

QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT

**CONTEXTO FAMILIAR E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM PRÉ-
ESCOLARES AVALIADOS PELO PSE EM BELO HORIZONTE**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas
Gerais Belo Horizonte**

2021

Queila da Cunha Ferreira Heckert

CONTEXTO FAMILIAR E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM PRÉ- ESCOLARES AVALIADOS PELO PSE EM BELO HORIZONTE

Dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia Aplicada ao Serviço de Saúde

Orientadora: Profª Drª Efigênia Ferreira e Ferreira
Coorientadora: Profª Drª Renata de Castro Martins

Belo Horizonte
2021

Ficha Catalográfica

H449c Heckert, Queila da Cunha Ferreira.
2021 Contexto familiar e necessidade de tratamento em pré-
T escolares avaliados pelo PSE em Belo Horizonte / Queila da
Cunha Ferreira Heckert. -- 2021.

119 f. : il.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.
Coorientadora: Renata de Castro Martins.

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

1. Cárie dentária. 2. Criança. 3. Relações familiares.
4. Características da família. 5. Transtornos mentais. I.
Ferreira, Efigênia Ferreira e. II. Martins, Renata de Castro
. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



FOLHA DE APROVAÇÃO

CONTEXTO FAMILIAR E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM PRÉ-ESCOLARES AVALIADOS PELO PSE EM BELO HORIZONTE

QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT

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

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

Documento assinado digitalmente
gov.br EFIGENIA FERREIRA E FERREIRA
Data: 01/11/2021 20:07:12-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

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

Documento assinado digitalmente
gov.br RENATA DE CASTRO MARTINS
Data: 03/11/2021 14:52:47-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof(a). Renata de Castro Martins – Co-orientadora
FO-UFGM

Prof(a). Daniela Lemos Carcereri
UFSC



Documento assinado digitalmente
Daniela Lemos Carcereri
Data: 03/11/2021 22:54:20-0300
CPF: 477.671.209-10
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Assinado de forma digital por
Andrea Clemente
Palmier:94670730720
Dados: 2021.11.02 23:18:50 -03'00'
Prof(a). Andrea Clemente Palmier
FO-UFGM

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 do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFGM

A Deus, doador e consumidor. A Ricardo, meu amor e companheiro da vida. Por você, tudo. Sem você, nada. A Marina e Ligia, minhas maiores realizações. Vocês trazem alegria e cura para a minha alma. A meu pai e minha mãe, que investiram em mim. Sem vocês eu não teria chegado a lugar nenhum.

AGRADECIMENTOS

Em dias de festa sempre há muito a se agradecer. E é preciso começar por aqueles que nos sustentam diariamente. Sem os quais não levantaríamos de manhã. Primeiro a Deus, meu Pai Eterno e Senhor. Esse projeto foi gerado em seu coração e ao Senhor devolvo. Obrigada por me dar cada pequena coisa que eu precisava. Leve-o até onde o Senhor quiser levar. Obrigada, Ricardo, meu escolhido de todo dia. Nada que eu diga aqui conseguirá expressar a gratidão que tenho pelo seu apoio, ajuda e incentivo. Sem você certamente nada disso teria sido possível. Obrigada minhas filhas, Marina e Ligia, por suportarem minhas ausências com paciência e compreensão. Tudo isso foi por vocês também. Vocês são a alegria das nossas vidas. Ao Pastor Marcos e Dona Elizete, meus pais. Não estudar nunca foi uma opção. Vocês nos fizeram ir mais longe. Obrigada por todo investimento feito por vocês nas nossas vidas, muitas vezes com o custo de lágrimas.

É preciso agradecer também aqueles que nos ajudaram a ver que era necessário avançar. Aos meus pacientes de todo dia, que me ensinaram tanto e me mostraram que nem tudo é tão obvio. Aos colegas de trabalho do CS Tupi e do CS Alcides Lins, que me ajudaram a levantar questionamentos e construir novas possibilidades. E ao meu terapeuta, Dr. Maurício, que tem suportado as minhas lamúrias há tanto tempo. Esse mestrado nasceu no divã. À minha orientadora Efigênia Ferreira e Ferreira e à minha coorientadora Renata de Castro Martins, professoras amadas, sempre presentes para incentivar e para corrigir quando necessário. A vocês meu agradecimento mais que especial. Também aos nossos professores que se desdobraram para fazer possível esse curso mesmo em meio a pandemia. Certamente seu esforço valeu a pena. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que na figura de tantas pessoas e departamentos sempre se mostrou parceira neste projeto, o meu muito obrigada.

E por fim é preciso agradecer quem nos ajudou em pequenos gestos. Obrigada a meus colegas da turma do Mestrado Profissional. Nada substitui as pessoas. Conhecer vocês, sem dúvida, foi o maior ganho que tive. E aos meus amigos que realizaram por mim tantas coisas que não pude nesse tempo, gratidão sem fim.

*“Cabecinha boa de menino triste,
de menino triste que sofre sozinho,
que sozinho sofre, — e resiste,*

*Cabecinha boa de menino ausente,
que de sofrer tanto se fez pensativo,
e não sabe mais o que sente...*

*Cabecinha boa de menino mudo
que não teve nada, que não pediu nada,
pelo medo de perder tudo.”*

Trecho do poema “Criança” de Cecília Meireles, in 'Viagem'

RESUMO

Cárie da primeira infância (CPI) é a presença de lesão cariiosa, perda ou restauração em pelo menos um dente decíduo antes de 71 meses de idade, impactando o bem-estar e a qualidade de vida da criança e dos pais. Apresenta uma alta prevalência no Brasil e no mundo, com um alto índice de dentes não tratados. Em sua etiologia a CPI apresenta associação das variáveis biológicas e dietéticas, sociodemográficas, psicossociais e ambientais, envolvendo a criança, a família e a comunidade. Este estudo teve como objetivo analisar a necessidade de tratamento odontológico e o contexto familiar em crianças pré-escolares, avaliadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Este estudo transversal foi realizado com o principal cuidador das crianças avaliadas pelo PSE moradoras da área de abrangência de um Centro de Saúde em Belo Horizonte, sendo um estudo descritivo. Dados primários foram coletados por entrevista, através de questionário estruturado com o principal cuidador da criança via contato telefônico. Este questionário incluiu um questionário socioeconômico; demográfico e familiar; o Questionário de Funcionamento Geral Familiar, para investigação do funcionamento familiar; e o *Self- Reporting Questionnaire*, para triagem de transtornos mentais comuns no principal cuidador. Dados secundários incluíram os registros do banco de dados do PSE, para levantamento da população do estudo e da necessidade de tratamento odontológico. Este trabalho teve como produto um artigo científico que apresenta os seguintes resultados: A mediana de idade das crianças foi de 5 anos e 32,80% tinham necessidade de tratamento em relação à cárie dentária. A maioria dos respondentes foram mães (88,50%), apresentavam ensino médio completo ou mais (52,50%) e estavam desempregados (49,20%). Houve maior prevalência de necessidade de tratamento em famílias com menor renda e com menor apoio social (familiar e amigos < 1) e menor prevalência em famílias de formato tradicional. Também foi realizado um produto técnico no formato de material didático ou instrucional com o objetivo de sensibilizar os que trabalham com saúde pública à necessidade de um melhor registro dos dados produzidos nos serviços.

Palavras chave: Cárie dentária. Criança. Relações familiares. Características familiares. Transtornos mentais. Registro de dados.

ABSTRACT

Family context and need for treatment in preschoolers evaluated by pse in Belo Horizonte

Early childhood caries (IPC) is the presence of carious injury, loss or restoration in at least one deciduous tooth before 71 months of age, impacting the well-being and/quality of life of the child and parents. It has a high prevalence in Brazil and worldwide, with a high rate of untreated teeth. In its etiology, IPC presents an association of biological and dietary, sociodemographic, psychosocial and environmental variables, involving the child, the family and the community. This study aimed to analyze the need for dental treatment and the family context in preschool children, evaluated by the School Health Program (PSE). This cross-sectional study was conducted with the main caregiver of the children evaluated by the PSE living in the area covered by the Alcides Lins health center in Belo Horizonte, and is a descriptive study. Primary data were collected by interview through a structured questionnaire with the main caregiver via telephone contact. This questionnaire included a socioeconomic, demographic and family questionnaire, the General Family Functioning Questionnaire, for the investigation of family functioning and the Self-Reporting Questionnaire for screening common mental disorders in the main caregiver. Secondary data included the records of the PSE database, to survey the study population and the need for dental treatment. This study had as product a scientific article that presents the following results: The median age of the children was 5 years and 32.80% needed treatment in relation to dental caries (NT). Most of the respondents were mothers (88.50%), had completed high school or more (52.50%) and were unemployed (49.20%). We found a resident/room ratio of 1.00, social support (family and friends) with a median of 1.00. The FGF scores presented median=3.00. The prevalence of CMD was 45.90%. There was a higher prevalence of need for treatment in families with lower income and with lower social support (family and friends<1) and lower prevalence of in traditional families. The fgf and prevalence of SRQ-20 values were similar among preschoolers with and without the need for dental treatment. A high prevalence of CMD and suicidal ideation was found. A technical product was also produced in the form of didactic or instructional material with the objective of sensitizing public health workers of the need for a better record of the data produced in the services.

Keywords: Dental caries. Child. Family relationships. Family characteristics. Mental disorders. Data recording.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Lista de variáveis do estudo, e as categorias

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CPI	Cárie da Primeira Infância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
TMC	Transtornos Mentais Comuns
PSE	Programa Saúde na Escola
FGF	Escala de Funcionamento Geral da Família
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire 20
UBS	Unidades Básicas de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
GEAS	Gerencia de Assistência
SUS-BH	Sistema Único de Saúde do Município de Belo Horizonte

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	09
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 OBJETIVOS	20
4 JUSTIFICATIVA	21
5 METODOLOGIA EXPANDIDA	22
5.1 Hipóteses	23
5.2 Método	23
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
7 PRODUTO TÉCNICO	52
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE	93
ANEXOS	94

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este trabalho se iniciou a partir da experiência no serviço de saúde bucal do Programa Saúde da Família no município de Belo Horizonte. Anos de atendimento de crianças provenientes de diversas origens nos levaram à impressão clínica de haver mais razões além do que já era pré-estabelecido para que algumas crianças concentrassem maior número de lesões de cárie que outras.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte há alguns anos estipulou para a Rede SUS-BH a figura do Evento Sentinela em Saúde Bucal. (BELO HORIZONTE, 2006). Seriam crianças menores de 6 anos que apresentassem 9 ou mais lesões cáries. A orientação era que essas crianças deveriam receber prioridade no atendimento, e que deveriam ser avaliadas por toda a equipe de saúde multiprofissional. O resultado que encontrávamos dessas avaliações eram crianças, em sua maioria, apresentando realidade socioeconômica desfavorecidas e nenhuma descoberta em avaliações médicas ou de enfermagem. No entanto, tantas outras crianças que acompanhávamos e que viviam na mesma realidade socioeconômica, dietas e hábitos similares, eram livres de cárie. O que realmente fazia a diferença entre uma e outra?

Observávamos nas crianças evento sentinela, um padrão de comportamento diferente das outras crianças. Muitas vezes eram crianças apáticas, que esboçavam poucas reações, inclusive diante da dor e de procedimentos complexos. Crianças tristes e pouco comunicativas. Outras vezes eram excessivamente agitadas, não permitindo que as manipulassem para a realização dos procedimentos mais simples.

Diante dessa realidade nos debruçamos sobre a literatura para buscar o que diziam as evidências científicas. E o que encontramos foi uma expansão na percepção a respeito da etiologia multifatorial da cárie, que vai muito além do quadrilátero indivíduo – microbiota - dieta – tempo. Descobriu-se também que a influência da família e a presença de transtornos mentais comuns corroboravam com a nossa observação clínica. Então nos propusemos a essa pesquisa, buscando produzir evidências a partir do próprio serviço, e também buscando instrumentos que pudessem ajudar a identificar famílias com maior risco à cárie na primeira infância.

Este trabalho contém uma breve revisão de literatura e uma apresentação da metodologia da pesquisa. Os resultados estão apresentados em formato de um artigo científico. Também produzimos um produto técnico que surgiu a partir das dificuldades que encontramos para a realização da pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A doença cárie é a doença crônica mais prevalente no mundo e ainda é a doença crônica mais comum na infância e na adolescência, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, (TRENTESAUX *et al.*, 2014) sendo um problema de saúde pública (LOSSO *et al.*, 2009).

A análise dos resultados dos levantamentos epidemiológicos brasileiros, feitos em 1986, 2003 e 2010, nos mostra uma redução na prevalência de cárie no país, mas evidencia também que a doença se apresenta de forma desigual, variando em gravidade segundo a idade e entre as regiões do país. (BRASIL, 2018) A redução da prevalência de cárie em pré-escolares tem sido discreta, permanecendo os índices elevados, mostrando a necessidade de manter a atenção quanto à dentição decídua (PIVA *et al.*, 2017).

Segundo o levantamento epidemiológico realizado em 2010, aos 5 anos de idade, uma criança brasileira ainda apresentava, em média, um ceo-d de 2,43, com alto percentual de dentes não tratados, chegando a 80% em média. Em Belo Horizonte foi encontrado um ceo-d 2,4 aos 5 anos, sendo maior que a média da região sudeste que foi de 2,1 (BRASIL, 2012).

Estudos epidemiológicos mostram que a Cárie da Primeira Infância (CPI) permanece predominante entre crianças pré-escolares em todo o mundo. Tem se observado uma prevalência de cárie de 23,8% em crianças menores de 36 meses e de 57,3% entre aqueles com 36 a 71 meses de idade. Além disso, as lesões de cárie não tratadas em crianças pequenas continuam a ser um encargo significativo para a saúde em muitos países (EI TANTAWI *et al.*, 2018).

A CPI é classificada como a presença de lesão cariosa, perda ou restauração em pelo menos um dente decíduo antes de 71 meses de idade e impacta o bem-estar e a qualidade de vida da criança. Entre crianças com idade entre 2-5 anos, o impacto na qualidade de vida é quase três vezes maior para crianças com cárie dentária quando comparadas àquelas sem cárie. Quando a cárie é mais severa, há um impacto negativo, inclusive, na qualidade de vida dos pais (MARTINS *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que a cárie dentária pode ser prevenida, controlada podendo até mesmo ser interrompida ou revertida. A sua evolução pode causar complicações de ordem física, psicológica e social, tais como dor, bacteremia, e perda prematura de dentes, podendo ter um impacto na sua alimentação, sorriso, fala e socialização (LOSSO *et al.*, 2009; TRENTESAUX *et al.*, 2014).

Nas propostas preventivas dos problemas de saúde na primeira infância, muita ênfase tem sido dada à informação dos pais e cuidadores sobre hábitos saudáveis. Entretanto, para grupos específicos de alto risco, muitos programas de prevenção de saúde são ineficientes (TRENTESAUX *et al.*, 2014). Os serviços de saúde falham em não reconhecer a dinâmica familiar, o que pode resultar em intervenções limitadas, desfavorecendo o atendimento integral (LEONCIO *et al.*, 2017).

A etiopatogenia da cárie envolve uma microbiota específica, alimentação rica em açúcares, além de susceptibilidade do indivíduo em um determinado período de tempo. No entanto, se um grande número de pesquisas atribui o surgimento da cárie dentária à associação das variáveis biológicas e dietéticas, nos últimos tempos cresceu sua associação às variáveis sociodemográficas, psicossociais e ambientais (LOSSO *et al.*, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2012; NUNES e PEROSA, 2017).

Pensar na etiologia da cárie como um processo puramente biológico não explica a ocorrência da cárie dentária nas populações, sendo necessário construir um conhecimento capaz de especificar e quantificar relações e interações entre variáveis que desencadeiam a ocorrência e a progressão da doença (HOLST *et al.*, 2001). A cárie dentária está ligada a fatores sociais e comportamentais, havendo em todos os países e sistemas de saúde a existência de gradiente social na prevalência desta, medida pela associação em indicadores de cárie dentária e status socioeconômico (Petersen, 2005).

Holst *et al.* (2001) construíam um modelo teórico de cárie em uma abordagem populacional onde a estrutura social é colocada como capaz de afetar o contexto socioeconômico individual, afetando também comportamentos individuais e a ocorrência de cárie, assim como a sua taxa de progressão. Os efeitos da organização social sobre a saúde bucal são considerados mediados por processos comportamentais,

psicológicos e biológicos. Aspectos psicológicos foram incluídos no modelo, por seu envolvimento nas relações sociais e na saúde. Em última análise, a cárie se desenvolve e progride como resultado de estruturas sociais desencadeando comportamentos e reações psicológicas, que por sua vez aceleram um processo biológico.

Alguns modelos têm sido descritos para a compreensão da ocorrência prematura de cárie dentária em crianças apresentando os fatores de risco ligados à criança, à família ou à comunidade. Os fatores do indivíduo envolvem tanto aspectos genéticos e biológicos, como comportamentais ou demográficos. As influências familiares envolvem condições socioeconômicas, composição e função familiar, comportamentos de saúde, habilidades de enfrentamento da família e segurança física. Os aspectos psicossociais do contexto familiar incluindo transtornos mentais e fatores cognitivos podem contribuir para o desenvolvimento de cárie. Por fim, a influência da comunidade envolve acesso a serviços de saúde, cultura, ambiente social e valorização da saúde bucal pela comunidade (FISHER-OWENS *et al.*, 2007, ALMEIDA *et al.*, 2012, ROCHA *et al.*, 2017).

Fisher-Owens *et al.* (2007) apresentam ambientes familiares como as principais influências de saúde que possibilitam e apoiam escolhas e estilos de vida saudáveis, habilidades de enfrentamento parental e autoeficácia para lidar com a vida de maneiras saudáveis. Além disto, são fatores de proteção para a saúde bucal em crianças a autoestima infantil, autoeficácia e consultas de cuidados primários (FISHER-OWENS *et al.*, 2007).

2.1 O contexto familiar e a cárie

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) é construída sobre o pilar da determinação social de saúde, incluindo seus aspectos afetivos e emocionais, que constituem um ambiente facilitador à vida. Esta política incorpora em suas ações a prática de cuidado integral, especialmente na primeira infância, pela relevância atribuída por inúmeras áreas do conhecimento de que as crianças precisam de um ambiente favorável ao seu crescimento e amadurecimento, que atue em conjunto ao seu potencial genético, para o desenvolvimento pleno de

suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas (BRASIL, 2018).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o centro ordenador do sistema de atenção em saúde e é baseada em princípios como o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, focalização na família e orientação comunitária (STARFIELD, 2002). A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Entre suas diretrizes está: coordenar a integralidade em seus vários aspectos, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2012).

A organização da atenção primária em saúde hoje, na realidade brasileira, se dá a partir da família por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é constituída sob uma nova concepção de saúde, baseada na promoção de saúde (BRASIL, 2000).

A família sendo o objeto de principal atenção na APS, deve ser compreendida a partir do ambiente em que vive e em sua interação com ele. O contexto familiar engloba aspectos que definem o estilo de vida da família e inclui tanto condições de vida material como aspectos diários e simbólicos (ALMEIDA *et al.*, 2012). O núcleo familiar constitui um espaço dinâmico onde crenças, hábitos e valores são compartilhados lhe dando características que tornam única a maneira de ser família. Essas características são transmitidas através das gerações englobando desde circunstâncias corriqueiras, como hábitos diários, até as mais complexas, como lidar com luto, perdas ou humilhações (LAWALL *et al.*, 2012). É a família que propicia vínculos e subsídios necessários para o desenvolvimento e o bem-estar dos que a compõe. Nela estão envolvidos o aporte afetivo, que apresenta um papel decisivo na educação formal e informal, os valores culturais, éticos e de socialização (MOIMAZ *et al.*, 2011).

A família, independentemente de sua estrutura, atua como mediadora entre a criança e a sociedade na primeira infância. Cuidados familiares em prol de crianças na primeira infância são definidos como um conjunto de práticas dos cuidadores que impactam a saúde e o desenvolvimento psicológico e cognitivo. O cuidado adequado

no ambiente doméstico depende da disponibilidade de recursos como escolaridade, saúde física e mental, tempo, autonomia, suporte social e recursos financeiros dos cuidadores (ALMEIDA *et al.*, 2012). A qualidade do cuidado de saúde e afetivo-social decorre de condições estáveis de vida, tanto socioeconômicas como psicossociais. No ambiente familiar, a criança pode tanto receber proteção como conviver com riscos ao seu desenvolvimento, frequentemente relacionados ao baixo nível socioeconômico e à fragilidade de vínculos familiares (ANDRADE *et al.*, 2005).

Os conhecimentos parentais impactam menos na saúde da criança que as atitudes parentais, que são cognições que predispõem um indivíduo a agir positiva ou negativamente em relação à criança. Atitudes parentais revelam o clima emocional em que as crianças e os pais operam e, portanto, a qualidade de seu relacionamento. Pais e mães com atitudes favoráveis contribuem para a prevenção de cárie e aqueles que apresentam atitudes inadequadas apresentam, de forma significativa, mais filhos com cárie (NUNES e PEROSA, 2017).

Evidências têm mostrado que adversidades durante a infância, podem ter consequências ao longo da vida, pois afetam os fundamentos da saúde. Uma revisão sistemática demonstrou que exposição a adversidades, na ausência de suporte adequado ou proteção de adultos, podem impactar múltiplos sistemas. Foram encontradas associações entre adversidades na infância e maior risco de atrasos cognitivos, asma, infecções, queixas somáticas e problemas de sono (OH *et al.*, 2018). Mas as doenças bucais, e em específico a cárie dentária, não foram incluídas nos estudos encontrados por estes autores.

A composição familiar é associada à progressão de lesões de cárie, pois fato da mãe estar casada ou morar junto é um fator protetor para diminuir a taxa de progressão da cárie infantil. Quando uma criança vive sozinha com sua mãe ou pai em uma família não-nuclear, há maior risco de cárie infantil. Além disso, as crianças que vivem com mães trabalhadoras solteiras, apresentam mais cárie do que as mães trabalhadoras que vivem em uma família nuclear (PIVA, 2017).

Em estudo feito através de 55 genogramas de famílias em situação vulnerável, 38 deles demonstravam arranjos familiares funcionais que, apesar da vulnerabilidade social, apresentaram função protetora para a criança (LEONCIO *et al.*,

2017). Com base nos atributos mais prevalentes identificados através de revisão sistemática da literatura, o funcionamento familiar é definido como a capacidade dos membros da família de manter relações coesas uns com os outros, cumprir papéis familiares, lidar com problemas familiares, ajustar-se às novas rotinas e procedimentos familiares e comunicar-se eficazmente entre si (ZHANG, 2018).

Pesquisas envolvendo a associação entre fatores desestruturantes do contexto familiar e problemas de saúde na infância reforçam a ideia de que certas condições de vida parecem aumentar o risco de ocorrência de doenças. Estas condições vão além das explicações clássicas centradas na biologia, no estudo de variáveis socioeconômicas ou em padrões de comportamento (SOUZA *et al.*, 2006).

SOUZA *et al.* (2006) sugerem a existência de associação entre disfunção familiar e a ocorrência de cárie dentária em crianças de dois a três anos de idade. Essa disfunção seria resultante da presença de sintomas de depressão na mãe e/ou de caso de alcoolismo na família associado à condição da mãe como chefe da família e o fato dessa não trabalhar fora nos últimos dois anos. No entanto, segundo SANTOS *et al.* (2011) ainda são necessários estudos para melhor compreender de que forma as disfunções familiares afetam a condição de saúde bucal dos pré-escolares.

Em relação à experiência de cárie e funcionamento familiar, Silva e Katz (2015) não observaram associação na amostra estudada, no entanto é necessário pontuar que o instrumento usado não era validado pela literatura. Ainda assim, os níveis de coesão e flexibilidade familiar encontrados chamam a atenção para a necessidade de apoio às famílias consideradas de risco.

É importante ressaltar que a principal cuidadora, na fase de 0 a 5 anos de idade de vida, é a mãe. A capacidade materna de cuidar é um fator de proteção que amenizaria o impacto de um ambiente desfavorável, quando a criança se encontra mais vulnerável. Há uma estreita relação entre a adequação da mãe como cuidadora com sua escolaridade, estado físico, saúde mental, disponibilidade de tempo, apoio social, autonomia e recursos financeiros. (NUNES e PEROSA, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2012).

Em estudo realizado por Almeida *et al.* (2012) crianças em idade pré-

escolar que viviam em áreas de baixa renda e cujas mães tinham transtornos mentais comuns (TMC) apresentaram alto risco de desenvolver lesões de cárie precoces. A saúde mental materna está intimamente ligada à sua habilidade de cuidar. Quando comprometida, pode também comprometer o desenvolvimento cognitivo e formação de hábitos de cuidados preventivos nas crianças, por haver redução dos cuidados com as mesmas. TMC são caracterizados por sintomas que podem levar à incapacidade funcional como insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Diante da desigualdade de distribuição da cárie e da concentração da carga da doença em grupos específicos, é importante esclarecer a interação dos fatores de riscos e as razões de algumas crianças sofrerem da doença mais que outras (ROCHA *et al.*, 2017). Embora as crianças em idade pré-escolar com condições de vida adversas estejam sujeitas ao risco aumentado de desenvolver lesões de cárie, nem todas apresentam esta condição. Estudos têm procurado as razões, enfatizando fatores psicossociais como estresse e as características cognitivas dos pais e cuidadores, o abuso de álcool na família e os transtornos psiquiátricos maternos (SOUZA *et al.*, 2006, ALMEIDA *et al.*, 2012). Fornecer meios de triagem de exposição das crianças a fatores adversos e protetores pode ser o primeiro passo para prover suporte direcionado para crianças em risco e seus cuidadores (OH *et al.*, 2018).

É relevante estudar o contexto familiar de crianças pré-escolares e sua relação com a necessidade de tratamento odontológico, consequência do desenvolvimento de CPI, pois o identificar as famílias de maior risco, ajudaria na implementação de ações específicas e planejamento de ações eficazes na abordagem destas famílias para prevenção, tratamento e melhoria na qualidade de vida de todos.

2.2 A Importância dos Sistemas de Informação no estudo em saúde

Diante do desafio de estudar questões relevantes à assistência dos serviços de saúde pública, é preciso entender o papel crucial e as potencialidades dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). São necessárias informações precisas e

oportunas para que haja uma análise objetiva da situação de saúde, para a efetividade da vigilância em saúde e tomada de decisão baseada em evidência. Para tal é necessário garantir uma informação de qualidade (LIMA *et al.*, 2009).

Os SIS são instrumentos que se utilizam do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dando suporte à produção de informações necessárias para a melhor compreensão dos problemas, para um planejamento de qualidade e para a avaliação das ações com o objetivo de melhorias na área da saúde. (COELHO NETO e CHIORO, 2021). Podem ser assistenciais ou epidemiológicos, tendo sido apontados como ferramenta importante para o diagnóstico de situações de saúde, com o potencial de fomentar intervenções que supram as necessidades reais das pessoas. Apesar do avanço no âmbito do sistema de informação em saúde, ainda existem dificuldades relativas ao seu desenvolvimento e à sua aplicabilidade.

Os sistemas de informação em saúde têm sido mais úteis à gestão macro nas três esferas de governo, mas em relação à assistência, ainda é necessário avançar com o objetivo de atender às necessidades reais de usuários e profissionais de saúde. É indispensável que os SIS sejam devidamente alimentados e os dados inseridos recebam o devido processamento, para que se tornem aplicáveis. Há fragilidades nos SIS em relação à sua organização e prática, tornando confiabilidade dos dados comprometida, não permitindo que representem a realidade da situação de saúde da população brasileira (SANTOS, 2014).

Avaliar a qualidade das informações produzidas é indispensável, na medida em que são instrumentos importantes para o diagnóstico da situação de saúde. Estudos, no entanto, apontam uma baixa credibilidade das informações em saúde tanto pela omissão no preenchimento de campos nos documentos ou plataformas de origem dos dados, como pela inconsistência destes. A confiabilidade dos dados no SIS pode prejudicar toda a finalidade do uso destes e pode ser atribuída à falta de treinamento dos profissionais, à necessidade de adequar a estrutura tecnológica para o uso do sistema informatizado, à falta de conhecimento dos profissionais de saúde que coletam ou fornecem os dados e à subnotificação de informações. Mas mesmo em uso de sistemas informatizados, a falta de registro ou dados incompletos dificultam a avaliação das informações. Por isso, os profissionais precisam ser sensibilizados e treinados para o adequado

registro da assistência prestada (MAIA *et al.*, 2017).

O termo “qualidade da informação” ainda não obteve consenso teórico, sendo multidimensional, entre elas: acessibilidade, clareza metodológica, cobertura, completitude, confiabilidade, consistência, não-duplicidade, oportunidade e validade. O monitoramento da qualidade dos dados dos SIS, no Brasil, não segue um plano regular de avaliações. Pela grande importância de informações com boa qualidade, é necessário instituir no país uma política de qualificação (LIMA *et al.*, 2009).

Em termos de pesquisa científica, Santos, 2014, em uma revisão integrativa do período de 2009 a 2013, apresentou um fato que os artigos incluídos em sua grande maioria, utilizam os SIS apenas em sua metodologia como ferramenta necessária ao desenvolvimento de pesquisa, mas não como assunto principal (SANTOS, 2014). Embora os SIS estejam sendo rapidamente incorporados pelos serviços e pela gestão em saúde, ainda há uma tímida produção científica sobre as estruturas e relações de poder envolvidas neles (COELHO NETO e CHIORO, 2021). Há necessidade de mais pesquisas que tenham o SIS como objetivo principal, avaliando a qualidade de suas informações. Mas para além disso é preciso haver capacitação dos profissionais da assistência que produzem os dados alimentadores dos sistemas e o desenvolvimento de sistemas de fácil acesso e uso pelo público para acesso e uso, para melhoria da assistência prestada pelo SUS (SANTOS, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a necessidade de tratamento odontológico e o contexto familiar em crianças pré-escolares, avaliadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

3.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar os indicadores de necessidade de tratamento odontológico observados pelo PSE nas crianças participantes;
- b) Avaliar o perfil socioeconômico e demográfico das crianças e de suas famílias;
- c) Avaliar o funcionamento familiar de acordo com a visão do principal cuidador dessas crianças;
- d) Avaliar a presença de triagem positiva de transtornos mentais comuns no principal cuidador dessas crianças.
- e) Produzir conteúdo didático que incentive os profissionais dos serviços de saúde pública a produzirem dados de melhor qualidade em seus serviços.

4 JUSTIFICATIVA

É preciso descobrir novos caminhos para a assistência de crianças pré-escolares em relação à saúde bucal na APS. Do ponto de vista clínico, em Belo Horizonte, encontramos de maneira frequente casos de CPI de crianças pré-escolares na APS e em muitos casos com características agudas, de avanço rápido e difícil controle, havendo, em muitos casos, destruição total dos elementos dentários envolvidos. Estes casos, classificados como cárie severa na infância (LOSSO *et al.*, 2009), são casos de difícil manejo, pois se trata de crianças muito pequenas, necessitando de muitas intervenções, muitas vezes invasivas, feitas por profissional clínico geral, tornando o tratamento longo. O resultado é uma difícil adesão ao tratamento, com a consequência da qualidade de vida dessas crianças sendo visivelmente afetada.

Este estudo se propõe a investigar o contexto familiar de crianças pré-escolares e a sua relação com a necessidade de tratamento odontológico, visando propor novos meios de identificar fatores de risco familiares, pois é importante que os profissionais de saúde que prestam cuidados às crianças saibam reconhecer e alterar os fatores de risco para o desenvolvimento da doença (LOSSO *et al.*, 2009). Sendo possível reconhecer famílias em risco, se torna possível a priorização da assistência, e promover intervenções com vistas à prevenção de novos casos, ao diagnóstico e à intervenção precoce, visando a diminuição de danos. O aprofundamento do estudo de fatores psicossociais que aumentariam a necessidade de tratamento em casos de CPI, também traria novas possibilidades de intervenção que vão além do fornecimento de informações sobre cuidados de higiene e dieta.

Também se propõe a levantar a discussão sobre a necessidade de se produzir bons registros de dados nos sistemas de informação dos serviços de saúde pública.

5. METODOLOGIA EXPANDIDA

5.1 Hipóteses

Uma maior necessidade de tratamento odontológico caracterizada como codificação mais alta no levantamento de necessidades de tratamento odontológico está associada a piores condições socioeconômicas.

Uma maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a um pior escore de funcionamento familiar.

Uma maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a maior triagem positiva para TMC (Transtorno Mental Comum) materno.

5.2 Método

5.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado com o principal cuidador crianças pré-escolares, moradoras da área de abrangência do Centro de Saúde Alcides Lins em Belo Horizonte, avaliadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) no ano de 2019 e encaminhadas para o tratamento odontológico.

Foi escolhida a área de abrangência do Centro de Saúde Alcides Lins, na Regional Nordeste por conveniência da pesquisadora, por ser a unidade de saúde onde se encontra lotada como servidora pública e também a unidade com maior população de crianças avaliadas pelo PSE em 2019.

5.2.2 Amostra

A amostra inicial consistia em 210 registros. Após a remoção de duplicações restaram 99 registros. Foi realizado um cálculo amostral de estimativa de proporções considerando uma prevalência de cárie dentária na faixa etária de 0 a 5 anos de 50%, nível de confiança e grau de precisão de 5%. Para uma população de 99 crianças, teríamos uma amostra de 79 participantes. Sendo acrescentado 20% referente às perdas que poderiam ocorrer durante o cálculo amostral nos direcionou para a realização do censo.

5.2.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados em entrevista, por meio de questionários estruturados, aplicados pelo pesquisador ao principal cuidador da criança que incluiu:

a) Questionário estruturado (socioeconômico, demográfico e familiar), elaborado para este estudo para conhecimento das condições de vida das pessoas, em seu local de moradia (MELLO *et al.*, 2005) (Anexo 1).

b) Questionário de Funcionamento Geral Familiar:

Para investigação do contexto familiar foi aplicada a escala de Funcionamento Geral da Família (FGF) (PIRES *et al.*, 2016). Este instrumento foi originalmente elaborado com 53 itens, denominado *General Functioning Scale of the McMaster Family Assessment Device* (FGF) e descreve a estrutura, a organização da unidade familiar e os padrões de relacionamento entre os membros da família. O modelo teórico em que se baseia avalia seis dimensões de funcionamento da família: resolução de problemas, comunicação, papéis familiares, responsividade afetiva, envolvimento afetivo e controle de comportamento. A fim de definir uma escala para representar o funcionamento geral familiar, foram pesquisados os itens que mais se correlacionavam com as seis dimensões. Doze itens foram selecionados, justificando-se sua utilização pela elevada correlação dos seus itens com as seis dimensões familiares investigadas e pela facilidade de uso. Esta subescala foi adaptada para a população brasileira e validada por Pires *et al.*, (2016), e apresenta 5 respostas que variam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, pontuadas com valores de 1 a 3 (escala de Likert), opção para este estudo, sendo que, valores maiores significam melhor FGF (Anexo E). Para o score final realiza-se a inversão das pontuações das questões pares, seguindo-se o somatório e divisão pelo número de questões. Ele pode variar entre 0 e 5,00, representando 0 o pior funcionamento familiar e 5,00 o melhor funcionamento familiar (PIRES *et al.*, 2016).

c) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (HARDING *et al.*, 1980).

O SRQ-20 é um instrumento que foi proposto pela Organização Mundial da

Saúde (OMS) para realizar uma triagem de casos suspeitos de Transtorno Mental Comum (TMC) na população. Ele é composto por 20 questões com resposta dicotômicas, do tipo sim/não, sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos e o participante é considerado exposto quando responde afirmativamente para oito ou mais perguntas. Este instrumento foi validado no ano de 2008, por Gonçalves *et al.*, (2008), demonstrando ser um instrumento de fácil aplicação, bem compreendido pelos pacientes e que não requer a presença de um entrevistador clínico e com alto poder de discriminação de casos (Anexo F).

A escolha dos instrumentos FGF e SRQ-20 baseou-se nas necessidades da pesquisa e, também, nas necessidades do serviço, já que são instrumentos acessíveis e de fácil utilização pelas ESF. Devido às restrições impostas pela pandemia da COVID-19 este questionário foi aplicado por telefone.

Os dados secundários foram coletados por meio do registros do banco de dados do PSE da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2019. O PSE foi proposto como ação intersectorial dos Ministérios da Saúde e Educação e tem como foco ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Entre as ações prioritárias propostas para os pré-escolares e escolares, é previsto o diagnóstico da situação de saúde bucal (Brasil, 2011). Anualmente é realizado o Levantamento de Necessidades de Tratamento Odontológico, que pretende a inclusão de todas as crianças matriculadas. Por meio do banco de dados do PSE da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, será verificada a prevalência desta necessidade, codificada de 00 a 3, no caso dos pré-escolares (anexo 4) (BELO HORIZONTE, 2006). A descrição das variáveis do estudo é apresentada na Tabela 1.

5.2.4 Variáveis

Tabela 1. Lista de variáveis do estudo, e as categorias.

Variável	Local de coleta	Categorias
Necessidade de Tratamento Odontológico	Banco de Dados PSE	00. livre de cárie 0. historia de carie, sem necessidade de tratamento

(Variável Dependente)		1. ≤ três dentes necessitando tratamento 2. 4 a 8 dentes necessitando tratamento 3. > 8 dentes necessitando tratamento
Idade da criança	Banco de Dados PSE	0 a 2 anos 3 a 5 anos
Sexo da criança	Banco de Dados PSE	Masculino Feminino
Inclusão em programa social	Banco de Dados PSE	Sim Não
Funcionamento familiar	FGF	Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente Não sabe
Triagem de TMC	SRQ – 20	Exposto Não exposto
Idade do principal cuidador	Questionário estruturado	Variável numérica
Sexo do principal cuidador	Questionário estruturado	Masculino Feminino
Parentesco cuidador/criança	Questionário estruturado	Mae/pai cônjuge da mãe/pai avó/avô irmã/irmão tio/tia primo/prima outros
Escolaridade	Questionário estruturado	Ensino médio incompleto ou menos Ensino médio completo ou mais
Constituição familiar	Questionário estruturado	Tradicional Monoparental Recomposta ou reconstituída Família Substituta Binuclear Homoparental Ampliada

Relação Morador/cômodo	Questionário estruturado	Variável numérica
Desemprego	Questionário estruturado	Sim Não
Drogadição	Questionário estruturado	Sim Não
Condições de saneamento	Questionário estruturado	Boa Ruim
Renda total familiar	Questionário estruturado	< R\$ 1.000,00 > R\$ 1.000,00
Imóvel de residência	Questionário estruturado	Alugado Próprio ou Cedido
Trabalho remunerado do principal cuidador	Questionário estruturado	Sim. Fora de casa Sim. Em casa Não. Sou do lar Não. Estou desempregado (a) Aposentado
Apoio social familiares ou Parentes	Questionário estruturado	Variável numérica
Apoio social – Amigos	Questionário estruturado	Variável numérica

5.2.5 Estudo piloto

Durante a realização da pesquisa fomos surpreendidos pela pandemia da COVID-19. Para resolver a questão de segurança, modificamos a metodologia para realização do questionário por via telefônica. Realizamos o teste piloto, com 20 principais cuidadores de crianças, que não participaram do estudo principal. O objetivo deste estudo foi verificar a adequação e clareza das perguntas do questionário, bem como a forma de abordagem dos participantes. Nele pudemos perceber que havia uma boa compreensão do questionário a partir desse meio de aplicação, apesar de ser um pouco longo. Houve apenas pequenas adequações em expressões usadas em

algumas perguntas para aumentar a fluidez do questionário.

As limitações deste estudo foram: o tamanho da amostra devido aos registros disponíveis e às limitações impostas pela pandemia da COVID-19 impondo a necessidade de ser feito por via telefônica. Mesmo após exaustivas tentativas de conseguir um contato atualizado, muitos contatos não foram possíveis. Também houve o limitador do grande número de registros repetidos no banco de dados do Programa Saúde na Escola.

5.2.6 Análise dos dados

Os resultados foram analisados de forma descritiva, com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS versão 22.0.

5.2.7 Aspectos éticos

Este projeto seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12/12/2012 (BRASIL, 2012), e foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 40313020.5.0000.5149) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CAAE: 40313020.5.3001.5140) tendo recebido anuência para o uso do banco de dados e a coleta dos dados primários (ANEXOS A e B, respectivamente)

Todos os participantes incluídos neste estudo foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos sobre os objetivos da mesma e da garantia de preservação de suas identidades. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido, aos pais e/ou representante legal das crianças. Ao estarem de acordo com os princípios do estudo puderam expressar verbalmente sua vontade de colaborar com a pesquisa. Puderam também expressar a permissão da sua inclusão como voluntário na amostra, uma vez que é vedado qualquer tipo de remuneração. Foi enviada uma cópia do TCLE por e-mail, telefone celular ou correio de acordo com a preferência do participante.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados sob a forma de um artigo científico.

Título: Cárie precoce, funcionamento familiar e transtornos mentais comuns: realidade em uma região de Belo Horizonte, MG

Submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva (ANEXO C).

Cárie precoce, funcionamento familiar e transtornos mentais comuns: realidade em uma região de Belo Horizonte, MG

RESUMO

Este estudo transversal, quantitativo, teve como objetivo descrever a necessidade de tratamento odontológico em pré-escolares, avaliadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), o funcionamento familiar e transtornos mentais comuns em suas famílias. Um questionário estruturado foi aplicado ao principal cuidador das crianças avaliadas pelo PSE, por meio de contato telefônico. As questões abordaram dados socioeconômico, demográficos, o Questionário de Funcionamento Geral Familiar, para investigação do funcionamento familiar e o *Self-Reporting Questionnaire* para triagem de transtornos mentais comuns no principal cuidador. Dados secundários foram coletados nos registros do banco de dados do PSE, para levantamento da necessidade de tratamento em saúde bucal. A mediana de idade das crianças foi de 5 anos e 32,80% tinham necessidade de tratamento em relação a cárie dentária. A maioria dos respondentes foram mães (88,50%), apresentavam ensino médio completo ou mais (52,50%) e estavam desempregados (49,20%). Houve maior prevalência de necessidade de tratamento em famílias com menor renda e com menor apoio social (familiar e amigos<1) e menor prevalência de em famílias de formato tradicional.

Palavras chave: Cárie Dentária, Pré-escolar, Relações Familiares, saúde mental.

Early caries, family functioning and common mental disorders: reality in a region of Belo Horizonte, MG

Abstract

This cross-sectional, quantitative study aimed to describe the need for dental treatment in preschoolers, evaluated by the School Health Program (PSE), and family functioning and common mental disorders in their families. A structured questionnaire was applied to the main caregiver of the children evaluated by the PSE, through telephone contact. The questions addressed socioeconomic and demographic data, the General Family Functioning Questionnaire, for the investigation of family functioning and the Self-Reporting Questionnaire for screening common mental disorders in the main caregiver. Secondary data were collected in the records of the PSE database to survey the need for oral health treatment. The median age of the children was 5 years and 32.80% needed treatment in relation to tooth decay. Most of the respondents were mothers (88.50%), had completed high school or more (52.50%) and were unemployed (49.20%). There was a higher prevalence of need for treatment in families with lower income and with lower social support (family and friends < 1) and lower prevalence of in traditional families.

Keywords: Dental Caries, Preschool, Family Relations, Mental Health.

Introdução

A cárie dentária ocorre devido à complexa interação entre os processos biológicos na cavidade oral, comportamentos individuais e influências sociais¹. A cárie na primeira infância (CPI) tem aumentado em muitos países e se tornado um problema de saúde pública importante, especialmente em populações socialmente desfavorecidas².

A *American Academy of Pediatric Dentistry*³ classifica a CPI como a presença de lesão cariiosa, perda ou restauração em pelo menos um dente decíduo abaixo da idade de 6 anos. Ela impacta o bem-estar e a qualidade de vida da criança. Entre crianças com idade entre 2 a 5 anos, o impacto na qualidade de vida é quase três vezes maior para aquelas com cárie dentária quando comparadas às sem cárie. Quando a cárie dentária apresenta lesões profundas com sintomatologia dolorosa, há um impacto negativo, inclusive, na qualidade de vida dos pais⁴.

Segundo Schroth *et al.*⁵, a complexidade de fatores predisponentes à CPI inclui maior idade da criança, baixa escolaridade e desemprego do cuidador, presença de tabagismo materno, práticas alimentares com maior consumo de açúcares, o acesso dificultado ao cuidado em saúde bucal e rupturas na família e na cultura.

Um fator que pode mediar a relação entre condições sociais, comportamentais e de saúde bucal infantil é o ambiente familiar. Fatores psicossociais parentais que afetam negativamente a saúde bucal infantil incluem depressão materna, baixo senso de coerência familiar, parentalidade indulgente e estresse parental⁶. Pais e mães com atitudes favoráveis contribuem para a prevenção de cárie dentária e aqueles que apresentam atitudes inadequadas apresentam, de forma significativa, filhos com maiores índices desse agravo⁷.

O funcionamento familiar refere-se à avaliação das interações entre os membros da família no núcleo familiar e não apenas às características individuais dos seus membros. O

funcionamento familiar está associado a diversos componentes do desenvolvimento infantil e desfechos de saúde física e mental⁶.

A capacidade materna de cuidar é um fator de proteção que amenizaria o impacto de um ambiente desfavorável, quando a criança se encontra mais vulnerável. Crianças em idade pré-escolar que vivem em áreas de baixa renda e cujas mães apresentam transtornos mentais comuns (TMC) apresentam alto risco de desenvolver lesões de cárie precoces⁸. Há uma estreita relação entre a adequação da mãe como cuidadora com sua escolaridade, estado físico, saúde mental, disponibilidade de tempo, apoio social, autonomia e recursos financeiros⁷.

Diante da desigualdade de distribuição da cárie e da carga da doença concentrada em um grupo, é importante esclarecer o papel dos diversos fatores de riscos e as razões que levam algumas crianças sofrerem da doença mais que outras⁹, sendo essencial desenvolver novas maneiras de promover a saúde bucal infantil e reduzir as desigualdades existentes. Para isso é necessária uma melhor compreensão da forte associação entre o gradiente social e econômico e a carie dentária⁶. Fornecer meios de triagem, da exposição das crianças a fatores adversos e protetores pode ser o primeiro passo para prover suporte direcionado para as crianças em risco e também suas famílias e seus cuidadores¹⁰.

Desta forma, este estudo teve o objetivo de descrever a necessidade de tratamento odontológico para CPI de pré-escolares, considerando fatores socioeconômicos, as relações familiares e a presença de transtornos mentais comuns (TMC) no principal cuidador.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, na área de abrangência de um Centro de Saúde. O estudo foi realizado com a família de pré-escolares, avaliadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Esta área de abrangência foi

escolhida por conveniência, e por esta unidade estar entre as duas maiores população de pré-escolares avaliadas pelo PSE em 2019.

O banco de dados do PSE, inicialmente, apresentava 211 registros. Contudo, 112 destes registros eram duplicações. Após a remoção das duplicações, restaram 99 registros. Dos registros que permaneceram, 16 foram excluídos por apresentarem dados incompletos relativos à codificação da necessidade de tratamento em saúde bucal, restando 83 registros.

Os dados secundários coletados neste banco foram referentes à criança como idade (n), sexo (feminino ou masculino), inclusão da família no programa Bolsa Família (sim ou não), e necessidade de tratamento em saúde bucal. No Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal, realizado pelo PSE, nos pré-escolares são codificadas de 00 a 3, conforme o número de lesões cáries não tratadas¹¹ (Quadro 1). Esses dados foram categorizados em ausência (código 0 e 00) e presença (códigos 1 a 3) de necessidade de tratamento em relação a CPI.

Quadro 1: Levantamento de Necessidade em Saúde Bucal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006¹¹

Código	Descrição
00	Livre de cárie
0	Não apresenta dentes com cavidades necessitando restauração
1	Apresenta até 3 dentes com cavidades necessitando restauração e/ou extração
2	Apresenta de 4 a 8 dentes com cavidades necessitando restauração e/ou extração
3	Apresenta mais de 8 dentes com cavidades necessitando restauração e/ou extração

Fonte: Protocolo para atenção básica em saúde bucal. Belo Horizonte, 2006

Um questionário estruturado, aplicado por telefone, ao principal cuidador dos pré-

escolares incluídas no estudo, foi utilizado para a coleta de dados primários. Este questionário envolveu a coleta de dados socioeconômicos do núcleo familiar, como idade (n), sexo (masculino e feminino), parentesco com a criança (pai, mãe, avó, avô, tio, tia e outros), escolaridade (até ensino médio incompleto, ensino médio completo ou mais) e trabalho remunerado (em casa, fora de casa, do lar ou desempregado) do principal cuidador. Dados familiares como constituição familiar (tradicional, monoparental, recomposta ou reconstituída, família substituta, binuclear, homoparental e ampliada), imóvel de residência (alugado, próprio, cedido), relato sobre a condição de saneamento (boa ou ruim), relação morador/cômodo (n), renda total familiar (< R\$ 1.000,00, > R\$ 1.000,00) e apoio social (parentes e amigos), também foram coletados. O dado bruto do apoio social de parentes e amigos foi coletado de forma quantitativa (em número de pessoas) sendo categorizado pela mediana.

Os questionários de Funcionamento Geral Familiar (FGF) para investigação do funcionamento familiar¹² e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para triagem de transtornos mentais comuns (TMC)¹³, também fizeram parte do questionário estruturado.

O FGF é uma subescala de 12 itens originalmente elaborado com 53 itens, denominado *General Functioning Scale of the McMaster Family Assessment Device*¹² e validada para o português brasileiro por Pires *et al.*¹⁴. Este instrumento contém questões sobre a estrutura e organização da unidade familiar e os padrões de relacionamento entre os membros da família e se baseia em seis dimensões: resolução de problemas, comunicação, papéis familiares, responsividade afetiva, envolvimento afetivo e controle de comportamento. As respostas apresentam 5 categorias (“concordo totalmente”, “concordo”, “nem concordo, nem discordo”, “discordo”; “discordo totalmente”) pontuadas com valores de 1 a 5 (escala de Likert), respectivamente. Para o score final realizou-se a inversão das pontuações das questões pares, seguindo-se o somatório e divisão pelo número de questões¹². O escore final do FGF pode

variar entre 0 e 5,00, representando 0 o pior funcionamento familiar e 5,00 o melhor funcionamento familiar¹⁴.

O SRQ-20 é um instrumento que foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para realizar uma triagem de casos suspeitos de Transtorno Mental Comum (TMC) na população. Ele é composto por 20 questões com resposta dicotômicas, do tipo sim/não, sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos e o participante é considerado exposto quando responde afirmativamente para oito ou mais perguntas¹³. Este instrumento foi validado para a população brasileira por GONÇALVES et al ¹⁵ demonstrando ser um instrumento de fácil aplicação, bem compreendido pelos pacientes e que não requer a presença de um entrevistador clínico e com alto poder de discriminação de casos.

Um estudo piloto foi realizado com 20 cuidadores principais de pré-escolares, onde foi possível observar uma boa compreensão dos questionários. As pessoas que participaram do estudo piloto não participaram do estudo principal.

Os dados foram analisados descritivamente utilizando o software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0 (*IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY, EUA*). Os dados quantitativos foram submetidos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p < 0,05$). Aqueles que apresentaram uma distribuição simétrica foram identificados por meio da média e desvio padrão. Os que apresentaram distribuição assimétrica foram identificados por meio da mediana e percentis. Os dados foram descritos por meio de frequência absoluta e relativa.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 40313020.5.0000.5149) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CAAE: 40313020.5.3001.5140).

RESULTADOS

Dos 83 registros incluídos no estudo, dezoito famílias não foram contactadas por indisponibilidade de contato telefônico e 4 se recusaram a participar da pesquisa. No total 61 questionários foram aplicados.

A mediana de idade dos pré-escolares participantes foi de 5 anos (P 25=3,00; P50=5,00; P75=5,00), e a maioria era do sexo masculino (62,3%). Quanto à necessidade de tratamento odontológico os resultados estão apresentados na Tabela 1.

Destaca-se o percentual de 65,60% de crianças classificadas como código 00 significando sem sinal visível de cárie, 1,60% de crianças classificadas como código 0, significando experiência de cárie tratada e 32,80% de crianças classificadas entre os códigos 1 e 3, significando necessidade de tratamento para CPI.

Tabela 1: Frequências absoluta e relativa da necessidade de tratamento odontológico relacionado a cárie dentária, medidas pelo Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Códigos	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
00 (livre de cárie)	40	65,60
0 (experiência de cárie tratada)	1	1,60
1 (1 a 3 lesões de cárie)	11	18,00
2 (4 a 8 lesões de cárie)	7	11,50
3 (9 ou mais lesões de cárie)	2	3,30

Os cuidadores apresentaram uma idade média de 35 anos (\pm 7,95). As famílias apresentaram uma mediana de relação morador/cômodo de 1,00 (P 25%= 0,81; P75%=1,50%) e o apoio social familiar e de amigos apresentaram uma mediana de 1,00 (P25%=1,00;

P25%=2,00).

A maioria dos respondentes foram mães (88,5%), apresentavam ensino médio completo ou mais (52,5%) e estavam desempregados (49,2%). A maioria das famílias relatou boas as condições de saneamento (96,7%), apresentava uma renda menor que R\$ 1000,00 (62,3%) e estava incluída no programa bolsa família (91,8%). A descrição socioeconômica das famílias estudadas está descrita na Tabela 2.

Tabela 2: Frequências absoluta e relativa da caracterização socioeconômico das famílias estudadas; Belo Horizonte, Minas Gerais, 2021

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Parentesco com a criança	n	%
Mae	54	88,52
Outro (pai, avó, tia)	7	11,48
Escolaridade		
Até ensino médio incompleto	29	47,54
Ensino médio completo ou mais	32	52,45
Trabalho remunerado		
Fora de casa	20	32,78
Em casa	3	4,91
Do lar	8	13,11
Desempregado (a)	30	49,18
Constituição Familiar		
Tradicional ou nuclear	19	31,14
Monoparental	21	34,42
Recomposta ou reconstituída	4	6,55
Substituta	2	3,27
Alargada ou Ampliada	15	24,59
Renda		
Até 1.000,00 reais	38	62,29
1001,00 reais ou mais	23	37,70
Bolsa Família		
Sim	56	91,80
Não	5	8,20

Condições de saneamento		
Boa	59	96,72
Ruim	2	3,28
Apoio social familiar		
1	43	70,49
2 ou mais	18	29,51
Apoio social amigos		
1	45	73,77
2 ou mais	16	26,23

A maior parte das famílias tinha formato monoparental (34,4%), renda <R\$1.000,00 (62,30%), era cadastrada no Programa Bolsa Família (91,8%) e relatava boas condições de saneamento (96,7%).

Na análise descritiva, após relacionar as variáveis com a presença ou ausência de necessidade de tratamento em relação à CPI, observou-se diferença maior nos valores em relação à renda, constituição familiar e apoio social. Todos os dados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3: Frequências absoluta e relativa do cruzamento das variáveis com a presença ou ausência de necessidade de tratamento em relação a CPI, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2021

Variáveis	Necessidade de tratamento para CPI			
	Presença		Ausência	
	n	%	n	%
Parentesco com a criança				
Mae	20	32,8	34	55,70
Outro (pai, avó, tia)	1	1,60	6	9,80
Escolaridade				
Até ensino médio incompleto	10	16,40	19	31,10
Ensino médio completo e mais	11	18,00	31	34,40

Trabalho remunerado				
Fora de casa	8	13,10	12	19,70
Em casa	1	1,60	2	3,30
Do lar	2	3,30	6	9,80
Desempregado (a)	10	16,40	20	32,80
Constituição Familiar				
Tradicional ou nuclear	3	4,91	16	26,23
Monoparental	8	13,11	13	21,31
Recomposta/ reconstituída	2	3,27	2	3,28
Substituta	1	1,63	1	1,64
Alargada ou Ampliada	7	11,47	8	13,11
Renda				
Até 1.000,00 reais	15	24,59	23	37,70
1001,00 reais ou mais	6	9,84	17	27,87
Bolsa Família				
Sim	19	31,10	37	60,70
Não	2	3,30	3	4,90
Condições de saneamento				
Boa	21	34,40	38	62,30
Ruim	0	00,00	2	3,30
Apoio social familiar (mediana)				
1	14	22,95	29	47,54
2 ou mais	7	11,48	11	18,03
Apoio social amigos (mediana)				
1	16	26,23	29	47,54
2 ou mais	5	8,20	11	18,03
Funcionalidade familiar (mediana)				
≤ 3	11	18,03	23	37,70
> 3	10	16,39	17	27,87
Transtorno mental comum				
Exposto	12	19,67	21	34,43
Não exposto	9	14,75	19	31,15

Os scores da FGF encontrados neste estudo apresentaram mediana=3,00 (P25=2,75; P75=3,87), com uma variação de 1,25 a 5,00. Os percentuais por respostas estão descritos na tabela

Tabela 4. Resultado às questões da Escala de Funcionamento Geral da Família, com escores agrupados, frequência absoluta e relativa, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2021

Itens	Escore*							
	0		1 + 2		3		4 + 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Difícil planejar atividades familiares, se desentendem	0	0,00	12	19,67	4	6,56	45	73,77
2. Em crise, podem se ajudar	0	0,00	30	49,18	3	4,92	28	45,90
3. Não podem conversar sobre a tristeza que sentem	0	0,00	26	42,62	1	1,64	34	55,74
4. A pessoa da família é aceita pelo que é.	0	0,00	29	47,54	6	9,84	26	42,62
5. Vocês evitam discutir medos, preocupação.	0	0,00	28	45,90	3	4,92	30	49,18
6. Vocês mostram sentimentos entre si.	0	0,00	26	42,62	5	8,20	30	49,18
7. Muitos sentimentos ruins na família	2	3,28	12	19,67	1	1,64	46	75,41
8. Se sentem aceitos pelo que são.	1	1,64	35	57,38	2	3,28	23	37,70
9. Tomar decisões é um problema na família.	3	4,92	17	27,87	3	4,92	38	62,30
10. São capazes de tomar decisões como resolver Problemas	0	0,00	20	32,79	4	6,56	29	47,54
11. Vocês não se dão bem juntos	0	0,00	9	14,75	4	6,56	44	72,13

12. Vocês confiam uns nos outros	1	1,64	23	37,70	0	0,00	28	45,90
-------------------------------------	---	------	----	-------	---	------	----	-------

*Não sei=0, Concordo Totalmente=1; Concordo=2; Nem concordo, nem discordo=3, Discordo=4, discordo totalmente=5. Escores pontuados já considerando a inversão de valores entre itens pares e ímpares.

Entre os participantes, 45,90% tiveram oito respostas positivas ou mais para o SRQ 20, representando triagem positiva para TMC. Os percentuais por respostas ao SRQ 20 estão descritos na tabela 5

Tabela 5. Respostas às questões do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), frequência absoluta e relativa, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2021

Perguntas	Respostas Positivas	
	n	%
Você tem dores de cabeça frequente?	31	50,80
Tem falta de apetite?	13	21,30
Dorme mal?	25	41,00
Assusta-se com facilidade?	27	44,30
Tem tremores nas mãos?	13	21,30
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	50	82,00
Tem má digestão?	10	16,40
Tem dificuldades de pensar com clareza?	22	36,10
Tem se sentido triste ultimamente?	35	57,40
Tem chorado mais do que costume?	27	44,30
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	25	41,00

Tem dificuldades para tomar decisões?	27	44,30
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	6	9,80
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	2	3,30
Tem perdido o interesse pelas coisas?	23	37,70
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	14	23,00
Tem tido ideia de acabar com a vida?	13	21,30
Sente-se cansado (a) o tempo todo?	22	36,10
Você se cansa com facilidade?	24	39,30
Têm sensações desagradáveis no estomago?	12	19,70

DISCUSSÃO

A prevalência de pré-escolares que não necessitavam de tratamento da CPI encontrada neste estudo foi maior do que o esperado para a população nesta faixa etária. Estes resultados são semelhantes a outros estudos em pré-escolares realizados no Brasil, onde foram encontradas prevalências de crianças livres de cárie de 47,7% ⁷ e 67,1% ¹⁶. El TANTAWI *et al.*¹⁷ fez um estudo de estimativa de prevalência de CPI para as Nações Unidas incluindo 190 estudos de 88 países publicados entre 2007 e 2017 encontrando a prevalência de 23,8% em crianças menores de 36 meses e 57,3% crianças de 36 a 71 meses. Este estudo demonstra que a CPI permanece predominante entre pré-escolares em todo o mundo.

Os índices de necessidade de tratamento mostraram que somente um pré-escolar apresentou dente restaurado (código 0). Nos pré-escolares com cárie dentária, (códigos

1 a 3) todos necessitavam de tratamento (32,8%). Essa realidade corrobora com estudos apresentados por El TANTAWI *et al.* ¹⁷ por que mostram que as lesões de cáries não tratadas

em crianças pequenas continuam a ser um problema de saúde em muitos países.

Houve maior prevalência de necessidade de tratamento para CPI em famílias com menor renda e menor apoio social familiar ou de amigos. Por outro lado, pré-escolares que viviam em famílias tradicionais ou nucleares tiveram menor necessidade de tratamento da CPI.

Existem evidências de que o apoio social ao cuidador esteja associado a desfechos positivos em saúde bucal principalmente quando relacionado ao capital social^{18, 19, 20, 21} Mas há estudos que demonstram uma relação inversa entre apoio social e frequência a serviços de saúde bucal e comportamentos saudáveis sem saúde bucal^{22, 23}.

As influências das famílias na ocorrência prematura de cárie dentária em crianças, dependem das condições socioeconômicas e da composição familiar.²⁴ O fato da mãe estar casada ou morar junto é um fator protetor para diminuir a taxa de progressão da cárie infantil e quando uma criança vive sozinha com sua mãe ou pai em uma família não-nuclear, há maior risco de cárie infantil²⁵.

Não houve grande diferença na prevalência de FGF de pré-escolares com ou sem necessidade de tratamento de odontológico para CPI. O estudo de SILVA E KATZ²⁶ mostrou resultados semelhantes. No entanto, um estudo entre crianças de origem chinesa de alta renda encontrou associação significativa entre o funcionamento familiar medido pelo FGF e a CPI, onde a maioria das crianças de famílias de pior funcionamento tinha pior situação de saúde bucal que as crianças de famílias com bom funcionamento familiar²⁷. Provavelmente, outros fatores de ordem social podem se sobrepôr, dificultando o entendimento desta variável.

Um estudo, avaliando crianças com etnia e condição socioeconômica diversificadas observou que a organização familiar estava associada à CPI, sugerindo que a organização familiar deve ser considerada no desenvolvimento de programas de promoção da saúde bucal⁶. Ambientes familiares de alto conflito tem sido associados a piores desfechos de saúde bucal²⁸.

Além disto, a restrição afetiva e de comunicação da família podem desempenhar um papel indireto na associação entre os problemas comportamentais e experiência de cárie dentária em crianças.²⁹

Quando analisamos as respostas em relação as dimensões do funcionamento familiar podemos destacar dificuldades na comunicação, onde 42,62% responderam que não podem falar sobre a tristeza que sentem, e 45,90% evitam discutir seus medos ou preocupações. Muitas famílias também tem dificuldades na responsividade e no envolvimento afetivo pois 42,62% responderam que não se sentem aceitos pelo que são e 49,18% não mostram sentimentos entre si. Outras tem dificuldade na resolução de problemas pois 47,54% relatam não ser capazes de tomar decisões. Além disso foram evidenciados problemas diante dos papéis familiares, onde 45,9% responderam que não podem contar com ajuda uns dos outros em momentos de crise e que não confiam uns nos outros.

Na população do presente estudo foi encontrada uma prevalência de 45,90% de triagem positiva para TMC. A prevalência de TMC encontrada em estudos no Brasil tem variado de 17% e 35%^{30, 31, 32, 33, 34}. Em estudo recente da população do município de São Paulo a prevalência encontrada através do SRQ-29 foi 19,7%.³⁵

Entre os entrevistados 82% estavam tensos ou preocupados, 57,4% estavam se sentindo tristes ultimamente, 50,8% tinham dores de cabeça frequente, 44,3% tinham dificuldades para tomar decisões, 44,3% se assustavam com facilidade, e 44,3% tinham chorado mais que o de costume nos últimos 30 dias. Muitos relatavam preocupações quanto ao emprego e a renda da família. Mas particularmente chamou a atenção no presente estudo a pergunta relativa à ideia de acabar com a vida nos últimos 30 dias, com uma prevalência de respostas positivas de 21,3%. Um estudo de base populacional realizado em Campinas apresentou prevalências de ideação suicida ao longo da vida de 17,1% e nos últimos 12 meses

de 5,3 estimativas de prevalência e idealização suicida durante a vida na Europa, Estados Unidos e Austrália, situaram-se, na maioria, entre 10% e 18%.^{36, 37, 38, 39}

Provavelmente a população do presente estudo sofreu os efeitos da pandemia da COVID-19 em sua saúde mental, que refletiu em uma maior prevalência de TMC e de seus sintomas incluindo a ideação suicida⁴⁰. É preciso lembrar que a pandemia da Covid também impactou de maneira desproporcional populações com maior desigualdade econômica e menor acesso a cuidados de saúde preventivos.^{41, 42, 43}

Mesmo não havendo muita diferença na prevalência do SRQ-20 de cuidadores de pré-escolares com ou sem necessidade de tratamento odontológico em relação à cárie é preciso considerar que o resultado encontrado neste estudo pode ter sido impactado por ter sido realizado durante a pandemia da COVID-19. A TMC materna tem sido associada à cárie dentária nos filhos e que quanto maiores os sintomas de TMC materno, mais grave é condição da cárie dentária nas crianças⁴⁴.

Limitações

Devido o distanciamento social imposto pela pandemia da Covid-19, a alternativa para os dados das famílias foi a entrevista telefônica, com perdas menores e esperadas.

As perdas de amostra impactaram a análise dos resultados impossibilitando análises estatísticas, tendo uma análise mais detalhada dos dados a opção mais viável.

Conclusão

Este estudo encontrou na população estudada uma maior prevalência de necessidade de tratamento em relação a CPI em uma população com menor renda e menor apoio social e uma menor prevalência em famílias de constituição tradicional. No entanto neste estudo foram similares os valores de FGF e de prevalência de SRQ-20 entre pré-escolares com e sem necessidade de tratamento odontológico, mas um alto índice de ideação suicida foi encontrado nessa população. São necessários mais estudos longitudinais para melhor elucidar a correlação entre funcionamento familiar e TMC materno e o desenvolvimento da cárie dentária em crianças.

Bibliografia

1. Holst D, Schuller AA, Aleksejuniené J, Eriksen HM. Caries in populations--a theoretical, causal approach. *Eur J Oral Sci.* 2001; 109(3):143-8.
2. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr.* 2017; 18(5):157.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:79-81.
4. Martins MT, Sardenberg F, Vale MP, Paiva SM, Pordeus IA. Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. *Braz. Oral Res.* 2015; 29 (1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0133>
5. Schroth RJ, Halchuk S, Star L. Prevalence and risk factors of caregiver reported Severe Early Childhood Caries in Manitoba First Nations children: results from the RHS Phase 2

- (2008–2010). *Int J Circumpolar Health*. 2013; 72(1):21167
6. Duijster D, Verrips GH, van Loveren C. The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(3):193-205.
 7. Nunes HG, Perosa GB. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciênc. saúde colet*. 2017; 22 (1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015>
 8. Almeida TF, Vianna MIP, Cabral, MBBS, Cangussu, MCT; Floriano FR. Family Context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by Family Health Strategy in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28 (6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600017>
 9. Rocha, NB, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba O, Moimaz, SAS. Longitudinal study into the determining factors of dental caries in children aged 4: socio-behavioral aspects and oral health of pregnant women. *Rev Gaúch. Odontol*. 2017; 65 (01). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-863720170001000083221>
 10. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, Boparai SKP, Harris NB, Bucci M. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. **BMC Pediatrics**, 2018 18 (83). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
 11. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Coordenação de Saúde Bucal Protocolo para atenção básica em saúde bucal. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Available from: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-atencao-basica.pdf>.
 12. Epstein, N.B, Miller IW, Bishop DS, Keitner GI. The McMaster Family Assessment Device. **J Marital Fam Ther** 1983; 9 (2): 171-80.
 13. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L,

- Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980 May;10(2):231-41.
14. Pires, T, Assis, SG, Avanci, JQ, Pesce, RP. Adaptação transcultural da Escala de Funcionamento Geral da Família. **Revista de Saúde Pública**, 2016; 50 (32). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005832>
15. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação De Desempenho Do Self- Reporting Questionnaire Como Instrumento De Rastreamento Psiquiátrico: Um Estudo Comparativo Com Structured Clinical Interview For Dsm-Iv-Tr. **Cad Saúde Pública**, 2008; 24 (2) .Available from: <Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0102-311x2008000200017>
16. Assunção LRS, Villela KD, Rocha DP, Menezes SL, Pinheiro RPS, Nascimento LS, Pinheiro HHC. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* , 2015; 69 (1). Available from: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762015000100012
17. El Tantawi M, Folayan MO, Mehaina M, Vukovic A, Castillo JL, Gaffar BO, Arheiam A, Al-Batayneh OB, Kemoli AM, Schroth RJ, Lee GHM. Prevalence and Data Availability of Early Childhood Caries in 193 United Nations Countries, 2007-2017. *Am J Public Health.* 2018 Aug;108(8):1066-1072.
18. Iida H, Rozier RG. Mother-perceived social capital and children's oral health and use of dental care in the United States. *Am J Public Health.* 2013;103(3):480-487.
19. Nahouraii H, Wasserman M, Bender DE, Rozier RG. Social support and dental utilization among children of Latina immigrants. *J Health Care Poor Underserved.* 2008 May;19(2):428-41.
20. omazoni F, Vettore MV, Zanatta FB, Tuchtenhagen S, Moreira CH, Ardenghi TM. The

- associations of socioeconomic status and social capital with gingival bleeding among schoolchildren. *J Public Health Dent*. 2017 Dec;77(1):21-29.
21. Burgette JM, Polk DE, Shah N, Malik A, Crout RJ, Mcneil DW, Foxman B, Weyant RJ, Marazita ML. Mother's Perceived Social Support and Children's Dental Caries in Northern Appalachia. *Pediatr Dent*. 2019 May 15;41(3):200-205.
 22. Chi DL, Carpiano RM. Neighborhood social capital, neighborhood attachment, and dental care use for Los Angeles Family and Neighborhood Survey adults. *Am J Public Health*. 2013 Apr;103(4):e88-95.
 23. Qiu R, Tao Y, Zhou Y, Zhi Q, Lin HC. The relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's social support. *BMC Oral Health*. 2016; 16 (1): 86
 24. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, Newacheck PW. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):e510-20.
 25. Piva F, Pereira JT, Luz PB, **Hashizume LN, Hugo FN, Araujo FB**. A Longitudinal Study of Early Childhood Caries and Associated Factors in Brazilian Children. *Braz. Dent. J*. 2019; 28 (2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701237>
 26. SILVA JFO, KATZ CRT. Experiência de cárie e funcionamento familiar em pré-escolares. *Arq Odontol [Internet]*, 2015; 21 (2) Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3703>
 27. Bilal S, Abdulla AM, Andiesta NS, Babar MG, Pau A. Role of family functioning and health-related quality of life in pre-school children with dental caries: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Aug 3;19(1):192.
 28. Mitnick D, Dills A, Smith Slep AM, Heyman RE, Giresi J. Family Influences on Caries in Grenada. *Dent J (Basel)*. 2020;8(3):105.

29. Jong-Lenters M, Duijster D, Schuller A, van Loveren C, Verrips E. Dental caries and externalizing behaviour problems in a high-risk child population. *Eur J Oral Sci.* 2018;126(5):417-425.
30. Moraes Júnior EC. Prevalência e fatores de risco para transtorno mental comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.
31. Lima MCP. **Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu - SP: um estudo de comorbidade e utilização de serviços** [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
32. Anselmi,L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns. na coorte de nascimentos de 1982. *Rev Saude Publica*, 2008 ; 42(2):26-33.
33. Rocha S.V, Almeida MMG, Araujo TM, Medeiros-Rodrigues WK, Barretor-Santos L, Virtuoso-Junior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:630-40.
34. Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57:233-9.
35. Santos GBV, Alves MCGP, Gouldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, **Brasil Cad. Saúde Pública 2019; 35 (11)** Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>
36. Botega JN, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, **Dalgalarrondo P.** Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25 (1) Available from:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>

37. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav.* 2005 Jun;35(3):239-50.
38. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008 Feb;192(2):98-105.
39. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med.* 1999 Jan;29(1):9-17.
40. Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Factors Associated With Suicidal Ideation Among University Students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2017; 25:E2878. Available from: <http://Dx.Doi.Org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
41. Elbogen EB, Lanier M, Blakey SM, Wagner HR, Tsai J. Suicidal ideation and thoughts of self-harm during the COVID-19 pandemic: The role of COVID-19-related stress, social isolation, and financial strain. *Depress Anxiety.* 2021 May 5:10.1002/da.23162.
42. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry.* 2020 Nov 1;77(11):1093-1094.
43. DEMENECH, LM; DUMITH, SC; VIEIRA, MECD et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** 2020; 23:E200095. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095> .

44. Gomes MAB, Cademartori MG, Goettens ML, Azevedo MS. Are maternal mental disorders associated with children's oral health? A systematic review. *Int J Paediatr Dent*. 2020 May;30(3):252-264.

6 PRODUTO TÉCNICO

Em sequência apresentamos o produto técnico produzido a partir das dificuldades encontradas para a realização desta pesquisa.

Este Produto Técnico, é classificado como material didático e/ou instrucional, situa-se no extrato T2 de acordo com a Ficha de avaliação, área 18 (Odontologia) da CAPES (2019).

QUEILA C.F. HECKERT
RENATA C. MARTINS
EFIGÊNIA F. FERREIRA

QUE SE LANCEM OS DADOS

**A importância do registro de dados nos
serviços de saúde pública**

UFMG

Que se Lancem os Dados

A importância do registro de dados nos serviços de saúde pública

Queila da Cunha Ferreira Heckert
Renata de Castro Martins
Efigênia Ferreira e Ferreira

Belo Horizonte
2021

Produto técnico

Este Produto Técnico, é classificado como material didático e/ou instrucional, situa-se no extrato T2 de acordo com a Ficha de avaliação, área 18 (Odontologia) da CAPES (2019).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: PORQUE ENTRAMOS NESSA EMPREITADA?	59
CAPITULO UM: OS DADOS E AS HISTÓRIAS QUE ELES CONTAM.....	61
CAPITULO DOIS: A IMPORTÂNCIA DE BOAS HISTÓRIAS.....	65
CAPITULO TRÊS: UMA HISTÓRIA MAL CONTADA	73
CAPÍTULO QUATRO: VAMOS FAZER ISSO JUNTOS	78
CONCLUSÃO: É POSSÍVEL UM FINAL FELIZ.....	82
REFERÊNCIAS.....	84

Introdução: Porque entramos nessa empreitada?

Você conhece um dado? Se você pensou naqueles quadradinhos numerados, que se usam para jogar uma infinidade de jogos, não é disso que estamos falando. Estamos falando de registros que costumamos fazer no dia a dia do trabalho, nos serviços de saúde, como preencher a produção, anotar um código, atualizar um endereço entre muitas outras possibilidades.

Estes registros, que muitas vezes anotamos automaticamente, ou deixamos pra depois, são fundamentais para os serviços e precisam muito de nossa atenção e cuidado.

Para que você possa entender o que motivou alguém a abordar a importância do registro correto dos dados, você precisa conhecer a história que deu origem a ele.

Em 2019, iniciei o Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, na Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de me formar para o serviço. Sendo servidora pública na área da saúde bucal queria expandir meus conhecimentos e possibilidades de contribuição para o serviço. Todo curso de mestrado requer que se apresente um trabalho para sua conclusão, que é chamado de dissertação.

Para fazer esse trabalho me propus a fazer uma pesquisa que envolvia utilizar algumas informações de um banco de dados da instituição. Era uma proposta interessante, onde pesquisariamos o contexto familiar das crianças com relação a sua saúde bucal. Analisando cientificamente os dados, poderíamos propor uma ação para a faixa etária estudada.

A princípio parecia uma boa causa, com dados suficientes, pois ao iniciar a minha coleta de dados, o banco disponível apresentava 211 registros. Ao explorar este banco de dados percebi que haviam registros duplicados, sobre um mesmo indivíduo. Após remover estas duplicações restaram apenas 99 registros, ou seja, mais da metade do banco de dados eram registros repetidos.

Além dessa primeira perda, foi observado que vários registros estavam com

alguns com dados incompletos e não era qualquer dado, era justamente o dado que queríamos estudar. Isto resultou na eliminação de mais 16 registros.

De uma lista de 211 registros, restaram apenas 83. Do banco de dados inicial restavam apenas 39,5% dos registros. Essa diminuição drástica no número de registros pode impactar os resultados de um estudo, e conseqüentemente, afetar sua validade. Para aumentar a validade de um estudo, o pesquisador deve garantir um planejamento cuidadoso a respeito da amostra.

E o que é validade de um estudo?

“A validade de um estudo de pesquisa refere-se a quão bem os resultados encontrados para os participantes do estudo representam resultados verdadeiros para indivíduos semelhantes fora do estudo.”¹

Perder tantos de dados, impossibilitou uma análise mais complexa do resultado, por meio de abordagens estatísticas mais avançadas. Ou seja, se tivéssemos mais dados disponíveis, poderíamos fazer mais descobertas. Isto nos despertou para ideia de discutir o lançamento adequado dos dados nos serviços de saúde.

Este *e-book* foi produzido como o Produto Técnico do Mestrado Profissional¹ e tem o objetivo de ser útil aos serviços de saúde, à academia, e a todos profissionais que trabalhem registrando dados em um potencial banco de dados. Esperamos que este conteúdo possa alcançar todos que utilizam bancos de dados, do estudante universitário ao agente comunitário em saúde, do médico ao auxiliar administrativo, do enfermeiro ao auxiliar de saúde bucal. Afinal todos são importantes nesse processo de gerar e utilizar os dados.

Este conteúdo foi pensado para aqueles que trabalham com saúde pública, pois é a realidade que vivemos no dia a dia. Mas os conceitos básicos trabalhados aqui podem servir para áreas diversas. Você pode imaginar o que a saúde, educação ou a assistência social poderiam realizar tendo boas bases de dados para embasar suas

¹ Mestrado Profissional em Odontologia de Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais seguindo as normas estabelecidas pela CAPES, 2019.

decisões e pensar suas ações? E você, o que poderia fazer com isso? Se ainda não sabe, vamos descobrir juntos.

Capítulo Um: Os dados e as histórias que eles contam

Toda história é contada através da organização sistemática de alguns dados. Locais, datas, pessoas, ações, quando estão interligados e fazem sentido quando analisados juntos, contam uma história.

Dados são pequenas partes de grandes histórias

Dados são contadores de histórias, mas eles não falam por si só. Dados precisam ser trabalhados; identificados, combinados, comparados, para que possamos construir uma interpretação sobre eles. Para podermos compreender como eles podem contribuir com os nossos serviços de saúde pública, precisamos trabalhar esses dados, e conhecer que história eles nos contam. Assim poderemos entender a realidade para programar nossas ações futuras.

O que são os dados e pra que servem?

Dados são registros da realidade, de qualquer coisa ou acontecimento, em qualquer momento, com qualquer objetivo. Por exemplo: você escreveu no papel o nome de uma fruta. Isto é um dado. Os dados podem ser de qualquer tipo: nomes, características, datas, códigos, números, procedimentos, índices, localizações geográficas, doenças, presença de sintomas, ou ausência deles. Enfim, existe uma infinidade de possibilidades, desde a mais simples até a mais complexa.

Mas quando você tem um dado, para que ele seja útil é necessário que ele tenha um significado. Você pegou o papel e a caneta e escreveu: “maçã”. Qual é a utilidade disso? Nenhuma, a não ser que saibamos que hoje de manhã você queria

uma maçã e, percebendo que não havia mais nenhuma, você escreveu esse dado para iniciar sua lista de compras. Agora faz sentido. Este dado tem um significado, se tornando útil. E quando você tem um dado com significado, ele se torna informação.²

A informação nada mais é que a história que um dado conta. Em seu papelzinho você escreveu, além de “maçã”, alface, tomate, cenoura, amaciante e sabão em pó. Como já sabemos que se trata de uma lista de compras, então esses itens estão em falta na sua casa e, se você quiser uma salada ou roupas limpas, precisará comprá-los. Como eu sei? Os seus dados me contaram. Eles me forneceram a informação.³

Mas além de me fornecer a informação, os dados precisam também gerar o conhecimento. Do mesmo jeito que dados com significado geram informação, informação com significado gera conhecimento. Para que as muitas informações que recebemos todos os dias se tornem conhecimento, precisamos apreendê-las e compreendê-las.

Dados com significado geram informação, informação com significado gera conhecimento.

Vamos supor que uma criança que acabou de aprender a ler pegue sua lista. Ela entende a informação: aquilo se chama lista de compras e nela tem coisas que se usa na casa. Só que ela ainda não sabe para serve uma lista de compras. Ela apreendeu a informação, mas não a compreendeu. Mas ela é curiosa e pergunta: “porque você fez essa lista?” e você responde: “é para me ajudar a lembrar de comprar todas essas coisas”. Vocês juntos geraram conhecimento quando a criança compreendeu a informação.

No entanto, mesmo você tendo um conhecimento profundo sobre suas necessidades domésticas, você pode ficar andando por aí com aquela lista na mão e não fazer nada. Isso porque cada um de nós pode ser um simples acumulador de

² TARGINO, MG. Informação em saúde: potencialidades e limitações. Informação & Informação, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52 - 81, jul./jun. 2009 - DOI:10.5433/1981-8920.2009v14n1p53

³ TARGINO, MG. Informação em saúde: potencialidades e limitações. Informação & Informação, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52 - 81, jul./jun. 2009 - DOI:10.5433/1981-8920.2009v14n1p53

conhecimentos ou um agente de transformação. A diferença de um para o outro está no que se faz com o conhecimento. Conhecimento útil gera boas ações quando existe a sabedoria.

A sabedoria traz àqueles que tomam as decisões a capacidade gerenciar o conhecimento para decidir. Lá está você e a sua lista. Você conhece o que te falta e o que precisa fazer. Mas como decidir qual estratégia usar? Você precisará ter capacidade de analisar sua lista e saber que existem itens de hortifruti e itens de limpeza. Você pode comprar separadamente em um sacolão e uma mercearia, ou então você pode comprar tudo em um supermercado. Como tomar a decisão? O que é melhor? Você vai precisar analisar, avaliar e comparar para descobrir o custo-benefício de cada opção e então decidir que ação tomar.

Muita coisa de uma vez? Não se preocupe, que fizemos um esquema para facilitar a compreensão. Ele se chama a Arvore de Dados⁴.

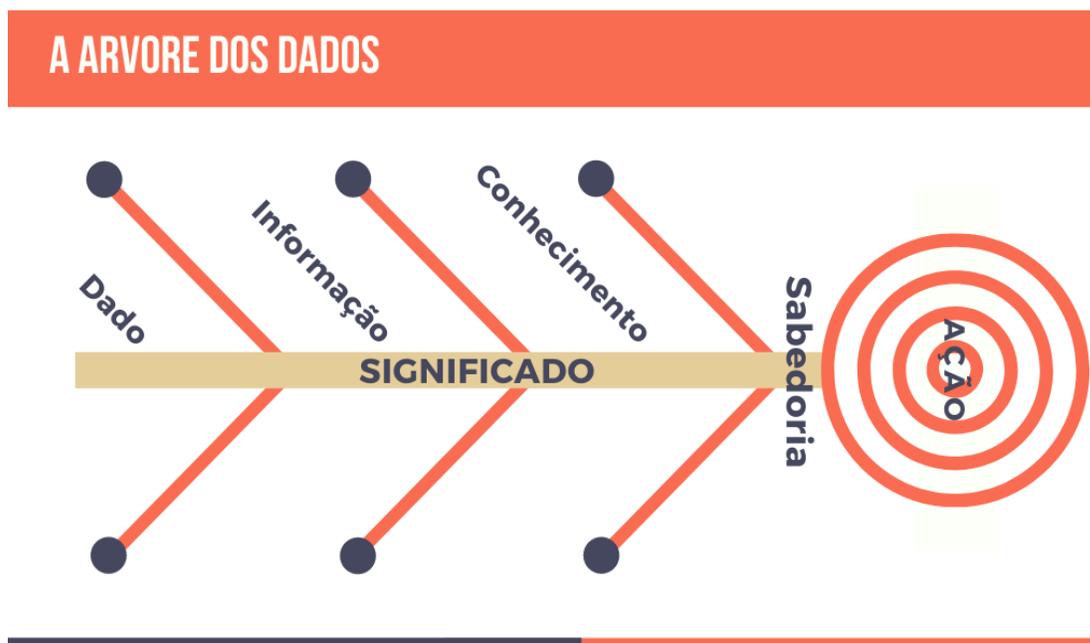


Figura 01: Arvore de Dados

Como você pode ver, descobrir a história que um dado conta pode trazer

⁴ Figura criada pela autora a partir do conteúdo de: [TARGINO, MG. Informação em saúde: potencialidades e limitações. Informação & Informação, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52 - 81, jul./jun. 2009 - DOI:10.5433/1981-8920.2009v14n1p53](#)

grandes transformações para qualquer realidade. Isto não é diferente para os serviços de assistência em saúde pública, que em particular, são produtores em série de dados, de vários tipos. Nos serviços de saúde são gerados dados relativos à população, faixa etária, condições de saúde, entre outros. Também são gerados dados relativos à assistência em si, como atendimentos, procedimentos e encaminhamentos realizados, assistência farmacêutica, etc. Podem, ainda, ser gerados dados epidemiológicos sobre doenças específicas pelas notificações ou pelo registo de um código relativo a um problema.⁵ Poderíamos ainda listar muitas possibilidades, pois é imensa a variedade de dados produzida pelos serviços de saúde. Você já parou para pensar quantas histórias esses dados podem contar? É sobre isso que vamos falar no próximo capítulo.

⁵ [TARGINO, MG. Informação em saúde: potencialidades e limitações. Informação & Informação, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52 - 81, jul./jun. 2009 - DOI:10.5433/1981-8920.2009v14n1p53](https://doi.org/10.5433/1981-8920.2009v14n1p53)

Capítulo dois: A Importância de Boas Histórias

Deve ser de seu conhecimento que as tecnologias de informação têm se desenvolvido rapidamente nas últimas décadas. Da mesma maneira elas têm aumentado seu alcance. E os serviços de saúde pública não ficaram de fora disso. Eles têm se informatizado, ou seja, aplicado métodos e recursos da informática para aprimorar sua organização e processos de trabalho, além da captação, registro e disponibilização de dados.⁶

Para entender melhor como isso impactou na coleta e uso dos dados, precisamos entender dois termos: banco de dados e sistema de informação. Banco de dados é o lugar onde se guarda os dados. Pode ser por meio de formulários de papel ou de planilhas feitas em programas de computador por exemplo, ou mesmo em programas específicos de registro de dados. O sistema de informação é a metodologia utilizada para que esses dados sejam organizados de forma que sejam facilmente acessados, compreendidos e utilizados. Não é essencial que o sistema de informação seja informatizado. Mas isso torna muito mais fácil o acesso aos dados coletados.^{7 8}

E por isso, desde que os sistemas de informação passaram a estar disponíveis de forma informatizada, aconteceu uma ampliação de acesso. Hoje gestores, pesquisadores e profissionais podem acessar e analisar dados provenientes de Sistemas de Informações em Saúde com muito mais rapidez e flexibilidade. Por isso, informações epidemiológicas, administrativas e clínicas vêm sendo crescentemente empregadas na organização, na pesquisa e na avaliação em saúde.⁹ Como veremos a seguir.

⁶ COELI, CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. Cad. Saúde Colet., 2010, Rio de Janeiro, 18 (3): 335-6.

⁷ BARBOSA, DCM; Forster, AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad. saúde colet., (Rio J.) ; 18(3)jul.-set. 2010.

⁸ COELI, CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. Cad. Saúde Colet., 2010, Rio de Janeiro, 18 (3): 335-6.

⁹ COELI, CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. Cad. Saúde Colet., 2010, Rio de Janeiro, (3): 335-6.

- Os Dados e a Organização dos Serviços de Saúde

Na nossa vida cotidiana as informações estão sempre presentes e as utilizamos nas nossas decisões. Antes de se vestir você pode checar as condições do clima para escolher a roupa mais adequada. Quando você faz uma compra *online*, você pode checar a porcentagem de boas vendas da loja antes de efetivar a sua compra. Em ambos os casos, informações acertadas nos levam a melhores decisões. Não é diferente no nosso serviço de saúde pública.¹⁰



Dados nos contam algo sobre as histórias que acontecem no serviço. Quando bem registrados eles podem contar muito mais do que se imagina. Os dados que são lançados diariamente ou num momento de um programa específico, podem servir de apoio para a tomada de decisões. Não importa se estamos lidando com a assistência direta aos usuários ou

se estamos na posição de gestão municipal, estadual ou mesmo federal. Em todos esses lugares as informações são cruciais quando contribuem para a reflexão sobre a realidade, levando a decisões que tragam bons resultados diante dos problemas enfrentados. Para que isso aconteça é preciso ter primeiro dados e informações disponíveis. Depois é preciso saber fazer as perguntas certas para decidirmos quais dados são necessários para atingirmos os nossos objetivos.¹¹

Se uma equipe de saúde da família precisa organizar a agenda do seu médico, essa equipe precisa se perguntar: quem é a população da qual eu devo cuidar? Quais são as suas necessidades? Então ela pode buscar no seu sistema de

¹⁰ FERREIRA, SMG. Sistema de Informação em saúde: conceitos fundamentais e organização. NESCON/FM/UFMG. 1999. 19 p.

¹¹ FERREIRA, SMG. Sistema de Informação em saúde: conceitos fundamentais e organização. NESCON/FM/UFMG. 1999. 19 p.

informação os dados de número de pessoas, idade, gênero, condições de saúde, etc, para poder entender que tipo de atividades precisam. Dessa forma, aliando informação, boas perguntas e reflexão, temos uma melhor organização do trabalho do médico dessa equipe. A consequência disso é uma melhor atenção em saúde.

Utilizar dados e informações coletados nos serviços de saúde é uma maneira eficaz de organizar os próprios serviços.

Esse foi um exemplo do trabalho da assistência direta ao usuário, mas da mesma maneira a gestão pode se utilizar dos dados produzidos pelas suas equipes para saber se uma intervenção proposta está dando certo. Um bom exemplo disso é o acompanhamento da cobertura vacinal de determinada população. De acordo com o resultado, a gestão pode ampliar ou não a divulgação, ou propor campanhas para que seja alcançada a meta desejada. A gestão ainda pode usar as informações para pensar boas políticas de saúde que supram as necessidades da sua população. Diante do grande número de desdentados no Brasil¹², pode ser lançada uma política de saúde bucal visando aumentar o acesso da população ao tratamento odontológico e também a realização de próteses dentárias no serviço público¹³.

Utilizar dados e informações coletados nos serviços de saúde é uma maneira eficaz de organizar os próprios serviços. Os dados utilizados são de ampla cobertura populacional, com custo baixo para a coleta e que são alimentados de forma contínua. As informações geradas por eles são a fonte fundamental para que aconteça o planejamento de ações que levem em consideração a realidade local, seja ela de um bairro, de uma cidade ou de um país. O sistema de informação é um aliado para que as informações necessárias para o planejamento sejam geradas. Para que este sistema de informação seja usado ele precisa ser alimentado corretamente, com bons dados, úteis e cheios de significado que podem trazer grandes avanços para uma bom planejamento do funcionamento dos serviços de saúde.

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- Os Dados e o Avanço da Ciência

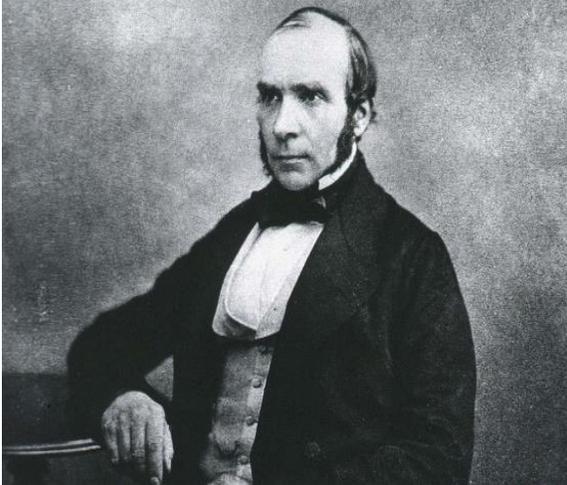


Figura 02: John Snow

Fonte:

<https://pt.wikipedia.org/wiki/>

Em 1854, houve uma grave epidemia de cólera em Londres e foram registrados mais de 616 casos fatais e Snow decidiu investigar. Havia o dificultador de não existir uma base de dados e nem um sistema de informação, para ajudá-lo nessa tarefa. No entanto ele elaborou um mapa com a distribuição espacial das mortes que indicou a possível fonte da contaminação: a bomba de água da Broad Street. A partir daí ele começou a analisar cada caso, fazendo entrevistas e verificando todos os estabelecimentos que se localizavam próximos aquele local e chegou à conclusão de que todas as pessoas que morriam usavam a água daquela a bomba. A partir desse estudo, Snow conseguiu convencer as autoridades locais a fecharem a bomba, o que aconteceu no dia 8 de setembro de 1854, e os casos de

No século XIX um médico chamado John Snow, pensou que seria possível usar os dados de mortes por cólera e sua localização geográfica para tentar descobrir a causa dos surtos e epidemias de cólera que aconteciam naquele tempo. Um pensamento avançado para a época em que a “Teoria Miasmática” era utilizada para explicar as doenças contagiosas e ainda a microbiologia não era conhecida. John Snow defendia que a transmissão da cólera pela água, mas precisava provar.



Figura 03: Mapeamento elaborado por John Snow

Fonte: https://gecind.wordpress.com/2013/12/23/john_snow_revisitado/

cólera começaram a diminuir. John Snow, que é considerado até hoje o pai da Epidemiologia, precisou usar a lógica cuidadosa e os métodos epidemiológicos para conseguir tal feito. Mas ele não teria feito nada disso sem dados.¹⁴

Desde que sistemas de informação começaram a existir a ciência tem utilizado os dados contidos neles para realizar novas descobertas. Nas últimas décadas os dados armazenados em bancos de dados têm sido cada vez mais utilizados para diversos tipos de pesquisa científica.¹⁵ O motivo desse aumento é muito parecido com os motivos que facilitaram o uso pelos serviços: o fácil acesso e o baixo custo aliados a ampla cobertura populacional e a facilidade para serem acompanhados ao longo do tempo. Além disso, os pesquisadores se interessam pelo potencial que esses dados têm para novas descobertas, visto que são muitos e de muitos tipos. Dados coletados

Estudos realizados com os dados dos serviços de saúde ajudam a perceber problemas que às vezes não se enxerga sem análise científica

pelos serviços de saúde podem ajudar a mapear um cenário e perceber tendências.¹⁶

Em um determinado estudo os pesquisadores queriam saber quantos foram, onde aconteceram e como foram conduzidos os casos de sífilis em gestantes em um município¹⁷. Eles usaram o Sistema de Informação de Agravos de Notificação para conhecer e analisar os casos que aconteceram durante 5 anos. Então, usando os dados produzidos pela equipe de saúde, eles puderam descobrir que houve um aumento de 73% nos casos de sífilis em gestantes nesse período. Ao analisar os dados, os pesquisadores descobriram que o diagnóstico estava acontecendo no final da gestação e que os bebês que nasciam com sífilis congênita estavam sendo diagnosticados cada vez mais tarde. Eles chegaram à conclusão que os profissionais

¹⁴ JOHNSON; Steven. **O mapa fantasma**: como a luta de dois homens contra o cólera mudou o destino de nossas metrópoles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. 271 p.

¹⁵ [Drumond, E.F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-19, jan./jun. 2009](#)

¹⁶ COELI, CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. Cad. Saúde Colet., 2010, Rio de Janeiro, 18 (3): 335-6.

¹⁷ Conceição, HN, Câmara, JT, Pereira, BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate - Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, out-dez 2019.

daquele município precisavam ser treinados para manejar melhor os casos de sífilis. Dessa forma, poderia ser realizada a identificação precoce da doença, o tratamento oportuno e o acompanhamento efetivo. O benefício disso foi evitar mortes ou sequelas da sífilis nos bebês.

Estudos como este, realizados com os dados dos serviços de saúde, são de grande importância para a sociedade em geral e ajudam os próprios serviços a perceber os problemas que às vezes não se enxerga sem análise científica. Ajudam também os governos, a perceberem onde estão as falhas no seu planejamento e onde precisam investir os recursos. Além disso ajudam a população em geral a entender a importância de se proteger contra doenças preveníveis.

Em outro estudo os pesquisadores analisaram as mortes por COVID-19 e a desigualdade econômica entre os estados brasileiros¹⁸. Eles usaram dados secundários de mortalidade por COVID-19 no Brasil e também sobre concentração de renda. Assim, foi possível descobrir que há proporcionalmente mais mortes onde há mais desigualdade econômica. Estes pesquisadores alertaram para a necessidade de mudanças estruturais no nosso país para que, enfrentar esse tipo de problema, seja mais fácil no futuro.

Usando os dados captados e inseridos em um sistema de informação pelos trabalhadores dos serviços de saúde, é possível estudar como está a saúde da população, a organização dos serviços e analisar se as políticas públicas tem surtido bons resultados na população, entre outros.

- Os Dados e o Dinheiro

Tudo nessa vida acaba envolvendo dinheiro, afinal, sem um bom financiamento não se consegue realizar muita coisa. O nosso serviço de saúde pública segue pelo mesmo caminho. O Sistema Único de Saúde, (SUS) é financiado com a participação de recursos Federais, Estaduais e Municipais¹⁹. E por participar de forma

¹⁸ DEMENECH, L.M. et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2020; 23: E200095

¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento público de saúde . Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il.

importante no financiamento dos serviços de saúde municipais, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde (MS) vem implantando políticas de incentivo financeiro para os municípios aderirem as suas diretrizes.²⁰

Em 2011 o MS lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)²¹. O principal objetivo do programa era ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária. Era necessário acompanhar o seu desempenho da assistência através de indicadores. O MS definia uma meta a ser alcançada em cada indicador e pagava incentivos financeiros para os municípios que aderissem as ações do programa.²²

Indicadores são números que resumem a situação de algum estado de saúde ou do desempenho do sistema de saúde.

Indicadores são um tipo de informação específica a partir de um tema escolhido (doença, mortalidade, uma atividade realizada) nos permitindo construir conhecimento sobre uma determinada situação.²³ Eles são números que resumem a situação de algum estado de saúde ou do desempenho do sistema de saúde.²⁴ Eles são produzidos pelos sistemas de informação em saúde através dos dados que as equipes de saúde registram. Por exemplo a *Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado* é o indicador que mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no curso do pré-natal na Atenção Primária a Saúde. Ele é calculado a partir do registro da consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes e tem o objetivo principal de prevenir problemas de

²⁰ Brasil. . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Brasília, 2011.

²¹ <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>

²² Brasil. . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria Nº 1.089, de 28 de maio de 2012**. Brasília 2012.

²³ FERREIRA, SMG. Sistema de Informação em saúde: conceitos fundamentais e organização. NESCON/FM/UFMG. 1999. 19 p.

²⁴ Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1a edição; 2002.

saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante.²⁵

Em 2019 foi lançado o programa Previne Brasil, em substituição ao PMAQ, que estabelece novo jeito do governo federal financiar a Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde²⁶. Ele foi lançado com o objetivo de aumentar o acesso e o atendimento nas unidades de saúde do Brasil. Para isso, ele usa recursos financeiros para incentivar a adesão dos municípios a programas específicos que o Ministério da Saúde considera importantes para o cuidado da saúde da população brasileira. O repasse de recursos aos municípios, dentro desse programa acontece baseado em três critérios: o cadastro de pessoas, pagamento por desempenho e adesão a programas e ações do Ministério da Saúde.²⁷

Em dois desses critérios o lançamento de dados nos sistemas de informação é essencial. O primeiro é o cadastro de pessoas, onde o município vai receber por pessoa cadastrada no Programa Saúde da Família. O segundo é o pagamento por desempenho onde o município vai receber por cumprimento de metas estabelecidas para alguns indicadores de saúde escolhidos como mais importantes. É a lógica de cumprir metas para receber o incentivo financeiro. Ou seja, dados registrados rendem dinheiro para o município e melhorias para o sistema de saúde.

Como você pode perceber, há muita coisa importante envolvida num bom lançamento de dados. Porém, nesse quesito, como tudo na vida, há um descompasso entre o ideal e o real. Muitas vezes o que é registrado não condiz com a realidade. E é sobre isso que vamos falar agora.

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília 31/01/2020.

²⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Brasília, 2019.

²⁷ <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>

Capítulo três: Uma história mal contada

Quando queremos conhecer uma determinada realidade, a resposta que encontraremos às nossas perguntas sempre serão limitadas aos dados disponíveis. Para a efetiva utilização dos sistemas de informações para qualquer dos usos que falamos anteriormente, é preciso primeiro avaliar a qualidade dos dados e informações geradas. Para cada história que se quer contar, é preciso saber se estes são suficientes e confiáveis. A pergunta que não quer calar é: e quando eles são

Informações de baixa qualidade podem ter como resultado avaliações equivocadas

esquecidos e menosprezados? Que consequências pode haver sobre nossas vidas?

A compreensão da realidade apresentada por um conjunto de informações vai depender de quem as interpreta. Mesmo quando as informações acessadas são confiáveis, mantém-se algum nível de incerteza sobre as conclusões tiradas. O simples fato de ter acesso a determinadas informações não traz garantias de ações acertadas. E quando os dados não são confiáveis? É importante compreender que uma história mal contada tem muito mais chances de ter como consequência decisões desacertadas. Informações de baixa qualidade podem ter como resultado avaliações equivocadas e o processo de decisão comprometido, desperdiçando o trabalho e o investimento feito.²⁸

Você certamente já ouviu algumas histórias mal contadas. Se você se perguntar o que elas têm em comum descobrirá que elas incluem dados um pouco fora da realidade. O pescador pode exagerar no tamanho do peixe, ou uma testemunha pode omitir a existência de um objeto na cena de um crime.

Esse tipo de problema pode acontecer com as histórias, ou as informações,

²⁸ [FERREIRA, SMG. Sistema de Informação em saúde: conceitos fundamentais e organização. NESCON/FM/UFMG. 1999. 19 p.](#)

produzidas pelos nossos dados. Não é nosso objetivo aqui exaurir o tema, mas podemos pensar algumas causas mais frequentes e que acontecem cotidianamente.

- A Falta de Padronização

Uma boa coleta dos dados é essencial para a sua a qualidade. Para que haja uma boa produção de informações, ela precisa ser padronizada. Cada profissional deve entender exatamente o que representa o dado que registra. Por exemplo: um profissional pode lançar como primeira consulta, o primeiro contato que teve com o paciente independente de ter realizado um exame clínico. O outro, lança apenas aquelas em que realiza um exame clínico. Os dados produzidos não estão padronizados e por isso as informações geradas não são confiáveis. A definição de cada dado que se registra deve ser a mesma para todo o sistema de saúde²⁹

- A (Des)Cobertura dos Dados

Isso acontece quando apenas são registrados os dados de parte de uma população onde foram obtidos. Por exemplo: uma Unidade de Saúde registra as vacinas no seu sistema de informação. Na parte da manhã todos os vacinados são registrados, mas à tarde a funcionária tem dificuldades de usar o sistema informatizado, então ela só registra quando tem ajuda. O dado registrado não condiz com a realidade. Essa diferença de registros pode acontecer por eventos inesperados, como problemas no sistema de computador, por exemplo. Uma boa cobertura de registro de dados depende da compreensão dos colaboradores a respeito e do seu engajamento, podendo variar entre equipes ou unidades³⁰

- Dados Incompletos

Esse item se refere ao que o próprio nome diz: quando um dado não é inserido de forma completa. Mesmo que todos os lançamentos sejam feitos, se não são inseridos todos os dados necessários para um determinado registro, os dados ficam

²⁹ LIMA CRA et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009

³⁰ LIMA CRA et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009

incompletos. Isso acontece quando um médico registra o atendimento do paciente e se esquece de registrar o CID 10³¹, ou quando um agente de saúde não registra uma data de nascimento de um indivíduo ou um número de telefone, por exemplo. Isso pode acontecer pela falta de sistematização do trabalho, agenda apertada, acarretando esquecimentos. Também pode acontecer devido a uma grande demanda de trabalho e uma baixa compreensão da importância dos dados, levando os colaboradores a pular etapas.^{32 33}

- Desconhecimento do Sistema de Informação

Em muitos casos há pouco conhecimento sobre o sistema de informação utilizado e suas regras a respeito de como e onde inserir os dados. Muitas vezes, também, não há o acompanhamento das mudanças pelas quais o sistema passa ao longo tempo. Assim os dados podem ser preenchidos nos campos errados e inseridos de maneira incoerente. Esse problema afeta o processamento de dados, pois eles não serão recebidos e codificados da maneira adequada para produzir uma boa informação. Sua causa pode estar ligada à falta de treinamento das equipes no uso do sistema, que é agravada quando há alta rotatividade de profissionais.

- Falhas no processamento de dados e na produção e divulgação das informações

Para que a produção de informações aconteça é necessário mais que a coleta de dados. É preciso que esses dados sejam trabalhados, organizados, conferidos, armazenados e divulgados. Isso é necessário para que eles possam ter utilidade. Quando não acontece, o sistema de informação se torna um fim em si mesmo. Ele não cumpre seu papel de fornecer recursos e ferramentas para gestão do serviço, para a

³¹ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

³² LIMA CRA et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009

³³ BARBOSA, DCM; Forster, AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad. saúde colet., (Rio J.) ; 18(3)jul.-set. 2010.

ciência ou a sociedade.³⁴

E também é preciso efetivamente utilizar a informação em serviço. A qualidade da informação está essencialmente ligada à sua utilização na gestão do Sistema de Saúde.³⁵ Não utilizar a informação produzida a torna irrelevante para quem a produz. A falta de retorno sobre as informações produzidas traz desmotivação para manter em dia as inserções de dados.



Fonte: <https://www.pngegg.com/>

Mas da mesma forma quando uma equipe sabe utilizar um sistema de informação de maneira adequada, e ela percebe o potencial que isso traz para melhoria da qualidade do trabalho, ela passa a valorizar a informação. Para que isso seja possível, esses profissionais precisam ser capazes de coletar dados, acessar suas informações e interpretá-las para gerar conhecimento para o benefício

do próprio serviço.^{36 37 38}

Resolver esses problemas não é algo simples que se faz da noite para o dia. É um processo que precisa de apoio e incentivo institucional para que se concretize, mas que também não se realiza sem o comprometimento pessoal de cada profissional envolvido. Os resultados valem o esforço. Vale a pena, insistir nesse caminho. Por isso trataremos a seguir algumas orientações práticas sobre como começar esse

³⁴ LIMA CRA et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009

³⁵ MOREIRA, ML. Sistema de Informação de Saúde: A epidemiologia e a Gestão de Serviço. Saúde e Sociedade. V 4 n.1/2 p.43-45, 1995

³⁶ CARRENO, I et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 20(3):947-956, 2015.

³⁷ BARBOSA, DCM; Forster, AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad. saúde colet., (Rio J.) ; 18(3)jul.-set. 2010.

³⁸ LIMA CRA et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009

processo.

capacitação pode ser organizada pelo gestor da Unidade de Saúde, sem necessariamente esperar por uma ação direta da gestão municipal. Assim a EPS pode ser buscada e realizada inclusive pelos próprios trabalhadores, pelos grandes benefícios que pode trazer.⁴⁰

Aqueles que entendem *porquê* fazem alguma coisa, fazem aquilo que fazem com mais cuidado e com mais propriedade. Por isso uma boa forma iniciar um processo educativo é abordando *o porquê*. É preciso tornar essa compreensão mais ampla e abrangente. Todos os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde pública precisam entender por que captam e registram dados. Principalmente aqueles que atuam diária e diretamente no processo. Isso chama-se sensibilizar.⁴¹

A sensibilização é essencial, mas sozinha não atinge o objetivo requerido. É de fundamental importância, também, entender para que o sistema de informação é usado e quais são suas possibilidades práticas. Dessa forma, sua utilidade pode ser expandida e disseminada.

Por fim, é preciso entender como utilizar o sistema e seus pormenores. Apesar de nos serviços de saúde os sistemas de informação serem manipulados frequentemente, nem sempre todos os passos de sua utilização são compreendidos de maneira clara. Esse fato diminui a chance de ele ser usado para fins além do simples preenchimento de dados. Como já falamos antes, se o retorno não vem na mesma proporção do esforço a tendência é a incredibilidade e o desinteresse no uso do sistema⁴².

- Tornar o registro de dados prioridade no serviço

Isso significa que o serviço dá ao processo de registro de dados uma importância tal, que mereça ser incluída na organização do processo de trabalho. Esse processo precisa ser incluído no planejamento do espaço, dos insumos, dos equipamentos e do tempo. No planejamento do processo de trabalho do serviço de

⁴⁰ FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura - Saúde debate 43 (120). Jan-Mar 2019

⁴¹ Magalhães, SMO. Afetar e sensibilizar na educação: uma proposta transdisciplinar. Linhas Críticas, v. 17, n. 32, p. 163-181, jan./abr. 2011. Brasília, DF.

⁴² BARBOSA, DCM; Forster, AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad. saúde colet., (Rio J.) ; 18(3)jul.-set. 2010

saúde é preciso pensar na reserva de um local, na distribuição de materiais necessários e no acesso à tecnologia adequada para o registro do dado. Lembrando que a tecnologia por si só não garante que o sistema de informação seja realmente utilizado e que ela não se restringe a equipamentos de informática. É preciso também programar a agenda de maneira a ter reserva de tempo para realizar essa tarefa. Isso é necessário porque outras atividades consideradas mais urgentes podem tomar a atenção dos profissionais.

Os dados precisam retornar para quem os produziu no formato de histórias bem contadas.

É necessário ainda fazer do registro parte da rotina de trabalho, de maneira sistematizada. Muita gente não gosta nem de ouvir falar em rotina. É uma palavra que culturalmente significa algo monótono e repetitivo. No entanto, as rotinas melhoram o processo de trabalho, aumentando a qualidade e diminuindo erros. O estabelecimento de sistemas de rotinas para a enfermagem, por exemplo tem melhorado a condição de saúde dos pacientes sob seus cuidados⁴³.

Sistematizar significa colocar ordem, tornar coerente⁴⁴. A metodologia de gestão de processos, é uma maneira de sistematizar. Ela pode ser entendida como a institucionalização de rotinas, para



dos
em

Fonte: <https://www.pngegg.com/>

organizar o trabalho e alcançar resultados. Isso nada mais é que conhecer o processo a ser realizado, elencar as atividades ou os passos a seguir e efetivamente segui-los. Podem existir outras formas de fazer o mesmo. Essa é apenas uma. Mas o importante

⁴³ Oliveira RM et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1625-31

⁴⁴ <https://www.dicio.com.br/sistematizar/>

é entender que seguir rotinas é algo que diminui as chances de erro, aumentando a qualidade e utilidade dos dados que produzimos.

Não se pode esquecer que os dados precisam retornar para quem os produziu no formato de histórias bem contadas. Por isso também é preciso haver uma rotina sistematizada para as etapas seguintes a coleta. O processamento de dados é o momento de se monitorar a qualidade dos dados, buscando inconsistências e fazendo tabelas. Na produção da informação deve-se calcular indicadores e dar significado aos dados coletados. É o momento da coroação do processo, em que é descoberta a história. Depois disso não se pode esquecer de divulgar os resultados tendo o cuidado de que ele chegue até aqueles que os trabalharam para que ele fosse possível. Sem esse conjunto inteiro de processos não podemos chegar ao resultado esperado.

Conclusão: É possível um final feliz

Vivemos na “Era da Informação” onde a informação tem o propósito básico é o de habilitar quem quer que seja a alcançar seus objetivos pelo uso eficiente dos recursos disponíveis.⁴⁵ Mas como pudemos ver, existem desafios entre a produção e a utilização das informações e fica a pergunta, será que vale a pena o esforço? Certamente que sim. Informações são valiosas pois o custo de produzi-las é muito menor que o benefício gerado por elas.

É essencial que as organizações saibam definir o que são dados, informações e conhecimento, pois a construção de uma história de sucesso depende da aplicação desses elementos para a tomada de decisões. Agora é preciso refletir sobre o papel de cada um de nós na construção da história de sucesso do nosso serviço de saúde pública. Todos temos o poder de interferir nessa história e tornar um final feliz possível. Não será perfeito, mas ele pode ser mais feliz do que hoje.

Não foi nosso objetivo ser exaustivos a respeito do assunto, de formar *experts* em sistemas de informação, mas de despertar a atenção de quem se importa com algo importante. Essa tarefa para a qual somos convocados todos os dias é um trabalho de formiguinha, construído um dado de cada vez. É grande e é desafiador. Mas não é uma opção deixá-lo para depois. Há muitas questões de saúde, sociais, educacionais, econômicas a se enfrentar, e precisamos nos cercar de boas informações para isso. Para descobrirmos saídas, para planejarmos enfrentamentos, para construirmos estratégias, para monitorarmos nossa caminhada e podermos ver se estamos no caminho certo.

Essa construção de conhecimento é contínua, progressiva e existirá enquanto houver seres humanos espalhados nesse planeta. Hoje precisamos registrar um dado, analisar uma informação, contar uma história que apoie reflexões e boas decisões. Podemos usar as histórias contadas pelos dados para planejarmos ações e transformarmos uma realidade. Isso é o que devem fazer os gestores, os políticos, os

⁴⁵ Bazzotti, C., Garcia, E. A importância do sistema de informação gerencial na gestão empresarial para tomada de decisões – Ciências Sociais Aplicadas [v. 6, n. 11 \(2006\)](#)

pesquisadores, os trabalhadores da saúde. Isso é o que devem fazer as pessoas. Quem sabe, de dado em dado, um dia a gente ganhe o mundo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, DCM; FORSTER, AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18 n.3, 2010. Disponível em:

http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag4_24-33.pdf . Acesso em 26/08/2021

BAZZOTTI, C; GARCIA, E. A importância do sistema de informação gerencial na gestão empresarial para tomada de decisões. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, Marechal Candido Rondon. v.6, n.11, 2006. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/368> . Acesso em 26/08/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília 31/01/2020. Disponível em:

https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf . Acesso em 26/08/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf . Acesso em 26/08/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html . Acesso em 26/08/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> . Acesso em 26/08/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf . Acesso em 26/08/2021

BLUMM MHN, BAUER CAB, GAMA GMS et al. **Manual de gestão de processos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal** - Brasília: Subsecretaria de Planejamento,

Regulação, Avaliação e Controle / Central de Competências em Gestão de Processos, 2014. 49 p.: il. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Manual-de-Gest%C3%A3o-de-Processos-da-Secretaria-de-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf> . Acesso em 26/08/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf . Acesso em 26/08/2021

CARRENO, I; MORESCHI C; MARINA B et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JqPyzdx3KNGrRLPNFsSTJsb/abstract/?lang=pt> . Acesso em 26/08/2021

COELI, CM et al. Sistemas de Informação em Saúde. In: Medronho, R. A. et al. *Epidemiologia*. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

COELI, CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cadernos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag335-6.pdf . Acesso em 26/08/2021

CONCEIÇÃO, HN; CÂMARA, JT; PEREIRA, BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde debate** - Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?lang=pt> . Acesso em 26/08/2021

DEMENECH, LM; DUMITH, SC; VIEIRA, MECD et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, E200095, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095> . Acesso em 26/08/2021

DRUMOND, EF; MACHADO, CJ; VASCONCELOS, MR et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/ccYRqqH9ywhb7rnZ8JzF7YP/?lang=pt>. Acesso em 26/08/2021

FERREIRA, L; BARBOSA, JSA; ESPOSTI, CDD et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura - **Saúde debate** v.43,

n.120, 2019. disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017> . Acesso em 26/08/2021

FERREIRA, SMG. Sistema de Informação em saúde: conceitos fundamentais e organização. NESCON/FM/UFGM. 1999. 19 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br%2Fbiblioteca%2Fimagem%2F2249.pdf&usq=A OvVaw0AddU3QW16QjCwCdDGaoyW> . Acesso em 26/08/2021

INTERNET. Ministerio da saúde – data-sus - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060203> . Acesso em 26/08/2021

BRASIL. OPAS. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa.** – Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 1a ed., 2002. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> . Acesso em 26/08/2021

INTERNET. Dicio. Dicionário Online de Português. **Verbetes Sistematizar.** disponível em: <https://www.dicio.com.br/sistematizar/> . Acesso em 26/08/2021

INTERNET. Ministerio da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. **Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária a Saúde.** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento> . Acesso em 26/08/2021

LIMA, CRA; SCHRAMM, JMA; COELI CM et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002> . Acesso em 26/08/2021

Magalhães, SMO. Afetar e sensibilizar na educação: uma proposta transdisciplinar. **Linhas Críticas**, Brasília, v. 17, n. 32, 2011. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/3698> . Acesso em 26/08/2021

MOREIRA ML. Sistema de Informação de Saúde: A epidemiologia e a Gestão de Serviço. **Saúde e Sociedade**, v.4, n.1/2, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901995000100009> . Acesso em 26/08/2021

OLIVEIRA, RM; ALMEIDA, PC; MOREIRA, TMM ET AL. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n.6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606> . Acesso em 26/08/2021

PATINO, CM; FERREIRA JC. Validade interna e externa: você pode aplicar resultados de pesquisa para seus pacientes? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n, 3,

2018. Disponível em:
[https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fjcLdt8NpHccPqmgyfRV3rg/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Uma%20vez%20estabelecida%20a%20validade,cen%C3%A1rio%20diferente%20\(Figura%201\)](https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fjcLdt8NpHccPqmgyfRV3rg/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Uma%20vez%20estabelecida%20a%20validade,cen%C3%A1rio%20diferente%20(Figura%201)) . Acesso em 26/08/2021

TARGINO, MG. Informação em saúde: potencialidades e limitações. **Informação & Informação**, Londrina, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em:
https://www.brapci.inf.br/repositorio/2010/05/pdf_388191884b_0010347.pdf Acesso em 26/08/2021

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tantas expectativas construídas sobre esta pesquisa, sabemos que não alcançamos aquilo que desejávamos. Mas também sabemos que alcançamos aquilo que precisamos alcançar agora. Talvez a principal contribuição deste trabalho foi o conhecimento da dificuldade da produção de dados pelas Equipes de Saúde Bucal atuantes no PSE em Belo Horizonte. Um programa com muitas potencialidades, inclusive de pesquisa, mas que tem o dificultador da qualidade dos dados lançados em seu banco de dados.

Isso contribui com a ciência, que pode produzir mais estudos sobre a qualidade dos dados produzidos pelos serviços de saúde. Isso contribui com a gestão, para que ela entenda a necessidade de investir tempo, treinamento e financiamento para instrumentalizar as equipes de saúde na produção de melhores dados em saúde. Isso também contribui com as equipes que podem perceber o valor das pequenas realizações no dia a dia do trabalho.

Mas para além disso pudemos perceber algo sobre a realidade da saúde mental dos usuários do CS Alcides Lins diante da pandemia. Isso pode contribuir para o planejamento de ações específicas de enfrentamento dos transtornos mentais comuns, com fins de intervenção e prevenção.

Mas todas as experiências acumuladas nos foram úteis tanto profissionalmente como pessoalmente e nos fizeram ousar seguir adiante. Hoje entendo melhor nosso papel enquanto profissional de saúde e trabalhadores do SUS. Entendemos a necessidade de formar nossos colegas em serviço e de olhar o usuário além dos estigmas pseudocientíficos. De olhá-lo como o todo complexo que é o ser humano e tratá-lo com o respeito que esta complexidade merece.

Este trabalho iniciou no serviço e ao seu final espero que se torne útil para ele. Para que ele entenda que as verdades aparentemente estabelecidas podem estar apenas parcialmente explicadas. Para que o serviço perceba a potencialidade que tem em termos de pesquisa para novas descobertas científicas. Para que ele se instrumentalize com vistas a produzir essas novas descobertas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.F. *et al.* Family Context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by Family Health Strategy in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600017>. Acesso em 16 nov. 2019

ANDRADE, S.A., *et al.*; Ambiente Familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400014>. Acesso em 16 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]**. Brasília, Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em 16 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passoa_passo_programasaudeescola.pdf. Acesso em 16 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisanacionalsaudebucal.pdf>. Acesso em 16 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>. Acesso em 16 nov. 2019

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para atenção básica em saúde bucal**. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-atencao-basica.pdf>. Acesso em 16 nov. 2019

COELHO NETO GC, CHIORO A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, n 7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzNmviHqmLhPHZp6gfcD6H/?lang=pt> Acesso em 07 de set, 2021.

EI TANTAWI, M. *et. al.* Prevalence and Data Availability of Early Childhood Caries in 193 United Nations Countries, 2007–2017. **American Journal of Public Health**, v.108, n. 8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.2105/AJPH.2018.304466>. Acesso em 16 nov. 2019

FISHER-OWENS, S.A. *et. al.* Influences on Children’s Oral Health: A Conceptual Model. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.120, n.3, 2007. Disponível em: <https://pediatrics-aappublications.org.ez27.periodicos.capes.gov.br/content/120/3/E510>. Acesso em 16 nov. 2019

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T., KAPCZINSKI, F. Avaliação de Desempenho do Self- Reporting Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: um estudo comparativo com Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>. Acesso em 16 nov. 2019

HARDING T.W. *et. al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, Cambridge, v.10, n.2, 1980; pp. 231-41.

HOLST, D. *et. al.* Caries in populations – a theoretical, causal approach. **Eur J Oral Sci**, Oslo, v.109, 2001; pp. 143-148.

LAWALL, F.A.A. *et al.* Heranças familiares: entre os genes e os afetos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200018>. Acesso em 16 nov. 2019

LEONCIO, E.T.; SOUZA, S.R.P.; MACHADO, J.L.M. Degradação do vínculo parental e violência contra a criança: o uso do genograma familiar na prática clínica pediátrica. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.35, n.2, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;2;00009>. Acesso em 16 nov. 2019

LIMA C.R.A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.10, out, 2009. Acesso em 26/08/2021

LOSSO, E. M. *et al.* Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.85, n.4, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000400005>. Acesso em 16 nov. 2019

MAIA V.K.V. *et al* Avaliação da qualidade de um sistema de informação de pré-natal. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017

MARTINS, M. T. *et al* Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.29, n.1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0133>. Acesso em 16 nov. 2019

MELLO, D.F. *et al.* Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [S.l.], v.15, n.1, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf>. Acesso em 16 nov. 2019

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva** [on-line], v.16, Supl.1, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700028>. Acesso em 16 nov. 2019

NUNES, H.G.; PEROSA, G.B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [on-line], v.22, n.1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015> Acesso em 16 nov. 2019.

OH, D.L. *et al.* Systematic review of pediatric health outcomes associated with

childhood adversity. **BMC Pediatrics**, [S.l.], v.18, n.83, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>. Acesso em 16 nov. 2019

PETERSEN, P.E. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copennhagen, v.33, 2005. pp. 274–9.

PIVA F. *et al.* A Longitudinal Study of Early Childhood Caries and Associated Factors in Brazilian Children. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v.28, n.2, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701237>. Acesso em 16 nov. 2019

PIRES, T. *et al* Adaptação transcultural da Escala de Funcionamento Geral da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v.50, n.32, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005832>. Acesso em 16 nov. 2019

ROCHA, N.B. *et al.* Longitudinal study into the determining factors of dental caries in children aged 4: socio-behavioral aspects and oral health of pregnant women. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v.65, n.1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720170001000083221> . Acesso em 16 nov. 2019

SANTOS, G.M. *et al.* Contexto familiar e condições de saúde bucal em crianças de 2 a 5 anos no município de Salvador, Bahia: uma análise descritiva. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.2, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2442.pdf> . Acesso em 16 nov. 2019

SANTOS, S.R. *et al.* Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v. 19, n.4, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35347/23965>. Acesso em 07 de set. 2021

SILVA J.F.O; KATZ C.R.T. Experiência de cárie e funcionamento familiar em pré-escolares. **Arquivos em Odontologia [Internet]**, Belo Horizonte, v.51, n.2, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3703>. Acesso em 16 nov. 2019

SOUZA, M.A.A.; VIANNA, M.I.P.; CANGUSSU, M.C.T. Disfunção familiar referida pela

presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.3, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000300007>. Acesso em 16 nov. 2019

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO, Ministerio da Saúde; 2002, 726p.

TRENTESAUX, T *et al.* Social Vulnerability in Paediatric Dentistry: An Overview of Ethical Considerations of Therapeutic Patient Education. **Culture, Medicine and Psychiatry**, New York, v.38, n.1, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11013-013-9356-5> . Acesso em 16 nov. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Mental Health: User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva, Division of Mental Health, World Health Organization, 1994. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1. Acesso em 16 nov. 2019

ZHANG, Y. Family Functioning in the Context of an Adult Family Member with Illness: A Concept Analysis. **Journal of Clinical Nursing**, [S.l.], v.27 n.15-16, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6105391/>. Acesso em 16 nov. 2019

APÊNDICE A - Questionário Socio, Econômico, Demográfico e Familiar

Nome da Criança: _____

1 Dados do Principal Cuidador

1.1 Nome do principal cuidador: _____

1.2 Idade do principal cuidador: _____

1.3 Sexo do principal cuidador: Masculino Feminino

1.4 Qual o seu parentesco com a criança?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> mãe | <input type="checkbox"/> avó | <input type="checkbox"/> primos/primas |
| <input type="checkbox"/> pai | <input type="checkbox"/> avô | <input type="checkbox"/> outros |
| <input type="checkbox"/> conjuge ou companheiro da mãe | <input type="checkbox"/> irmã/irmão | <input type="checkbox"/> parentes |
| <input type="checkbox"/> conjuge ou companheiro do pai | <input type="checkbox"/> tio/tia | <input type="checkbox"/> |

1.5 Qual foi o curso mais elevado que você frequentou?

- Sem escolaridade
- Classe de alfabetização
- Educação de Jovens e Adultos do Ensino Fundamental/Supletivo do 1º
- Grau
- Educação de Jovens e Adultos do Ensino Médio/Supletivo do 2º Grau
- Ensino Fundamental (antigo 1º grau) incompleto
- Ensino Fundamental (antigo 1º grau) completo
- Ensino Médio (antigo científico, 2º grau) incompleto
- Ensino Médio (antigo científico, 2º grau) completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo
- Pós-Graduação

1.6 Trabalho remunerado do principal cuidador

- Sim. Fora de casa Não. Sou do lar

Sim. Em casa

Não. Estou desempregado (a)
Aposentado

2 Constituição familiar

- Tradicional ou nuclear – pai, mãe e filhos vivem todos juntos.
- Monoparental – os filhos vivem apenas com um dos pais.
- Recompоста ou reconstituída – o pai ou a mãe voltou a se casar com outra pessoa.
- Família Substituta – Em hipótese, quando a família natural não está sendocapaz de garantir os direitos decorrentes do princípio da proteção integral, será promovida a colocação da criança e adolescente em uma família
- Substituta, compreendendo três espécies: a guarda, a tutela e a adoção
- Binuclear – composta pelos dois lares e ambos os pais continuam responsáveis pelos cuidados dos filhos atendendo às suas necessidades afetivas, espirituais, econômicas e físicas.
- Homoparental – os dois ascendentes são do mesmo sexo, sejam homens ou mulheres.
- Alargada ou ampliada – outros parentes (avós, tios e primos) vivem com a família

3 Dados Socioeconômicos

3.1 Relação Morador/comodo:

Quantas pessoas moram em sua casa?

Quantos comodos tem sua casa, incluindo cozinha e banheiro?

3.2 Desemprego: Entre os responsáveis da criança alguém está desempregado?

sim

não

3.3 Drogadição: Entre os responsáveis da criança alguém faz uso de cigarro, álcool ou drogas de maneira descontrolada?

sim

não

3.4 Condições de saneamento: Na casa da criança tem agua encanada? tem rede de esgoto? tem coleta de lixo? (se sim para qualquer das tres perguntas, a resposta é ruim)

boa

ruim

3.5 Qual é a renda total familiar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> < R\$ 500,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 2.001,00 a R\$ 5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> > R\$ 5.001,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00 | |

3.6 Imóvel de residência

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alugada | <input type="checkbox"/> cedida |
| <input type="checkbox"/> propria | <input type="checkbox"/> Outro |

4 Apoio Social

4.1 Com quantos familiares ou parentes o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

4.2 Com quantos amigos o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)

ANEXO A – Parecer de Aprovação do CEP – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.532.906

Saúde na Escola (PSE). As seguintes hipóteses foram formuladas: maior necessidade de tratamento odontológico caracterizada como codificação mais alta no levantamento de necessidades de tratamento odontológico está associada a piores condições socioeconômicas; maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a um pior escore de funcionamento familiar; maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a um pior histórico de saúde; maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a triagem positiva para TMC (Transtorno Mental Comum) materno. Trata de um estudo transversal a ser realizado com o principal cuidador das crianças avaliadas pelo PSE, moradoras da Regional Nordeste de Belo Horizonte. A amostra será estimada considerando prevalência de cárie dentária na faixa etária de 0 a 5 anos de 50%, nível de confiança e grau de precisão de 5% e o total de crianças examinadas no ano de 2019. A amostra será selecionada de forma aleatória simples com reposição. Dados primários serão coletados por entrevista através de questionário estruturado com o principal cuidador, na UBS ou em domicílio. Serão coletados dados socioeconômicos, demográficos e familiares, e aplicados o Questionário de Funcionamento Geral Familiar, para investigação do funcionamento familiar, e o Self-Reporting Questionnaire para triagem de TMC no principal cuidador. Dados secundários serão coletados dos registros do banco de dados do PSE, para levantamento da população do estudo e da necessidade de tratamento odontológico, e do prontuário eletrônico, para levantamento do histórico de saúde da criança. Ao final do estudo será proposto como produto técnico um novo protocolo de atendimento à criança para Belo Horizonte.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral será analisar a necessidade de tratamento odontológico e o contexto familiar em crianças pré-escolares (0-5 anos), avaliadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Os objetivos específicos serão avaliar: os indicadores de necessidade tratamento odontológico levantados pelo PSE nas crianças participantes; o histórico de saúde das crianças; o perfil socioeconômico e demográfico das crianças e suas famílias; o funcionamento familiar de acordo com visão do principal cuidador dessas crianças; a presença de triagem positiva de TMC no principal cuidador dessas crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: considerando que a pesquisa vai avaliar as características da família com relação à estrutura relacional e presença ou não de transtornos mentais, a entrevista poderá trazer algum constrangimento ao respondente. Este risco será contornado, esclarecendo bem a obrigatoriedade do sigilo da identidade, sendo factível a pessoa se recusar a responder a qualquer pergunta.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sítio 2006

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: ccep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.532.906

Saúde na Escola (PSE). As seguintes hipóteses foram formuladas: maior necessidade de tratamento odontológico caracterizada como codificação mais alta no levantamento de necessidades de tratamento odontológico está associada a piores condições socioeconômicas; maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a um pior escore de funcionamento familiar; maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a um pior histórico de saúde; maior necessidade de tratamento odontológico está relacionada a triagem positiva para TMC (Transtorno Mental Comum)materno. Trata de um estudo transversal a ser realizado com o principal cuidador das crianças avaliadas pelo PSE, moradoras da Regional Nordeste de Belo Horizonte. A amostra será estimada considerando prevalência de cárie dentária na faixa etária de 0 a 5 anos de 50%, nível de confiança e grau de precisão de 5% e o total de crianças examinadas no ano de 2019. A amostra será selecionada de forma aleatória simples com reposição. Dados primários serão coletados por entrevista através de questionário estruturado com o principal cuidador, na UBS ou em domicílio. Serão coletados dados socioeconômicos, demográficos e familiares, e aplicados o Questionário de Funcionamento Geral Familiar, para investigação do funcionamento familiar, e o Self-Reporting Questionnaire para triagem de TMC no principal cuidador. Dados secundários serão coletados dos registros do banco de dados do PSE, para levantamento da população do estudo e da necessidade de tratamento odontológico, e do prontuário eletrônico, para levantamento do histórico de saúde da criança. Ao final do estudo será proposto como produto técnico um novo protocolo de atendimento à criança para Belo Horizonte.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral será analisar a necessidade de tratamento odontológico e o contexto familiar em crianças pré-escolares (0-5 anos), avaliadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Os objetivos específicos serão avaliar: os indicadores de necessidade tratamento odontológico levantados pelo PSE nas crianças participantes; o histórico de saúde das crianças; o perfil socioeconômico e demográfico das crianças e suas famílias; o funcionamento familiar de acordo com visão do principal cuidador dessas crianças; a presença de triagem positiva de TMC no principal cuidador dessas crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:considerando que a pesquisa vai avaliar as características da família com relação à estrutura relacional e presença ou não de transtornos mentais, a entrevista poderá trazer algum constrangimento ao respondente. Este risco será contornado, esclarecendo bem a obrigatoriedade do sigilo da identidade, sendo factível a pessoa se recusar a responder a qualquer pergunta.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2ª Ad Sl 2006

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.532.906

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
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1568116.pdf	06/02/2021 17:13:28		Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_parecerista_COEP_postado.pdf	06/02/2021 17:11:57	QUEILA DA CUNHA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_postado.pdf	06/02/2021 17:08:54	QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoQueila.pdf	23/11/2020 11:01:26	QUEILA DA CUNHA FERREIRA	Aceito
Outros	Queila_Parecer_consustanciado.pdf	19/11/2020 23:43:21	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	queila_heckert_projeto_corrigido.pdf	01/06/2020 20:47:13	QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/06/2020 20:41:53	QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT	Aceito
Outros	Queila_2020_4_3_20_6_0_7731.pdf	01/06/2020 20:38:56	QUEILA DA CUNHA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

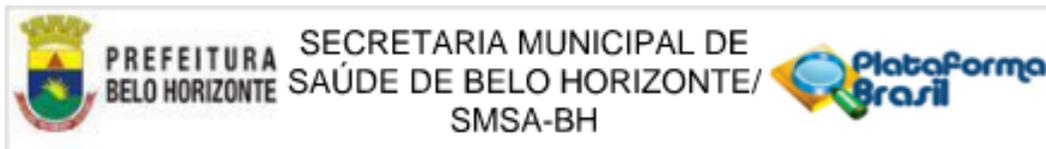
Não

BELO HORIZONTE, 09 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

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: ccep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Parecer de Aprovação do CEP - SMSA-PBH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTEXTO FAMILIAR E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM PRÉ-ESCOLARES AVALIADOS PELO PSE EM BELO HORIZONTE

Pesquisador: Efigenia Ferreira e Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40313020.5.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.864.671

Apresentação do Projeto:

Conforme Nº do parecer: 4.588.543

Objetivo da Pesquisa:

Conforme Nº do parecer: 4.588.543

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme Nº do parecer: 4.588.543

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

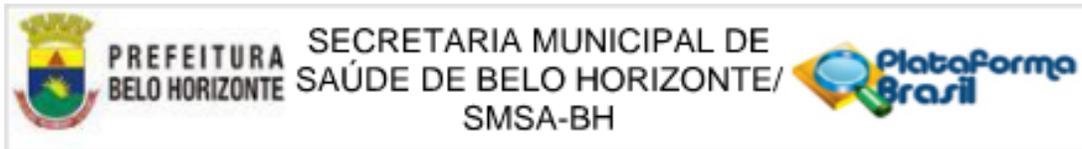
Trata-se de um estudo relevante que poderá contribuir para melhoria da atenção à saúde das crianças, assim como das famílias, sobretudo das mães e ainda, fortalecimento da saúde pública e valorização do PSE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes todos os termos de apresentação obrigatória pendentes:

- Acrescentar os riscos e benefícios da pesquisa no projeto e no TCLE, conforme o disposto na 466/2012, assim como o possível vazamento de dados, previsão de ressarcimentos, a temporalidade e sob a guarda de quem e como serão "descartados". ok
- Declaração de responsabilidade do pesquisador. ok
- Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD), assinado o datado pelo responsável da

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** ccep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.864.671

instituição. ok

- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) – ok

- TCLE: acrescentar os riscos e benefícios da pesquisa, assim como o ressarcimento de danos (especificar) aos participantes e sob responsabilidade de quem. O CEP/SMSA foi citado para contato no corpo no TCLE mas não consta o endereço e telefone em nota de rodapé, acrescentar.

Recomendações:

Recomenda-se a execução do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto. Todas as pendências foram atendidas.

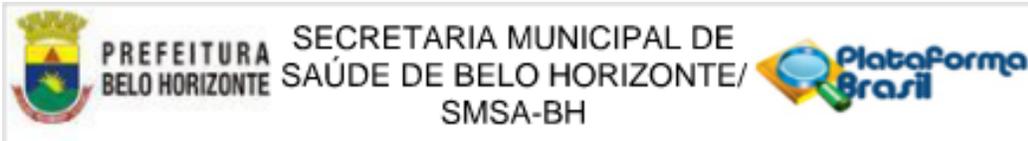
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1701097.pdf	30/06/2021 12:19:24		Aceito
Outros	TCUD_pesquisadoras.pdf	29/06/2021 00:43:01	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
Outros	TCUD_Regional.pdf	29/06/2021 00:42:30	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
Outros	TCUD_Saude_Bucal.pdf	29/06/2021 00:41:55	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Queila_TCLE_CEP_SMSA_PBH.pdf	29/06/2021 00:39:46	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
Outros	Queila_resposta_diligencia_CEP_PBH.pdf	29/06/2021 00:38:56	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_parecerista_COEP_postado.pdf	06/02/2021 17:11:57	QUEILA DA CUNHA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_postado.pdf	06/02/2021 17:08:54	QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT	Aceito

Endereço: Rua Frederico Brazer Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.864.671

Outros	Queila_Parecer_consustanciado.pdf	19/11/2020 23:43:21	Etigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	queila_heckert_projeto_corrigido.pdf	01/06/2020 20:47:13	QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/06/2020 20:41:53	QUEILA DA CUNHA FERREIRA HECKERT	Aceito
Outros	Queila_2020_4_3_20_6_0_7731.pdf	01/06/2020 20:38:56	QUEILA DA CUNHA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Julho de 2021

Assinado por:
SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO C - Comprovante de Submissão do Artigo á revista Ciência e Saúde Coletiva

30/09/2021 13:18

ScholarOne Manuscripts


Ciência & Saúde Coletiva

 Home


 Author

Submission Confirmation


 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2021-1900

Title

Cárie precoce na infância, funcionamento familiar e transtornos mentais comuns: realidade das famílias em uma região de Belo Horizonte, MG

Authors

Heckert, Queila da Cunha Ferreira

Martins, Renata

Ferreira, Efigenia

Date Submitted

30-Sep-2021

[Author Dashboard](#)

ANEXO D Normas de Publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva

Instruções aos autores

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 publicado 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:

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. Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.

Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

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, reunidos 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:

O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.

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. 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.

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.

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.

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; deveter, 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 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, 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. palavras-chave/key words.

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-chaves 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. 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. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

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 com 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. As tabelas e os 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

A RC&SC atende a Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação / Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Gabinete sobre citação obrigatória da CAPES para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total 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.***)

Pelegri ML, 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; 84:15.

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;347:1337.

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 Edição. 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 afins*. 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. Cronemberg 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. CMEAMultimedia 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.

Anexo E - Escala de Funcionamento Geral da Família (PIRES *et al.*,2016)

As frases abaixo dizem respeito ao funcionamento da sua família. Diga se concorda totalmente; concorda; não concorda nem discorda; discorda; ou discorda totalmente

1. É difícil planejar atividades familiares porque vocês se desentendem entre si

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

2. Em tempos de crise, vocês podem buscar ajuda uns nos outros

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

3. Vocês não podem conversar entre vocês sobre a tristeza que sentem

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

4. Cada pessoa da família é aceita pelo que ela é

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

5. Vocês evitam discutir seus medos ou preocupações

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

6. Vocês mostram sentimentos uns com os outros

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

7. Existem muitos sentimentos ruins na sua família

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

8. Vocês se sentem aceitos pelo que são

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

9. Tomar decisões é um problema para a sua família

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

10. Vocês são capazes de tomar decisões sobre como resolver os problemas

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

11. Vocês não se dão bem juntos

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

12. Vocês confiam uns nos outros

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

ANEXO F - SRQ 20 - Self Report Questionnaire (GONÇALVES *et al* 2008)

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM /NÃO
2- Tem falta de apetite?	SIM /NÃO
3- Dorme mal?	SIM /NÃO
4- Assusta-se com facilidade?	SIM /NÃO
5- Tem tremores nas mãos?	SIM /NÃO
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM /NÃO
7- Tem má digestão?	SIM /NÃO
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM /NÃO
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM /NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM /NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM /NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM /NÃO
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	SIM /NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM /NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM /NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM /NÃO
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM /NÃO
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM /NÃO

19- Você se cansa com facilidade?

SIM /NÃO

20- Têm sensações desagradáveis no estomago?

SIM /NÃO

ANEXO G - Critérios para codificação do Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal(BELO HORIZONTE, 2006)

Codificação - Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal	
CÓDIGO 0	Não apresenta dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 1	Apresenta até três dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 2	Apresenta de quatro a oito dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 3	Apresenta mais de oito dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração.
CÓDIGO 4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada
CÓDIGO 5	Apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como maior problema
*	Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda