

VIVIANE MOURÃO SOUSA DINIZ

**Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção em
Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS:
validação de conteúdo e reprodutibilidade**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
Dezembro/2015**

VIVIANE MOURÃO SOUSA DINIZ

Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS: validação de conteúdo e reprodutibilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial ao Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientadora Profa. Dra. Mara Vasconcelos

Co-Orientador: Prof. Dr. Flávio de Freitas Mattos

Colaboradora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

D585d Diniz, Viviane Mourão Sousa.
2015 Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção
T em Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na rede SUS:
 validação de conteúdo e reprodutibilidade/ Viviane Mourão
 Sousa Diniz. – 2015.

106 f. : il.

Orientadora: Mara Vasconcelos.
Co-orientador: Flávio de Freitas Mattos.

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

1. Atenção primária à saúde. 2. Serviços de saúde bucal.
3. Questionários. I. Vasconcelos, Mara. II. Mattos, Flávio de Freitas.
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia.
IV. Título.

BLACK – D047

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG

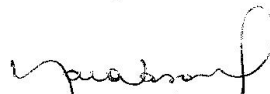
FOLHA DE APROVAÇÃO

Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS: validação de conteúdo e reprodutibilidade.

Viviane Mourão Sousa Diniz


Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 16 de dezembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:


Mara Vasconcelos
FO/UFMG


Flávio de Freitas Mattos
FO/UFMG


Maria do Carmo Matias Freire
UFG


Maria Inês Barreiros Senna
FO/UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA EM
SAÚDE PÚBLICA



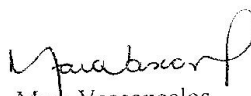
ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO de Viviane Mourão Sousa Diniz


Aos 16 dias de dezembro de 2015, às 08:30horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Mara Vasconcelos (Orientador) – FO/UFMG, Flávio de Freitas Mattos (Co-orientador) - FO/UFMG, Maria do Carmo Matias Freire - UFG e Maria Inês Barreiros Senna – FO/UFMG para julgamento da dissertação intitulada **Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS: validação de conteúdo e reprodutibilidade.** A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Profa. Isabela Almeida Pordeus, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

Aprovada


Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2015.


Mara Vasconcelos
FO/UFMG


Flávio de Freitas Mattos
FO/UFMG


Maria do Carmo Matias Freire
UFG


Maria Inês Barreiros Senna
FO/UFMG

Dedicatória

Dedico à todas as crianças brasileiras de zero a cinco anos que acreditam em seus sonhos.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que sempre iluminou e conduziu os meus passos.

Aos meus pais Julito e Marly por terem me dado a vida e estarem sempre ao meu lado incentivando, consolando, comemorando os momentos de inseguranças, tristezas e alegrias da vida, com muito amor e dedicação.

Aos meus filhos Victor e Emanuelle que são o sentido da minha vida.

Ao meu esposo Renato pela paciência, companheirismo, incentivo e ajuda que possibilitou esta caminhada.

A minha querida irmã Karla que sempre me apoiou, minha avó Cecília e minha Madrinha Maria, pelo carinho e dedicação a minha Tivó Cissa e tios, pessoas presentes em todos os momentos da vida.

A Maelma, minha irmã de coração.

A minha querida orientada Profa. Mara pelo ser humano maravilhoso que ela é, e pela forma amiga e respeitosa com que ensina.

Ao co-orientador Flávio, professor do qual sempre admirei.

A profa. Raquel, coordenadora zelosa do PPSUS e que tanto me auxiliou com muita dedicação. A todo o grupo do PPSUS, professores e bolsistas que colaboraram e transformaram o grupo de trabalho em um espaço de enorme prazer e alegria.

Aos colegas da PBH que me acolheram com carinho em suas unidades básicas de saúde e muitos colaboraram para a realização deste trabalho.

Aos colegas de mestrado os quais se tornaram grandes amigos.

Agradeço a FAPEMIG pelo suporte financeiro e apoio concedido para o desenvolvimento desse trabalho.

RESUMO

Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS: validação de conteúdo e reprodutibilidade.

O estudo teve como objetivo relatar as etapas de desenvolvimento e a reprodutibilidade de um instrumento para avaliação da atenção à saúde bucal de crianças de zero a cinco anos na perspectiva dos cirurgiões dentistas da atenção primária de Belo Horizonte. A construção do instrumento fundamentou-se a partir das dimensões da Atenção Primária à Saúde, da análise dos protocolos de atenção básica e secundária da rede SUS/Belo Horizonte que normatizam as ações de saúde bucal e dos resultados de um grupo focal com os cirurgiões dentistas. Na etapa de validação de face, *experts* das áreas de saúde coletiva, odontopediatria e estatística contribuíram sugerindo alterações que foram incorporadas ao instrumento aplicado para 77 cirurgiões dentistas, que constou de 16 itens sobre o profissional e 55 sobre a sua prática profissional. Para medir o nível de reprodutibilidade, utilizou-se o procedimento de teste- reteste considerando aceitável o kappa ponderado $\geq 0,60$. Os resultados mostraram níveis de reprodutibilidade entre 0,50 - 0,59 para 7,3%; 0,60 - 0,69 para 32,7%; 0,70 - 0,79 para 50,9% e acima de 0,80 para 9,1% das questões testadas. O instrumento final mostrou nível satisfatório de compreensão e reprodutibilidade.

Palavras chave: Questionário, Saúde bucal, Atenção Primária à Saúde, Odontólogos, criança

ABSTRACT

Development of an instrument for evaluation of attention in oral health of children up to five years in SUS Network: content validation and reproducibility

This study aimed at reporting the development stages and the reproducibility of an evaluation instrument about the oral health care provided for 0 to 5-year-old children from the perspective of primary health care dental surgeons from Belo Horizonte. The development of the instrument was based on the primary health care dimensions, as well as on the analysis of primary and secondary care protocols used by SUS/Belo Horizonte care network, which standardize oral health actions, and on the results from focus groups with dental surgeons. In the face validation stage, experts in the fields of community dental health, pediatric dentistry, and statistics have collaborated with suggestions which were incorporated into the instrument, applied to 77 dentists, consisting of 16 items about the professionals and 55 about their professional practices. To measure the reproducibility level, used the test-retest procedure acceptable considering weighted kappa ≥ 0.60 . Results showed reproducibility levels of 0.5-0.59 for 7.3%; 0.6-0.69 for 32.7%; 0.7- 0.79 for 50.9% and above 0.80 for 9.1% of the tested questions. The final instrument showed satisfactory comprehension and reproducibility levels.

Keywords: questionnaire, oral health, primary health care, dentists, child

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CD	Cirurgiões Dentistas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SMS-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SMSA/PBH	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte
SUS-BH	Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMEI	Unidade Municipal de Educação Infantil
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

ARTIGO	35
Tabela 1 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões relacionadas à caracterização do profissional do questionário aplicado para os CD da SMSA Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.	
Tabela 2 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões relacionadas à integralidade, questionário aplicado para os CD da SMSA Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.	36
Tabela 3 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, questionário aplicado para os CD da SMSA Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.	37
Tabela 4 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões relacionadas a longitudinalidade, questionário aplicado para os CD da SMSA Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.	38
Tabela 5 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões relacionadas a coordenação da atenção, questionário aplicado para os CD da SMSA Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.	39
Tabela 6 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões relacionadas a orientação familiar, questionário aplicado para os CD da SMSA Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.	39

Tabela 7- Coeficientes Kappa ponderado para as questões relacionadas a orientação comunitária, questionário aplicado para os CD da SMSA Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.	40
--	----

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO

Figura 1 - Fluxograma da metodologia do estudo	30
---	----

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UFMG	57
ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa SMSA/PBH	
ANEXO 3 - Protocolo de Atenção Secundária do SUS-BH	58
ANEXO 4 - Protocolo de Atenção em Saúde Bucal em BH	62
ANEXO 5 - Normas Publicação Cadernos Saúde Pública	68
ANEXO 6 - Carta de aceite do artigo da Revista Cadernos Saúde Pública	74

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos cirurgiões-dentistas da SMS/PBH (Grupo Focal)	69
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos cirurgiões-dentistas da ESB	71
APÊNDICE 3 - Questões orientadoras para o Grupo Focal	73
APÊNDICE 4 - Primeira versão do instrumento	74
APÊNDICE 5 - Segunda versão do instrumento	84
APÊNDICE 6 - Terceira versão do instrumento	89
APÊNDICE 7 - Resultados do KAPPA	100

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Panorama da Saúde Bucal no Mundo	16
2.2 Panorama da Saúde Bucal no Brasil	17
2.3 Atenção Primária à Saúde	18
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 MÉTODOS	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Contexto do estudo	22
4.3 Considerações Éticas	22
4.4 Fases do desenvolvimento do instrumento	23
4.4.1 Grupo focal	23
4.4.2 Construção da primeira versão do questionário	23
4.4.3 Validação de conteúdo ou face	24
4.4.4 Construção da segunda versão do questionário	24
4.4.5 Teste e Reteste	24
	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 Artigo	26
5.2 Produto técnico	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7 REFERÊNCIAS	51
8 ANEXOS	
9 APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Apesar do declínio constatado nos últimos anos, a cárie dentária é a doença bucal mais prevalente em crianças, sendo que em cada dez, uma apresenta dor de dente gerando um impacto negativo na qualidade de vida delas. A presença de lesões cáries na dentição decídua tem se mostrado como preditora de risco de desenvolvimento de cárie na dentição permanente (LI e WANG, 2002; SKEIE *et al.*, 2006; KÖHLER e ANDRÉEN, 2010; KRAMER *et al.*, 2013; LEMES *et al.*, 2015).

A doença cárie na primeira infância no Brasil e no mundo tem sido considerada um problema de saúde, pois sua gravidade pode interferir no desenvolvimento e no crescimento das crianças. Estudos revelam que quanto mais precoce for a primeira consulta odontológica da criança, menos lesões graves, provavelmente, terão essas crianças. Crianças aos cinco anos, que possuem mais de duas superfícies com cárie em segundos molares, apresentaram chance de se tornarem de alto risco aos 10 anos e, aquelas com pelo menos um dente cariado, demonstraram maior chance de apresentar impacto negativo na qualidade de vida quando comparadas àquelas livres de cárie dentária (RAMOS e MAIA, 1999; SKEIE *et al.*, 2006; FELDENS *et al.*, 2010; SCARPELLI *et al.*, 2011).

O uso dos serviços de saúde bucal e as consultas preventivas são estratégias para reduzir a prevalência e as sequelas de problemas bucais. As crianças que utilizaram precocemente os serviços apresentaram menores chances de receberem tratamento odontológico emergencial e de fazerem visitas de urgência durante a infância, reduzindo assim, os custos em saúde, principalmente em crianças de alto risco (LEE *et al.*, 2006).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são os espaços preferenciais para ações de promoção da saúde infantil, uma vez que, ao oferecer cuidados de primeiro contato, contínuo, com foco em atividades de promoção e prevenção e, ainda, as atividades de orientação familiar, favorecem as condições para um acompanhamento de qualidade da saúde das crianças. Dessa forma, quanto maior a orientação do sistema para a atenção primária, menor é o custo e melhor o desempenho na área materno-infantil (HARZHEIM *et al.*, 2004; CONIL, 2008).

Países com uma melhor organização da atenção primária tem maiores chances de ter mais altos níveis de saúde com menores custos. Um sistema de saúde com forte ênfase na APS é considerado mais satisfatório para a população, mais efetivo, mais equitativo, tem menores custos, ainda que em contextos de grande iniquidade social. Para Starfield (2004), existem evidências que associam os melhores resultados na saúde das populações com a utilização dos serviços organizados na atenção primária do que por especialidade que é mais cara e menos acessível. A APS possui uma organização menos hierárquica e mais flexível, respondendo mais rapidamente as necessidades de saúde da sociedade (STARFIELD *et al.*, 2001; HARZHEIM *et al.*, 2004).

O Ministério da Saúde, em março de 1994 criou o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma forma de operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidar os princípios da Reforma Sanitária Brasileira estabelecidos na Constituição Nacional de 1988 e no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986 (FARIAS e SAMPAIO, 2011). A Estratégia Saúde da Família prioriza suas ações na proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua (BRASIL; 1998).

Em relação aos recursos humanos, as equipes de saúde eram compostas apenas de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde foram incorporados em 1994. Neste primeiro momento, a Saúde Bucal não teve seus profissionais incluídos na equipe, apesar de existir, àquela época um movimento nacional em prol da inclusão da equipe de Odontologia no Programa de Saúde da Família (ZANETTI, 2002).

A Portaria n.º 1.444, pelo Ministério da Saúde, implantou as equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, ao estabelecer o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios. Essa implantação ocorreu em 28 de dezembro de 2000, portanto seis anos após a criação do PSF, sendo regulamentada pela Portaria n.º 267, de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2000; 2001).

A necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da Saúde Bucal da população e a necessidade de incentivar a reorganização da Saúde Bucal na atenção básica foram os motivadores da implantação das ações da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. O cirurgião-dentista, o auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dental foram incluídos na equipe. O auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dental podem se estruturar dentro da Equipe de Saúde Bucal em duas modalidades: I) que compreende um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário; e II) que compreende um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (FARIAS e SAMPAIO, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde nos anos 90 se fundamenta nos atributos da Atenção APS propostos por Barbara Starfield (2004). A ESF é o primeiro nível de acesso e representa a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. Nesse sentido, a Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e reafirma o papel ordenador da APS no SUS (BRASIL, 2010a).

No Brasil crianças com maior vulnerabilidade social utilizam mais a ESF como fonte regular de atenção à saúde (Leão *et al.*, 2011). Corroborando esses dados, o estudo de Macinko *et al.*, (2006), demonstrou que os cuidados primários de saúde da ESF estiveram fortemente associados à diminuição das taxas de mortalidade infantil.

O estudo de Veríssimo e Oliveira (2015), comparou a presença e a extensão de atributos da APS à saúde da criança atendidas em unidades de ESF e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicionais. Os resultados mostraram que o escore geral da APS referente a todos os atributos, alcançou 6,6 nas unidades ESF e 3,9 nas UBS e que as unidades ESF são a porta de entrada prioritária ao acesso das famílias das crianças.

A partir da década de 1990, iniciativas com foco na avaliação da ESF vêm sendo desenvolvidas no Brasil e o Ministério da Saúde vem incentivando pesquisas para avaliar os serviços de saúde com o objetivo de reorientação de políticas e programas na APS.

Inquéritos populacionais em saúde têm sido utilizados, no mundo e no Brasil, de forma crescente para obtenção de informações sobre o funcionamento da assistência à saúde no âmbito da APS.

Vários instrumentos internacionais se destacam na avaliação da atenção primária de acordo com a revisão sistemática realizada por Fracoli *et al.*, (2014). Dentre eles, o Primary Care Assessment Tool (PCATool) e o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) são os mais utilizados no Brasil, sendo o PCATool o que mais prevalece (GROL *et al.*, 1999; SHI *et al.*, 2001).

O Primary Care Assessment Tool (PCATool) foi um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos na Johns Hopkins School of Public Health e organizado com base no conceito de APS, com o objetivo de avaliar o grau de orientação à atenção primária por meio dos atributos essenciais, Integralidade, Acesso, Longitudinalidade, Coordenação da Atenção e os derivados, Competência Cultural, Orientação Comunitária e Familiar. O instrumento possui 77 perguntas com respostas em escala tipo *Likert*, com scores de um a quatro para cada atributo. São produzidos dois escores: a média dos valores dos atributos essenciais e de suas subdivisões produz o escore essencial da APS, e o segundo resultado é a média de escores dos atributos derivados, produz escore geral da APS (CASSADY *et al.*, 2000; LEÃO *et al.*, 2011). É um instrumento que mais se aplica para a avaliação das práticas de atenção primária e foi traduzido e adaptado para o Brasil por Harzheim *et al.*, (2006) nas versões criança, adulto e para os profissionais de saúde. Na versão profissional, o instrumento não é sensível para especificar o tipo de profissional respondente e a faixa etária a ser avaliada. Na versão criança, o instrumento é aplicado aos pais das crianças ou cuidadores destas (como avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança. A versão adulta é para ser respondida pelo usuário (BRASIL, 2010c; FRACOLLI *et al.*, 2014).

O EUROPEP começou a ser desenvolvido em 1995 por pesquisadores de oito países e sua validação finalizou em 1998, após passar por diversas fases de elaboração: estudo de prioridades dos usuários e desenvolvimento do instrumento (1996), estudo piloto qualitativo (1996); estudo piloto quantitativo (1996); procedimento formal de tradução (1997); estudo de validação (1997); seleção final dos itens (1997); validação final: (1998) e posteriormente foi aplicado em 16 países. O instrumento EUROPEP é

instrumento específico de avaliação da satisfação dos usuários, a fim de permitir comparações da qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de atenção primária em nível internacional. O EUROPEP é constituído por três partes: 1) *Indicadores chaves*: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços; 2) *Indicadores de áreas específicas de satisfação*: consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados; 3) *Informações sobre os usuários*: dados socioeconômicos, de saúde e atitudes após a experiência (GROL *et al.*, 1999; MISHIMA *et al.*, 2010; BRANDÃO *et al.*, 2013).

Dentro da Atenção Primária à Saúde ainda existe o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ do Ministério da Saúde, que objetiva garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde pelos gestores, profissionais e usuários (BRASIL, 2012) e para avaliação do acesso e utilização de serviços de saúde no país, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (BRASIL, 2010b).

Ainda que os instrumentos PMAQ e o PCATool de avaliação abordem questões referentes à saúde, nenhum deles é específico para avaliação da saúde bucal de crianças de zero a cinco anos a partir da percepção do cirurgião dentista da atenção primária.

A atenção primária à saúde no Brasil passou por inovações importantes, nos últimos dez anos, principalmente a partir da adoção da Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial e da expansão da rede e dos recursos humanos vinculados a esse nível de atenção. Percebe-se um crescimento da necessidade e do interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações. Sendo assim, a utilização da avaliação passou a ser uma ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

A manutenção do quadro da doença cárie na dentição decídua em Minas Gerais e no Brasil, o baixo uso de serviços entre as crianças de até cinco anos e a reconhecida importância do cuidado em saúde motivou a construção de um instrumento pioneiro na avaliação da atenção em saúde bucal de crianças uma vez que não existe na literatura um instrumento que avalie a atenção primária em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos a partir das práticas profissionais, do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal dentro do modelo da Estratégia Saúde da Família. Esse instrumento será direcionado ao cirurgião-dentista, ator chave para fazer acontecer a atenção em saúde bucal das crianças no SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde bucal infantil no Brasil

Apesar da mudança no modelo assistencial no Brasil a partir da década de 90 e da expansão do número de ESB, indaga-se atualmente, se houve aumento quantitativo ou alguma outra alteração nos tipos de procedimentos oferecidos à população com a introdução da ESB na ESF, uma vez que a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência (BUGARELI *et al*, 2014).

Os levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, em 2003 e 2010, com apoio do Ministério da Saúde, revelaram que a prevalência de cárie dentária aos cinco anos foi de 59,37% e 53,4%, respectivamente. Este quadro pode ter como um dos fatores responsáveis o acesso limitado das crianças pré-escolares aos serviços odontológicos. A proporção de crianças com menos de 4 anos que nunca tiveram acesso ao serviço odontológico entre 1998, 2003 e 2008 foi de 85,7% e 81,9% e 77,9%, respectivamente (BRASIL, 2004, 2010b, 2011).

No projeto SB BRASIL 2010, aos cinco anos de idade, 46,6% das crianças brasileiras estavam livres de cárie. Esta proporção diminuiu com o aumento da idade. Uma criança possuía, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie aos cinco anos sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza para 2010 que aos cinco anos 90% das crianças estejam livres de cárie. O componente cariado foi responsável por mais de 80% do índice. A proporção de dentes cariados foi maior nas regiões norte e nordeste e a de dentes restaurados nas regiões sudeste e sul (BRASIL, 2011).

O inquérito epidemiológico em saúde bucal de Minas Gerais, SBMinas, feito no estado em 2012, mostrou que em Belo Horizonte 45,4% das crianças estavam livres de cáries aos cinco anos. A capital do estado apresentou pior resultado em comparação ao interior e ao estado que teve 50,5%. Este resultado foi muito próximo ao resultado da região sudeste que apresenta um percentual de 51,9%, melhor que a média nacional de 46,6% (MINAS GERAIS, 2013).

Estudo realizado em Goiânia revela que 48% das 1108 crianças menores de seis anos atendidas nos nove centros dentários ambulatoriais de referência de emergência da Secretaria Municipal de Saúde, declararam apresentar dor de dente sendo que 49,2% delas não receberam nenhum procedimento oral (MACHADO *et al.*, 2014).

O estudo de Lemos *et al.*, (2014), realizado em Jacareí, Rio de Janeiro, de 2011 a 2012 com 465 crianças, mostrou uma menor prevalência de cárie para as crianças cujas mães ingressaram no programa de odontologia para bebês durante a gestação e também para aquelas crianças que ingressam no programa durante o primeiro ano de vida.

Um estudo da Universidade do Pará entre 2007 e 2011, com crianças de zero a 12 anos mostrou que a maioria das crianças que procuravam o serviço de urgência odontológica era por dor proveniente de lesão cariiosa (65,2%), sendo a exodontia o tratamento mais frequente (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Em Sobral, Ceará, estudo com 3.425 crianças revelou que quase metade das crianças entre cinco e nove anos nunca tiveram acesso ao serviço odontológico, sendo que nesta faixa etária, geralmente os serviços públicos preconizam este tipo de atendimento (NORO *et al.*, 2008).

2.2 Saúde bucal infantil no mundo

Estudos desenvolvidos em vários países informam a prevalência da cárie dentária entre crianças e as suas sequelas na dentição decídua (LI e WANG, 2002; SKEIE *et al.*, 2006; KÖHLER e ANDRÉEN, 2012).

Em Trinidad e Tobago, estudo com 2000 crianças entre 2007 e 2011 revelou que a prevalência de cárie na primeira infância foi de 29,1%, sendo 17,5% grave e 12% com necessidade de urgência ou encaminhamento. A prevalência e a gravidade da cárie foram relacionadas ao acesso ao atendimento odontológico e o comportamento de saúde dos pais (NAIDU *et al.*, 2013).

Estudo português de 2006 revelou que aos seis anos de idade, 51% das crianças estavam livres de cárie, uma elevação de 18% em relação à 1999. O número de crianças que frequentaram consultas odontológicas no último ano foi de 37,2% (AMORIM, 2006).

Segundo trabalho realizado em 2012 com 684 crianças menores de seis anos em Bagdá, o nível de educação dos pais e a frequência de escovação dentária foram fatores de risco para a cárie dentária em dentes decíduos (AL-MENDALAWI e KARANMNT, 2014).

Trabalho na Alemanha, desenvolvido por Bissar *et al.*, (2013), em 2010 mostrou que a ocorrência de cárie grave na primeira infância é uma interação entre fatores socioeconômicos, psicológicos e comportamentais dos pais dessas crianças e que novas e específicas atividades de prevenção de cárie devem ser desenvolvidos para a população.

Estudo na Índia relatou que a prevalência de cárie na primeira infância em pré-escolares foi de 27,5% e aumentou significativamente com a idade (PRAKASH, *et al.*, 2012).

Crianças canadenses continuam a ter uma alta taxa de cárie dentárias uma vez que a proporção de financiamento público para atendimento odontológico tem diminuído afetando mais as famílias de baixa renda que não tem seguro dentário e plano odontológico territorial (ROUVAN, 2013).

A prevalência de cárie dentária em crianças na primeira infância na Sardenha (Itália) foi de 15,99%. Este resultado foi semelhante ao encontrado em outros países ocidentais. Este mesmo trabalho afirmou também que o risco de cárie aumentou com a diminuição do nível de escolaridade dos pais, com o aumento do número de irmãos e com o uso de mamadeira noturna adoçada (CONGIU *et al.*, 2013).

2.3 Atenção Primária à Saúde

De acordo com Starfield (2004), a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como a porta de entrada para o sistema de atenção, é o alicerce que oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação, direcionando o trabalho dos outros níveis do sistema. A APS é conceituada por meio de quatro atributos essenciais: Acesso de primeiro contato que implica em acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde; longitudinalidade é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias; integralidade consiste na prestação, pela equipe de

saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; coordenação da atenção é definida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.

Ainda segunda a autora, a APS possui três atributos derivados: a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com “características culturais especiais”.

Uma boa maneira de se organizar um serviço de saúde é pela porta de entrada, que pode ser através de um local ou pessoa para o primeiro contato, sendo esta fonte acessível à população sempre que surgir um novo problema. A falta de um ponto de entrada de fácil acesso pode resultar em uma falta de atenção adequada ao problema de saúde ou mesmo ao seu adiamento.

Há uma discussão em torno da crença de que profissionais da APS podem escolher quem encaminhar ou não a um especialista de forma eficaz e eficiente. Sendo assim, se a finalidade da porta de entrada for fornecer um uso mais racional de recurso, uma melhor fundamentação científica em torno do assunto deverá ser realizada.

A acessibilidade é um elemento fundamental para a primeira atenção. O local do atendimento deve ser de fácil acesso e disponível.

Segundo Donabedian (1973), acesso pode ser dividido em acesso geográfico e sócio organizacional. O primeiro está relacionado à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços. O segundo inclui recursos que atrapalham ou facilitam os esforços dos usuários para obterem o serviço, como exemplos: cobrança de seguros ou taxas; preconceitos sociais como idade, raça ou classe social.

Ter uma atenção longitudinal significa ter uma fonte própria de atenção independente do tipo de problema de saúde, onde os prestadores se responsabilizam por sua população por um período definido ou indefinido de tempo. O relacionamento com uma fonte habitual de atenção implica que o local será o local de atenção ao primeiro contato e que esta fonte garantirá que ela seja integral e coordenada. Na APS,

longitudinalidade significa uma relação de longa duração entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. Embora muitas vezes no lugar de longitudinalidade seja usada a palavra continuidade, esta última não é necessária para que a relação pessoal exista, pois interrupções na continuidade da atenção não necessariamente interrompem esta relação. Indivíduos que recebem atenção longitudinal tem custos de atenção menores. O benefício da longitudinalidade está mais no reconhecimento dos problemas dos pacientes do que nos aspectos da atenção técnica. A integralidade é a disponibilidade dos serviços se necessários para solucionar os problemas das pessoas nos vários níveis de atenção. Ela exige que a atenção primária reconheça a variedade de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos necessários para abordá-las, sendo julgada pelo o quanto esta variedade disponível de serviço atende às necessidades que são comuns a todas as populações, bem como a adequação dos serviços para o atendimento dessas necessidades. É um mecanismo importante para assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde (STARFIELD, 2004).

Para Starfield (2004), a prevenção é uma necessidade na APS e tem uma função de saúde pública, ela considera os riscos que alguns indivíduos enfrentam devido a suscetibilidade biológica ou social específica. Onde a privatização do sistema é mais comum, maior é a probabilidade de resultar em heterogeneidade e iniquidade. Na APS, faz-se necessário a coordenação dos serviços prestados por diferentes profissionais das equipes de saúde. A coordenação disponibiliza as informações relativas aos problemas e aos atendimentos anteriores necessários ao presente atendimento. Seu desafio é o desenvolvimento de sistemas organizados de serviços com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços.

A coordenação da atenção é um componente importante da atenção porque sem ela, o primeiro contato seria uma função administrativa, a integralidade seria dificultada e o potencial da longitudinalidade seria perdido. O elemento estrutural essencial para a coordenação é a continuidade da atenção. É a partir do reconhecimento do problema ou das informações que o profissional pode agir. Métodos mais convencionais para melhorar a transferência de informações envolvem melhorias na continuidade dos profissionais ou equipes de profissionais, prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados (STARFIELD, 2004).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver um instrumento de avaliação da atenção em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos da rede SUS-BH na perspectiva do Cirurgião-Dentista.

3.2 Objetivos específicos

Relatar as etapas de construção do instrumento.

Determinar a validade de conteúdo e a confiabilidade do instrumento de avaliação da atenção à saúde bucal de crianças na APS da rede SUS-BH.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico de elaboração e validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da atenção em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos da rede SUS-BH na perspectiva do Cirurgião-Dentista.

4.2 Contexto do estudo

Este estudo faz parte do projeto “Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de zero a cinco anos na rede pública de saúde”, financiado pela FAPEMIG, Edital PPSUS Redes (APQ-03442-12), desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais por professores do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, para avaliação de serviços de saúde bucal em atenção primária para crianças.

O estudo foi desenvolvido no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, com população de 2.450.000 habitantes. A rede de atenção em saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte constava, em 2015, de 356 cirurgiões-dentistas da APS, à época do estudo, sendo 66 CD de apoio e 290 vinculados a 588 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). São 164 Equipes de Saúde Bucal (ESB) Modalidade 1 e 126 Modalidade 2, distribuídas nos 147 centros de saúde e nas três Unidades de Pronto Atendimento, além dos CD da atenção secundária que se encontram nos quatro Centros de Especialidades Odontológicas.

Com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 2000, no município de Belo Horizonte, surgiram novas diretrizes para a reorganização da atenção à saúde e do processo de trabalho na atenção básica.

Após várias discussões, a partir de um diagnóstico da realidade local, foi construído junto aos trabalhadores da saúde bucal, um protocolo de atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) em Belo Horizonte. Segundo este protocolo é de competência do cirurgião dentista a realização da atenção em saúde bucal, seja ela coletiva ou individual, a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos, de acordo com o planejamento local (BH, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Programa Sorriso das Crianças e, em parceria com a Associação Municipal de Assistência Social (AMAS) durante muitos anos foi responsável pelo levantamento de necessidades odontológicas das crianças de 0 a 6 anos de creches conveniadas com a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e das Unidades Municipal de Educação Infantil (UMEI) localizadas em regiões de elevado e muito elevado índice de vulnerabilidade à saúde (IVS). A partir dos dados dos levantamentos a atenção odontológica era organizada e planejada para ser executada pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e por uma unidade móvel, o ônibus odontológico (BH, 2009).

A atenção secundária em Belo Horizonte, parte importante do sistema de saúde, é gerida pelo sistema de regulação que garante resolutividade às necessidades menos frequentes como tratamento endodôntico e atendimento às crianças não cooperativas na faixa etária de zero a cinco anos. Este sistema de regulação para saúde bucal permite o arquivamento, marcação de consultas, priorização de acesso, tendo como referência os protocolos da atenção secundária pactuados na rede (BH, 2009).

Esses protocolos foram construídos a partir das contribuições dos especialistas e profissionais da atenção primária da rede SUS-BH e classificados em baixa, média e alta prioridade. Em 2008 eles foram reeditados com a introdução das especialidades no Sistema de Regulação (SISREG). A partir de 2012 os protocolos passaram a recomendar que “*considerando a limitação imediata dos serviços, cadastrar somente prioridade alta*”. Assim sendo, crianças até seis anos que apresentarem resistência ao tratamento na unidade básica ou com abscessos crônicos não poderão ser encaminhadas para a odontopediatria e deverão receber, segundo o protocolo, fluoretação intensiva até cronificação das lesões. Só deverão ser encaminhadas crianças para tratamentos endodônticos de dentes decíduos os quais não puderem ser realizados na atenção primária ou traumatismos de dentes anteriores decíduos com comprometimento pulpar ou ainda perda de dentes e com indicação de mantenedores de espaço (BH, 2012). Em outubro de 2014 os protocolos sofreram novas alterações e as crianças com cárie severa (rampante) e de difícil abordagem após duas tentativas de atendimento passaram a ser consideradas prioridade alta, assim como tratamento endodôntico de dentes decíduos que não puderem ser feitos na APS. Porém foi dada a seguinte recomendação: Avaliar cuidadosamente se o usuário de difícil abordagem deve ser encaminhado para o CEO. Dependendo do

caso, acompanhar no centro de saúde, com controle das doenças, fluoretação intensiva até cronificação das lesões e atividades coletivas de escovação supervisionada. A mesma recomendação se aplica à criança evento sentinela em saúde bucal (mais de oito dentes cariados) e com cárie rampante, de difícil manejo (BH, 2014).

Os sujeitos da pesquisa foram cirurgiões dentistas que atuavam nas Equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

4.3 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi submetida aos Comitês de Ética em pesquisa da UFMG, parecer favorável nº 44349215.1.0000 5149 de 17 de junho de 2015 (Anexo 1) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, nº 1.158.535 de 07 de julho de 2015 (Anexo 2). Todos os participantes da pesquisa leram e assinaram em duas vias um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no Grupo focal (Apêndice 1) e antes de responder ao questionário (Apêndice 2). O áudio do grupo focal foi destruído e os questionários foram guardados em local seguro. Não houve qualquer tipo de risco ou benefício aos participantes da pesquisa, mas sim liberdade em recusar a participar em qualquer momento (RESOLUÇÃO CNS 466).

4.4 Fases do desenvolvimento do instrumento

A construção do instrumento foi fundamentada nos princípios da Atenção Primária à Saúde a partir dos atributos de Acesso, Longitudinalidade, Coordenação da Atenção, Integralidade e os atributos Orientação comunitária e Orientação familiar, propostos por Starfield (2004), na análise dos protocolos de atenção à saúde bucal de crianças da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e nos resultados de um grupo focal (Anexo 3 e 4).

4.4.1 Grupo focal

Como uma etapa metodológica direcionada para a construção do questionário constituiu-se um grupo focal composto por uma amostra de conveniência de sete cirurgiões dentistas e com o objetivo de conhecer a realidade do atendimento das crianças de zero a cinco anos do município de Belo Horizonte (Apêndice 3).

Este grupo foi realizado no mês de maio de 2015 na Faculdade de Odontologia da UFMG e sua duração foi de, aproximadamente, 60 minutos. Todo o material foi gravado em áudio e transcrito. As seguintes questões norteadoras foram levantadas pelo pesquisador/coordenador do grupo (moderador) para a discussão: *Como é a atenção das crianças de zero a cinco anos na rede SUS-BH? O que você faz? O protocolo da atenção secundária é um guia no encaminhamento das crianças? Como se procede quando a necessidade da criança não se enquadra dentro do protocolo? O serviço promove capacitação/educação continuada para o atendimento de crianças de zero a cinco anos? Se sentem capacitados e com disposição para atendimento dessa faixa etária da população?* O observador registrou as reações dos participantes.

Todo o conteúdo foi gravado em áudio, transcrito e analisado pelo próprio pesquisador.

O grupo focal é uma metodologia importante porque o pesquisador é orientado para um campo de investigação, obtendo esclarecimento e acréscimo de informação de pontos relevantes por meio das sondagens e dos questionamentos específicos (BAUER e GASKELL, 2010). Esta fase permitiu a identificação de temas, suas convergências e o desenvolvimento de categorias utilizadas no questionário de coleta de dados (DESLANDES *et al.*, 2008).

4.4.2 Construção da primeira versão do questionário

A primeira versão do instrumento constou de duas partes, a primeira com 19 itens de caracterização do CD e a segunda com 53 itens para a avaliação da prática profissional dentro das dimensões da APS (Apêndice 4). No questionário utilizou-se escala de *Likert* de concordância com cinco opções de resposta (concordo inteiramente; concordo parcialmente; não concordo e nem discordo; discordo parcialmente; discordo inteiramente) além das opções não sabe, recusa responder e não se aplica.

4.4.3 Validação de conteúdo ou face

Na validação de conteúdo ou face, verifica-se se o instrumento está sendo capaz de contemplar todos os aspectos do domínio a ser estudado. Nesta fase os profissionais da área, os *experts*, são solicitados a dar possíveis contribuições para o instrumento já desenvolvido. Cada item do questionário deve ser incluído em pelo menos uma das dimensões que se quer avaliar, pois ao contrário, o instrumento não tem relevância podendo ser desconsiderado (LEÃO e OLIVEIRA, 2008).

A validação de conteúdo do instrumento foi realizada por três professores experts em saúde coletiva e dois professores em odontopediatria além de dois odontopediatras do SUS-BH e um da iniciativa privada que receberam orientações sobre como avaliar o instrumento em relação à sua abrangência, clareza e pertinência, isto é, se todos os itens a serem pesquisados foram incluídos e expressavam o que se esperava medir e refletiam os conceitos envolvidos (GRANT e DAVIS, 1987). A partir das contribuições dos *experts* o questionário foi reformulado, gerando a segunda versão.

4.4.4 Construção da segunda versão do questionário

A segunda versão do instrumento constou de 20 itens referentes a caracterização do CD e 48 sobre a avaliação da prática profissional. Nesta versão o instrumento teve os itens agrupados de acordo com os construtos da Atenção Primária à saúde. Assim 18 itens eram relativos ao atributo da integralidade, 6 à coordenação da atenção, 13 a acesso, quatro a longitudinalidade, quatro a orientação familiar e três a orientação comunitária (Apêndice 5).

Foi realizado um pré-teste do instrumento com uma população de estudo semelhante à da amostra. Esta é uma etapa do processo importante uma vez que avalia a compreensão dos itens e permite a exclusão e modificações de perguntas.

4.4.5 Teste-Reteste

Para a verificação da reprodutibilidade utilizou-se o método do teste-reteste. O instrumento, na sua segunda versão, foi aplicado para 58 dos 65 cirurgiões-dentistas da APS do Distrito Sanitário Barreiro, em julho de 2015. Os profissionais responderam o teste-reteste em seus locais de trabalho. Participaram desta fase todos os CD da regional Barreiro, exceto os que estavam de férias e um que não respondeu o reteste.

O Distrito Sanitário Barreiro é o maior em número de profissionais dentistas na rede SUS-BH atendendo ao critério do teste- reteste, que corresponde a aproximadamente 20% da amostra (GRIEP *et al.*,2003). O questionário foi aplicado individualmente para os CD duas vezes com intervalo de sete dias entre cada aplicação (LEÃO e OLIVEIRA, 2008).

A concordância entre a primeira e a segunda aplicação do questionário foi calculada pelo coeficiente Kappa ponderado, por meio do Stata versão 12, considerando aceitáveis valores maiores ou iguais a 0,60 (LANDIS e KOCH, 1977).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO:

Atenção em saúde bucal de crianças de zero a cinco anos no SUS: desenvolvimento, validade de face e reprodutibilidade de um instrumento de avaliação

Submetido ao Periódico Cadernos de Saúde Pública

Resumo

O estudo teve como objetivo relatar as etapas de desenvolvimento e reprodutibilidade de um instrumento para avaliar a saúde bucal de crianças de zero a cinco anos na perspectiva dos cirurgiões dentistas da Atenção Primária de Belo Horizonte, Minas Gerais. A sua construção fundamentou-se a partir das dimensões da Atenção Primária à Saúde, da análise dos Protocolos de Atenção à Saúde e dos resultados de um grupo focal com cirurgiões dentistas da Secretaria Municipal de Saúde. Na etapa de validação de face, *experts* das áreas de saúde coletiva, odontopediatria e estatística sugeriram alterações que foram incorporadas ao instrumento aplicado para 77 CD. Para medir o nível de reprodutibilidade, utilizou-se o método de teste-reteste, considerando o Kappa maior e igual que 0,6 e intervalos de confiança de 95% por meio do Stata 12.0. Os resultados mostraram níveis de reprodutibilidade entre 0,50 - 0,59 para 7,3%, 0,60 - 0,69 para 32,7%, 0,70-0,79 para 50,9% e acima de 0,80 para 9,1% das questões testadas. O instrumento final mostrou nível satisfatório de compreensão e reprodutibilidade.

Palavras chave: Questionário, Saúde bucal, Atenção Primária à Saúde, Odontólogos, criança.

Abstract

This study aimed at reporting the development stages, the reproducibility of an evaluation instrument about the oral health care provided for 0 to 5-year-old children from the perspective of primary health care dentists from Belo Horizonte, Minas Gerais. The development of the instrument was based on the primary health care dimensions, on the analysis of health care protocols and on the results from focus groups with dental surgeons working for the local health authority. In the face validation stage, *experts* in the fields of community dental health, pediatric dentistry, and statistics have collaborated with suggestions which were incorporated into the instrument, applied to 77 dentists. To measure the reproducibility level, the test-retest method was used. Stata 12.0 considered weighted Kappa above 0.6 and 95% confidence intervals. Results showed reproducibility levels of 0.50-0.59 for 7.3%; 0.60-0.69 for 32.7%, 0.70-0.79

for 50.9% and above 0.80 for 9.1% of the tested questions. The final instrument showed satisfactory comprehension and reproducibility levels.

Keywords: questionnaire, oral health, primary health care, dentists, child

Resumen

El estudio tuvo como objetivo informar de las etapas de desarrollo y reproducibilidad de un instrumento para evaluar la salud bucal de los niños desde el nacimiento hasta los cinco años desde la perspectiva de los dentistas de Atención Primaria Belo Horizonte, Minas Gerais. A su construcción se basó desde las dimensiones de la atención primaria de la salud, el análisis de los protocolos de atención de la salud y los resultados de un grupo de enfoque con dentistas da cirujanos Salud Municipal. En la cara de la etapa de validación, los expertos de los campos de la salud pública, odontología y cambios sugeridos estadísticos que se incorporaron en el instrumento aplicado a 77 CD. Para medir el nivel de reproducibilidad, se utilizó la prueba método de y vuelva a probar, considerando kappa superior a 0,6 y de confianza intervalos de 95% a través do Stata 12.0. Los resultados mostraron niveles de reproducibilidad entre 0,50 - 0,59 para 7,3%, 0,60 -0,69-32,7%, desde 0,70 hasta 0,79 para el 50,9% y por encima de 0,80 al 9,1% de las preguntas testadas. El instrumento final mostró nivel satisfactorio de comprensión y reproducibilidad.

Palabras clave: cuestionario, salud oral, atención primaria de salud, odontologos, niño

Introdução

Apesar do declínio constatado nos últimos anos, a cárie dentária persiste como a doença bucal mais prevalente em crianças e a sua presença na dentição decídua tem se mostrado como preditora de desenvolvimento de lesões de cárie na dentição permanente^{1,2,3}. A ocorrência de cárie grave na primeira infância é resultante da interação entre fatores socioeconômicos, psicológicos e comportamentais^{4,5}. Os levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil (SBRASIL), em 2003 e 2010, com apoio do Ministério da Saúde, revelaram que a prevalência de cárie dentária aos cinco anos foi de 59,37% e 53,4%, respectivamente. Esses valores estavam acima dos definidos pela meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 40% das crianças livres de cárie nesta faixa etária no ano 2000 e 90% em 2010^{6,7}. O inquérito epidemiológico em saúde bucal de Minas Gerais, SBMinas, realizado em 2012, mostrou que em Belo Horizonte

45,4% das crianças estavam livres de cáries aos cinco anos. A capital do estado apresentou pior resultado em comparação ao interior que teve um pouco mais de 50%. Este resultado ficou muito próximo do resultado da região sudeste que apresentou um percentual de 51,9% das crianças livres de cárie, condição que foi melhor que a média nacional de 46,6%⁸.

Considerando o caráter multifatorial e a determinação social da doença, um dos fatores responsáveis pela prevalência de cárie na primeira infância é o acesso ao atendimento odontológico^{9,10,11}. A prevalência de crianças com menos de quatro anos que nunca consultou o dentista é ainda muito elevada, 77,9% em 2008¹². O uso dos serviços de saúde bucal é uma estratégia para reduzir a prevalência e as sequelas de problemas bucais. As crianças que utilizaram precocemente os serviços apresentaram menores chances de receberem tratamento odontológico emergencial e de fazerem visitas de urgência durante a infância, reduzindo assim, os custos despendidos em saúde pública¹³.

Os serviços de saúde organizados na lógica dos atributos da Atenção Primária à Saúde – APS (acesso, integralidade, coordenação da atenção, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária) favorecem o acompanhamento da saúde da criança com qualidade. Em geral, os problemas mais frequentes na infância são de resolutividade mais simples, não necessitando intervenções com uso de alta tecnologia e dispensam cuidados hospitalares. Intervenções tecnologicamente mais complexas podem ser resolvidas a partir da coordenação da atenção, que faz a gestão entre os distintos pontos do cuidado favorecendo a continuidade do cuidado às crianças¹⁴.

Os serviços de saúde no Brasil têm se desenvolvido com expressividade, resultando em uma valorização dos processos de acompanhamento e avaliação das políticas de saúde¹⁵. À medida que se ampliam as ações de saúde, cria-se a necessidade de processos de avaliação. Dentre os instrumentos internacionais de pesquisa para avaliar a atenção em saúde destacam-se, EUROPEP^{16,17} e o Primary Care Assessment Tool (PCATool)¹⁸. O PCATool é um instrumento que foi validado no Brasil para avaliação das práticas de Atenção Primária porém esta avaliação não é feita a partir da percepção do dentista e o instrumento não é específico para avaliação de crianças. O EUROPEP é um instrumento específico para avaliação de satisfação do usuário. Sendo assim, esses instrumentos não conseguem avaliar a atenção à saúde da criança na percepção do cirurgião-dentista^{19,20}.

A persistência do quadro de doença cárie na dentição decídua no Brasil, em Minas Gerais, o baixo uso de serviços entre as crianças de até cinco anos e a reconhecida importância do cuidado

em saúde motivou a construção de um instrumento pioneiro na avaliação da atenção em saúde bucal de crianças uma vez que não existe na literatura um instrumento que avalie a atenção primária em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos. Esse instrumento será direcionado ao cirurgião-dentista, ator chave para fazer acontecer a atenção em saúde bucal das crianças no SUS. O objetivo deste estudo foi relatar as etapas de desenvolvimento, a validade de conteúdo e a reprodutibilidade de um questionário para avaliar a atenção em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos, na Atenção Primária, sob a perspectiva do cirurgião-dentista.

Métodos

Este estudo foi desenvolvido em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, cujo território é dividido em nove regiões administrativas coincidentes com os distritos sanitários (Barreiro, Centro sul, Leste, Norte, Nordeste, Noroeste, Oeste, Pampulha e Venda Nova). A organização da rede de atenção primária em saúde bucal conta com 356 cirurgiões-dentistas distribuídos entre 147 centros de saúde, e da atenção secundária com quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). As etapas de desenvolvimento teórico-metodológico do instrumento e da avaliação da validade de conteúdo e de reprodutibilidade estão apresentadas na Figura 1.

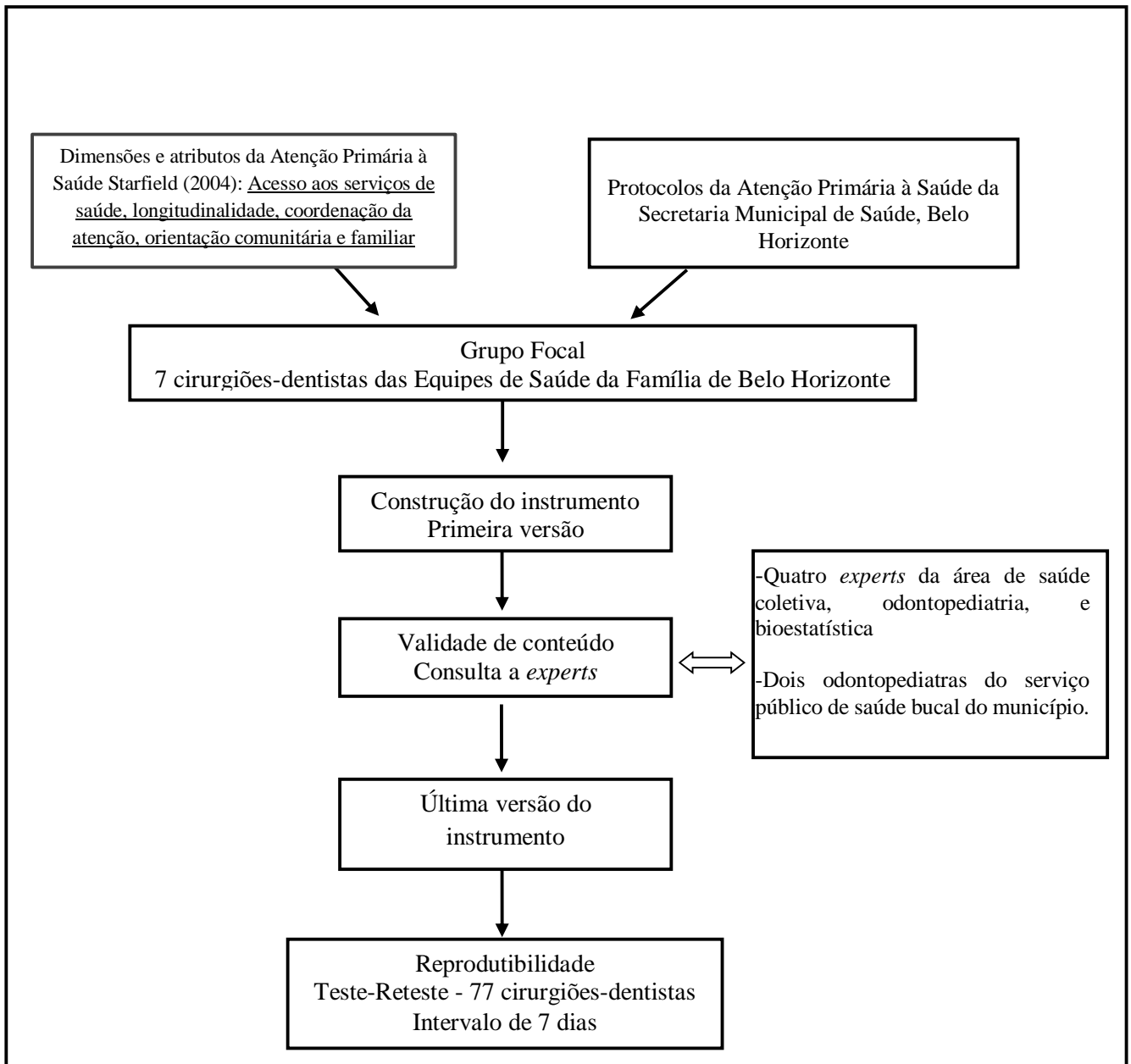


Figura 1. Fluxograma da metodologia do estudo

Construção do questionário

O questionário foi elaborado seguindo a orientação teórica das dimensões da Atenção Primária à Saúde: Acesso aos serviços de saúde, Longitudinalidade, Coordenação da Atenção, Integralidade e os atributos Orientação comunitária e Orientação família, propostas por Starfield²¹. Tais dimensões, juntamente com a análise dos protocolos de atenção primária e secundária que normatizam as ações de saúde bucal no município de Belo Horizonte, preconizando ações e procedimentos que devem ser realizados ou priorizados na Atenção

Primária à Saúde (APS) e referenciados à atenção secundária, nortearam a compreensão da APS na Rede SUS.

Os resultados de um grupo focal realizado com sete cirurgiões-dentistas da rede SUS com o objetivo de conhecer a realidade do atendimento de crianças de zero a cinco anos em BH também foram importantes para a elaboração do questionário.

O questionário foi elaborado pela formulação de questões estruturadas com opções de respostas em escala de *Likert* de frequência (sempre, quase sempre, às vezes, raramente, nunca); concordância (concordo totalmente, concordo parcialmente, nem concordo e nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente) ou qualidade (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim). Foram elaboradas questões que pudessem avaliar a atenção às crianças atendendo às dimensões teóricas propostas e às ações esperadas na realidade do serviço. O instrumento construído foi dividido em duas partes, sendo a primeira com questões para caracterização do cirurgião-dentista e a segunda para a avaliação da prática profissional coerente com as dimensões da APS.

Validação de conteúdo

Essa fase teve como objetivo avaliar se os itens propostos para o questionário eram de fácil compreensão e se avaliavam a dimensão da APS que se pretendiam. A validação de conteúdo do instrumento foi realizada por um comitê de *experts*, composto por professores das áreas de saúde coletiva, odontopediatria e bioestatística e epidemiologia e por dois odontopediatras da Atenção Primária à Saúde do município. O comitê avaliou a abrangência, clareza do instrumento e pertinência do seu conteúdo em relação aos conceitos envolvidos²². Esta fase foi concluída quando o comitê de *experts* julgou que o instrumento estava adequado o teste-reteste.

Teste-Reteste

Para a verificação da reprodutibilidade²³, o instrumento foi aplicado em uma amostra de cirurgiões-dentistas da APS, selecionados por conveniência, no distrito sanitário de mais fácil acesso aos pesquisadores, no período de julho de 2015. O questionário foi aplicado no local de trabalho dos cirurgiões-dentistas (CD), supervisionado por um único pesquisador e com intervalo de sete dias entre a primeira e a segunda aplicação.

A concordância entre a primeira e a segunda aplicação do questionário foi calculada pelo coeficiente Kappa ponderado, por meio do Stata versão 12, sendo considerados aceitáveis valores maiores ou iguais a 0,60²⁴. Novas reformulações nas questões que não apresentaram boa reprodutibilidade foram realizadas, repetindo-se o teste-reteste, se necessário.

Resultados

O referencial teórico da Atenção Primária à Saúde e a análise dos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde permitiram a aproximação e o aprofundamento do tema. O grupo focal proporcionou identificar o que era preconizado e realizado na prática da atenção às crianças de zero a cinco anos, na percepção dos CD, e as implicações dessa prática, o que interferiu na elaboração das questões. Abordagens relacionadas a falta de espaço físico apropriado, o atendimento da criança ser uma opção de escolha do CD e a necessidade de capacitações para o atendimento dessas crianças, assim como a necessidade de um Odontopediatra de apoio nas Unidades Básicas de Saúde, foram questões levantadas no grupo focal e consideradas nas elaborações das questões.

Primeira versão do questionário: Constava de 19 itens para a caracterização do CD e 53 itens para avaliação da prática profissional. Nessa primeira versão, os itens para avaliação da prática profissional foram elaborados em forma de uma afirmativa em que o respondente concordava ou não optando por uma das opções de resposta em escala de *Likert* (concordo totalmente, concordo parcialmente, nem concordo e nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente) e ainda as opções de resposta "não sabe", "recusa responder" e "não se aplica". As questões foram organizadas uma abaixo da outra e as opções de resposta em uma coluna a direita, em que o participante marcaria o x em uma casela da coluna, conforme a resposta escolhida.

Na primeira versão, foram incluídas duas questões visando a validação de critério: *Você atende crianças de zero a cinco anos no setor público?* e *Você gosta de atender crianças?* O objetivo foi testar a seguinte hipótese nas próximas etapas de validação do questionário: cirurgiões dentistas que atendem e/ou gostam de atender crianças apresentariam respostas mais positivas ao questionário.

Primeira avaliação de conteúdo: O comitê de *experts* identificou problemas estruturais no questionário: questões confusas; sem definição clara do que se pretendia medir e relataram que o formato do questionário poderia levar a erros no preenchimento, pois o respondente poderia

se confundir entre as opções de resposta. A partir dessa avaliação, o grupo de pesquisadores se reuniu para a reestruturação do questionário.

Segunda versão do questionário: Na segunda versão foram excluídas as opções de resposta "não sabe", "recusa responder" e "não se aplica", porque as questões se tratavam da prática do cirurgião-dentista e essas opções não cabiam neste contexto. Os itens do questionário mantiveram a redação no formato de afirmativa e a mesma escala de respostas. O formato do questionário foi modificado para evitar que as respostas fossem assinaladas em locais equivocados, 48 itens foram alterados, dois itens migraram para a parte de caracterização do profissional visando a validação de critério (*O atendimento de crianças de zero a cinco anos deveria ser realizado exclusivamente por Odontopediatra?* e *O atendimento odontológico de crianças de zero a cinco anos deveria ser uma opção de escolha do cirurgião-dentista?*). O termo Atenção Básica foi substituído por Atenção Primária à Saúde e incluído a terminologia Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Assim, a segunda versão foi composta por 20 itens para caracterização do CD e 48 para avaliação da prática profissional. Ela foi novamente enviada aos experts que julgaram adequada para o teste-reteste.

Primeiro teste-reteste: O instrumento foi aplicado aos 58 dos 65 cirurgiões dentistas da Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Barreiro, no período de julho de 2015, nos próprios locais de trabalho dos CD, sendo supervisionado por um único pesquisador, com intervalo de sete dias entre a primeira e a segunda aplicação.

No primeiro teste-reteste, obteve-se um valor de Kappa ponderado abaixo de 0,50 em 15 itens do questionário e menor que 0,60 em 10 itens, na parte de avaliação da prática profissional. Esse resultado motivou novos encontros do grupo de pesquisadores, que novamente reformularam as questões. Essa nova versão foi submetida novamente aos *experts* da área de Saúde Coletiva e um da área de Epidemiologia e Bioestatística que não tinha feito nenhuma avaliação até aquele momento.

Segunda validação de conteúdo: Os *experts* consideraram que a baixa reprodutibilidade poderia ser o fato das questões estarem redigidas de modo que os profissionais emitiam uma opinião sobre uma prática, mas, não necessariamente pensavam na própria prática. A partir dessa avaliação, o grupo de pesquisadores se reuniu para a discussão das dimensões e para a

reestruturação do questionário. Foram resgatados os princípios da APS e os resultados do grupo focal. As questões foram revisitadas uma a uma e reformuladas. Em seguida, o grupo fez um exercício de localizar cada questão na dimensão que ela se propunha medir.

Terceira (última) versão do questionário: Essa versão constituiu-se de 16 questões para caracterização do CD e 55 para avaliação da prática profissional. As questões foram reelaboradas no formato de interrogações direcionadas para a Equipe de Saúde Bucal ou ao cirurgião-dentista, de modo que ele respondesse com que frequência ele ou a ESB realizavam ou não determinada prática. Para a maioria das questões de avaliação da prática profissional, a escala de concordância foi substituída pela escala de frequência (sempre, quase sempre, às vezes, raramente ou nunca), com exceção de uma questão da dimensão longitudinalidade, que manteve a escala de concordância e outra da dimensão integralidade, em que foi adotada a escala de qualidade para que o CD avaliasse sua habilidade técnica no atendimento de crianças.

As siglas ESB (Equipe de Saúde Bucal) e CSC (Caderneta de Saúde da Criança) foram escritas por extenso. Foi incluído um texto introdutório com orientações sobre o questionário e agradecimento aos respondentes.

Os *experts* sugeriram a inclusão de questões que pudessem ser consideradas na validação de critério do questionário, em cada uma das dimensões. Assim, foi incluída uma questão de ordem geral *Como você avalia a atenção em saúde bucal para as crianças de zero a cinco anos na sua Unidade Básica de Saúde?* E uma em cada dimensão. Para integralidade, foi incluída a seguinte questão: *Como você avalia o atendimento odontológico realizado pela sua Equipe de Saúde Bucal quanto a capacidade de resolver todas as necessidades de saúde bucal apresentadas pelas crianças de zero a cinco anos?* Para acesso: *Como você avalia o acesso das crianças de zero a cinco anos de sua área de abrangência aos serviços de saúde bucal na sua Unidade Básica de Saúde?* Para longitudinalidade: *Como você avalia o vínculo estabelecido entre você e as crianças de zero a cinco anos da sua área de abrangência ao longo do tempo?* Para coordenação da atenção: *Como você avalia a disponibilidade das informações referentes aos problemas das crianças e uso de serviços anteriores necessárias para o atendimento odontológico (registradas no prontuário médico, prontuário odontológico, sistemas de informação, fichas de registro de levantamento epidemiológico, etc.)?* Para orientação familiar: *Como você avalia o seu conhecimento sobre os principais problemas da família da criança de zero a cinco anos que você atende?* Para orientação comunitária: *Como você avalia o seu conhecimento sobre a realidade (aspectos sociais, econômicos e de saúde) da comunidade onde*

vivem as crianças de zero a cinco anos da sua área de abrangência? Para todas essas questões foram propostas a escala de qualidade.

Essa nova versão foi submetida aos mesmos *experts* da segunda validação de conteúdo, que julgaram o questionário adequado para o teste- reteste.

Segundo teste- reteste: Um segundo teste- reteste, com a terceira versão do instrumento, foi aplicado para uma amostra de conveniência formada por 77 cirurgiões-dentistas da APS da rede SUS-BH, com um intervalo de 7 dias entre a primeira e segunda aplicação. Nessa fase, foram incluídos cirurgiões-dentistas que trabalhavam em outra regional de Belo Horizonte. Os valores de kappa encontrados foram aceitáveis e os resultados encontrados mostraram níveis de reprodutibilidade entre 0,50-0,59 para 7,3%, 0,60-0,69 para 32,7%, 0,70-0,79 para 50,9% e valores de kappa acima de 0,80 para 9,1% das questões testadas (Tabelas 1 a 7). Uma questão foi excluída e outras mantidas apesar de apresentarem valores de kappa menores que 0,60. Nenhuma questão apresentou reprodutibilidade inferior a 0,50.

Nas questões para caracterização do profissional, os valores de Kappa variaram de 0,75 a 1,0 (Tabela 1).

Tabela 1 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões de caracterização do profissional do questionário aplicado para os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.

CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL		Kappa
Q3	Qual a modalidade de Equipe de Saúde Bucal você pertence?	0,95
Q4	Sexo	1,00
Q5	Qual é o seu tempo de formado?	0,92
Q7	Qual tipo de instituição você se graduou?	0,97
Q8	Seu vínculo empregatício com o serviço é por meio de concurso público?	1,00
Q9	Qual é a sua jornada de trabalho na Atenção Primária em Saúde?	0,93
Q10	Qual é o seu tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde?	0,97
Q11	Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?	0,99
Q12	Você possui pós-graduação em Odontopediatria?	0,79
Q13	Você possui pós-graduação em outra (s) área (s)?	0,90
Q14	Você gosta de atender crianças?	0,97

Q15	O atendimento das crianças de 0 a 5 anos deveria ser realizado exclusivamente por Odontopediatras?	0,81
Q16	O atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos deveria ser uma opção de escolha do cirurgião-dentista da Atenção Primária em Saúde?	0,75

Na Tabela 2, construto integralidade, os itens apresentaram valores de Kappa variando de 0,53 e 0,82. A questão 4 foi retirada por apresentar um valor insatisfatório (0,53) e a questão 12, apesar de apresentar Kappa de 0,54, foi mantida devido a sua importância e sofrerá pequenas alterações nas fases seguintes

Tabela 2 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões de avaliação da prática profissional, construto integralidade, do questionário aplicado para os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

INTEGRALIDADE		Kappa
Q1	Na sua Equipe de Saúde Bucal, são planejadas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	0,71
Q2	A sua Equipe de Saúde Bucal participa das atividades de puericultura em conjunto com a Equipe de Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família?	0,80
Q3	A atenção secundária resolve as necessidades odontológicas quando as crianças de 0 a 5 anos são encaminhadas pela sua equipe?	0,74
Q4	Diante de casos de crianças com problemas (por exemplo, problemas graves de saúde, problemas sociais), a sua Equipe de Saúde Bucal discute com a Equipe de Saúde da Família para tomar decisões e/ou buscar por soluções?	0,53
Q5	A sua Equipe de Saúde Bucal adota estratégias para aumentar o percentual de crianças de 0 a 5 anos livres de cárie?	0,67
Q6	A sua Equipe de Saúde Bucal participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores, tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0,69
Q7	A sua Equipe de Saúde Bucal participa da execução e avaliação de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores, tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0,75
Q8	Na sua Equipe de Saúde Bucal, o tratamento endodôntico de dente decíduo é realizado na atenção básica?	0,78

Q9	A sua Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações relacionadas às crianças de 0 a 5 anos identificadas como Evento Sentinela?	0,68
Q10	A sua agenda permite realizar o condicionamento psicológico prévio ao atendimento das crianças de 0 a 5 anos na atenção básica?	0,82
Q11	A sua Equipe de Saúde Bucal utiliza técnica de trabalho a quatro mãos durante o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?	0,81
Q12	As crianças de 0 a 5 anos que recebem atendimento odontológico na sua Unidade Básica de Saúde têm todas as suas necessidades de saúde bucal resolvidas?	0,54
Q13	A rede oferece cursos de capacitação aos cirurgiões-dentistas da atenção básica para realização de condicionamento psicológico no atendimento de crianças de 0 a 5 anos?	0,78
Q14	A rede oferece cursos de capacitação aos cirurgiões-dentistas para a realização de tratamento endodôntico de dentes decíduos em crianças de 0 a 5 anos?	0,72
Q15	Você realiza adequação do meio bucal antes do encaminhamento da criança de 0 a 5 anos para o tratamento endodôntico na atenção secundária?	0,66
Q16	Como você avalia a sua habilidade técnica para o atendimento de crianças de 0 a 5 anos na atenção básica?	0,80
Q17	A sua Unidade Básica de Saúde possui os insumos necessários para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?	0,67
Q18	A sua Equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de prevenção e promoção à saúde bucal junto aos familiares das crianças de 0 a 5 anos?	0,67
Q19	Como você avalia o atendimento odontológico realizado pela sua Equipe de Saúde Bucal quanto a capacidade de resolver todas as necessidades de saúde bucal apresentadas pelas crianças de 0 a 5 anos?	0,76
Q20	Como você avalia a atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos na sua Unidade Básica de Saúde?	0,70

Para avaliação do acesso aos serviços de saúde, as questões apresentaram Kappa entre 0,55 e 0,77 (Tabela 3). A questão 29, apesar de apresentar Kappa (0,55), foi mantida devido a sua importância e sofrerá pequenas alterações nas fases seguintes.

Tabela 3 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões de avaliação da prática profissional, construto acesso aos serviços de saúde, do questionário aplicado para os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE		Kappa
Q21	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado durante a Campanha de Vacinação?	0,77
Q22	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado nas Escolas de Educação Infantil (UMEI) e/ou creches conveniadas?	0,71
Q23	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir da consulta de puericultura?	0,73
Q24	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir do encaminhamento dos Agentes Comunitários de Saúde?	0,69
Q25	A sua Equipe de Saúde Bucal prioriza o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?	0,77
Q26	Na sua Unidade Básica de Saúde, você atende crianças de 0 a 5 anos de difícil abordagem?	0,72
Q27	Na sua Unidade Básica de Saúde, o atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos é realizado em um local reservado para proporcionar privacidade a elas e aos profissionais?	0,66
Q28	A localização de sua Unidade Básica de Saúde interfere na presença das crianças às consultas para tratamento odontológico?	0,76
Q29	Na sua Unidade Básica de Saúde, excluindo os atendimentos de urgência/emergência, as crianças de 0 a 5 anos tem acesso às ações de saúde bucal por meio de agendamento prévio?	0,55
Q30	Como você avalia o acesso das crianças de 0 a 5 anos de sua área de abrangência aos serviços de saúde bucal na sua Unidade Básica de Saúde?	0,73

Na Tabela 4, os itens propostos para avaliação do construto longitudinalidade apresentaram Kappa variando entre 0,61 e 0,81.

Tabela 4 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões de avaliação da prática profissional, construto longitudinalidade, do questionário aplicado para os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.

LONGITUDINALIDADE		Kappa
Q31	Quando a criança de 0 a 5 anos da sua área de abrangência necessita de atendimento odontológico, ela é atendida por você?	0,81
Q32	Se você encaminhou uma criança de 0 a 5 anos para a atenção secundária ou outro nível de atenção, quando ela volta para a atenção básica ela continua o tratamento com você?	0,76
Q33	A visita domiciliar às famílias das crianças de 0 a 5 anos favorece o estabelecimento de vínculo de longa duração com as crianças da sua área de abrangência?	0,70
Q34	A sua Equipe de Saúde Bucal agenda consultas periódicas para o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência ao longo do tempo?	0,61
Q35	A sua Equipe de Saúde Bucal realiza o acompanhamento ao longo do tempo das crianças de 0 a 5 anos que aguardam o atendimento da atenção secundária?	0,64
Q36	Você atende as mesmas crianças ao longo do tempo?	0,71
Q37	Como você avalia o vínculo estabelecido entre você e as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência ao longo do tempo?	0,63

Na Tabela 5, os itens para avaliação da coordenação da atenção apresentaram Kappa entre 0,64 e 0,77.

Tabela 5 Coeficientes Kappa ponderado para as questões de avaliação da prática profissional, construto coordenação da atenção, do questionário aplicado para os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO		Kappa
Q38	Na sua Equipe de Saúde Bucal, os registros do levantamento de necessidades odontológicas são usados para planejar as ações em saúde bucal?	0,71
Q39	A caderneta de saúde da criança é utilizada pela sua Equipe de Saúde Bucal como fonte de informação sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	0,74
Q40	Ao realizar o encaminhamento da criança de 0 a 5 anos, informações importantes relativas à saúde bucal da criança são repassadas ao profissional especialista na atenção secundária?	0,77
Q41	A criança que termina o tratamento odontológico na atenção secundária retorna a sua unidade com as informações sobre o atendimento realizado pelo especialista que a atendeu?	0,74

Q42	As informações de saúde necessárias para o atendimento odontológico das crianças de 0 a 5 anos são obtidas com facilidade do prontuário médico ou outros registros pela sua Equipe de Saúde Bucal?	0,64
Q43	As informações registradas no prontuário médico são suficientes para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos pela sua Equipe de Saúde Bucal?	0,68
Q44	Como você avalia a disponibilidade das informações referentes aos problemas das crianças e uso de serviços anteriores necessárias para o atendimento odontológico (registradas no prontuário médico, prontuário odontológico, sistemas de informação, fichas de registro de levantamento epidemiológico, etc.)?	0,70

Pela Tabela 6, verifica-se que os itens propostos para avaliação da orientação familiar apresentaram Kappa variando entre 0,66 e 0,76.

Tabela 6 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões de avaliação da prática profissional, construto orientação familiar, do questionário aplicado para os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.

ORIENTAÇÃO FAMILIAR		Kappa
Q45	A sua Equipe de Saúde Bucal considera para o planejamento integral da criança de 0 a 5 anos, questões relativas à vida da criança como ambiente familiar, acesso a bens e serviços, condições de moradia, oportunidades de lazer, de hábitos e de alimentação saudável?	0,70
Q46	As ações de prevenção e promoção à saúde bucal para crianças são planejadas considerando a sua realidade familiar e o seu contexto de vida?	0,76
Q47	A sua Equipe de Saúde Bucal orienta as famílias quanto ao cuidado em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	0,66
Q48	Você conversa com membros da família e ouve a opinião deles sobre o tratamento de saúde bucal proposto para a criança de 0 a 5 anos?	0,66
Q49	Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua Unidade Básica de Saúde?	0,66
Q50	Como você avalia o seu conhecimento sobre os principais problemas da família da criança de 0 a 5 anos que você atende?	0,74

As questões para avaliação da orientação comunitária apresentaram Kappa entre 0,57 e 0,75. A questão 51, apesar de apresentar Kappa de 0,57, foi mantida devido a sua importância e sofrerá pequenas alterações nas fases seguintes.

Tabela 7 - Coeficientes Kappa ponderado para as questões de avaliação da prática profissional, construto orientação comunitária, do questionário aplicado para os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, setembro a outubro de 2015. Belo Horizonte, 2015.

	ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	Kappa
Q51	A sua Equipe de Saúde Bucal busca conhecer as características socioeconômicas e demográficas da comunidade da sua área de abrangência?	0,57
Q52	A sua Equipe de Saúde Bucal realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?	0,65
Q53	A sua Equipe de Saúde Bucal realiza visitas domiciliares para conhecer os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos na comunidade da sua área de abrangência?	0,75
Q54	No planejamento das ações de saúde bucal, a sua Equipe de Saúde Bucal considera as especificidades da comunidade (por exemplo: crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família)?	0,75
Q55	Como você avalia o seu conhecimento sobre a realidade (aspectos sociais, econômicos e de saúde) da comunidade onde vivem as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência?	0,66

Este trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Parecer n. 1.158.535 de 07 de julho de 2015) e da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer n. 44349215.1.0000 5149 de 17 de junho de 2015). Todos os participantes foram orientados sobre o teor da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 466/2012. Em nenhum lugar do trabalho foi registrado a identidade dos participantes ou qualquer dado que permitisse ser localizado.

Discussão

Desenvolver um instrumento para avaliar a atenção à saúde bucal de crianças de zero a cinco anos na perspectiva dos cirurgiões-dentistas da atenção primária de um serviço público, desde o início se mostrou uma tarefa complexa. O primeiro desafio foi a escassez de literatura disponível sobre o tema nesta faixa etária. Durante a construção do instrumento, os pesquisadores tiveram como referência o PCATool validado no Brasil e utilizaram, na formulação das questões, os conceitos e as ideias principais de cada atributo da Atenção Primária à Saúde como norteadores da avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal das crianças.

As questões do questionário necessitavam ser claras, de fácil compreensão e medir a prática profissional coerente com os construtos teóricos adotados para avaliação da qualidade da atenção. Essa complexidade exigiu um esforço do grupo de pesquisadores, no sentido de identificar, reconhecer as fragilidades e aprimorar o instrumento.

Muitos desafios surgiram nesse processo e houve a consolidação do grupo de pesquisadores em torno de um objetivo comum desde a etapa da organização do grupo focal até o teste reteste. O questionário na sua versão final refletiu o diálogo interdisciplinar e representou a construção coletiva do saber e possibilitou ao grupo compreender a dinâmica do processo de coleta de dados na pesquisa, seus limites e potencialidades.

Durante todo o processo de desenvolvimento do questionário, a preocupação do grupo de pesquisadores foi construir um instrumento, que pudesse ser utilizado em outras localidades e realidades no Brasil. Assim, embora o questionário tenha considerado as especificidades do município de Belo Horizonte durante a sua elaboração, o referencial teórico do estudo contemplou os atributos da Atenção Primária à Saúde, qualificando-o assim, para ser aplicado em outros contextos.

A Estratégia de Saúde da Família adotada no Brasil tendo como princípios os atributos da atenção primária possui alto grau de resolutividade, respondendo por mais de 80% das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a elaboração de um instrumento para avaliar a atenção em saúde bucal de crianças de zero a cinco na perspectiva do cirurgião dentista representa um esforço de avaliação do processo de trabalho desses profissionais na atenção primária.

Este instrumento é relevante porque reforça a organização do trabalho e apresenta recursos potentes para que as equipes de saúde bucal estabeleçam ações objetivas de acompanhamento da saúde bucal da criança.

O instrumento se reveste de importância também para a gestão, pois, favorece o planejamento e a implementação de ações com maior chance de êxito e confiabilidade, uma vez que deslinda os problemas com um novo olhar e aumenta as possibilidades de percepção, explicação e enfrentamento dos mesmos. Neste sentido, aponta para a necessidade de que os processos de discussão e planejamento sejam compartilhados com os profissionais das equipes de saúde bucal, o que poderá levar a uma maior implicação dos mesmos com a organização das ações para o público infantil. Este movimento possibilita que estes profissionais se sintam

valorizados, percebam sua importância na construção do trabalho e, com isto haja um maior protagonismo dos mesmos nas unidades de saúde. Há que se considerar, ainda, que um processo mais ativo de planejamento poderá gerar mais conhecimento e acabará por influir na adoção de novas tecnologias. Caso estas situações comecem a acontecer, certamente a avaliação poderá ser uma ação eficaz para o monitoramento das ações, para a relação com as crianças e para a qualidade do cuidado, tornando-o mais humanizado e integral.

Os limites do instrumento são colocados pela própria natureza da pesquisa que não aborda todas as dimensões de um dado objeto.

REFERÊNCIAS

- 1 Skeie MR, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age- a longitudinal study. *Int J Paed Dent* 2006; 16: 152-60.
- 2 Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in permanent teeth in primary teeth: an eight –year cohort study. *J Dent Res* 2002; 81(8):561-66.
- 3 Köhler B, Andréen I. Mutans streptococci and caries prevalence in children after early maternal caries prevention: a follow-up at eleven and fifteen years of age. *Caries Research* 2010; 44(5): 453-58.
- 4 Bissar A, Schiller P, Wolff A, Niekusch U, Schutle AG. Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany. *Clinical oral Investigations* 2014; 18(5): 1411-18.
- 5 Al-Mendalawi MD, Karam NT. Risk factors associated with deciduous tooth decay in Iraqi preschool children. *Avicenna J med* 2014; 4(1): 5-8.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68p.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92p.
- 8 Minas Gerais. *SBMinasGerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais*. Secretaria de Estado de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal – Belo Horizonte: SES-MG, 2013. 73p.
- 9 Amorim PASR. *Cárie dentária em Portugal*. Monografia para obtenção do grau de licenciado em medicina dentária. 99p. Universidade Fernando Pessoa, Porto 2009.
- 10 Naidu R, Nunn J, Kelly A. Socio-behavioural factors and early childhood caries: a cross-sectional study of preschool children in central Trinidad. *BMC Oral Health* 2013; 13(30): 1-7.
- 11 Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Cien Saúde Colet* 2006; 11(1): 79-87.
- 12 Brasil. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística-IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios: *Um panorama da saúde*

no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde - 2008. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. 245p.

- 13 Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann Jr. WF. Examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatr Dent* 2006; 28(2): 102-5.
- 14 Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Bol Saúde* 2004; 18: 23-40.
- 15 Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.
- 16 Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saúde Colet* 2013; 18(1):103- 114.
- 17 Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P., Hearnshaw H, Hjortdahl P, *et al.* "Patients' Priorities with Respect to General Practice Care: An International Comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP-I)." *Family Practice* 1999; 16(1): 4–11.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil*. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2010c. 80 p.
- 19 Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappelli NK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(12): 4851-60.
- 20 Protassio APL, Machado LS, Valença AMG. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10(34):1-9.
- 21 Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
- 22 Grant JS, Davis LL. Selection and use of content *experts* for instrument development. *Res. Nurs Health*; New York. 1987; 20(3): 269-274.
- 23 Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste reteste de aspectos de rede social no Estudo Pró-saúde. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(3): 379-385.

- 24 Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.

Apoio financeiro

Projeto de Pesquisa com apoio do Edital 12/2014 / PPSUS - FAPEMIG

Agradecimentos

Agradecemos aos alunos de Iniciação Científica e aos professores do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFMG que participam do Projeto PPSUS e aos Cirurgiões Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que participaram respondendo ao questionário.

5.2 PRODUTO TÉCNICO

OFICINA – Atenção à saúde bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de 0 a 5 anos

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O projeto de pesquisa *Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde* tem sido desenvolvido desde 2014 e tem como objetivo avaliar a atenção à saúde bucal recebida pelas gestantes e crianças na rede pública de saúde. A equipe desse projeto, financiado pela FAPEMIG (Edital PPSUS Redes), conta com a participação professores, alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Com a finalização de parte da pesquisa, propôs-se a realização de uma oficina para apresentação dos resultados para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Essa atividade poderá constituir-se em um espaço para discussão de possíveis estratégias de enfrentamento dos problemas observados.

OBJETIVO DA OFICINA

Apresentar à Secretaria Municipal de Belo Horizonte os resultados da pesquisa *Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde* e discutir possíveis estratégias de intervenção.

DATA E LOCAL

Oficina realizada dia 19 de novembro de 2015 na Faculdade de Odontologia da UFMG.

METODOLOGIA

Oficina para 30 participantes (gestores e trabalhadores da rede SUS/BH, alunos de graduação e pós-graduação do Mestrado Profissional e Acadêmico e professores da Faculdade de Odontologia) com quatro horas de duração.

Após acolhimento dos participantes foi realizada uma dinâmica para compreender as expectativas individuais em relação à oficina. Cada expectativa foi disposta numa corda formando um “varal de expectativas”. Posteriormente foram realizadas quatro

apresentações referente aos resultados de quatro pesquisas que compõem o estudo aprovado pelo PPSUS.

Os participantes foram divididos em quatro grupos que trabalharam separadamente tentando identificar os problemas levantados com a pesquisa e relacionando possíveis estratégias de enfrentamento. Esta atividade foi registrada na Planilha 1. Após o tempo programado, cada relator escolhido dentre os participantes do grupo fez a exposição dos pontos discutidos. Simultaneamente, um relator desenvolvia a síntese geral, a qual foi apresentada ao final das apresentações dos grupos.

Ao final dessa atividade, retomou-se o varal de expectativas, o qual recebeu a expressão do sentimento final dos participantes em relação à oficina.

A oficina foi avaliada por meio de um instrumento específico que contemplou os seguintes aspectos: organização, infraestrutura, metodologia, carga horária.

Planilha 1: Planilha utilizada durante a discussão em grupo para o levantamento dos problemas encontrados e a proposição de estratégias de enfrentamento.

Quais os problemas que o grupo identifica nos resultados apresentados	Como o grupo descreve os problemas identificados	Quais as possíveis causas para os problemas identificados pelo grupo	Quais estratégias de enfrentamento que o grupo propõe

PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

Atividade	Objetivos	Metodologia	Recursos	Responsável	Tempo
Abertura da Oficina 19/11/2015	Apresentar a oficina - Recepção e Boas Vindas aos participantes	Exposição oral	Sala de aula	Coordenador oficina	5 min
<i>Identificação dos participantes e Levantamento de expectativas</i>	Conhecer as expectativas dos participantes com a oficina	Apresentação dos participantes com uma palavra que expresse as expectativas em relação à oficina. Os registros deverão compor o Varal das expectativas	Tarjeta de papel, caneta, quadro	Coordenador da oficina	25 min
Apresentação dos resultados das pesquisas	Apresentar os resultados observados nas pesquisas	Exposição oral Cada estudante de pós-graduação terá 10 minutos para fazer a apresentação dos resultados observados nas pesquisas	Power Point	Estudantes De Pós-graduação e Graduação	40 min
Identificação de problemas	Escolher um nome para o grupo Identificar problemas a partir dos resultados apresentados Elencar estratégias de enfrentamento dos problemas observados	Trabalho em pequenos Grupos (Dividir em quatro grupos. Cada grupo deverá trabalhar separadamente em uma sala. O grupo deverá indicar um relator.	<i>Notebook</i> , material impresso	Participantes	60 min

Intervalo					20 min
Discussão em plenária	Apresentar as discussões dos grupos	Exposição oral	Data-show	Relatores dos grupos	40 min.
Síntese das apresentações	Sintetizar as principais ideias	Exposição oral	Sala de aula	Coordenador oficina	5 min
Avaliação	Avaliar a oficina e propor encaminhamentos e pactuações	Cada participante deverá escolher uma palavra para expressar o seu sentimento ao final da oficina. Varal das expectativas. Preenchimento do instrumento de avaliação da oficina	Papel e canetinhas Instrumento - de avaliação	Participantes Coordenador oficina	30 min
Encerramento	Agradecer aos participantes	Exposição oral	Sala de aula	Coordenador oficina	5 min

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver um instrumento para avaliar a atenção à saúde bucal de crianças de zero a cinco anos na perspectiva dos cirurgiões dentistas da atenção primária de um serviço público, desde o início se mostrou uma tarefa complexa. Primeiro pela escassez de literatura disponível sobre o tema nesta faixa etária e, depois pela necessidade de envolver um grupo de professores, alunos de pós-graduação e graduação em torno de um grande projeto de pesquisa cujo objetivo era conhecer a realidade da atenção em saúde bucal da criança no contexto do município de Belo Horizonte.

Quando iniciei este estudo, após anos de trabalho na APS da rede SUS-BH, a forma como era dada a atenção em saúde bucal às crianças de zero a cinco anos gerava um incômodo muito grande, mas ainda assim este grupo etário era visto como mais uma parte da população com necessidades de atenção em saúde bucal.

Observava alguma negligência no cuidado a essa faixa etária. Alguns colegas pareciam não se sensibilizarem com a necessidade em saúde bucal dessas crianças, que por vezes eram também negligenciadas pelos pais, os quais só buscavam atendimento odontológico de urgência.

Durante a coleta de dados, fiquei surpresa e feliz em perceber que este trabalho já estava sendo um instrumento de reflexão e mudança da prática profissional de vários colegas, que assim como eu se dedicam de corpo e alma ao trabalho, mas quase nunca paravam para avaliar o trabalho executado.

A rede ainda precisa de trabalhos que apontem algumas direções para a melhoria da atenção a esse grupo etário. As necessidades das crianças deveriam ser resolvidas na Atenção Primária, uma vez que tem um custo menor e pode evitar danos, sofrimentos e acúmulo das necessidades de atendimento odontológico. A Atenção Secundária, uma vez que não tem condição de absorver todas as demandas, deveria se ocupar apenas da resolutividade de casos específicos relacionados à especialidade.

Espero que o instrumento desenvolvido nesta dissertação provoque o início de mudanças em nível de gestão e da assistência em busca de uma atenção mais integral e humanizada à criança de zero a cinco anos.

REFERÊNCIAS

- Amorim PASR. *Cárie dentária em Portugal:(Monografia)*. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2009. 99p.Graduação em medicina dentária.
- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1727-42.
- Al-Mendalawi MD, Karam NT. Risk factors associated with deciduous tooth decay in Iraqi preschool children. *Avicenna J med* 2014; 4(1): 5-8.
- Guskell G. Entrevistas individuais e grupais: In: Bauer MW. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som, um manual prático*. 2ª Ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2010. p.649-89.
- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de referenciamento à atenção secundária – SISREG – CSB/GEAS/SMSA BH*, Maio de 2012, 16p.
- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de referenciamento à atenção secundária – SISREG – CSB/GEAS/SMSA BH*, Maio de 2014, 16p.
- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atenção em Saúde Bucal no SUS BH*, 2009, 139p.
- Bissar A, Schiller P, Wolff A, Niekusch U, Schutle AG. Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany *Clinical oral Investigations* 2014, 18(5): 1411-18.
- Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saúde Colet* 2013; 18(1):103- 114.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Brasil. Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2000; 29dez.
- Brasil. Portaria nº 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2001; 7mar.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. *Portaria Ministerial nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010a*. DOU

Brasil. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística-IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios: Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde - 2008*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b. 245p.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil*. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2010c. 80 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.92p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mais perto de você - *Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 62 p.

Bulgareli J,Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, Pereira AC. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(2):383-391.

Cassady CE, Starfiled B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda PJ, Friedenbergl LA. Clinical care for children: Measuring Consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105(4Pt 2): 998-1003.

Conil EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008, 24 (1): S7-S27.

Congiu G, Campus G, Sales S, Apano G, Cagetti MG, Lugliè PF. Early Childhood caries and associated determinates: a cross – sectional study on Italian preschool children. *J Public Health Dent* 2014; 74(2): 147-52.

Deslandes SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS. *Pesquisa Social, teoria, método e criatividade*. 27ª Ed.: Petrópolis/RJ: Vozes; 2008. p. 31-60.

Donabedian A. *Aspectos of Medical Care Administration. Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1973. P. 419-73.

Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Rev Gaúcha Odontol* 2001; 59(1): 09-115.

Feldens CA, Giugliani ERJ, Vigo A, Vítolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Resarch* 2010; 44(5): 445-52.

Figueiredo PBA, Silva ARQ, Silva AI, Silva BQ. Perfil do atendimento odontopediátrico no setor de urgência e emergência da clínica odontológica do Centro Universitário do Pará - CESUPA. *Arq. Odontol* 2013; 49(2): 88-95.

Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappelli NK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(12): 4851-60.

Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res. Nurs Health* 1987; 20(3): 269-74.

Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste reteste de aspectos de rede social no Estudo Pró-saúde. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(3): 379-85.

Grol R., Wensing M., Mainz J., Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P., *et al.* "Patients' Priorities with Respect to General Practice Care: An International Comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP-I)." *Family Practice* 1999; 16(1): 4–11.

Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Bol Saúde* 2004; 18: 23-40.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CÁ, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8): 1649-59.

Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(4): 327-35.

Köhler B, Andréen I. Mutans streptococci and caries prevalence in children after early maternal caries prevention: a follow-up at eleven and fifteen years of age. *Caries Research* 2010; 44(5): 453-58.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.

- Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11(3): 323-34.
- Leão AT, Oliveira BH. Questionários na Pesquisa Odontológica. In: Ronir LR, Costa AJL, Nadanovsky P. *Epidemiologia e Bioestatística em Odontologia*. São Paulo: Atheneu. 2008. p.273- 290.
- Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann Jr. WF. Examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatr Dent* 2006; 28: 102-5.
- Lemes MGC, Peixoto MRG, Meneses IHCF, Freire MCM. Dental pain and associated factors in 2- to 4 -year - old children in Goiania. *Rev. Bras. Epidemiol* 2015; 18(3): 630-41.
- Lemos LV, Myaki SI, Walter LRF, Zuanon ACC. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. *Einstein* 2014; 12(1): 6-10.
- Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in permanent teeth in primary teeth: an eight –year cohort study. *J Dent Res* 2002; 81(8):561-66.
- Macinko J, Guanais F, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Epidemiol Community Health* 2006; 60:13 -9.
- Machado GCM, Daher A, Costa LR. Factors Associated with No Dental Treatment in Preschoolers with Toothache: A Cross-Sectional Study in Outpatient Public Emergency Services. International. *Journal of Environmental Research and Public Health* 2014; 11: 8058- 68.
- Minas Gerais. *SBMinas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais/secretaria de estado de Minas Gerais*. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de atenção à saúde. Diretoria de Saúde Bucal – Belo Horizonte: SES-MG, 2013. 71p.
- Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, Paula VG, Domingos MMLN. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(3):148-55.
- Naidu R, Nunn J, Kelly A. Socio-behavioural factors and early childhood caries: a cross-sectional study of preschool children in central Trinidad. *BMC Oral Health* 2013; 13(30): 1-7.
- Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie Dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev. Panam Salud Pública* 2006; 19(6): 385-93.

- Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviço odontológico entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7): 1509-16.
- Oliveira VBA, Veríssimo MLOR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de atenção primária. *Rev Esc Enferm* 2015; 49(1):30-6.
- Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *Eur J Dent* 2012; 6(2): 141-52.
- Ramos BC, Maia LC. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. *Rev Odontol. Univ. São Paulo* 1999; 13(3): 303- 11.
- Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 nos termos do decreto de Delegação de competência de 12 de novembro de 1991.
- Rowan-Legg A. Canadian Paediatric society community Paediatrics committees. Oral health care for children – a call for action- *Paediatr Child Health* 2013; 18(1): 37-50.
- Scarpelli ACRB, Pordeus IA, Paiva SM. *Impacto das alterações bucais na qualidade de vida de pré-escolares de Belo Horizonte Brasil: (Tese Doutorado)*. Belo Horizonte/MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 142p. Doutor.
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult Primary Care Assessment Tool. *J Family Practice* 2001; 50(2):161-75.
- Skeie MR, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age- a longitudinal study. *Int J Paed Dent* 2006; 16:152-60.
- Starfield B, Vega CAR, Camacho M. Foro Políticas de Salud, equidad y atención primaria. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud* 2001; 1: 6-16.
- Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.726p.
- Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBD, Lima AMD, Masote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1): S148 – S158.
- Zanetti CHG. *Opinião: a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS*. 2002 [citado 2007 Nov 10]. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>.

Anexo 1 - Parecer Comitê de Ética da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 44349215.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Raquel Conceição Ferreira
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 17 de junho de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "Percepção das mães e dos profissionais da saúde sobre a atenção à saúde das crianças na rede pública de saúde"

"bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

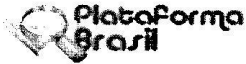
Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo 2 - Parecer Comitê de Ética da SMSA/BHUFMG



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Pesquisador: RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44349215.1.3001.5140

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.158.535

Data da Relatoria: 07/07/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como proponente a Faculdade de Odontologia da UFMG. A proposta desta pesquisa será desenvolver um estudo observacional transversal para avaliar os serviços públicos de saúde bucal, no nível da atenção primária, tendo como público-alvo as gestantes e/ou mães que frequentam os serviços e os cirurgiões-dentistas (CDs) da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte (BH). Será avaliada a percepção desses usuários sobre as ações de promoção da saúde bucal ofertadas pela rede pública de saúde de BH e a percepção e disposição dos CDs em relação à atenção às crianças de zero a cinco anos na rede pública. Serão incluídas as gestantes no terceiro trimestre e as mães de crianças com até um ano de vida. As informações serão coletadas por meio de abordagem qualitativa empregando-se entrevista individual acerca das ações de promoção da saúde e orientações de saúde bucal recebidas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Para os CDs da rede SUS-BH, será elaborado um questionário, após a realização de um grupo focal, com o propósito de identificar como esses profissionais abordam as crianças de zero a cinco anos. Serão entrevistadas 20 mães e 20 gestantes e o questionário será aplicado a 307 cirurgiões-dentistas. Para elaboração do questionário será realizado um grupo focal, com a participação de seis a oito CDs da rede SUS-BH.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 1.158.535

escolhidos por conveniência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a percepção de gestantes e mães sobre as ações de promoção da saúde e orientações de saúde bucal, ofertadas pela rede pública de saúde de Belo Horizonte, e a percepção e disposição dos cirurgiões-dentistas em relação à atenção às crianças de zero a cinco anos na rede pública.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a percepção das mães acerca das ações de promoção da saúde e orientações de saúde bucal recebidas dos profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) bem como elaborar e validar um instrumento para avaliar a percepção e a disposição dos CDs da rede pública de atenção em saúde para o atendimento de crianças de zero a cinco anos na atenção primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O único risco que poderia existir seria o constrangimento dos participantes em responder às questões da entrevista e do questionário.

Benefícios: O atendimento odontológico em idades precoces tem o intuito de facilitar o estabelecimento de hábitos saudáveis, além de servir como uma oportunidade fundamental para avaliação do desenvolvimento crânio facial e, todos os fatores de risco comuns os quais a criança possa estar exposta. A orientação às gestantes e mães e a atenção precoce funcionam como uma estratégia para reduzir a prevalência e as sequelas de problemas bucais, bem como os custos com os serviços de intervenção em saúde, pois crianças que usaram o serviço odontológico precocemente apresentaram menores chances de receberem tratamento odontológico emergencial e de fazerem visitas de urgência durante a infância reduzindo assim, os custos despendidos em saúde pública. Nesse sistema, o profissional de saúde tem dupla responsabilidade na sua operacionalização: como usuário, por meio da participação nas conferências e conselhos de saúde; como profissional da rede, através da participação no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Portanto, é preciso que conheça sua base conceitual e filosófica para que, com a prestação de um atendimento integral e de qualidade à população, defenda e lute por ele.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de interesse e relevância para a rede de serviços de saúde da SMSA, tendo como foco a

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 1.158.535

atenção primária em saúde bucal e a promoção da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas as seguintes documentações: - Folha de Rosto assinada pelo Pesquisador Responsável e pelo representante legal da instituição Proponente; - modelo de TCLE para mães e gestantes e modelo de TCLE para os dentistas; - carta de anuência assinada pelo gerente do Distrito Barreiro e pela Gerente da GEAS(anexada por este CEP em 23/07/15); - roteiro do grupo focal com os dentistas; - modelo de TCLE para o grupo focal com os dentistas; - roteiro de entrevista com as mães e gestantes.

Os modelos de TCLEs apresentados contém dados do CEP da PBH.

Recomendações:

RECOMENDAÇÕES:

- 1) adotar modelos de TCLEs dos quais constem as informações de que tratam as alíneas 'g' e 'h' do item IV.3 da Resolução nº 466/12;
- 2) incluir nos modelos de TCLEs o destino de fitas gravadas, transcrição de entrevistas, imagens em CD's, vídeos ou de outros aparelhos, após o término da pesquisa. Se houver o planejamento de se armazenar os dados, imagens ou transcrições de fitas, após o término do prazo prescrito na Resolução CNS 466/12, explicitar no TCLE durante quanto tempo, e quem será o responsável pela guarda do material e local da guarda. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador "manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os instrumentos de coletas de dados da pesquisa, tais como fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP".

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 verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto PERCEPÇÃO DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 1.158.535

cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 24 de Julho de 2015

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

Anexo 3 - Protocolo de atenção secundária do SUS-BH (BeloHorizonte,2009)

ODONTOPEDIATRIA

AGENDAMENTO SOB REGULAÇÃO

- Traumatismo* de dentes decíduos anteriores com comprometimento pulpar, solicitar agendamento SOB REGULAÇÃO para atendimento nos CEOs.

* Se necessário atendimento de urgência, deve ser realizado no centro de saúde, UPAs (Norte ou Oeste) ou HMOB.

PRIORIDADE ALTA

- Tratamento endodôntico de dentes decíduos que não puderam ser feitos na APS.
- Cárie severa na infância (rampante) em crianças de difícil abordagem. Registrar na guia de referência os procedimentos realizados no Centro de Saúde em duas oportunidades/tentativas distintas.

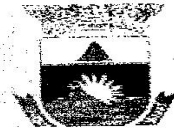
PRIORIDADE MÉDIA

- Crianças de até 6 (seis) anos que apresentaram resistência ao tratamento no centro de saúde. Registrar na guia de referência os procedimentos realizados no Centro de Saúde em duas oportunidades/tentativas distintas.

Observações

- Antes de encaminhar para tratamento endodôntico o controle das doenças bucais bem como o preparo do dente deverá ser feito no Centro de Saúde
 - Avaliar cuidadosamente se o usuário de difícil abordagem deve ser encaminhado para o CEO. Dependendo do caso, acompanhar no centro de saúde, com controle das doenças, fluoretação intensiva até a cronificação das lesões e atividades coletivas de escovação supervisionada. A mesma recomendação se aplica à criança evento sentinela em saúde bucal (código 3) e com cárie rampante, de difícil manejo.
 - Os egressos do tratamento especializado deverão ter manutenção na APS, conforme orientação do especialista.
-

Anexo 4 - Protocolo de Atenção em Saúde Bucal em BH (Belo Horizonte,2009)



**PREFEITURA DE
BELO HORIZONTE**



**SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL
NO SUS BELO HORIZONTE**

PROCOLOS DE ATENÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Abril de 2010

3.1 A criança de zero a 6 anos

Em Belo Horizonte, ainda que as ações básicas de promoção da saúde sejam de responsabilidade do Centro de Saúde, em sua respectiva área de abrangência, parcerias são construídas no sentido de potencializar este movimento.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) e a Associação Municipal de Assistência Social (AMAS) desenvolvem em parceria o Programa Sorriso de Criança, com ações de promoção e reabilitação em saúde bucal direcionadas às crianças de zero a seis anos matriculadas nas creches conveniadas com a PBH, incluindo progressivamente as UMEI. De maneira geral, estas creches estão localizadas em regiões de elevado e muito elevado risco social. Anualmente é realizado um levantamento de necessidades em cerca de 200 creches, que permite a organização e avaliação das ações desenvolvidas para estas crianças. O levantamento de necessidades em saúde bucal orienta a coleta de dados para a posterior análise e tomada de decisões no planejamento da atenção individual e coletiva. É um instrumento de vigilância epidemiológica que subsidia o agendamento para o atendimento individual e orienta a frequência da participação nos procedimentos coletivos. Trata-se de um indicador individual que gera uma classificação coletiva. Possibilita uma configuração quantificada e qualificada das necessidades de atenção dos grupos, dividindo as necessidades da população em categorias de acordo com a complexidade e o tipo de recurso humano requerido. O levantamento de necessidades é realizado pelas ASB da AMAS. O estudo gera planilhas por creches, onde cada criança é classificada segundo suas necessidades. Isto permite uma responsabilização direta do profissional (ASB) em relação ao incentivo para as ações de auto cuidado, de atividades coletivas, bem como o encaminhamento para o tratamento individual ou para o atendimento de urgência (nos Centros de Saúde ou Unidades de Pronto Atendimento). O levantamento também permite reconhecer em cada instituição (creche) a porcentagem de crianças livres de cárie, criando referencial para futuras avaliações das ações desenvolvidas e do impacto provocado. O consolidado dos dados por Distrito Sanitário permite uma análise mais ajustada sobre o deslocamento de uma unidade móvel (ônibus odontológico), considerando as diferentes necessidades da população analisada.

A partir da relação nominal das crianças das creches de sua área de abrangência, os profissionais de saúde bucal ainda podem:

1. Identificar a população de 0 a 6 anos livre de cárie (em nível individual e coletivo).
-

2. Identificar cada criança com necessidade acumulada e fazer o atendimento individual, respeitando o princípio da equidade, na própria creche.
3. Encaminhar para o atendimento individual no Centro de Saúde as crianças que apresentarem necessidades acumuladas.
4. Planejar a ampliação do percentual de crianças código 0
5. Planejar a redução a cada ano das crianças de código 3 (evento sentinela).
6. Promover ações intersetoriais de promoção à saúde.

Existe um ônibus odontológico que circula pelo município, onde um Cirurgião Dentista, uma TSB e uma ASB assistem individualmente as crianças. Faz-se o controle da infecção intra bucal (Tratamento Restaurador Atraumático, pulpotomia, exodontias e orientações básicas de auto cuidado). Na maior parte das vezes, o atendimento individual ocorre na própria creche. Onze Auxiliares de Consultório Dentário (ASB) desenvolvem o trabalho de promoção em saúde bucal, juntamente com as educadoras das creches (orientações de auto cuidado, hábitos saudáveis). Estas atividades são iniciadas no berçário.

Técnicos do nível central e dos distritos têm acompanhado localmente os cuidados prestados pelas equipes dos centros de saúde às famílias que possuem crianças código 3 (Evento Sentinela).

EVENTO SENTINELA - SAÚDE BUCAL: criança menor de 6 anos com código 3

<p>Conceito de Evento sentinela: evento sentinela é um evento sanitário de alerta, traduzido pela ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária, que justifica uma investigação científica acerca de suas causas subjacentes. Assim, evento sentinela é algo que não deve ocorrer, uma condição onde é provável se detectarem falhas no processo de atenção. (Rutstein et alli., 1976)</p>
--

<p>Procedimentos mínimos: promover junto aos outros profissionais da equipe da saúde da família uma avaliação global da criança: crescimento e desenvolvimento (anemia, desnutrição, parasitoses, vacinação, entre outros). Se possível, passar também pela avaliação do assistente social.</p>
--

Anexo 5 - Normas Publicação Revista Cadernos de Saúde Pública



Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;
- 1.6 Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);
- 1.7 Questões Metodológicas:** artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.8 Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.9 Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem

declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo

ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na

página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

- 12.1** A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.
- 12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
- 12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 12.4** O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
- 12.5** O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).
- 12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.
- 12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o (s) nome (s) do (s) autor (es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome (s) do (s) autor (es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o (s) autor (es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de

tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open DocumentSpreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPost Script) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (TaggedImage File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat), ODT (Open DocumentText), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão". **12. 28 Confirmação da submissão.** Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o

programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Anexo 6 - Carta de aceite do artigo Revista Cadernos Saúde Pública



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Prezado(a) Dr(a). Mara Vasconcelos

Confirmamos a submissão do seu artigo "Atenção em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos no SUS: desenvolvimento, validade de face e reprodutibilidade de um instrumento de avaliação" (CSP_1929/15) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof^a. Marília Sá Carvalho

Prof^a. Cláudia Travassos

Prof^a. Cláudia Medina Coeli

Editoras

Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser obtido dos cirurgiões-dentistas da SMS/PBH (Grupo Focal)

Título do Projeto: Percepção das mães e dos profissionais da saúde sobre a atenção à saúde das crianças na rede pública de saúde.

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. O estudo tem como objetivo avaliar a percepção e a disposição dos cirurgiões dentistas (CD) para o atendimento de crianças de 0 a 5 anos na atenção primária de saúde (APS) do SUS-BH. Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados dos CD da APS do SUS-BH. Para isso, o Sr. (a) responderá uma entrevista visando conhecer a realidade da atenção às crianças de zero a cinco anos em Belo Horizonte. Na elaboração dos temas norteadores, foram considerados o protocolo de atendimento das crianças na rede pública de Belo Horizonte e a experiência do profissional. A entrevista será realizada na FOUFMG, no horário que for melhor para o Sr. (a). Os únicos riscos desta pesquisa são o desconforto ou constrangimento ao responder a entrevista que aborda o seu trabalho. Os resultados serão analisados, interpretados e poderão ser divulgados por meio de apresentação em eventos e/ou em artigos científicos. Seu nome não aparecerá em lugar algum. O (A) senhor (a) não será prejudicado (a) de qualquer forma caso não queira participar e não haverá qualquer tipo de custo ou recompensa. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Raquel Conceição Ferreira, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - telefones: 31-3409-2442 ou 3409-2409; e-mail: ferreira_rc@hotmail.com. Se tiver alguma dúvida sobre as questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 20 andar - sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901. Telefone: 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Rua Frederico Bracher Júnior, 103/ 3º andar, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa. Fui informado de que tenho plena liberdade para recusar-me a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma. Assinarei duas vias desse consentimento, uma ficará com o pesquisador e receberei uma via assinada.

Profª Raquel Conceição Ferreira (Coordenadora da pesquisa)

Profª Mara Vasconcelos (Pesquisadora responsável)

Viviane Mourão Sousa Diniz (Aluna do Mestrado Profissional de Odontologia da UFMG) *Raquel Conceição Ferreira* **Pública)**

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser obtido dos cirurgiões-dentistas da ESB

Título do Projeto: Percepção das Mães e dos Cirurgiões Dentistas sobre a Saúde Bucal de crianças de 0 a 5 anos na Rede Pública de Saúde de Belo Horizonte.

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. O estudo tem como objetivo avaliar a percepção e a disposição dos cirurgiões dentistas da rede pública para o atendimento de crianças de 0 a 5 anos na atenção primária de saúde (APS) do SUS-BH. Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados dos cirurgiões dentista da APS do SUSBH. Para isso, o Sr. (a) responderá a uma entrevista. Será utilizado um questionário com questões fechadas. A entrevista será realizada no seu local de trabalho e no horário que for melhor para o Sr. (a), buscando não interferir na rotina do seu trabalho. Os resultados do estudo serão analisados, interpretados e poderão ser divulgados por meio de apresentação em eventos e/ou em artigos científicos. Seu nome não aparecerá em lugar algum. O (A) senhor (a) não será prejudicado (a) de qualquer forma caso não queira participar e não haverá qualquer tipo de custo ou recompensa. Caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de indenização em relação aos mesmos. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Raquel Conceição Ferreira, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - telefones: 31-3409-2442 ou 3409-2409; e-mail: ferreira_rc@hotmail.com. Se tiver alguma dúvida sobre as questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 20 andar - sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901. Telefone: 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, localizado na Rua Frederico Bracher Júnior, 103/ 3º andar, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa. Fui informado de que tenho plena liberdade para recusar-me a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma. Assinarei duas cópias desse consentimento, uma ficará com o pesquisador e receberei uma cópia assinada.

Profª Raquel Conceição Ferreira (Coordenadora da pesquisa)

Profª Mara Vasconcelos (Pesquisadora responsável)

Viviane Mourão Sousa Diniz (Aluna do Mestrado Profissional de Odontologia) *Raquel Conceição Ferreira (Assinada)*

Apêndice 3 - Questões orientadoras para o Grupo Focal

1. Como é a atenção das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS-BH? O que você faz?
2. O protocolo da atenção secundária é um guia no encaminhamento das crianças?
3. Como se procede quando a necessidade da criança não se enquadra dentro do protocolo?
4. Possuem pós-graduação? Qual? Ano de formatura.
5. O serviço promove capacitação/educação continuada para o atendimento de crianças de 0 a 5 anos?
6. Se sentem capacitados e com disposição para atendimento dessa faixa etária da população?

Apêndice 4 - Primeira versão do Instrumento

Faculdade de Odontologia
Departamento de
Odontologia Social e
Preventiva

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
 Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
 Tel: (31) 3409-24



Caracterização do paciente

1. Data	2. Distrito
3. Nome da Unidade de Saúde	
4. Qual modalidade de equipe de saúde bucal você faz parte? (1)___ Modalidade 1 (com auxiliar de saúde bucal) (2)___ Modalidade 2 (com auxiliar e técnico saúde bucal) (3)___ Não Sei	13. Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família? (1) ___ Não possuo (2) ___ Posuo aperfeiçoamento (3) ___ Posuo Especialização (4) ___ Posuo Mestrado (5) ___ Posuo Doutorado
5. Seu Sexo? (1) ___ Feminino (2) ___ Masculino	14. Que tipo de pós-graduação em Odontopediatria você possui? (1) ___ Nenhuma (2) ___ Aperfeiçoamento (3) ___ Especialização (4) ___ Mestrado (5) ___ Doutorado
6. Qual é o seu tempo de formado (em anos) ? _____	15. Você atende crianças de 0 a 5 anos no serviço público? (1) ___ Sim (2) ___ Não
7. Qual sua idade (em anos)? _____	16. Você atende crianças de 0 a 5 anos no setor privado? (1) ___ Sim (2) ___ Não
8. Qual tipo de instituição em que você se graduou? (1) ___ Pública (2) ___ Privada	17. Você gosta de atender crianças? (1) ___ Sim (2) ___ Não
9. O seu vínculo empregatício com o serviço	18. Você já teve algum problema relacionado ao atendimento de crianças?

odontológico a partir do levantamento de necessidades odontológicas realizado nas UMEIs e creches								
5) As crianças de 0 a 5 anos tem acesso ao tratamento odontológico a partir da consulta de puericultura								
6) As crianças de 0 a 5 anos da sua unidade de saúde tem acesso ao tratamento odontológico a partir do encaminhamento dos ACS								
7) As crianças de 0 a 5 anos tem acesso ao tratamento odontológico a partir do encaminhamento de outros profissionais de saúde								
8) O acesso ao tratamento odontológico das crianças de 0 a 5 anos é sempre garantido na unidade básica de saúde.								
9) A localização da unidade de saúde interfere no acesso das crianças ao tratamento odontológico.								
10) A qualidade do serviço odontológico oferecido interfere no acesso da criança à consulta.								
11) O tipo de procedimentos odontológicos								

oferecidos interfere no acesso das crianças ao serviço								
12) A Equipe de Saúde Bucal desenvolve ações em conjunto com outros profissionais da Equipe de Saúde da Família com o objetivo de garantir a atenção à saúde da criança de 0 a 5 anos								
13) O levantamento de necessidades odontológicas realizado na campanha de vacinação é usado para planejar as ações de promoção em saúde bucal								
14) A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações relacionadas às crianças de 0 a 5 anos com outros profissionais da Equipe da Saúde da Família								
15) A Equipe de Saúde Bucal sempre participa de reuniões de avaliação/planejamento de ações voltadas para crianças identificadas como Evento Sentinela								
16) A ESB participa das atividades de puericultura em conjunto com a ESF								
17) A ESB reúne com a ESF para a discussão dos casos das crianças que apresentam alterações sistêmicas								

26) A utilização da técnica de trabalho a quatro mãos facilita o atendimento das crianças de 0 a 5 anos								
27) A TSB ou ASB realiza o acompanhamento das crianças do programa Bolsa Família.								
28) O CD realiza ou supervisiona o acompanhamento das crianças do programa Bolsa Família.								
29) Em alguns casos o dentista vai além do protocolo da PBH no atendimento de crianças de 0 a 5 anos								
30) O protocolo da PBH para encaminhamento para Odontopediatria atende às necessidades do cirurgião dentista da atenção básica								
31) O tempo de duração da consulta odontológica de criança de 0 a 5 anos deveria ser maior do que do adulto								
32) O atendimento das crianças de 0 a 5 anos deve ser priorizado no serviço de saúde								
33) A Família das crianças atendidas na sua unidade recebem orientações necessárias ao cuidado em saúde bucal								
34) O fluxo entre os atendimentos primário e secundário permite a								

continuidade do cuidado à criança								
35) São fornecidos periodicamente pela rede cursos de atualização em odontopediatria								
36) A rede capacita os CD para realizar condicionamento psicológico em crianças								
37) A rede capacita os dentistas para a realização de tratamento endodôntico								
38) O programa de educação permanente deveria proporcionar capacitações voltadas para o cuidado à criança de 0 a 5 anos								
39) O emprego de algumas tecnologias, como a sedação com óxido nitroso facilitaria o atendimento das crianças.								
40) O atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos deve ser realizado em um local reservado para proporcionar privacidade a elas e aos profissionais.								
41) O atendimento simultâneo de crianças no mesmo espaço físico interfere no comportamento delas.								
42) Atender crianças de 0 a 5 anos é fácil								
43) O atendimento das crianças de 0 a 5 anos deveria ser realizado por odontopediatras.								

44) O tratamento endodôntico de qualquer dente decíduo deve ser realizado na atenção secundária								
45) O atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos deve ser uma opção de escolha do cirurgião dentista								
46) Questões relativas à vida da criança como lazer, hábitos, família, alimentação, moradia são investigados durante a consulta pelo CD								
47) Na atenção básica, só é possível realizar o atendimento odontológico de crianças de fácil abordagem.								
48) O dentista da rede deve realizar o atendimento odontológico a qualquer grupo etário								
49) O choro da criança estressa o dentista								
50) O método de contenção física deve ser usado em crianças não cooperativas								
51) O CD se sente seguro na execução de todos os procedimentos preconizados na atenção básica para o tratamento de crianças de 0 a 5 anos								
52) O CD da atenção básica não tem dificuldade técnica no atendimento de crianças de 0 a 5 anos								

53) O tratamento endodôntico de decíduos deve ser realizado na APS conforme o protocolo recomenda								

Apêndice 5 - Segunda versão do Instrumento

**Faculdade de
Odontologia
Departamento de
Odontologia Social e Preventiva**

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
Tel: (31) 3409-2442



A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA REDE SUS

						Nº		
						ID		
CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL								
1. Nome da Unidade Básica de Saúde						2. Data		
3. Nome do cirurgião-dentista						4. Tipo do questionário	[1] Teste [2] Re-teste	
5. Qual modalidade de ESB você pertence:	[1] Modalidade 1 (com Auxiliar em Saúde Bucal) [2] Modalidade 2 (com Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal) [3] Não Sei					6. Sexo:	[1] Masculino [2] Feminino	
7. Qual é seu tempo de formado? (em anos)			8. Qual a sua idade? (em anos)					
9. Qual tipo de instituição você se graduou?	[1] Pública [2] Privada	10. Seu vínculo empregatício com o serviço é por meio de concurso público?			[1] Sim [2] Não			
11. Qual é sua jornada de trabalho na Atenção Primária em Saúde?	[1] 20 horas [2] 40 horas	12. Qual é o seu tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde do serviço público? (em anos)						
13. Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?	[1] Não [2] Aperfeiçoamento [3] Especialização [4] Mestrado [5] Doutorado	14. Você possui pós-graduação em odontopediatria?	[1] Não [2] Aperfeiçoamento [3] Especialização [4] Mestrado [5] Doutorado	15. Você possui pós-graduação em outra (as) área (as)?	[1] Não [2] Aperfeiçoamento [3] Especialização [4] Mestrado [5] Doutorado			
16. Você atende criança de 0 a 5 anos no setor público?	[1] Sim [2] Não	17. Você atende criança de 0 a 5 anos no setor privado?	[1] Sim [2] Não	18. Você gosta de atender crianças?	[1] Sim [2] Não			
19. O atendimento das crianças de 0 a 5 anos deveria ser realizado exclusivamente por Odontopediatras?	[1] Sim [2] Não	20. O atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos deveria ser uma opção de escolha do cirurgião dentista da Atenção Primária em Saúde?			[1] Sim [2] Não			

As afirmativas abaixo estão relacionadas com a atenção em saúde bucal ofertada às crianças de 0 a 5 anos por você e pela sua equipe. Por favor assinale em relação a cada afirmativa se concorda totalmente, concorda parcialmente, não concorda e nem discorda, discorda parcialmente, ou discorda totalmente.

- ✓ Siglas: [APS] Atenção Primária em Saúde; [ESB] Equipes de Saúde Bucal; [UBS] Unidade Básica de Saúde; [UMEI] Unidades Municipais de Educação Infantil; [ACS] Agente Comunitário de Saúde; [ESF] Estratégia de Saúde da

Família; [NASF] Núcleos de Apoio à Saúde da Família; [CD] Cirurgião-dentista; [CSC] Caderneta de Saúde da Criança

1. Todas as crianças participam de ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal na APS.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	2. A ESB desenvolve ações em conjunto com outros profissionais da ESF/NASF para garantir a atenção a todas às necessidades de saúde das crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
3. A ESB participa das atividades de puericultura em conjunto com a Equipe de Saúde da Família/NASF.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	4. Os casos das crianças que apresentam alterações sistêmicas são discutidos pelas Equipes de Saúde das UBS.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
5. A atenção secundária resolve as necessidades odontológicas de maior complexidade apresentadas pelas crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	6. A ESB planeja a ampliação do percentual de crianças livres de cárie e sem necessidade de tratamento odontológico.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
7. A ESB planeja ações intersetoriais de promoção à saúde.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	8. O tratamento endodôntico de qualquer dente decíduo é realizado na atenção secundária.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
9. A ESB participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações relacionadas às crianças identificadas como Evento Sentinela	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	10. A ESB planeja a redução a cada ano das crianças classificadas como Evento Sentinela.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
11. A agenda do CD permite realizar o condicionamento psicológico prévio ao atendimento das crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	12. A utilização da técnica de trabalho a quatro mãos facilita o atendimento das crianças de 0 a 5 anos	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
13. O tempo de duração da consulta odontológica da criança de 0 a 5 anos é maior.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	14. A rede capacita os CD da APS para realizar condicionamento psicológico para o atendimento das crianças.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
15. A rede capacita os CD da APS para a realização de tratamento endodôntico.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	16. O programa de educação permanente para o CD da APS inclui capacitações para o cuidado das crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente

17. A adequação do meio bucal é concluída antes do encaminhamento da criança para o tratamento endodôntico.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	18. O CD da APS tem facilidade técnica no atendimento de crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
19. As ESB das UBS atendem crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado durante a Campanha de Vacinação.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	20. As ESB das UBS atendem crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado nas Escolas de Educação Infantil (UMEI) e/ou creches conveniadas.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
21. As ESB das UBS atendem crianças de 0 a 5 anos a partir da consulta de puericultura.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	22. As ESB das UBS atendem crianças de 0 a 5 anos a partir do encaminhamento dos ACS.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
23. As ESB das UBS atendem crianças de 0 a 5 anos a partir do encaminhamento de outros profissionais de saúde.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	24. A localização da UBS facilita o acesso das crianças de 0 a 5 anos ao tratamento odontológico.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
25. O tipo de procedimento odontológico oferecido pela ESB facilita o acesso das crianças ao serviço.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	26. A UBS possui estrutura física para atender crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
27. Na UBS os materiais e medicamentos existentes são suficientes para o atendimento da criança de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	28. O atendimento das crianças de 0 a 5 anos é priorizado no serviço de saúde.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
29. O atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos é realizado em um local reservado para proporcionar privacidade a elas e aos profissionais.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	30. O CD da APS realiza o atendimento odontológico a qualquer grupo etário.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
31. Na APS somente crianças de 0 a 5 anos de fácil abordagem são atendidas.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	32. A ESB realiza o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos que aguardam o atendimento da atenção secundária.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
33. A ESB acompanha as crianças de 0 a 5 anos por meio de visitas domiciliares.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	34. A CSC é utilizada pela ESB como instrumento de vigilância em saúde da criança de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
35. A ESB acompanha (vigilância em saúde)	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente	36. Os registros do levantamento de necessidades odontológicas	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo

a criança deste o nascimento até os 5 anos.	[3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	são usados para planejar as ações em saúde bucal.	[4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
37. A ESB utiliza a CSC para registrar informações sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	38. As informações sobre a criança atendida na APS são transmitidas para a atenção secundária na referência.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
39. As informações sobre o atendimento da criança na atenção secundária são transmitidas para a APS na contra-referência.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	40. As informações de saúde da criança de 0 a 5 anos são acessadas no prontuário com facilidade pela ESB.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
41. O registro das informações é completo e suficiente para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	42. A ESB considera no seu planejamento integral questões relativas à vida da criança como lazer, hábitos, família, alimentação e moradia.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
43. A ESB desenvolve ações de prevenção e promoção à saúde junto aos familiares das crianças.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	44. A ESB leva em consideração a opinião da família para o cuidado da criança de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
45. A ESB orienta as famílias quanto ao cuidado em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	46. A atenção das crianças de 0 a 5 anos do Programa Bolsa Família é priorizada pela ESB.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente
47. A ESB conhece os problemas de saúde das crianças da comunidade da sua área de abrangência.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente	48. A ESB realiza pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos.	[1] Concordo totalmente [2] Concordo parcialmente [3] Não concordo, nem discordo [4] Discordo parcialmente [5] Discordo totalmente

Apêndice 6 - Terceira versão do Instrumento

**Faculdade de Odontologia
Departamento de
Odontologia Social e
Preventiva**

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
Tel: (31) 3409-2442



Caros dentistas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte,

Convidamos você a participar desta pesquisa, que tem como objetivo validar um questionário sobre a atenção em saúde bucal ofertada às crianças de 0 a 5 anos na rede SUS-BH.

É uma pesquisa desenvolvida no Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública e é parte de um estudo maior aprovado no Programa de Pesquisa para o SUS, pela Fapemig.

Neste momento não será realizada nenhuma avaliação do serviço ou do profissional. A sua participação e colaboração é muito importante para o sucesso do trabalho que tem a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade do serviço.

Agradecemos sua contribuição!

Faculdade de Odontologia
Departamento de
Odontologia Social e
Preventiva

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
 Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil
 Tel: (31) 3409-2442



A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA REDE SUS

CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. Nome da Unidade Básica de Saúde:

Distrito Sanitário: _____

2. Data: ____/____/____

3. Qual modalidade de Equipe de Saúde Bucal você pertence:

- (1) Modalidade 1 (com Auxiliar em Saúde Bucal)
- (2) Modalidade 2 (com Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal)
- (3) Não Sei

4. Sexo

- (1) Masculino
- (2) Feminino

5. Qual é seu tempo de formado?

- (1) Até 1 ano
- (2) De 1 a 5 anos
- (3) De 5 a 10 anos
- (4) De 10 a 15 anos
- (5) Mais de 15 anos

6. Qual a sua idade? (Em anos) _____

7. Qual tipo de instituição você se graduou?

- (1) Pública
- (2) Privada

8. Seu vínculo empregatício com o serviço é por meio de concurso público?

- (1) Sim
- (2) Não

9. Qual é sua jornada de trabalho na Atenção Primária em Saúde?

- (1) 20 horas
- (2) 40 horas
- (3) Outras

10. Qual é o seu tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde?

- (1) Até 1 ano
- (2) De 1 a 5 anos
- (3) De 5 a 10 anos
- (4) De 10 a 15 anos
- (5) Mais de 15 anos

11. Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?

- (1) Não
- (2) Aperfeiçoamento
- (3) Especialização
- (4) Mestrado
- (5) Doutorado

12. Você possui pós-graduação em Odontopediatria?

- (1) Não
- (2) Aperfeiçoamento
- (3) Especialização
- (4) Mestrado
- (5) Doutorado

13. Você possui pós-graduação em outra (s) área (s)?

- (1) Não
- (2) Aperfeiçoamento
- (3) Especialização
- (4) Mestrado
- (5) Doutorado

14. Você gosta de atender crianças?

- (1) Sim
- (2) Não

15. O atendimento das crianças de 0 a 5 anos deveria ser realizado exclusivamente por Odontopediatras?

- (1) Sim
- (2) Não

16. O atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos deveria ser uma opção de escolha do cirurgião-dentista da Atenção Primária em Saúde?

- (1) Sim
- (2) Não

As questões abaixo estão relacionadas com a atenção em saúde bucal ofertada às crianças de 0 a 5 anos por você e pela sua equipe. **Por favor, assinale uma ÚNICA OPÇÃO que descreva melhor a realidade do seu trabalho na sua Unidade Básica de Saúde.**

PRÁTICA PROFISSIONAL

INTEGRALIDADE

1. Na sua Equipe de Saúde Bucal, são planejadas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

2. A sua Equipe de Saúde Bucal participa das atividades de puericultura em conjunto com a Equipe de Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

3. A atenção secundária resolve as necessidades odontológicas quando as crianças de 0 a 5 anos são encaminhadas pela sua equipe?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

4. Diante de casos de crianças com problemas (por exemplo, problemas graves de saúde, problemas sociais), a sua Equipe de Saúde Bucal discute com a Equipe de Saúde da Família para tomar decisões e/ou buscar por soluções?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

5. A sua Equipe de Saúde Bucal adota estratégias para aumentar o percentual de crianças de 0 a 5 anos livres de cárie?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

6. A sua Equipe de Saúde Bucal participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

7. A sua Equipe de Saúde Bucal participa da execução e avaliação de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores tais como: meio ambiente, serviço social, educação etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

8. Na sua Equipe de Saúde Bucal, o tratamento endodôntico de dente decíduo é realizado na atenção básica?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

9. A sua Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações relacionadas às crianças de 0 a 5 anos identificadas como Evento Sentinela?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

10. A sua agenda permite realizar o condicionamento psicológico prévio ao atendimento das crianças de 0 a 5 anos na atenção básica?

- (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

11. A sua Equipe de Saúde Bucal utiliza técnica de trabalho a quatro mãos durante o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

12. As crianças de 0 a 5 anos que recebem atendimento odontológico na sua Unidade Básica de Saúde têm todas as suas necessidades de saúde bucal resolvidas?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

13. A rede oferece cursos de capacitação aos cirurgiões-dentistas da atenção básica para realização de condicionamento psicológico no atendimento das crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

14. A rede oferece cursos de capacitação aos cirurgiões-dentistas da atenção básica para a realização de tratamento endodôntico de dentes decíduos em crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

15. Você realiza adequação do meio bucal antes do encaminhamento da criança de 0 a 5 anos para o tratamento endodôntico na atenção secundária?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

16. Como você avalia a sua habilidade técnica para o atendimento de crianças de 0 a 5 anos na atenção básica?

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito
ruim

17. A sua Unidade Básica de Saúde possui os insumos necessários para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

18. A sua Equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de prevenção e promoção à saúde bucal junto aos familiares das crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

19. Como você avalia o atendimento odontológico realizado pela sua Equipe de Saúde Bucal quanto a capacidade de resolver todas as necessidades de saúde bucal apresentadas pelas crianças de 0 a 5 anos?

(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito
ruim

20. Como você avalia a atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos na sua Unidade Básica de Saúde?

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito
ruim

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

21. A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado durante a Campanha de Vacinação?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

22. A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado nas Escolas de Educação Infantil (UMEI) e/ou creches conveniadas?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

23. A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir da consulta de puericultura?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

24. A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir do encaminhamento dos Agentes Comunitários da Saúde?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

25. A sua Equipe de Saúde Bucal prioriza o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

26. Na sua Unidade Básica de Saúde, você atende crianças de 0 a 5 anos de difícil abordagem?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

27. Na sua Unidade Básica de Saúde, o atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos é realizado em um local reservado para proporcionar privacidade a elas e aos profissionais?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

28. A localização de sua Unidade Básica de Saúde interfere na presença das crianças às consultas para tratamento odontológico?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

29. Na sua Unidade Básica de Saúde, excluindo os atendimentos de urgência/emergência, as crianças de 0 a 5 anos tem acesso às ações de saúde bucal por meio de agendamento prévio?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

30. Como você avalia o acesso das crianças de 0 a 5 anos de sua área de abrangência aos serviços de saúde bucal na sua Unidade Básica de Saúde?

(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

LONGITUDINALIDADE

31. Quando a criança de 0 a 5 anos da sua área de abrangência necessita de atendimento odontológico, ela é atendida por você?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

32. Se você encaminhou uma criança de 0 a 5 anos para a atenção secundária ou outro nível de atenção, quando ela volta para a atenção básica ela continua o tratamento com você?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

33. A visita domiciliar às famílias das crianças de 0 a 5 anos favorece o estabelecimento de vínculo de longa duração com as crianças da sua área de abrangência?

(1) Concordo (2) (3) Não (4) Discordo (5) Discordo
totalmente Concordo concordo, parcialmente totalmente
parcialmente nem discordo

34. A sua Equipe de Saúde Bucal agenda consultas periódicas para o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência ao longo do tempo?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

35. A sua Equipe de Saúde Bucal realiza o acompanhamento ao longo do tempo das crianças de 0 a 5 anos que aguardam o atendimento da atenção secundária?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

36. Você atende as mesmas crianças ao longo do tempo?

(1) Sempre (2) Quase (3) Às (4) (5) Nunca
sempre sempre vezes Raramente

37. Como você avalia o vínculo estabelecido entre você e as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência ao longo do tempo?

(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

38. Na sua Equipe de Saúde Bucal, os registros do levantamento de necessidades odontológicas são usados para planejar as ações em saúde bucal?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

39. A caderneta de saúde da criança é utilizada pela sua Equipe de Saúde Bucal como fonte de informação sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

40. Ao realizar o encaminhamento da criança de 0 a 5 anos, informações importantes relativas à sua saúde bucal da criança são repassadas ao profissional especialista na atenção secundária?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

41. A criança que termina o tratamento odontológico na atenção secundária retorna a sua unidade com as informações sobre o atendimento realizado pelo especialista que a atendeu?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

42. As informações de saúde necessárias para o atendimento odontológico das crianças de 0 a 5 anos são obtidas com facilidade do prontuário médico ou outros registros pela sua Equipe de Saúde Bucal?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

43. As informações registradas no prontuário médico são suficientes para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos pela sua Equipe de Saúde Bucal?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

44. Como você avalia a disponibilidade das informações referentes aos problemas das crianças e uso de serviços anteriores necessárias para o atendimento odontológico (registradas no prontuário médico, prontuário odontológico, sistemas de informação, fichas de registro de levantamento epidemiológico etc.)?

(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

45. A sua Equipe de Saúde Bucal considera para o planejamento integral da criança de 0 a 5 anos, questões relativas à vida da criança como ambiente familiar, acesso a bens e serviços, condições de moradia, oportunidades de lazer, de hábitos e de alimentação saudável?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

46. As ações de prevenção e promoção à saúde bucal para crianças são planejadas considerando a sua realidade familiar e o seu contexto de vida?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

47. A sua Equipe de Saúde Bucal orienta as famílias quanto ao cuidado em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos.

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

48. Você conversa com membros da família e ouve a opinião deles sobre o tratamento de saúde bucal proposto para a criança de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

49. Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua Unidade Básica de Saúde?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

50. Como você avalia o seu conhecimento sobre os principais problemas da família da criança de 0 a 5 anos que você atende?

(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

51. A sua Equipe de Saúde Bucal busca conhecer as características socioeconômicas e demográficas da comunidade da sua área de abrangência?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

52. A sua Equipe de Saúde Bucal realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

53. A sua Equipe de Saúde Bucal realiza visitas domiciliares para conhecer os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos da comunidade da sua área de abrangência?

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

54. No planejamento das ações de saúde bucal, a sua Equipe de Saúde Bucal considera as especificidades da comunidade (por exemplo: crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família?)

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

55. Como você avalia o seu conhecimento sobre a realidade (aspectos sociais, econômicos e de saúde) da comunidade onde vivem as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência?

(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO E COLABORAÇÃO!

Deixamos abaixo um espaço para que você possa registrar comentários e observações sobre o questionário:

Registre aqui seus comentários e observações sobre o questionário:

Apêndice 7 - Resultados do KAPPA

CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL		Kappa
Q3	Qual a modalidade de Equipe de Saúde Bucal você pertence?	0,95
Q4	Sexo	1,00
Q5	Qual é o seu tempo de formado?	0,92
Q7	Qual tipo de instituição você se graduou?	0,97
Q8	Seu vínculo empregatício com o serviço é por meio de concurso público?	1,00
Q9	Qual é a sua jornada de trabalho na Atenção Primária em Saúde?	0,93
Q10	Qual é o seu tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde?	0,97
Q11	Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?	0,99
Q12	Você possui pós-graduação em Odontopediatria?	0,79
Q13	Você possui pós-graduação em outra (s) área (s)?	0,90
Q14	Você gosta de atender crianças?	0,97
Q15	O atendimento das crianças de 0 a 5 anos deveria ser realizado exclusivamente por Odontopediatras?	0,81
Q16	O atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos deveria ser uma opção de escolha do cirurgião-dentista da Atenção Primária em Saúde?	0,75
AVALIAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL		
INTEGRALIDADE		Kappa
Q1	Na sua Equipe de Saúde Bucal, são planejadas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	0,71
Q2	A sua Equipe de Saúde Bucal participa das atividades de puericultura em conjunto com a Equipe de Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família?	0,80
Q3	A atenção secundária resolve as necessidades odontológicas quando as crianças de 0 a 5 anos são encaminhadas pela sua equipe?	0,74

Q4	Diante de casos de crianças com problemas (por exemplo, problemas graves de saúde, problemas sociais), a sua Equipe de Saúde Bucal discute com a Equipe de Saúde da Família para tomar decisões e/ou buscar por soluções?	0,53
Q5	A sua Equipe de Saúde Bucal adota estratégias para aumentar o percentual de crianças de 0 a 5 anos livres de cárie?	0,67
Q6	A sua Equipe de Saúde Bucal participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores, tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0,69
Q7	A sua Equipe de Saúde Bucal participa da execução e avaliação de ações intersetoriais de promoção à saúde (junto a outros setores, tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0,75
Q8	Na sua Equipe de Saúde Bucal, o tratamento endodôntico de dente decíduo é realizado na atenção básica?	0,78
Q9	A sua Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões de avaliação/planejamento das ações relacionadas às crianças de 0 a 5 anos identificadas como Evento Sentinela?	0,68
Q10	A sua agenda permite realizar o condicionamento psicológico prévio ao atendimento das crianças de 0 a 5 anos na atenção básica?	0,82
Q11	A sua Equipe de Saúde Bucal utiliza técnica de trabalho a quatro mãos durante o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?	0,81
Q12	As crianças de 0 a 5 anos que recebem atendimento odontológico na sua Unidade Básica de Saúde têm todas as suas necessidades de saúde bucal resolvidas?	0,54
Q13	A rede oferece cursos de capacitação aos cirurgiões-dentistas da atenção básica para realização de condicionamento psicológico no atendimento de crianças de 0 a 5 anos?	0,78
Q14	A rede oferece cursos de capacitação aos cirurgiões-dentistas para a realização de tratamento endodôntico de dentes decíduos em crianças de 0 a 5 anos?	0,72
Q15	Você realiza adequação do meio bucal antes do encaminhamento da criança de 0 a 5 anos para o tratamento endodôntico na atenção secundária?	0,66
Q16	Como você avalia a sua habilidade técnica para o atendimento de crianças de 0 a 5 anos na atenção básica?	0,80
Q17	A sua Unidade Básica de Saúde possui os insumos necessários para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?	0,67
Q18	A sua Equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de prevenção e promoção à saúde bucal junto aos familiares das crianças de 0 a 5 anos?	0,67

Q19 Como você avalia o atendimento odontológico realizado pela sua Equipe de Saúde Bucal quanto a capacidade de resolver todas as necessidades de saúde bucal apresentadas pelas crianças de 0 a 5 anos? 0,76

Q20 Como você avalia a atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos na sua Unidade Básica de Saúde? 0,70

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Kappa

Q21 A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado durante a Campanha de Vacinação? 0,77

Q22 A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades odontológicas realizado nas Escolas de Educação Infantil (UMEI) e/ou creches conveniadas? 0,71

Q23 A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir da consulta de puericultura? 0,73

Q24 A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir do encaminhamento dos Agentes Comunitários de Saúde? 0,69

Q25 A sua Equipe de Saúde Bucal prioriza o atendimento das crianças de 0 a 5 anos? 0,77

Q26 Na sua Unidade Básica de Saúde, você atende crianças de 0 a 5 anos de difícil abordagem? 0,72

Q27 Na sua Unidade Básica de Saúde, o atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos é realizado em um local reservado para proporcionar privacidade a elas e aos profissionais? 0,66
(0,6649)

Q28 A localização de sua Unidade Básica de Saúde interfere na presença das crianças às consultas para tratamento odontológico? 0,76

Q29 Na sua Unidade Básica de Saúde, excluindo os atendimentos de urgência/emergência, as crianças de 0 a 5 anos tem acesso às ações de saúde bucal por meio de agendamento prévio? 0,55

Q30 Como você avalia o acesso das crianças de 0 a 5 anos de sua área de abrangência aos serviços de saúde bucal na sua Unidade Básica de Saúde? 0,73

LONGITUDINALIDADE

Kappa

Q31 Quando a criança de 0 a 5 anos da sua área de abrangência necessita de atendimento odontológico, ela é atendida por você? 0,81

Q32	Se você encaminhou uma criança de 0 a 5 anos para a atenção secundária ou outro nível de atenção, quando ela volta para a atenção básica ela continua o tratamento com você?	0,76
Q33	A visita domiciliar às famílias das crianças de 0 a 5 anos favorece o estabelecimento de vínculo de longa duração com as crianças da sua área de abrangência?	0,70
Q34	A sua Equipe de Saúde Bucal agenda consultas periódicas para o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência ao longo do tempo?	0,61
Q35	A sua Equipe de Saúde Bucal realiza o acompanhamento ao longo do tempo das crianças de 0 a 5 anos que aguardam o atendimento da atenção secundária?	0,64
Q36	Você atende as mesmas crianças ao longo do tempo?	0,71
Q37	Como você avalia o vínculo estabelecido entre você e as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência ao longo do tempo?	0,63
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO		Kappa
Q38	Na sua Equipe de Saúde Bucal, os registros do levantamento de necessidades odontológicas são usados para planejar as ações em saúde bucal?	0,71
Q39	A caderneta de saúde da criança é utilizada pela sua Equipe de Saúde Bucal como fonte de informação sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	0,74
Q40	Ao realizar o encaminhamento da criança de 0 a 5 anos, informações importantes relativas à saúde bucal da criança são repassadas ao profissional especialista na atenção secundária?	0,77
Q41	A criança que termina o tratamento odontológico na atenção secundária retorna a sua unidade com as informações sobre o atendimento realizado pelo especialista que a atendeu?	0,74
Q42	As informações de saúde necessárias para o atendimento odontológico das crianças de 0 a 5 anos são obtidas com facilidade do prontuário médico ou outros registros pela sua Equipe de Saúde Bucal?	0,64
Q43	As informações registradas no prontuário médico são suficientes para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos pela sua Equipe de Saúde Bucal?	0,68
Q44	Como você avalia a disponibilidade das informações referentes aos problemas das crianças e uso de serviços anteriores necessárias para o atendimento odontológico (registradas no prontuário médico, prontuário odontológico, sistemas de informação, fichas de registro de levantamento epidemiológico, etc.)?	0,70

ORIENTAÇÃO FAMILIAR**Kappa**

Q45	A sua Equipe de Saúde Bucal considera para o planejamento integral da criança de 0 a 5 anos, questões relativas à vida da criança como ambiente familiar, acesso a bens e serviços, condições de moradia, oportunidades de lazer, de hábitos e de alimentação saudável?	0,70
Q46	As ações de prevenção e promoção à saúde bucal para crianças são planejadas considerando a sua realidade familiar e o seu contexto de vida?	0,76
Q47	A sua Equipe de Saúde Bucal orienta as famílias quanto ao cuidado em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	0,66
Q48	Você conversa com membros da família e ouve a opinião deles sobre o tratamento de saúde bucal proposto para a criança de 0 a 5 anos?	0,66
Q49	Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua Unidade Básica de Saúde?	0,66
Q50	Como você avalia o seu conhecimento sobre os principais problemas da família da criança de 0 a 5 anos que você atende?	0,74

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**Kappa**

Q51	A sua Equipe de Saúde Bucal busca conhecer as características socioeconômicas e demográficas da comunidade da sua área de abrangência?	0,57
Q52	A sua Equipe de Saúde Bucal realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?	0,65
Q53	A sua Equipe de Saúde Bucal realiza visitas domiciliares para conhecer os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos na comunidade da sua área de abrangência?	0,75
Q54	No planejamento das ações de saúde bucal, a sua Equipe de Saúde Bucal considera as especificidades da comunidade (por exemplo: crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família)?	0,75
Q55	Como você avalia o seu conhecimento sobre a realidade (aspectos sociais, econômicos e de saúde) da comunidade onde vivem as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência?	0,66