie na primeira infância.
- Quarta Etapa: Construção e definição das estratégias com o grupo de profissionais da APS, profissionais da rede de educação, família e gestão para ações de prevenção da cárie na primeira infância.

5 DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO

5.1 Primeira etapa

Nessa etapa de implantação, é necessário incluir os diversos profissionais da atenção primária à saúde e da rede de educação responsáveis pelo cuidado da criança na primeira infância, além dos cuidadores familiares (pai, mãe ou responsável) e da gestão. Da atenção primária em saúde (APS), os profissionais envolvidos são: enfermeiro, pediatra, nutricionista, assistente social, equipe de saúde bucal (dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar de saúde bucal). Da educação: secretária de educação, diretoras escolares, professoras, pedagogas.

Será importante a participação destes para se familiarizarem com o diagnóstico de saúde bucal feito no município e com as falas dos participantes dos grupos focais, que revelaram a percepção em relação à saúde bucal. Os pontos destacados, aspectos positivos e as dificuldades elaboradas por cada grupo devem ser elucidados a fim de

se levantar uma discussão e alcançar maior adesão de toda a equipe, com foco na busca de estratégias mais eficientes para melhorar a saúde bucal das crianças e das gestantes.

O grupo deve compreender a importância e a diversidade de fatores envolvidos na saúde na primeira infância (determinantes de saúde), sensibilizando-o com argumentação científica repassada de maneira agradável e acessível a todo o grupo. Com a equipe de saúde e educação coesas e com pensamento unificado acerca da relevância do papel de cada eixo na construção e no cuidado da criança (família, serviço e escola), espera-se alcançar ações resolutivas e impactantes.

5.2 Segunda Etapa

Aqui, é importante a realização de discussão com o grupo sobre a possibilidade de levantamento do número de gestantes vinculadas a cada equipe de saúde da família, seu período gestacional, se realizou a primeira consulta de pré-natal e o encaminhamento para saúde bucal. A participação dos profissionais responsáveis pelo pré-natal e cuidado à gestante, tais como enfermeira, obstetra, médico da equipe da saúde da família, agente comunitário de saúde (ACS), equipe de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal) será de grande valia na discussão e levantamento de propostas viáveis.

Apesar dos grandes avanços no conhecimento das doenças bucais, há necessidade de consolidar estas conquistas com um trabalho integrado dos profissionais responsáveis pelo cuidado da saúde das gestantes. O cuidado fragmentado da boca não é mais concebível e não se concebe ser de responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista. Esse cuidado torna-se mais efetivo quando compartilhado com as equipes médica e de enfermagem. O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado de toda a equipe, pois muitos agravos que acometem a boca têm repercussão na saúde geral do paciente e em sua qualidade de vida.

Considerando que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, torna-se fundamental para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança.

A participação dos profissionais da assistência à gestante no pré-natal, assim como restante do grupo facilitará o esclarecimento dos fatores que impedem as gestantes de comparecer às consultas odontológicas e a formatação do protocolo da forma que ocorrerá o atendimento das gestantes. Quanto ao atendimento odontológico mais indicado em cada período gestacional, o protocolo a seguir nas gestações de risco.

5.3 Terceira Etapa

Incluir os diversos profissionais da atenção primária à saúde e da rede de educação responsáveis pelo cuidado da criança na primeira infância, além dos cuidadores familiares (pai, mãe ou responsável) e da gestão. As ações para crianças residentes na área de abrangência da UBS devem ser voltadas para a promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças bucais e ainda, para a identificação e o tratamento precoce dos problemas detectados. A identificação de risco e situações de vulnerabilidade à saúde bucal da criança permitirá à equipe a execução dessas ações, possibilitando o alcance e a manutenção da saúde bucal.

Na sequência, deverá ser realizada a discussão com o grupo sobre o atendimento para as crianças de 0 a 5 anos identificadas com cárie na primeira infância. Com o embasamento do grupo e a compreensão dos conceitos modernos de saúde bucal, poderão ser trabalhadas as necessidades e possibilidades de tratamento, a partir dos índices epidemiológicos encontrados no município, a estrutura existente no serviço.

5.4 Quarta Etapa

Como estratégia intersetorial e facilitadora das ações de saúde, o município conta com o Programa Saúde na Escola (PSE), implantado no município desde 2017. Compreende-se a escola como um espaço social importante e que facilita o acesso da população de abrangência para ações de articulação intersetorial. É importante a realização de conversas entre o grupo de profissionais da APS e da educação, além da participação da família e gestão para discutir e definir ações de promoção de saúde, no ambiente das escolas e as melhores estratégias de aproximação e motivação das crianças. Sugere-se que elas aconteçam de maneira lúdica e interativa para se tornem motivadoras de bons resultados. Os profissionais da rede de educação

poderão trazer grandes contribuições com a *expertise* na área pedagógica, fortalecendo a construção e solidificação do protocolo.

Deve se compreender a importância de ações de promoção de saúde, baseadas em perspectiva dialógica, edificadas nas parcerias locais e intersetoriais, com a participação da comunidade e realizadas nos espaços das escolas do município.

Outros espaços sociais possíveis no território que possibilitem acesso às crianças nessa faixa etária, também devem ser utilizados com a finalidade de ações de promoção de saúde. Os eventos sociais programados, as ações nas creches, datas comemorativas organizadas nas praças públicas, campanhas de vacinação organizadas em outros espaços sociais, são exemplos de algumas dessas possibilidades. Importante utilizar momentos de eventos que acontecem nas escolas e têm a participação da família, como momentos de reuniões e confraternização, para estabelecer o vínculo e a parceria.

Considerando a atuação em territórios dinâmicos, as ações para promover a integralidade e a equidade em saúde vão além das unidades de saúde e ocupam o espaço coletivo. Assim, os profissionais da equipe de saúde bucal (ESB) realizam intervenções próprias da área, reafirmando a sua autonomia técnica, mas também executam ações articuladas, nas quais interagem diferentes saberes da sociedade civil e de distintos campos profissionais que atuam no território.

6 AVALIAÇÃO

A avaliação deverá ser feita em um encontro com a participação dos profissionais da APS e da rede de educação envolvidos, família/comunidade e gestão. O convite à participação da gestão no procedimento de avaliação do protocolo é imprescindível. Alguns critérios foram propostos para a avaliação. Contudo, outros poderão ser apresentados ao longo dos trabalhos e definidos como importantes, sendo incorporados aos descritos a seguir: envolvimento dos participantes, dos pacientes, satisfação dos pacientes, qualidade final do trabalho, pontos facilitadores e dificultadores.

7 REFERÊNCIAS

Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004b. 16p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

Pitts, N, Baez, R, Diaz-Guallory, C, et al. Cárie na Primeira Infância: Declaração da IAPD de Bangkok. Int J Paediatr Dent. 2019; 29: 384-386.

Uribe SE, Innes N, Maldupa I. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. Int J Paediatr Dent. 2021; 00:1–14. <https://doi.org/10.1111/ipd.12783>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

Henry JA, Muthu MS, Swaminathan K, Kirubakaran R. Do Oral Health Educational Programmes for Expectant Mothers Prevent Early Childhood Caries? – A Systematic Review. Oral Health Prev Dent 2017;15(3):215–221.

Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ, Wu TT, Castillo DA et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-analysis. Caries Res. 2019; 53(4): 411–421. doi:10.1159/000495187.

Fisher-Owens SA. The Interprofessional Role in Dental Caries Management: Ways Medical Providers Can Support Oral Health (Perspectives from a Physician). Dent Clin North Am. 2019 10; 63(4):669-677.

Who. Oral health. Document EB148.R1 Agenda item 6 .148th session 21 January 2021 Disponível em:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R1-en.pdf.

Brasil. Decreto n. 6286, de 5 de dezembro de 2007- Institui o Programa Saúde na Escola- PSE.; 2007:3901–3902. Acessado outubro 7, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Série B. Textos Básicos de Saúde Cadernos de Atenção Básica - n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de pesquisa escolhida para o projeto e mestrado foi algo que representou um grande desafio, no aspecto da dimensão do assunto e do trabalho a ser desenvolvido. No desenvolvimento de todo o processo, os ajustes impostos pela pandemia da covid, sempre houve avanços e crescimento pessoal.

No serviço, a atenção à saúde bucal para primeira infância é uma realidade e necessidade, sendo que, até o momento, nenhum estudo tinha sido elaborado para se fazer essa avaliação e proposta. Além do fato de ser um estudo voltado para promoção de saúde, atuação intersetorial e interprofissional, abordou temas que ressaltam a saúde pública como prática baseada no cuidado integral ao paciente. Essa prática e modo de olhar o paciente é algo que percorre várias dimensões e esferas, que tangenciam percalços, incertezas, mas algo a ser construído.

Representou na minha formação um grande aprendizado, com vivências enriquecedoras e depoimentos através dos grupos focais realizados. É de suma importância conhecer a percepção dos envolvidos para atuar em qualquer esfera. Essa prática facilita o vínculo, gera confiança, empatia, facilitando as relações. Outro ganho foram os momentos de reflexão, discussão para construção de propostas, algo que causa impacto devido ao sentimento de pertencimento da comunidade. As propostas dialógicas, horizontais tornam as práticas de promoção de saúde mais fáceis de serem vivenciadas e se tornarem rotina e hábito para a população.

O estudo desenvolvido fez o diagnóstico de um problema de saúde bucal, através da análise qualitativa e quantitativa, mas objetivou por meio das questões levantadas e dos resultados obtidos, com base na literatura, propor ações e retornar para discussão com o mesmo público. O fortalecimento dos laços, a criação de vínculos favorece a modelagem da rede de atenção à saúde da criança na primeira infância. O trabalho deve ser articulado, com o apoio das dimensões serviço, família e escola, eixos essenciais no desenvolvimento de ações para alcançar resultados efetivos. No município estudado, intencionamos a aplicação dos resultados e a implantação do protocolo de serviço para melhorias na qualidade de vida na primeira infância e no desenvolvimento de adulto saudável. Espero que o trabalho desenvolvido possa contribuir em outras municípios para atenção integral à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

- AGOSTI, M. *et al.* Nutritional and metabolic programming during the first thousand days of life. **La Pediatria medica e chirurgica : Medical and surgical pediatrics**, v. 39, p. 57-61, 2017.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Perinatal and infant oral health care. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**, p. 262-266, 2021.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**, v. 13, n. 3, 2020.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Reference manual. **Oral Health Policies**, v. 40, n. 6, p. 60-62, 2018-9.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p.360-365, 2010.
- BASTOS, V. A. S. *et al.* Mother-to-child transmission of Streptococcus mutans: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry**, v. 43, n. 2, p. 181-91, 2015.
- BERKOWITZ, R. J. Mutans Streptococci: Acquisition and transmission. **Pediatric Dentistry**, v. 28, n. 2, p. 106–9, 2006.
- BLINKHORN, A. S. *et al.* The Dental Health of primary school children living in fluoridated, pre-fluoridated and non-fluoridated communities in New South Wales, Australia. **BMC Oral Health**, v. 15, n. 1, 2015.
- BRASIL. **Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Brasília, 2016.
- BRASIL. **Cartilha Programa Bolsa Família**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2015. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cartilhas/Cartilha_PBF

_2015.pdf.

BRASIL. **Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília, 2019.

BRASIL. **Painéis de Indicadores APS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde -SAPS, 2020. Disponível em:
<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>.

BRASIL. **Painéis de Indicadores APS**. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde -SAPS, 2021. Disponível em:
<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004b.

BRASIL. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. **SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, v. 23, 112 p, 2009.

CAUFIELD, P. W.; LI, Y.; BROMAGE, T. G. Hypoplasia-associated severe early childhood caries-a proposed definition. **Journal of Dental Research**, v. 91, n. 6, p. 544-550, 2012.

CHAVES, A. M. B. **Estudo longitudinal dos defeitos de esmalte e sua correlação com a cárie em crianças de 24 a 36 meses**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, 2003.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 76-91, 2018.

CHEN, K. J. *et al.* Dental caries status and its associated factors among 5-year-old Hong Kong children: A cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, 2017.

CHEN, K. J. *et al.* Early childhood caries and oral health care of Hong Kong preschool children. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 11, p. 27–35, 2019.

DA CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, Á. J. M.; DE ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 91, n. 6 Suppl 1, p. S44-51, 2015.

DOUGLASS, J. M.; DOUGLASS, A. B.; SILK, H. J. A practical guide to infant oral health. **American Family Physician**, v. 70, p. 2113-2020, 2004.

DRUMOND JR, M. **Epidemiologia nos municípios. Muito além das normas**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2011. 224 p.

DYE, B. A.; HSU, K. L. C.; AFFUL, J. Prevalence and measurement of dental caries in young children. **Pediatric Dentistry**, v. 37, n. 3, p. 200-216, 2015.

EL BEITUNE, P. *et al.* Nutrição durante a gravidez. **Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 14/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal**. São Paulo, v. 48, n. 4, p. 245-56, 2020.

FILIPPONI, T.; RICHARDS, W.; COLL, A. M. Oral health knowledge, perceptions and practices among parents, guardians and teachers in South Wales, UK: A qualitative study. **British Dental Journal**, v. 224, n. 7, 2018.

FISHER-OWENS, S. A. *et al.* Influences on children's oral health: A conceptual model. **Pediatrics**, v. 120, p. 510–20, 2007.

FISHER-OWENS, S. A. The Interprofessional Role in Dental Caries Management: Ways Medical Providers Can Support Oral Health (Perspectives from a Physician). **Dental Clinics of North America**, v. 63, n. 4, p. 669–677, 2019.

FISHER-OWENS, S. Broadening perspectives on pediatric oral health care provision: Social determinants of health and behavioral management. **Pediatric Dentistry**, v. 36, n. 2, p. 115-20, 2014.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 64–71, 2009.

GODFREY, K. M.; BARKER, D. J. P. Fetal nutrition and adult disease. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 71, n. 5 SUPPL., p. 1344-1352, 2000.

GODFREY, K. M.; GLUCKMAN, P. D.; HANSON, M. A. Developmental origins of metabolic disease: Life course and intergenerational perspectives. **Trends in Endocrinology and Metabolism**, v. 21, n. 4, p. 199-205, 2010.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Education Today**, v. 24, n. 2, p. 105-112, 2004.

HAKOJÄRVI, H. R.; SELÄNNE, L.; SALANTERÄ, S. Child involvement in oral health education interventions – A systematic review of randomised controlled studies. **Community Dental Health**, v. 36, n. 4, p. 287–293, 2019.

HENRY, J. A. *et al.* Do oral health educational programmes for expectant mothers prevent Early Childhood Caries? - A systematic review. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 15, n. 3, p. 215–221, 2017.

HOROWITZ, H. S. Research issues in early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 26, n. 1 suppl., p. 67-81, 1998.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Cidades**. 2019.

KANASI, E. *et al.* Microbial risk markers for childhood caries in pediatricians offices. **Journal of Dental Research**, v. 89, n. 4, p. 378-383, 2010.

KIRTHIGA, M. *et al.* Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. **Pediatric dentistry**, v. 41, n. 2, p. 95–112, 2019.

LALLÈS, J. P. Long term effects of pre- and early postnatal nutrition and environment on the gut. **Journal of Animal Science**, v. 90, n. 4, p. 421-429, 2012.

LARANJO, E. *et al.* A cárie precoce da infância: uma atualização. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 33, n. 6, p. 426–429, 2017.

LIN, Y. C. *et al.* Significant caries and the interactive effects of maternal-related oral hygiene factors in urban preschool children. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 77, n. 3, p. 188–196, 2017.

LOESCHE, W. J. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. **Microbiological Reviews**, v. 50, n. 4, p. 353-380, 1986.

LOSSO, E. M. *et al.* Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 4, p. 295-300, 2009.

LUTTER, C. K.; PEÑA-ROSAS, J. P.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Maternal and child nutrition (IV). **The Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1550–1551, 2013.

MANCHANDA, S. *et al.* Horizontal Transmission of *Streptococcus mutans* in Children and its Association with Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Pediatric dentistry**, v. 43, n. 1, 2021.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MONAGHAN, N. *et al.* The caries experience of 5-year-old children in Scotland, Wales and England in 2011-2012: Reports of cross-sectional surveys using BASCD criteria. **Community Dental Health**, v. 31, n. 2, p.105–110, 2014.

MORRISON, J. L. *et al.* Fetal growth restriction, catch-up growth and the early origins of insulin resistance and visceral obesity. **Pediatric Nephrology**, v. 25, n. 4, p. 669-677, 2010.

MOYNIHAN, P. J.; KELLY, S. A. M. Effect on caries of restricting sugars intake: Systematic review to inform WHO guidelines. **Journal of Dental Research**, v. 93, n. 1, p. 8-18, 2014.

NAUDEAU, S. *et al.* Como investir na primeira infância: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância. **The World Bank**, São Paulo, 2011.

NEVES, A. B. *et al.* Comparison between clinical aspects and salivary microbial profile of children with and without early childhood caries: A preliminary study. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 39, n. 3, p.209-14, 2015.

NON, A. L. *et al.* Early childhood social disadvantage is associated with poor health Behaviours in Adulthood. **Annals of Human Biology** , v. 43, n. 2, p. 1- 42, 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**.1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 616 p.

PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, p. 249–260, 2019.

PHANTUMVANIT, P. *et al.* WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 3, p. 280–287, 2018.

PINTO, R. DA S. *et al.* Projeto SB Minas Gerais 2012: Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira - Métodos e Resultados Principais. **Arquivos em Odontologia**, v. 54, p. 1- 12, 2018.

PITTS, N *et al.* Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 29, n. 3, p. 384–386, 2019.

PLONKA, K. A. *et al.* A longitudinal case-control study of caries development from birth to 36 months. **Caries Research**, v. 47, n. 2, p.117-127, 2013.

RIBEIRO, A. G.; OLIVEIRA, A. F. DE; ROSENBLATT, A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1695-1700, 2005.

RICHTER, L. M. *et al.* Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale. An Executive Summary for the Lancet's Series. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 1–8, 2016.

SEOW, W. K. Early Childhood Caries. **Pediatric Clinics of North America**, v. 65, p. 941-954, 2018.

THAM, R. *et al.* Breastfeeding and the risk of dental caries: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 104, n. 467, p. 62–84, 2015.

TINANOFF, N. *et al.* Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 29, n. 3, p. 238–248, 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

UFMG. **Boletim: Um plano para a Grande BH**. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1665/4.shtml>. 2009.

UNICEF. **Os 10 passos para alimentação e hábitos saudáveis. Do nascimento até os 2 anos de idade**. 2020.

UNICEF, M. **Subsídio de Primeira Infância**. 2015.

URIBE, S. E.; INNES, N.; MALDUPA, I. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 31, n. 6, p. 817-830, 2021.

VAN MEIJEREN-VAN LUNTEREN, A. W. *et al.* Breastfeeding and Childhood Dental Caries: Results from a Socially Diverse Birth Cohort Study. **Caries Research**, v. 55, n. 2, p. 153–161, 2021.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v. 371, n. 9.609, p. 340-357, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ending childhood dental caries: WHO implementation manual**. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health. Document EB148.R**. 2021.

XIAO, J. *et al.* Candida albicans and Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Caries Research**, v. 52, n. 1–2, p. 102–112, 2018.

ZALEWSKI, B. M. *et al.* Nutrition of infants and young children (one to three years) and its effect on later health: A systematic review of current recommendations (Early Nutrition project). **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 57, n. 3, p. 489-500, 2017.

ZHANG, W. *et al.* Cariogenicity of *Candida albicans* of distinct genotypes among 3-5-year-old Uygur children in Kashgar, China- a case-control study. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 203, p. 1-8, 2018.

ZHOU, Y. *et al.* The contribution of life course determinants to early childhood caries: A 2-year cohort study. **Caries Research**, v. 46, n. 2, p. 87-94, 2012.

ZORZETTO, R. Mil dias que valem uma vida. **Revista Pesquisa Fapesp**, v. 179, 2011.

ANEXO A – Parecer consubstanciado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO SUDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Efigênia Ferreira e Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68513317.0.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.144.625

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com 500 crianças de cinco anos de idade serão identificadas a partir dos registros das agentes comunitárias de saúde do município de Confins.

Segundo a metodologia, o levantamento será realizado por examinador único, previamente calibrado, pela equipe de pesquisa e procederá ao exame de cárie na própria sala de aula da unidade de ensino ou mesmo na residência da criança, sob luz natural, com o examinado sentado em cadeiras e o examinador à sua vanguarda. O método empregado para o exame clínico será o da inspeção visual, com o intuito de avaliar a presença de a experiência de cárie dentária e necessidades em saúde bucal. Nenhuma intervenção clínica será realizada, nesse momento na criança, minimizando qualquer risco. O exame será tátil-visual, os tecidos periorais serão afastados com a espátula de madeira tocando-se o mínimo na criança. Os achados serão imediatamente transcritos pelo anotador na Ficha de Exame.

Segundo o projeto, haverá uma roda de conversa com as mães com a seguinte questão norteadora: "Quando eu digo saúde bucal da criança de zero a cinco anos, o que isto quer dizer?". Por meio das rodas de conversa, serão priorizadas discussões em torno da temática e, a partir de então, os membros da roda apresentarão suas elaborações sobre o tema, com as falas sendo instigadas mutuamente, compresença de argumentos e contra-argumentos (grupo focal). Os

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.144.625

registros serão gravados, anotados, transcritos, interpretados e categorizados com uso da análise de conteúdo como balizador teórico.

A partir dos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, será identificada a capacidade instalada de equipamentos públicos de saúde, assim como a cobertura populacional total do Sistema Único de Saúde. Dados de interesse: Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou outro equipamento responsável pela Atenção Primária à Saúde; População adscrita às UBS; Existência ou não do Programa Saúde da Família (PSF); Composição das equipes do PSF; Nº de profissionais de saúde atuando no serviço público de saúde; Existência de Centro de Especialidades Odontológicas próprias ou pactuadas e especialidades disponíveis; Atendimento hospitalar próprio ou pactuado; Políticas e Programas direcionados a crianças de zero a cinco anos ativos na APS; Escolas de Educação infantil.

Desta forma, o projeto propõe ações e metas de saúde bucal que possam ser desenvolvidas no âmbito do sistema de saúde local e que favoreçam ao aumento dos livres de cárie e redução da prevalência de cárie precoce da infância junto aos profissionais e gestores, a partir dos dados do município, da situação de saúde bucal das crianças e a percepção das mães, e considerando que a programação para a saúde bucal proposta para o município, expressa anteriormente, não contempla ações que incluam as crianças menores de quatro anos.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos no projeto:

Objetivo Primário: Identificar ações e metas de saúde bucal infantil, obtidas a partir de discussões colegiadas entre gestores e trabalhadores da saúde municipal, sociedade civil, academias e classe política, passíveis de serem pactuadas e incorporadas à agenda da saúde do município, sem, contudo interferir na lógica de organização e funcionamento do sistema municipal de saúde.

Objetivo Secundário: Identificar os equipamentos públicos de saúde no município; Identificar a prevalência de cárie precoce da Infância-ECC no município; Definir metas de saúde bucal junto ao município para crianças de zero a cinco anos; Pactuar, junto às Comissões Regionais, metas de saúde bucal para crianças de zero a cinco anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o TCLE:

Sobre a avaliação das crianças informa: "Sua criança poderá ter um desconforto mínimo que é próprio do exame ou até se sentir constrangida em ser examinada. Contudo, esteja certo(a) de que, buscaremos reduzir ao mínimo esses incômodos, fazendo o exame com rapidez, técnica e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.144.625

usando material descartável (espátula de madeira)." Nos benefícios, descreve: "se observarmos alguma alteração, vamos fazer o encaminhamento para uma das Unidades de Saúde de Confinos".

Sobre a roda de conversa descreve: "AS RODAS DE CONVERSA PODEM APRESENTAR UM CONSTRANGIMENTO INICIAL. CONTUDO, ESPERAMOS QUE ISSO LOGO SE DESFAÇA COM O AMBIENTE AMISTOSO DO GRUPO." Com relação aos benefícios descreve: "A sua participação e de seu filho(a) é muito importante para nós e para sua cidade. Com os dados juntos vamos fazer um plano de ação para as crianças de Confinos. "

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto pós-doutoral, com relevância na saúde pública.

Como o projeto envolve crianças até 05 anos, solicita dispensa no TALE, o que está em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto preenchida e assinada.

- Projeto completo.
- Parecer aprovado pela Câmara Departamental de Odontologia Social e Preventiva, em 11/05/17.
- Requerimento de registro de residência pós-doutoral da UFMG.
- Anuência da Secretaria Municipal de Educação de Confinos, em 24/02/17.
- Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Confinos, com a Coordenadora da Saúde Bucal, em 24/02/17.
- TCLE como carta convite, resguardando a confidencialidade dos dados, o anonimato, o direito à recusa, e desistir do projeto à qualquer momento.

Segundo a carta-resposta ao Coep e a análise do TCLE:

- Foi incluído a atividade de roda de conversa dos responsáveis, com seus riscos e cuidados para minimizá-lo.
- Incluído campo para o responsável assinar com quais procedimentos concorda participar (avaliação da criança e/ou roda de conversa);
- Informado que, para dúvida de aspecto ético, contactar o Coep/UFMG;
- Informado o correio eletrônico do pesquisador;
- Trocado o termo "cópia" por via e,
- Informado que os dados ficarão armazenados por 05 anos, no Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.144.625

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	685133170parecerassinado.pdf	28/06/2017 15:34:00	Vivian Resende	Aceito
Outros	685133170aprovacaoassinada.pdf	28/06/2017 15:33:51	Vivian Resende	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_875853.pdf	18/06/2017 23:04:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PosParecer.pdf	18/06/2017 23:03:39	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	18/06/2017 23:01:55	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.doc	17/05/2017 00:16:05	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
Outros	parecer_aprovado_camara.pdf	11/05/2017 21:23:30	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
Outros	POSDOC_NUBIA.jpg	19/04/2017 03:18:07	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PosDoc_ProjetoSB_Nubia_Modific2017.Pdf	07/04/2017 20:15:48	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	07/04/2017 19:55:58	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SME_Confins.doc	05/04/2017 02:51:33	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS



Continuação do Parecer: 2.144.625

Declaração de Instituição e Infraestrutura	SMS_Confins.doc	05/04/2017 02:49:14	ROSA NUBIA VIEIRA DE MOURA	Aceito
--	-----------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 28 de
Junho de 2017

Assinado por:

**Vivian Resende
(Coordenador)**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Submissão Ciência & Saúde Coletiva

Task Webmail - Ciência x Manuscritos Scholar x Manuscritos Scholar x Task Webmail - Ciência x Manuscritos Scholar x salesforce.com x +

mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo

Apps Apresentação 17.pp... My Place / Acessar Converter MP3 do Y... Gengivite, como pr... ORCID Sci-Hub: removing... Entrada - mestrado... Lucidchart - Mapas... Lista de leitura

ScholarOne Manuscripts™ Ana paula jardim Instruções e Formulários Ajuda Sair

SciELO Ciência & Saúde Coletiva

Casa Autor

Painel do Autor

Painel do Autor

1 Manuscritos que eu co-autoria >

Começar um novo envio >

Instruções Legadas >

5 e-mails mais recentes >

Manuscritos que eu co-autoria

STATUS	EU IRIA	TÍTULO	CRIADA	SUBMETIDO
ADM: Rocha, Danuzia	CSC-2021-1948	A SAÚDE BUCAL INFANTIL: a percepção de profissional da saúde, da educação e dos pais ou responsáveis Visualizar submissão Autor do envio: Moura, Rosa Núbia	08 de outubro de 2021	08 de outubro de 2021

Aguardando processamento administrativo

[Diário de contato](#)

21°C 19:05 PTB2 09/10/2021

Task Webmail - Ciência x Manuscritos Scholar x Manuscritos Scholar x Task Webmail - Ciência x Manuscritos Scholar x salesforce.com x +

wbw2.task.com.br/?_task=mail&_action=show&_uid=37554&_mbox=INBOX&_caps=pdf%3D1%2Cflash%3D0%2Ctif%3D0

Apps Apresentação 17.pp... My Place / Acessar Converter MP3 do Y... Gengivite, como pr... ORCID Sci-Hub: removing... Entrada - mestrado... Lucidchart - Mapas... Lista de leitura

E-mail Catálogo de endereços Configs de recebimento Configurações perdigao@task.com.br Sair

task

Pastas

- Caixa de entrada
- Rascunhos
- Enviados
- Spam
- Lixeira

Assunto: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2021-1948

De: Ciência & Saúde Coletiva

Para: bdmoura96@gmail.com

Cópia: perdigao@task.com.br, najara.rocha@gmail.com, bdmoura96@gmail.com, efigeniaf@gmail.com

Responder para: danuziacienciasaudecoletiva@gmail.com

Data Sex: 17:58

08-Oct-2021

Dear Dr. Moura:

Your manuscript entitled "A SAÚDE BUCAL INFANTIL: a percepção de profissionais da saúde, da educação e dos pais ou responsáveis" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CSC-2021-1948.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Mensagem 4 de 556

21°C 19:08 PTB2 09/10/2021

ANEXO C – Normas para publicação



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio



dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos



Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O



documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados



apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.



Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).



5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria N° 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
 ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" ¹¹ (p.38).
 ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade..."
 As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
 3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
 4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).
 5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
 Pellegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
 Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
 The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
 Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
 Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
 Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
 Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.



Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e aflns*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual



HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, *clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.