

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia

MARILIA COSTA BARONY

**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR A QUALIDADE DA
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NA VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Belo Horizonte
2016

Marília Costa Barony

**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR A QUALIDADE DA
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NA VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia em Saúde Pública, nível Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Mara Vasconcelos
Coorientadora: Prof^a. Dra. Viviane Elisângela
Gomes
Colaboradora: Prof^a. Dra. Raquel Conceição
Ferreira

Belo Horizonte
2016

Ficha Catalográfica

B265v Barony, Marília Costa.
2016 Validação de um instrumento para avaliar a qualidade da
T atenção em saúde bucal de crianças de zero a cinco anos na
atenção primária à saúde na visão do cirurgião-dentista /
Marília Costa Barony. -- 2016.

106 f. : il.

Orientadora: Mara Vasconcelos.
Coorientadora: Viviane Elisângela Gomes.

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

1. Serviços de saúde da criança. 2. Saúde bucal. 3.
Atenção primária à saúde. 4. Avaliação em saúde. 5. Estudos
de validação. I. Vasconcelos, Mara. II. Gomes, Viviane
Elisângela. III. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

"Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão".

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

A Deus, todo meu amor e gratidão.

Aos meus pais pela vida, especialmente à minha mãe, que é o eixo da nossa família, pelo seu amor, dedicação apoio e incentivo por todos esses anos e pela compreensão devido a minha ausência por esses meses.

À minha irmã Marcia e meu cunhado Luiz, que sempre me apoiaram, especialmente nas minhas ausências.

À minha filha Isabella, por seu amor, sua compreensão e incentivo e ajuda na formatação das referências bibliográficas.

Às minhas amigas Claudia Guimarães e Claudia Tuyama pela amizade.

Ao João, pelo companheirismo, apoio e incentivo.

Ao Ítalo, por compartilhar seus conhecimentos em vários momentos.

À Professora Mara, pela orientação, pelo e apoio com que orientou esse trabalho.

À Professora Viviane Gomes por suas colocações pertinentes, sua disponibilidade.

À Professora Raquel, obrigado pelos momentos em que me ajudou como parecerista e especialmente na análise estatística.

Às Professoras Thalita Santa Rosa da UNIMONTES, Paula Pavesi e Cyntia Fonseca da UFVJM, pela inestimável ajuda em recrutar os participantes dos municípios de Montes Claros e Diamantina.

A Kecyanne e Ana Rachel, bolsistas que também apoiaram esse estudo.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional pelo companheirismo e parceria, Rita, Marília, Ângela, Sílvia, Wellen, Beatriz, Nora, Rodrigo e Bruno, que tornaram essa jornada mais agradável.

Aos colegas que trabalham no SUS e que se dispuseram a participar desse estudo, contribuindo com suas respostas, ajudando a viabilizá-lo.

À Marcia Rosa Mariano, Gerente da Unidade Básica de Saúde onde trabalho, pelo apoio e incentivo.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e a Coordenadora de Saúde Bucal Ana Pitchon que proporcionou a educação permanente apoiando o Mestrado Profissional.

Aos brasileiros que apoiaram a educação e o sistema de saúde público gratuito e de qualidade, através de seus impostos.

RESUMO

A incorporação do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família foi reconhecida como parte integrante da saúde geral e qualidade de vida da população, tornando-se crescente o interesse em monitorar e avaliar os resultados do cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS). Não foi encontrado nenhum instrumento que avaliasse a atenção em saúde bucal na APS para crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista. Assim o objetivo desse estudo foi verificar a confiabilidade do instrumento através da avaliação de sua reprodutibilidade e homogeneidade e realizar a validação de construto do instrumento para preencher essa lacuna. Como etapa teórico-metodológica foi feito o teste-reteste com 107 CD da APS dos municípios de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros, por e-mail, utilizando-se a plataforma *SurveyMonkey*. Para a validação de construto utilizou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE) com método de Fator Principal a partir da Correlação Policórica e Rotação Oblimim utilizando-se o software Stata versão 14.0. O alfa de Cronbach foi calculado para avaliação da consistência interna. Para o teste de hipótese, os escores estimados de cada fator foram comparados entre os grupos definidos pela autoavaliação dos cirurgiões-dentistas quanto à qualidade dos serviços (teste Kruskal Wallis). O instrumento enviado para o teste-reteste continha 46 itens divididos em duas partes: 1ª Parte com 13 para caracterização profissional e a 2ª parte com 33 itens para avaliar a qualidade da atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos. Responderam o instrumento 41 profissionais. Foram excluídos 9 itens com Coeficiente Kappa inferior a 0,60. O instrumento passou a ter 24 na 2ª parte e foi enviado para 402 cirurgiões-dentistas dos três municípios. O instrumento foi respondido por 185 dentistas. Foi feita a análise descritiva dos 24 itens da 2ª parte e foram excluídos 2 itens por apresentarem mais de 98% de tendência à resposta “sempre”. A AFE excluiu 5 itens. A versão final do instrumento foi composta por 13 itens de caracterização do profissional e 17 para avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na APS. “Apresentou dois fatores que agruparam itens relacionados ao Fator 1 “atenção integral à saúde bucal na APS” e ao Fator 2 “Longitudinalidade”. Para todos os 17 itens as cargas fatoriais foram maiores que 0,40. Sua consistência interna foi calculada pelo alfa de Cronbach ($\geq 0,70$) foi de 0,87 para o conjunto de itens e para o Fator 1, 0,88 e, para o Fator 2, 0,72. O teste de hipótese apontou que os cirurgiões-dentistas que avaliaram de forma positiva a atenção apresentaram um menor escore de qualidade. O instrumento foi considerado confiável e válido podendo ser uma ferramenta para o planejamento e gestão do sistema de saúde na avaliação de suas potencialidades e necessidades, qualificando a atenção profissional em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na APS.

Palavras-chave: Serviços de saúde da criança. Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Estudos de validação.

ABSTRACT

The incorporation of the dentist into the Family Health Strategy was recognized as an integral part of the general health and quality of life of the population, increasing interest in monitoring and evaluating the results of oral health care in Primary Health Care (PHC). No instrument was found to assess oral health care in PHC for children 0 to 5 years old from the perspective of the dental surgeon. Thus the purpose of this study is to validate an instrument to fill this gap. As a theoretical-methodological stage, the test-retest was carried out with 107 CDs of the PHC of the municipalities of Belo Horizonte, Diamantina and Montes Claros, by e-mail, using the SurveyMonkey platform. For the validation of the construct we used the Exploratory Factorial Analysis (EFA) with the Principal Factor method from the Polycoric Correlation and Oblimim Rotation using the software Stata version 14.0. Cronbach's alfa was calculated for internal consistency. For the hypothesis test, the estimated scores of each factor were compared between the groups defined by the dentists' self-assessment of the quality of services (Kruskal Wallis test). **RESULTS:** The instrument sent for the test-retest consisted of 46 items divided into two parts: 1st part with 13 items for professional characterization and the 2nd part with 33 items to evaluate the quality of oral health care of children from 0 to 5 years old. 41 professionals responded. We excluded 9 items with Coefficient Kappa lower than 0.60. The instrument started to have 24 in the second part and was sent to 402 dentists of the three municipalities. The instrument was answered by 185 dentists. The descriptive analysis of the 24 items of the 2nd part was done and 2 items were excluded because they presented more than 98% tendency to the "always" response. The EFA excluded 5 items. The final version of the instrument was composed by 13 professional characterization items and 17 to assess the quality of oral health care of children aged 0 to 5 years in the PHC. He presented two factors that grouped items related to Factor 1 "integral attention to oral health in PHC" and to Factor 2 "Longitudinality". For all 17 items the factor loads were greater than 0.40. Its internal consistency was calculated by the Cronbach's alfa (≥ 0.70) was 0.87 for the set of items and for Factor 1, 0.88 and, for Factor 2, 0.72. The hypothesis test pointed out that the dentist who evaluated the care positively presented a lower quality score. **CONCLUSIONS:** The instrument was considered reliable and valid and could be a tool for the planning and management of the health system in the evaluation of its potentialities and needs, qualifying the professional attention in oral health of children from 0 to 5 years in the PHC.

Keywords: Child health services. Oral health. Primary health care. Health assessment. Validation studies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AMAQ-ab	12 Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião dentista
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPSO	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
SISREG	Sistema de Regulação
SMS-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UMEI	Unidade Municipal de Educação Infantil

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração dos conceitos de validade e confiabilidade.....	24
Figura 2 - Fluxograma da metodologia do estudo.....	31
Figura 3 - Modelo teórico do estudo.....	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 A Atenção em Saúde Bucal para Crianças na Atenção Primária à Saúde ...	16
2.2 O Papel do cirurgião-dentista da Equipe Saúde da Família	21
2.3 Validação de Instrumentos de pesquisa	23
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos específicos.....	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo de estudo.....	29
4.2 Contexto do estudo.....	29
4.3 População do estudo	29
4.4 Etapas teórico-metodológicas	31
4.5 Definição do modelo teórico	32
4.6 Etapas de validação do instrumento	33
4.6.1 Reprodutibilidade.....	34
4.6.2 Consistência interna.....	34
4.6.3 Validade de construto	35
4.6.4 Evidência de validade baseada na relação com outras variáveis.....	36
4.7 Aspectos éticos.....	36
5 RESULTADOS.....	38
5.1 Artigo.....	38
5.2 Produto Técnico	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES	80
APÊNDICE A - Termo de Consentimento e Livre Esclarecido virtual, anexo ao instrumento.....	80
APÊNDICE B - Carta de apresentação enviada virtual, anexa ao instrumento para os 107 CD dos três municípios.....	81
APÊNDICE C - Carta de apresentação enviada virtual, anexa ao instrumento para os 402 CD dos três municípios.....	82
APÊNDICE D - Resultado do teste-reteste aplicado para os cirurgiões-dentistas da APS de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros.....	83
APÊNDICE E - Cargas fatoriais e variância explicada para o instrumento de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista	86
APÊNDICE F - Instrumento validado de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista.....	88

ANEXOS	90
ANEXO A - COEP UFMG	90
ANEXO B – COEP BH.....	94
ANEXO C - Normas de publicação da Revista de Saúde Pública	99
ANEXO D - Carta de aceite do artigo da Revista de Saúde Pública.....	108

1 INTRODUÇÃO

A cárie na primeira infância é a doença oral mais comum e afeta 60-90% das crianças. No Brasil e no mundo é um problema de saúde, pois sua gravidade pode interferir no crescimento das crianças gerando impacto negativo na sua qualidade de vida e como são vulneráveis, necessitam de assistência sistemática e periódica. A presença de cárie na dentição decídua aumenta o risco de seu aparecimento na dentição permanente. A cárie precoce afeta não só a saúde oral, mas também o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (ALMEIDA *et al.*, 2012; ANDRÉEN, 2012; FELDENS *et al.*, 2010; FERRAZ *et al.*, 2014; KOHLER; LI, 2002; WANG, 2002; PETERSEN, 2005; SCARPELLI, 2011; SKEIE *et al.*, 2006).

Apesar do declínio, desigualdades, polarização, iniquidade e exclusão social na prevalência de cárie não tratada ainda persistem afetando as crianças com dentição decídua no Brasil (ANTUNES, 2013; ARDENGHI *et al.*, 2012; NARVAI *et al.*, 2006).

A prevalência de cárie em criança de 0 a 5 anos no Brasil observado nos levantamentos epidemiológicos realizados em 2003 e em 2010 revelou uma redução no índice de cárie nessa faixa etária de apenas 13,7% em sete anos e uma prevalência de cárie de 53,4% em crianças de 0 a 5 anos, superior aos 10% preconizado pela OMS para o ano de 2010 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (BRASIL, 2010), a prevalência de crianças com menos de quatro anos que nunca tiveram acesso ao serviço odontológico entre 2003 e 2008 foi de 81,9% e 77,9%, respectivamente (BRASIL, 2010B).

Como preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) o atendimento integral da criança é prioritário devendo acontecer o ingresso da criança de 0 a 5 anos no sistema público de saúde no máximo a partir dos 6 meses de idade, aproveitando as campanhas de vacinação, atividades em espaços sociais, consultas clínicas para atividades de informação, identificação e encaminhamento das suas necessidades para atenção individual (BRASIL, 2004b).

Obstáculos ao atendimento de crianças pequenas têm sido estudados. Dentre os objetos de investigação estão a escolaridade dos pais, situação socioeconômica

desfavorável, acesso aos serviços de saúde, investimentos públicos insuficientes, crenças e atitudes dos dentistas na prestação de serviços odontológicos preventivos e restaurações para crianças pequenas (PINE *et al.*, 2004; PESARESSI *et al.*, 2014).

Alguns estudos sobre a utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade revelaram que a taxa de utilização é baixa, aumentado com a idade e a maior taxa de evasão dos serviços de saúde bucal foi a das crianças com maior risco socioeconômico (CARDOSO, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2014; GOETTEMS *et al.*, 2012; KRAMER *et al.*, 2008).

O uso rotineiro de serviço odontológico por crianças sofre influência da renda e escolaridade elevadas assim como do comportamento materno (LOPEZ *et al.*, 2010; ARDENGHI *et al.*, 2012; CAMARGO *et al.*, 2012; GOETTEMS *et al.*, 2012; HARRISON; VERONNEAU; LEROUX, 2012; PRAKASH, 2012; LEMOS *et al.*, 2014; MOIMAZ *et al.*, 2014).

O contexto da saúde bucal da criança de 0 a 5 anos no Sistema Único de Saúde (SUS) em Belo Horizonte apontou que apenas 45,4% das crianças do município estavam livres de cárie aos 5 anos de idade, revelando um resultado inferior ao da Região Sudeste de 48,1% e da média nacional de 46,6% (MINAS GERAIS, 2013). Dessa forma, promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança é prioridade na assistência à saúde infantil, a fim de garantir seu crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

A adoção do modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF) levou a expansão de investimentos em recursos humanos e na rede de atenção básica, fazendo crescer o interesse em monitorar e avaliar os resultados alcançados, se constituindo em importante ferramenta para qualificar as ações e o cuidado à saúde (COLUSSI; CALVO, 2011).

No Brasil os instrumentos validados e mais usados para avaliar a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) segundo os atributos considerados pelo MS são o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) e o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) e o Auto avaliação para Melhoria

do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-ab). Porém nenhum desses instrumentos é específico para avaliar a saúde bucal das crianças de zero a cinco anos a partir da percepção do cirurgião dentista da atenção primária à saúde, ator chave na consolidação do processo de atenção, no cuidado à criança (MAYER *et al.*; 2015; COLUSSI; CALVO, 2012; LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010; BRASIL, 2010; FRACOLLI *et al.*, 2004; GROL *et al.*, 2000).

Existem lacunas a serem preenchidas e barreiras a serem ultrapassadas no processo de trabalho e de educação em saúde que precisam ser continuamente avaliadas para melhorar a qualidade da assistência. Considerando, portanto, a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na reorientação do modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a necessidade de se avaliar ações específicas da saúde bucal nesse nível de atenção, este estudo busca oferecer um instrumento que seja válido e confiável para avaliar a atenção em saúde bucal de crianças.

Devido a persistência dos altos índices de cárie nas crianças de 0 a 5 anos de idade, o baixo uso dos serviços, a importância do cuidado em saúde bucal para essa faixa etária e a ausência de instrumentos que avaliam a atenção em saúde bucal na APS, esse estudo se propôs a desenvolver e validar um instrumento para avaliar a atenção à saúde bucal de crianças a partir da atuação do cirurgião-dentista.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Atenção em Saúde Bucal para Crianças na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como porta de entrada do sistema de saúde para indivíduos e famílias na comunidade, estando o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham para que haja um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Pode ser conceituada como um conjunto de valores tais como o direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade, como um conjunto de princípios tais como responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersectorialidade, participação social, entre outros e como um conjunto atributos indissociáveis do sistema de serviços de saúde como acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária. Deve ser realizada por meio de práticas de cuidado e de gestão e com trabalho em equipe, num território definido, para populações, levando em consideração suas particularidades, para as quais se assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2013).

No Brasil a Atenção Básica à Saúde segue os atributos da APS propostos por Starfield (2002), como o acesso de primeiro contato que é considerado um atributo essencial, como o próprio nome diz, é a porta de entrada do sistema de atenção que envolve a prestação de serviços e a utilização desses quando surge uma necessidade de atenção, ela leva a melhores resultados, pois a atenção feita por profissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS) proporciona melhores resultados com menores custos.

Outro atributo é a longitudinalidade que diz respeito ao vínculo entre profissionais de saúde e os usuários em suas UBS, quando ocorre ao longo do tempo é considerada temporal.

A integralidade é o atributo que exige o reconhecimento das necessidades dos indivíduos e da população e requer que os serviços estejam disponíveis quando

necessário, em programas institucionais como o de imunização, como no atendimento individual na APS. Ela se relaciona com orientação familiar, quando a avaliação das necessidades para uma atenção integral considera o contexto familiar (características étnicas, raciais, culturais específicas) e sua exposição a ameaças à saúde. Outro atributo a se considerar é a orientação comunitária da APS que requer o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, o envolvimento dos profissionais nos assuntos da comunidade tanto na atenção quanto na avaliação dessa contando com a participação ativa do paciente.

A coordenação da atenção é o atributo que tem sua essência na disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços e o reconhecimento dessa informação como fundamental para o atendimento atual, a coordenação da atenção propicia a continuidade da atenção pelo profissional, através de canais que permitam a transmissão de informações, como por exemplo, prontuários, sistemas *online* dentre outros (STARFIELD, 2002).

O SUS oferta saúde e cuidado à população direcionando a atenção à pessoa e não apenas sobre a enfermidade, também às doenças ou condições mais comuns, ao longo do tempo e utilizando o sistema de cuidado em rede de atenção com o compartilhamento de ações e responsabilidades com outros profissionais em outros níveis de atenção, contrapondo-se ao modelo biomédico tradicional (BRASIL, 2011).

As diferentes concepções de Atenção Primária à Saúde estão vinculadas ao contexto social, econômico e político de cada país. Nos países europeus, a atenção primária refere-se, aos serviços de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferentemente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em algumas partes do mundo, cuidados de saúde oral para crianças são fornecidos de forma sistemática com cobertura total de toda a população infantil (KALLESTAAL *et al.*, 1999; WANG *et al.*, 1988).

Nos países da Escandinávia, há uma longa tradição de prestação de serviço público e financiamento do serviço de saúde bucal para todas as crianças e jovens até a idade de 18 anos (KALLESTAAL *et al.*, 1999; WANG *et al.*, 1988). Estes países aplicam o modelo de Atenção primária para cuidados de saúde.

Na Dinamarca, os serviços em saúde bucal municipais foram introduzidos em 1911 e inclui em o serviço prevenção de doenças e cuidados clínicos abrangentes, que não estão limitados ao tratamento odontológico, havendo atividades de promoção da saúde para as escolas, famílias e comunidade. Creches e pré-escolas possuem clínicas e equipe odontológicas municipais localizadas nas escolas (CHRISTENSEN; PETERSEN; HEGE, 2010; PETERSEN; TORRES, 1999).

Na Suécia, país escandinavo, os cuidados em saúde para a população são considerados parte da seguridade social, com forte ênfase em equidade com acesso igual a altos padrões de serviços de saúde, descentralizados e municipalizados. O sistema aponta para o fortalecimento da atenção primária como estruturante do sistema. Na Nova Zelândia, o sistema de saúde foi baseado no sistema inglês, sendo responsabilidade dos governos locais a atenção à população de baixa renda. Na Finlândia, há o sistema odontológico privado e o sistema de saúde odontológico público municipal cujo foco principal do cuidado é para crianças e adolescentes com ênfase preventiva, excluindo serviços especializados em prótese e ortodontia. As crianças passam a receber exames e intervenções preventivas regularmente (MOYSES, 2013).

O programa denominado *Childsmile*, elaborado para crianças na Escócia, tem como objetivo reduzir as elevadas taxas de cárie dentária agravadas pelas desigualdades socioeconômicas, de acesso e uso do serviço de saúde bucal. O programa baseia-se na Carta de Ottawa da OMS, ou seja, construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes de apoio; fortalecimento de ações comunitárias; desenvolver as competências pessoais; reorientação do setor da saúde para a prevenção e promoção da saúde (MACPHERSON, *et al.*, 2010).

No Reino Unido, o *National Health Service* (NHS) é o sistema de saúde público financiado pelo Estado, que tem ênfase na igualdade de acesso aos cuidados em

saúde. Os serviços odontológicos são providos por dentistas independentes num sistema de copagamento, mas os custos não são cobrados de certos grupos de pacientes como crianças, pessoas de baixa renda, gestantes ou lactentes. Desde 1985, inquéritos normalizados e coordenados de saúde bucal em crianças, foram realizados em todo o Reino Unido para crianças de 5 anos de idade. Em 2012/2013 iniciou-se uma coleta de dados sobre saúde bucal de crianças de três anos de idade que frequentavam creches privadas e públicas durante o ano letivo de, sendo esta a primeira pesquisa nacional deste grupo etário na Inglaterra, não foi possível incluir crianças que não frequentavam as creches na pesquisa (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2014).

Na Austrália, a maioria dos serviços de saúde bucal é prestada pelo setor privado. Entre 80% e 90% dos procedimentos odontológicos são excluídos do sistema de cobertura universal de saúde e são pagos pelos cidadãos. Os serviços públicos de saúde bucal são direcionados a crianças, pessoas de baixa renda e pensionistas (SCHWARZ, 2006).

Nos Estados Unidos da América, as prioridades do programa de saúde bucal elaboradas pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos, dentro de Prioridades em Saúde Pública, apresentaram um Plano de Saúde Oral Estratégico para 2011-2014. As prioridades do programa de saúde bucal são utilizar melhor a ciência e métodos para melhorar a vigilância das doenças orais e seus fatores de risco, monitorar e caracterizar e comunicar esses achados, ampliar a compreensão das desigualdades em saúde e os determinantes da saúde bucal, desenvolver e promover estratégias e intervenções para prevenir doenças orais eficazes baseadas em evidências; traduzir, divulgar e avaliar produtos para impactar políticas, práticas e programas, reforçar programas de saúde bucal do Estado com parcerias internas e externas e promover a saúde oral em comunidades e desenvolvimento da força de trabalho.

No Canadá, o Governo de Yukon acolhe recém-nascidos até cinco anos de idade seguindo diretrizes de promoção de saúde, prevenção e tratamento sem custos para o pai ou responsável (YUKON HEALTH AND SOCIAL SERVICE, 2015).

No Kuwait em 1982, com base em experiências dinamarquesas, o sistema de saúde bucal escolar foi implantado e o resultado dos cuidados e promoção da saúde tem se mostrado positivos (JÜRGENSEN; PETERSEN, 2012).

A atenção primária e as ações voltadas para a vigilância à saúde constituem a base da organização da atenção à saúde infantil. Considera-se a ESF o serviço de referência para atendimento infantil pois atua sob os princípios da integralidade, num território, numa equipe interdisciplinar que busca reduzir as desigualdades regionais através de intervenções personalizadas e individualizadas. Na agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a saúde bucal está entre uma das 13 linhas de cuidado (BRASIL, 2004c).

Em um estudo feito em Canela, Rio Grande do Sul, sobre a utilização dos serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade em 2008 revelou que são escassos os estudos sobre a taxa de utilização dos serviços odontológicos por crianças pré-escolares, sendo que, da amostra estudada, apenas 13,3% haviam realizado alguma consulta odontológica e dessas as de 4 e 5 anos de idade apresentaram cerca de oito vezes mais chances de ir ao dentista do que as menores de 2 anos de idade, que por sua vez apresentavam quase três vezes mais chance que as de 0 a 1 ano de idade, mas as razões para esse aumento não foram completamente exploradas e poderiam ser por necessidade, sentida por parte dos responsáveis, como por exemplo, a necessidade de intervenção nas sequelas de problemas bucais (KRAMER *et al.*, 2008).

Outro estudo transversal feito para avaliar o uso e resolutividade dos serviços públicos de saúde bucal ofertados a crianças de zero a até 6 anos de idade em Belo Horizonte, O registro do levantamento de necessidade de 7.729 crianças de até 6 anos de idade, encontrado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) revelou que 29,9% apresentavam necessidade de tratamento e dessas, 55,7% não usaram o serviço em 2014. Das que usaram, a maior frequência de tratamento concluído foi em crianças de até 3 dentes cariados e baixo risco socioeconômico. Crianças com 9 ou mais dentes tiveram maior frequência em tratamento odontológico, evasão e encaminhamento para outro nível de atenção. Aquelas com maior risco

socioeconômico tiveram maior evasão dos serviços de dos serviços de saúde bucal (CARDOSO, 2015).

Em Montes Claros, o levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal, mostrou que 14,1% das crianças entre 18 e 36 meses apresentavam cárie dentária, com ceod médio de 0,39 (RODRIGUES *et al.*, 2012). Entre as crianças de 5 anos, a prevalência de cárie foi de 47,2% e 57,3% apresentavam necessidade de tratamento odontológico (PALMA *et al.*, 2012).

Um estudo realizado na cidade de Diamantina revelou que as crianças entre 6 e 36 meses de idade apresentaram uma elevada prevalência de cárie dentária (44,8%). A faixa etária que apresentou maiores índices de cárie estava entre 37 e 48 meses de idade (NOGUEIRA *et al.*, 2012).

2.2 O Papel do cirurgião-dentista da Equipe Saúde da Família

Historicamente, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde por décadas, onde o acesso à saúde bucal era difícil e limitado, tendo, a extração dentária, como principal tratamento oferecido pela rede pública e a atuação do cirurgião-dentista do serviço público era apenas clínica. A incorporação do cirurgião-dentista na Equipe Saúde da Família (ESF) aconteceu em 2000, por meio da Portaria nº 1.444 do BRASIL, que deu incentivo financeiro para sua inclusão. Esse incentivo foi visto por muitos prefeitos como atraente e houve um crescimento expressivo do número de Equipes de Saúde Bucal incorporadas na ESF (SOUZA; RONCALLI, 2007). Com o lançamento em 2003, pelo Ministério da Saúde da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, uma série de medidas foi preconizada, constituindo o eixo político para reorientar as concepções, a prática e qualificação das ações oferecidas a todos os cidadãos de todas as idades, ampliação do acesso gratuito por meio do SUS, propiciando um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado e garantia de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, sendo esta reconhecida como parte integrante da saúde geral e qualidade de vida da população (BRASIL, 2004b). As

atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Como parte da equipe multiprofissional os cirurgiões dentistas das equipes de Saúde da Família devem realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, acompanhar, apoiar e desenvolver essas ações visando integrar ações coletivas de forma multidisciplinar, bem como atender à comunidade no território adscrito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da ESF ao qual esteja vinculado, através ações de prevenção e proteção à saúde bucal, prevenção de agravos, realização de diagnóstico, tratar, acompanhar, reabilitar e manter a saúde bucal dos indivíduos, famílias e grupos específicos, incluindo atendimento das urgências e procedimentos relacionados a pequenas cirurgias ambulatoriais e com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Deve coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucal deve atender as demandas espontâneas e participar do gerenciamento dos insumos e, por fim, devem supervisionar tecnicamente o trabalho do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2004a).

Para a atenção da criança de 0 a 5 anos o seu ingresso no sistema é preconizado, no máximo, a partir dos seis meses, aproveitando as campanhas de vacinação, atividades em espaços sociais, consultas clínicas para atividades de informação, identificação e encaminhamento das suas necessidades para atenção individual (BRASIL, 2004a). Em 2012, o Ministério da Saúde recomenda para crianças de 0 a 6 anos, o estímulo a amamentação, alimentação saudável, higiene bucal sendo responsabilidade de pais e cuidadores, o uso de fluoretos na pasta de dente evitando-se sua ingestão, desestimular o uso da chupeta e controle da ingestão de açúcar (BRASIL, 2012).

Em Minas Gerais, o Manual da Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais segue as recomendações do SUS para elaboração das Linhas-Guia em Saúde Bucal (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006).

A incorporação da Equipe de Saúde Bucal na ESF aconteceu de forma expressiva, graças ao incentivo financeiro do MS que foi visto como atraente para os prefeitos. Esse programa se tornou a principal maneira de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para atender às necessidades de saúde bucal da população, porém a mudança no modelo assistencial pode não ter ocorrido de forma homogênea e se torna necessário criar mecanismos de avaliação das ações desenvolvidas pelas ESB no PSF pois são ferramentas importantes pois podem promover a melhoria contínua da atenção (SOUZA; RONCALLI, 2007).

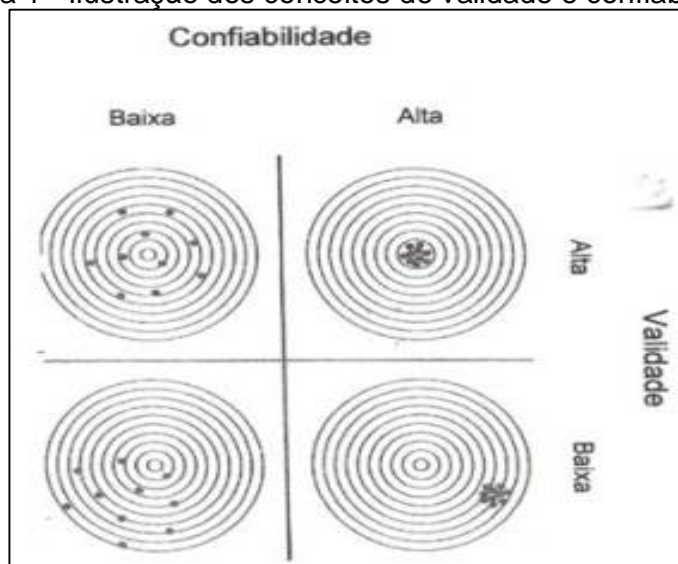
2.3 Validação de Instrumentos de pesquisa

A metodologia de *survey* e a construção de instrumento tem produzido conhecimento científico relevante para a formulação de políticas públicas nas mais diversas áreas das ciências sociais e de saúde, dentre outras, entretanto existe dificuldade em se articular a teoria e a investigação empírica (SIMÕES; PEREIRA, 2007). Entende-se como metodologia de pesquisa *survey* ou pesquisa por enquete, o método para a obtenção de dados ou informações de determinado grupo de pessoas ou população do estudo, por meio de instrumento de pesquisa, normalmente questionários estruturados e bem definidos (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993).

A resposta a uma pergunta requer quatro tarefas cognitivas: interpretar a questão; buscar na memória informação relevantes para produzir uma resposta; formatar a resposta e editá-la, e revela um processo de entendimento da pergunta, não apenas no seu sentido literal, mas no contexto no qual está inserida e pequenas mudanças nas perguntas podem causar efeitos nas respostas, grande esforço é necessário para se medir as questões elaboradas, no seu formato (aberto ou fechado), ordem, sequência em que as questões aparecem, das alternativas, da apresentação, esperando-se que sejam claras, verdadeiras, relevantes, e não redundantes (SIMÕES; PEREIRA, 2007).

Dois requisitos essenciais devem estar presentes para se construir um instrumento de medida: confiabilidade e validade. As medidas consideradas confiáveis são replicáveis e consistentes, gerando constância dos resultados, já as medidas válidas são representações precisas do que se pretende medir (ROSA, 2011). Podemos ter uma combinação entre validade e confiabilidade: podemos ter medidas: 1 - confiáveis, mas não válidas, 2 – não confiáveis, mas válidas, 3 – não confiáveis e não válidas e 3 – confiáveis e válidas (Figura 1).

Figura 1 - Ilustração dos conceitos de validade e confiabilidade



Fonte: MONTEIRO; HORA, 2014, página.

A confiabilidade dos instrumentos pode ser medida por meio de diferentes testes psicométricos como:

O teste-reteste, que mede a confiabilidade ou estabilidade temporal, onde o instrumento é aplicado em um mesmo indivíduo duas vezes em um intervalo pré-determinado entre a primeira e segunda aplicações, onde as correlações entre os resultados estando próximos a um indicam alta confiabilidade. Um intervalo entre as aplicações longo pode levar a uma subavaliação, assim como um intervalo muito curto pode levar a uma superavaliação de estabilidade ou confiabilidade. Um intervalo de tempo entre 2 a 14 dias é considerado adequado à verificação da estabilidade temporal das variáveis categóricas de um instrumento pode ser feita através do índice de Coeficiente Kappa (CICCHETTI; SPARROW, 1981; MARTINS, 2006; STREINER e NORMAN, 2006; ROSA, 2011).

A técnica split-half (metades partidas) onde o instrumento é aplicado em um único momento, as respostas são agrupadas em duas metades e a comparação é realizada pelo cálculo do coeficiente de correlação de Pearson com correção de fórmula de Spearman-Brown. Quanto mais semelhante a pontuação entre as duas metades, mais confiável. Quanto maior o número de itens do instrumento, maior a confiabilidade (MARTINS, 2006; ROSA, 2011).

Coeficiente KR-20 – O coeficiente KR-20 é semelhante ao coeficiente de alfa de Cronbach, mas é utilizado para instrumentos com respostas dicotômicas.

O coeficiente alfa de Cronbach é o indicador mais usado para avaliar a consistência interna e corresponde ao grau de correlação entre as questões de um instrumento aplicado a um grupo. Também se pode conceituar este coeficiente como a medida pela qual algum constructo, conceito ou fator medido está presente em cada item. É aplicada uma única vez, calculam-se todas as correlações entre o escore de cada item e o total dos demais itens. O instrumento varia de 0 a 1 e o valor de alfa é a média de todos os coeficientes de correlação e varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1 maior a correlação entre as questões da escala, o valor maior que 0,9 é considerado excelente, maior que 0,8 – bom, maior que 0,7 – aceitável, maior que 0,6 considerado questionável, maior que 0,5 – fraco e menor que 0,5 – inaceitável. O valor de Cronbach aumenta em função da concordância interna e também com o número de questões do instrumento. Instrumentos autoaplicáveis, no qual se deseja colaboração do pesquisado, é recomendável que não seja longo. Itens que não estão correlacionados com os demais podem ser eliminados da medida para aumentar a confiabilidade (NETEMEYER; BEARDEN; SHARMA, 2003; STREINER e NORMAN, 2006; MARTINS, 2006; ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010). Em outras palavras pode se dizer que a CI se dá através da "ligação entre o nível teórico conceitual ou construto e as medidas ou nível operacional" (PETT *et al*, 2003; SULLIVAN, 2003; STREINER e NORMAN, 2006; ROSA, 2011).

Medir apenas a consistência ou estabilidade do instrumento não é suficiente para validar um instrumento, para tanto é necessário avaliar a sua Validade ou Precisão que mede se o resultado se aproxima do que se pretende medir, pois uma medida

pode ser válida para um objetivo e não ser para outro (ROSA, 2011; MONTEIRO, 2014).

Existem etapas para validação de um instrumento e as mais comuns são a validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto, sendo as duas primeiras consideradas estágios para a validação de construto (ROSA, 2011; MONTEIRO; HORA, 2014).

Validade pode ser conceituada como o grau em que um instrumento mede o que propõe medir, isto é, a adequação existente entre as variáveis escolhidas e o conceito teórico a ser medido, conferindo relevância à pesquisa (ANASTASI, 1986; CROCKER; ALGINA, 2006; MATTHIENSEN, 2011; MONTEIRO; HORA, 2014).

A validade de conteúdo também conhecida como validade de face é o passo fundamental no desenvolvimento de novos instrumentos, pois busca associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis, realizados por experts (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003). A validação de face é feita quando a literatura é revisada e os experts e o público alvo participam com sugestões de possíveis alterações no instrumento, aplicando-se a uma amostra a que se pretende aplicar. Diferentemente das outras formas de validação de testes, ela se fundamenta no respaldo de especialistas e não em escores (STREINER e NORMAN, 2006; TORRIANI *et al.*, 2008; MONTEIRO; HORA, 2014).

A validade de construto é considerada a forma mais fundamental de validade de instrumentos, é usada frequentemente quando instrumentos de referência (padrão-ouro) não existem ou não estão disponíveis, assim as medidas imperfeitas são comparadas com outras também imperfeitas que vão consolidando as teorias hegemônicas em relação ao objeto de estudo (GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006; HOGAN, 2006; MONTEIRO; HORA, 2014).

A análise fatorial é um conjunto de técnicas estatísticas úteis para se validar um construto. Existem dois métodos de análise fatorial que podem ser utilizados: um deles é a Análise Fatorial Exploratória (AFE), a mais usada, que permite identificar um conjunto de itens homogêneos (fatores ou variáveis latentes) que irão compor as diferentes dimensões do construto em foco, outro é a Análise Fatorial Confirmatória

(AFC) quando se pretende comprovar as dimensões observadas no estudo inicial do instrumento. É possível dizer se o conjunto de itens do instrumento submetido à Análise Fatorial representa um único fator geral (unidimensional) ou mais de um fator geral (multidimensional) (PETT *et al*, 2003; SULLIVAN, 2003; DAMÁSIO, 2012).

O teste de hipóteses é uma afirmação estatística usada para decidir se uma afirmação, em geral, sobre parâmetros de uma ou mais populações é, ou não, apoiado pela evidência obtida de dados amostrais. São avaliadas as dimensões captadas pelas diferentes escalas do instrumento, e as relações com conceitos, atributos e características ligadas à teoria geral. A validação de construto refere-se à extensão para quais os scores, num dado instrumento, se relacionam com outras medidas, de modo que sejam consistentes com a hipótese do construto que está sendo medido. (PAES, 1998; GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006; HOGAN, 2006; LEÃO; OLIVEIRA, 2008).

O Teste de Hipóteses foi elaborado a partir das cargas de cada item. Os escores foram estimados usando o modelo fatorial. Em seguida os escores foram comparados pelo teste Kruskal Wallis (KW) que é utilizado quando se deseja testar a hipótese de que várias amostras têm a mesma distribuição (DORIA FILHO, 1999).

A construção do instrumento revelou-se um processo de alta complexidade, a adequação de um instrumento para determinado fim requer uma abordagem tanto em argumentos teóricos quanto na realidade em que será aplicado. Anastasi (1986) considera que validade de conteúdo e validade relacionada a critério sejam estágios para todos os testes de validação do construto.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Validar um instrumento de avaliação da atenção à saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos, na perspectiva do cirurgião dentista da atenção primária à saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar a confiabilidade do instrumento através da sua reprodutibilidade e homogeneidade;
- Realizar a validação de construto do instrumento.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de validação de construto de um instrumento desenvolvido por Diniz (2015) para avaliação da Atenção em Saúde Bucal de crianças de 0 a 5 anos, envolvendo os cirurgiões-dentistas (CD) da rede pública que atuam na Atenção Primária à Saúde nos municípios de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros. A aplicação do instrumento foi realizada no período de maio a outubro de 2016.

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.

4.3 População do estudo

A população do estudo foram os 491 cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária à Saúde dos municípios de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros no Estado de Minas Gerais.

O município de Belo Horizonte apresenta uma população de 2.395.785 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Possuía 150

ESB modalidade I, credenciadas pelo MS, 178 ESB cadastradas no sistema e 149 ESB implantadas. Na modalidade II, possui 175 ESB credenciadas e 116 cadastradas e implantadas no município até agosto de 2016 (BRASIL, 2016).

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) são responsáveis pelo levantamento de necessidades de tratamento odontológico individual e por ações coletivas de promoção de saúde nas creches conveniadas e UMEI (BELO HORIZONTE, 2005). Tem como compromisso a atenção a todas as famílias e grupos específicos tendo como compromisso a ampliação gradativa do acesso aos serviços de saúde bucal, de acordo com as diretrizes de responsabilização e vínculo vigentes no SUS e a Política Nacional de Humanização (BELO HORIZONTE, 2006).

A atenção secundária em Belo Horizonte, parte integrante do sistema de saúde, gerida pelo sistema de regulação, tem como objetivo garantir a resolutividade às necessidades menos frequentes das crianças de 0 a 5 anos não cooperativas nessa faixa etária, tendo como referência os protocolos da atenção secundária pactuados na rede (BELO HORIZONTE, 2006). Em 2008, houve a introdução das especialidades no Sistema de Regulação para a atenção secundária.

A cidade de Montes Claros apresenta uma população de 370.216 habitantes, tem 78 ESB modalidade I, credenciadas pelo MS, 82 cadastradas e 76 implantadas no sistema e 22 ESB modalidade II, credenciadas pelo MS e dessas, 12 cadastradas e implantadas, de acordo com informações colhidas no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). O município implantou a ESF em 1998, mas somente em 2005 a saúde bucal foi inserida na ESF (BRASIL, 2015).

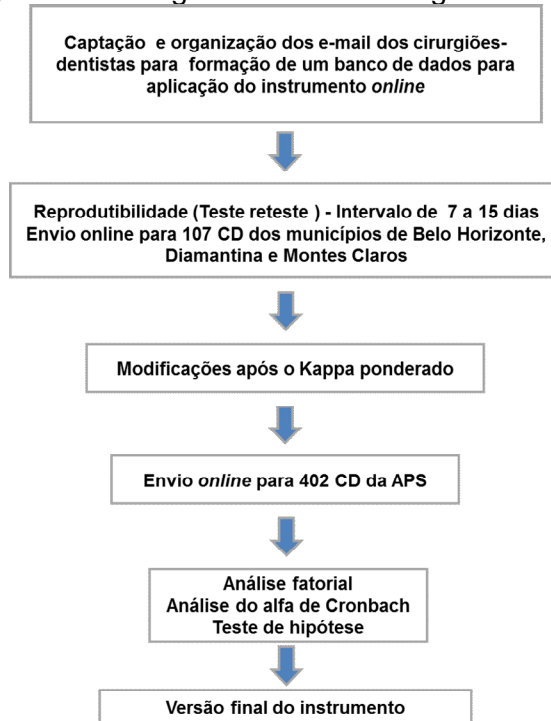
O município de Diamantina tem uma população de 46.125 habitantes e possui 9 ESB credenciadas pelo MS e 0 cadastradas/implantadas e 10 ESB modalidade II credenciadas pelo MS e 0 cadastradas/implantadas de acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

4.4 Etapas teórico-metodológicas

Para a construção do instrumento por Diniz (2015) foi feita uma busca na literatura e não se encontrou nenhum instrumento que pudesse avaliar a qualidade da atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na ótica do cirurgião-dentista da APS. Assim com a definição do objetivo do estudo, do referencial teórico e da população do estudo, foi criado um grupo focal que passou a elaborar as perguntas do instrumento. Essas foram submetidas a um comitê de especialistas para ser feita a validação de conteúdo e escolha da escala de medida para as perguntas.

As etapas desenvolvidas neste estudo foram para avaliar a reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto do instrumento. Para o envio do instrumento utilizou-se a Plataforma *Survey Monkey* com objetivo de alcançar o maior número de respondentes. Estas fases do presente estudo estão apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da metodologia do estudo

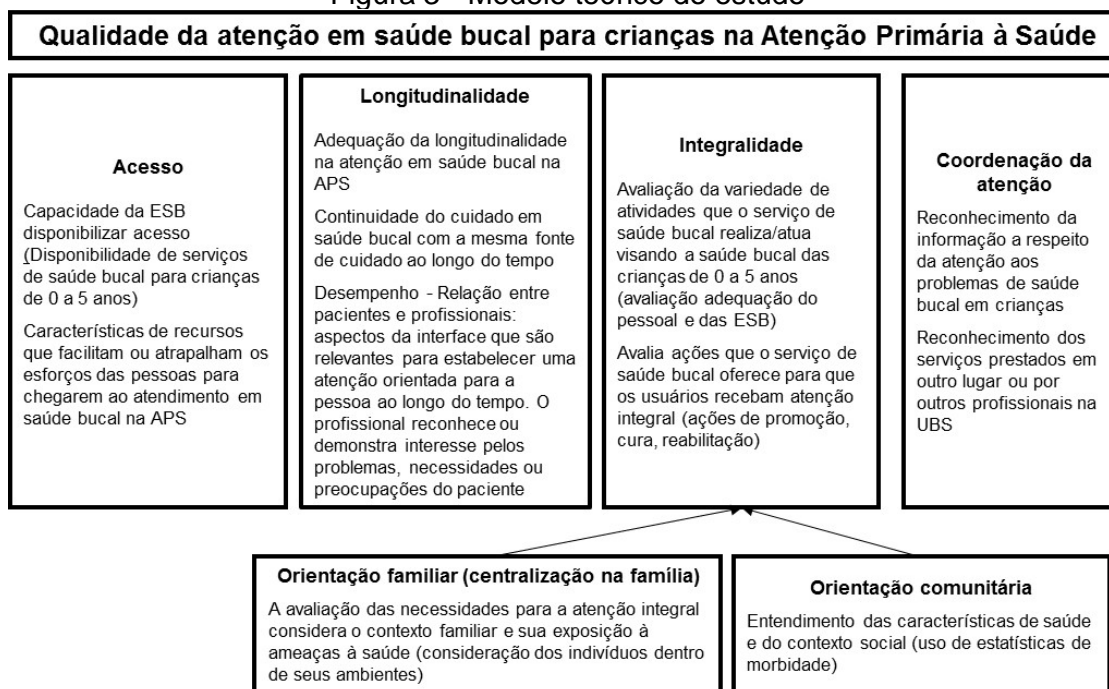


Fonte: Elaborada pela autora.

4.5 Definição do modelo teórico

O instrumento foi desenvolvido seguindo a orientação teórica das dimensões da Atenção Primária à Saúde propostas por Starfield: acesso aos serviços de saúde, longitudinalidade, Coordenação da Atenção, Integralidade e os atributos Orientação comunitária e Orientação familiar (Figura 3).

Figura 3 - Modelo teórico do estudo



Fonte: Elaborada pela autora

4.6 Etapas de validação do instrumento

Esta etapa foi precedida da captação dos e-mails dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da APS de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros e da elaboração de um banco de dados para controle.

O questionário desenvolvido por Diniz (2015) com 52 itens foi estruturado em duas partes: itens de caracterização do profissional (idade, sexo, tempo de formado, instituição de graduação, vínculo empregatício por concurso público, jornada de trabalho na APS, tempo de atuação na APS, pós-graduação) e itens de avaliação da qualidade da atenção. Para construção dos itens da avaliação da qualidade optou-se pela escala ordinal do tipo Likert com 5 opções de resposta: "sempre", "quase sempre", "às vezes", "raramente", "nunca". Visando a validação de construto, foram ainda incluídos 7 itens que buscaram medir a avaliação dos cirurgiões-dentistas em relação à atenção em saúde bucal das crianças na APS, com três opções de resposta: "bom", "regular", "ruim".

O instrumento avaliado pelos *experts* passou por algumas adequações e exclusões ficando com 46 itens, sendo 13 de caracterização profissional e 33 de qualidade da atenção. Após validação de conteúdo realizada pelos *experts*, o instrumento foi julgado adequado para que se fizesse a reprodutibilidade (GRIEP *et al.*, 2003).

4.6.1 Reprodutibilidade

A estabilidade temporal do instrumento foi realizada utilizando a plataforma *SurveyMonkey*, e anexo ao questionário foi enviado o Termo virtual de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Todos os participantes foram livres para responder ou não o instrumento durante o desenvolvimento da pesquisa e receberam também pela plataforma virtual duas cartas de apresentação da pesquisa para as fases de reprodutibilidade e de validação de construto (Apêndice B e C).

A amostra de conveniência foi composta por 107 cirurgiões-dentistas (CD) da Atenção Primária à Saúde dos três municípios. O instrumento foi enviado para os CD num intervalo de 7 a 15 dias entre a primeira e segunda aplicação. O objetivo do teste-reteste foi medir a reprodutibilidade dos dados e determinar o grau com o qual as medidas repetidas forneciam respostas similares sob as mesmas condições (CICCHETTI; SPARROW, 1981; MARTINS *et al.*, 2016). Calculou-se o Coeficiente Kappa ponderado para cada item do questionário considerando aceitáveis valores $\geq 0,60$. Pelo Coeficiente Kappa foram eliminados 9 itens da 2ª parte do instrumento (Apêndice D).

4.6.2 Consistência interna

Para a etapa de validade de construto a população foi constituída por 402 cirurgiões-dentistas dos três municípios.

A consistência interna traduz-se na avaliação da interrelacionalidade dos itens (modo como os itens se relacionam) numa escala de instrumento e o quão bem esses itens medem o mesmo construto. O alfa de Cronbach é considerado uma medida adequada para medir a consistência interna a partir da escala unidirecional. Um baixo alfa de Cronbach indica a falta de correlação dos itens na escala, um alfa de Cronbach muito alto implica a alta correlação entre os itens da escala, o que

pode indicar uma redundância de um ou mais itens. Foi usado um ponto de corte de 0.70, o que é amplamente aceito para essa medida (CICCHETTI; SPARROW, 1981; ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010; NETEMAYER; BEARDEN; SHARMA, 2003; STREINER e NORMAN, 2006).

4.6.3 Validade de construto

Considerou-se para efeito de validação do instrumento a proporção entre 2:1 à 4:1 respondentes por item (BARTLETT; KOTRLIK; HIGGINS, 2001). Tendo como parâmetro essa proporção o instrumento foi enviado para 402 cirurgiões-dentistas.

Para avaliação da validade de construto foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) para verificar a dimensionalidade do fator que permitiu identificar o menor número possível de fatores (ou dimensões/construtos) que melhor expliquem as correlações entre as questões dos indicadores. As variáveis observadas “pertencem” a um mesmo fator quando, e se, elas partilham uma variância em comum (são influenciadas pelo mesmo construto subjacente) (PETT *et al*, 2003) (Apêndice E).

Usou-se um método de Fator Principal a partir da Matriz de Correlação Policórica, e Rotação Oblimim em função da característica ordinal das variáveis (KLINE, 2011).

4.6.4 Evidência de validade baseada na relação com outras variáveis

Para o teste de hipóteses, foram estimados os escores para os fatores definidos no modelo de análise fatorial final. A hipótese alternativa afirmava que “o escore referente aos fatores gerados pela análise fatorial variam segundo a avaliação que os cirurgiões-dentistas fazem dos serviços de saúde bucal quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde”. Com esse propósito os cirurgiões-dentistas responderam aos seguintes itens para validação de construto: 1 - *“Como você avalia o atendimento odontológico realizado pela sua Equipe de Saúde Bucal quanto à capacidade de resolver todas as necessidades básicas de saúde bucal apresentadas pelas crianças de 0 a 5 anos (incluindo referência e contrarreferência)?”*; 2 - *“Como você avalia a atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos na sua Unidade Básica de Saúde?”*; 3 - *“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?”*; 4 - *“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?”*; 5 - *“Em geral, como você avalia a disponibilidade das informações referentes aos problemas das crianças e uso de serviços anteriores necessárias para o atendimento odontológico?”*; 6 - *“Como você avalia o seu conhecimento sobre os principais problemas da família da criança de 0 a 5 anos que você atende?”*; 7 - *“Como você avalia o seu conhecimento sobre a realidade da comunidade (aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde) onde vivem as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência?”*.

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da UFMG (Parecer nº 1.437.506 em 04 de março de 2016) (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH (Parecer nº 1.468.711 em 29 de março de 2016) (Anexo B).

4.8 Análises dos dados

A consistência interna foi avaliada utilizando-se o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, da correlação item-total corrigida. Foi feita a validação de construto discriminante, por meio do teste de hipótese e por Análise Fatorial Exploratória. A Análise Fatorial Exploratória foi realizada para descrever a estrutura conceitual do instrumento. Toda a análise estatística dos dados foi realizada empregando o Software Stata versão 14.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

Submetido ao Periódico: Revista de Saúde Pública.

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS

**VALIDATION OF AN INSTRUMENT TO EVALUATE PRIMARY ORAL HEALTH
CARE FOR CHILDREN**

TÍTULO CURTO: QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL INFANTIL

RESUMO

OBJETIVO: Desenvolver e validar um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal de crianças a partir da atuação do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde (APS).

MÉTODOS: Os atributos da APS e o resultado de um grupo focal realizado entre cirurgiões-dentistas de um serviço público foram considerados na elaboração do instrumento. A validação de conteúdo foi realizada por um comitê de *experts* de duas universidades brasileiras e o teste reteste realizado com intervalo de 7 a 15 dias entre as aplicações. Foi realizada a Análise Fatorial Exploratória, teste de hipóteses para a validação de construto. O alfa de Cronbach foi calculado para avaliação da consistência interna. Para o teste de hipóteses, os escores estimados de cada fator foram comparados entre os grupos definidos pela autoavaliação dos cirurgiões-dentistas quanto à qualidade dos serviços (teste Kruskal Wallis).

RESULTADOS: O instrumento final composto por 13 questões de caracterização do profissional e 17 questões para avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na Atenção Primária à Saúde apresentou dois fatores que agruparam itens relacionados à "atenção integral à saúde bucal na Atenção Primária à Saúde" e "Longitudinalidade". Para a maioria dos itens as cargas fatoriais foram boas ($> 0,4$) e a confiabilidade aceitável ($> 0,6$). Pela direção da escala de resposta dos itens, quanto menor o escore melhor é a atenção integral à saúde e a longitudinalidade. Ou seja, os cirurgiões-dentistas que avaliaram de forma positiva apresentaram um menor escore de qualidade.

CONCLUSÕES: O instrumento proposto apresentou evidências de reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto, podendo ser utilizado como ferramenta para qualificar a atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos atendidas no Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Serviços de Saúde da Criança. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa. Reprodutibilidade dos Testes. Estudos de Validação.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To develop and validate an instrument for assessing oral health care quality for children from the perspective of the role of primary health care (APS) dentists.

METHODS: APS attributes and the results of a focus group with dentists from the public health system were considered in creating the instrument. Content validity was done by an expert committee from two Brazilian universities and test-retesting undertaken within 7 to 15 days. Exploratory factorial analysis was performed as well as hypothesis testing for construct validation. Cronbach's Alfa test was calculated to evaluate internal consistency. For hypothesis testing, the estimated scores of each factor were compared between groups defined by dentist's self-evaluation about services quality (Kruskal-Wallis).

RESULTS: The final instrument composed of 13 questions of professional characterization and 17 questions related to the assessment of the quality of oral health care of children aged 0 to 5 years in Primary Health Care presents two factors that grouped items related to "integral attention to oral health In Primary Health Care "and" Longitudinality ". For more items like factor loads were good (> 0.4) and an acceptable reliability (> 0.6). By the direction of the response scale of the items, the lower or better score is an integral health care and Longitudinality. That is, dental surgeons who are in a positive way have a lower quality score.

CONCLUSIONS: The proposed instrument presented evidences of reproducibility, internal consistency and construct validity, and can be used as a tool to qualify the oral health care of children aged 0 to 5 attended in the Unified Health System.

KEYWORDS: Child health care. Oral health. Primary Health Care. Health Evaluation. Quality. Access and Health Care Evaluation. Program Evaluation and Research Instruments. Test Reproducibility. Validation Studies.

INTRODUÇÃO

No Brasil o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) levou a expansão de investimentos em recursos humanos na rede de atenção básica, fazendo crescer o interesse em monitorar e avaliar os serviços^{1,2} como estratégia de planejamento e gestão do sistema de saúde.^{1,3} A incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes da ESF apontou para a necessidade de se investigar como se organizam as práticas de saúde bucal e em que medida os profissionais responsáveis por essas práticas as compreendem.^{1,4} A Política Nacional de Saúde Bucal⁵ preconiza o atendimento integral da criança como prioridade, pois as doenças bucais afetam não somente a saúde bucal mas também o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças.^{6,7}

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)⁸ e outros estudos evidenciaram baixo uso de serviços de saúde bucal entre crianças de 0 a 5 anos.^{9,10} Este quadro é agravado pela alta prevalência da cárie dentária entre as crianças brasileiras¹¹ e tem sido associado à escolaridade dos pais, condição socioeconômica desfavorável, investimentos públicos insuficientes e crenças nas atitudes dos cirurgiões-dentistas. Essas barreiras se constituiriam em obstáculos para o atendimento odontológico de crianças pequenas e podem interferir no acesso aos serviços de saúde.¹²

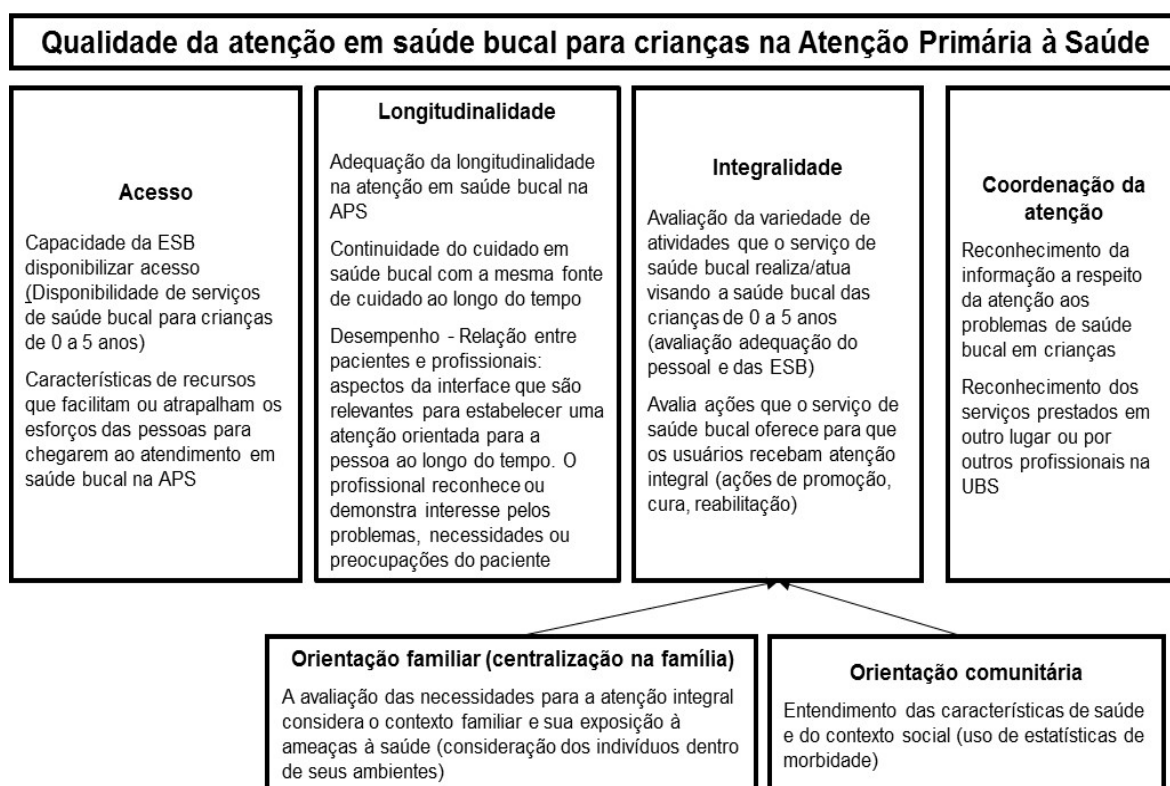
No Brasil crianças com maior vulnerabilidade social são as que mais utilizam os serviços da atenção primária na ESF^{13,14}, entretanto, não existem instrumentos que avaliem a atuação do cirurgião dentista da atenção primária^{13,14,15,16,17} na atenção à saúde bucal das crianças de zero a cinco anos.

Considerando a importância do cuidado em saúde bucal para crianças, a iniquidade e exclusão social, a necessidade de se avaliar ações específicas da saúde bucal e a ausência de instrumentos que avaliam a atenção em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) na visão do cirurgião-dentista, esse estudo objetivou desenvolver e validar um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal de crianças a partir da atuação do cirurgião-dentista na APS.

MÉTODOS

O instrumento foi desenvolvido assumindo-se o conceito de qualidade do cuidado em saúde definida pelo alcance dos atributos da APS propostos por Starfield¹⁸: acesso aos serviços de saúde, longitudinalidade, coordenação da atenção, integralidade, orientação comunitária e familiar, que são estruturantes do sistema de atenção à saúde no Brasil. O grupo de pesquisadores elegeu os conceitos teóricos para avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na APS na perspectiva dos cirurgiões-dentistas (Figura 1).

Figura 1. Modelo teórico.



A primeira etapa metodológica para a construção dos itens do instrumento foi a realização de um grupo focal¹⁹ com sete cirurgiões-dentistas que atuavam na APS de Belo Horizonte, um pesquisador-moderador e um observador para que se pudesse ter conhecimento da realidade da atenção às crianças de 0 a 5 anos na APS. Essa etapa não é determinada estatisticamente e identificou temas redundantes e os elementos que deveriam ser considerados tendo referência no modelo teórico. A sua duração foi de aproximadamente 60 minutos.

A validação de conteúdo foi conduzida por um comitê de especialistas (cirurgiões-dentistas e odontopediatras com mais de dois anos de experiência na atenção primária no setor público e professores das áreas de saúde coletiva, bioestatística e epidemiologia de duas universidades brasileiras) que contribuiram com sugestões para a redação das questões e a escala para as opções de resposta.²⁰ Após a avaliação dos *experts* e reformulações necessárias, o instrumento foi julgado adequado para que se fizesse a reprodutibilidade.²¹

O questionário foi estruturado em duas partes: itens de caracterização do profissional (idade, sexo, tempo de formado, instituição de graduação, vínculo empregatício por concurso público, jornada de trabalho na APS, tempo de atuação na APS, pós-graduação) e itens de avaliação da qualidade da atenção. Para construção dos itens da avaliação da qualidade optou-se pela escala ordinal do tipo Likert com 5 opções de resposta: "sempre", "quase sempre", "às vezes", "raramente" e "nunca". Visando a validação de construto, foram ainda incluídas questões que buscaram medir a avaliação dos cirurgiões-dentistas em relação à atenção em saúde bucal das crianças na APS, com três opções de resposta: "bom", "regular", "ruim".

Para as etapas de reprodutibilidade e validade, a população foi constituída por 491 cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família que atuam no nível da APS de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros, Minas Gerais. A reprodutibilidade foi avaliada pelo teste-reteste, pela aplicação do questionário duas vezes aos mesmos respondentes com intervalo de 7 a 15 dias. O questionário foi enviado por e-mail usando a plataforma *SurveyMonkey*, anexo ao Termo de Consentimento e Livre Esclarecido, para uma amostra de conveniência de 107 CD da APS dos três municípios. Calculou-se o Coeficiente Kappa ponderado para cada item do questionário considerando aceitável (valores $\geq 0,60$).

Para a avaliação da validade de construto, o questionário foi enviado a todos os cirurgiões-dentistas da APS dos três municípios, por e-mail, usando a Plataforma *SurveyMonkey*. Os resultados foram submetidos à Análise Fatorial Exploratória (AFE) para verificar a dimensionalidade do fator²², utilizando-se o método de

Componentes Principais a partir da Matriz de Correlação Policórica, em função da característica ordinal das variáveis, e Rotação Oblimim.²³ O alfa de Cronbach foi calculado para avaliação da consistência interna, sendo considerado adequado um valor acima de 0,70.²⁴

Para o teste de hipóteses, foram estimados os escores para os fatores definidos no modelo de análise fatorial final. O teste avaliou se o escore referente aos fatores gerados pela análise fatorial variou segundo a avaliação que os cirurgiões-dentistas fizeram dos serviços de saúde bucal quanto aos atributos da APS. Com esse propósito os cirurgiões-dentistas responderam aos seguintes itens para validação de construto: *“Como você avalia o atendimento odontológico realizado pela sua Equipe de Saúde Bucal quanto à capacidade de resolver todas as necessidades básicas de saúde bucal apresentadas pelas crianças de 0 a 5 anos (incluindo referência e contra referência)?”*; *“Como você avalia a atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos na sua Unidade Básica de Saúde?”*; *“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?”*; *“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?”*; *“Em geral, como você avalia a disponibilidade das informações referentes aos problemas das crianças e uso de serviços anteriores necessárias para o atendimento odontológico?”*; *“Como você avalia o seu conhecimento sobre os principais problemas da família da criança de 0 a 5 anos que você atende?”*; *“Como você avalia o seu conhecimento sobre a realidade da comunidade (aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde) onde vivem as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência?”* O teste Kruskal Wallis foi utilizado para a comparação dos escores entre os grupos.

Toda a análise estatística dos dados foi realizada empregando o software Stata v. 14. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da UFMG (Parecer nº 1.437.506 em 04 de março de 2016) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH (Parecer nº 1.468.711 em 29 de março de 2016). Todos os participantes foram livres para responder ou não o instrumento durante o desenvolvimento da pesquisa.

RESULTADOS

A análise da primeira parte do instrumento constatou que dos cirurgiões-dentistas que compunham a população do estudo, 78,35% eram do sexo feminino, 59,79% foram graduados em Instituições Públicas, 53,61% tinham mais de 15 anos de formado, 36,46% atuavam há mais de quinze anos na APS, 56,25% eram especialistas em Saúde Pública, 6,77% com mestrado e 1,56% com doutorado, apenas 2,08 eram especialistas em odontopediatria, e 1% era mestre. Os especialistas em outras áreas compunham 35,94% da amostra, 2,60% eram mestres e 0,52% doutores em outras áreas. Dos cirurgiões dentistas da amostra, 82,99% tinham vínculo empregatício por concurso público, 85,57% cumpriam jornada de 40 horas semanais, dentre eles 43,81% atuam na Modalidade I, isto é, com uma Auxiliar de consultório dentário e 44,85% na Modalidade II com uma Técnica de Saúde Bucal e uma Auxiliar de consultório dentário.

A primeira versão do questionário elaborado por Diniz (2015) possuía 52 itens. Os *experts* sugeriram a remoção de alguns itens que apresentavam inconsistência com o construto teórico; reformulação de itens para melhorar a compreensão; exclusão da opção de resposta "não sei" e a reformulação da redação de questões que avaliavam a opinião ao invés da atuação do CD da APS.²⁰ Além disso, sugeriram a inclusão de dois novos itens: *“A sua Equipe de Saúde Bucal acolhe (escuta as queixas, aconselha) as crianças de 0 a 5 anos durante o atendimento odontológico?”* e *“Você disponibiliza tempo na consulta odontológica para falar e tirar dúvidas das crianças e/ou familiares durante o tratamento odontológico?”* Assim, o questionário considerado válido pelos *experts* possuía 13 itens de caracterização do profissional (1ª parte) e 33 itens de avaliação da qualidade da atenção (2ª parte), totalizando 46 itens.

Foi enviada, previamente, uma carta convite, por e-mail, aos 491 CDs que representavam a população alvo. Foram devolvidos 91 endereços de e-mail captados por incompatibilidade entre os domínios de e-mail e outros inativos. Assim foram excluídos esses do envio pela Plataforma *Survey Monkey*.

Um total de 41 CD (38,31%) respondeu aos questionários no intervalo do teste-reteste. Os valores de Coeficiente Kappa para os itens da 1ª parte do questionário variaram de 0,79 a 1,00, para a 2ª parte de 0,36 a 0,89. Foram excluídos 9 itens da 2ª parte do questionário, pois apresentaram Coeficiente Kappa inferior a 0,60 (baixa e moderada reprodutibilidade).²¹ O item “*Você discute as dúvidas com os pais ou responsáveis sobre o tratamento odontológico proposto para a criança de 0 a 5 anos?*”, embora com $K=0,50$, foi mantido pela sua importância teórica. Após essa etapa, a estrutura do questionário manteve os 13 itens de caracterização do profissional (1ª parte) e passou a conter 24 itens para avaliar a qualidade da atenção, totalizando 37 itens.

A nova versão do instrumento foi enviada para 402 CD, dos quais 185 (46,01%) responderam, 35 (8,7%) endereços de e-mail foram devolvidos, 23 (5,7%) estavam com preenchimento incompleto e 159 (39,6%) não responderam ao instrumento.

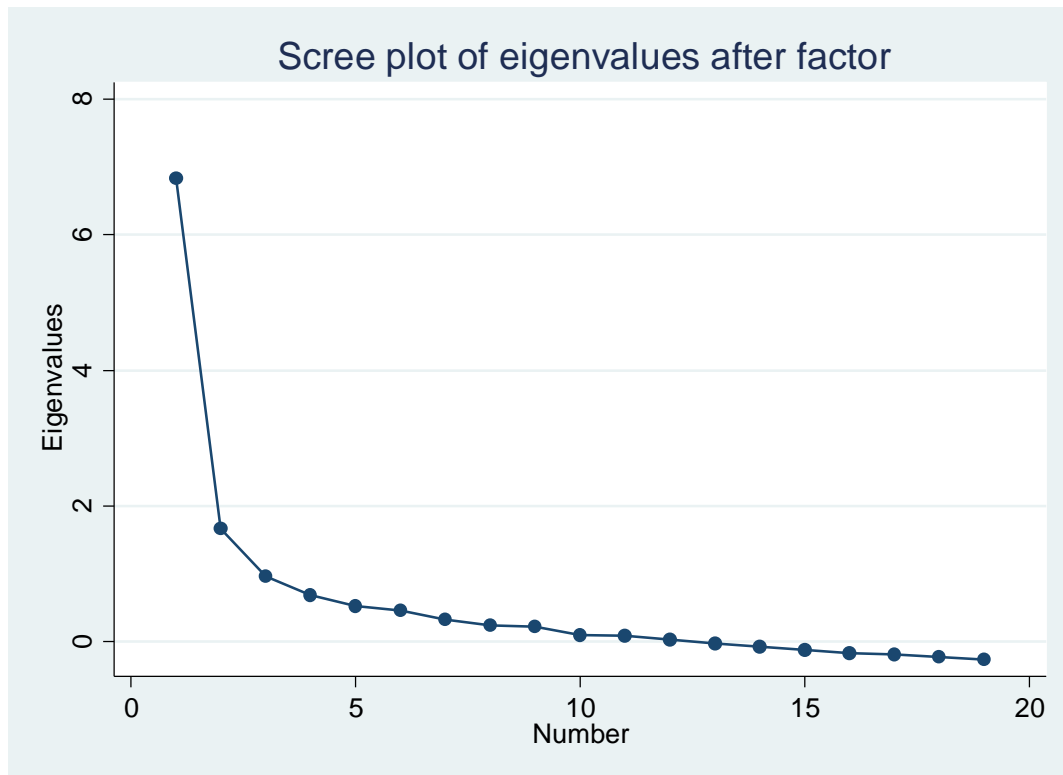
Uma análise descritiva do instrumento excluiu dois itens da segunda parte do questionário que apresentaram alta frequência de respostas “sempre/quase sempre”: “*Na sua agenda, excluindo os atendimentos de urgência/emergência, as crianças de 0 a 5 anos tem acesso às ações de saúde bucal por meio de agendamento?*” (98,91%) e “*A sua ESB acolhe as crianças de 0 a 5 anos durante o atendimento odontológico?*” (98,36%). Essas questões foram removidas antes da análise fatorial.

Uma primeira análise fatorial exploratória incluiu 22 itens da segunda parte do questionário. Três itens apresentaram carga fatorial muito baixa em todos os fatores e foram excluídos: “*Na sua UBS, você atende crianças de 0 a 5 anos de difícil abordagem?*”; “*Na sua UBS, o atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos é realizado em um local reservado?*”; “*Se você encaminhou uma criança de 0 a 5 anos para a atenção secundária ou outro nível de atenção, quando ela volta para a APS, ela continua o tratamento com você?*”.

A análise fatorial exploratória das 19 questões restantes da segunda parte do questionário indicou dois fatores com *eigenvalues* maiores do que 1,00, que foram 6,83 (fator 1) e 1,67 (fator 2). O primeiro fator contou com 61,77% da variância e o

segundo acumulou um total de 76,84%. A solução de dois fatores foi suportada pelo gráfico *screeplot* (Figura 2).

Figura 2. Gráfico *screeplot* dos autovalores obtidos na análise fatorial exploratória.



Dois itens apresentaram valor de carga fatorial alta nos dois fatores, carga fatorial cruzada, e foram removidos do modelo final: “As ações de prevenção e promoção da saúde bucal são planejadas considerando a realidade familiar e o contexto de vida das crianças de 0 a 5 anos?” e “Para o planejamento integral da criança de 0 a 5 anos, a sua ESB considera questões relativas à vida da criança como ambiente familiar, acesso a bens e serviços, condições de moradia, lazer, hábitos e alimentação saudável?”. O fator 1 agrupou itens relacionados à qualidade da atenção integral e o fator 2, itens que se referem à longitudinalidade (Tabela 1).

Tabela 1. Cargas fatoriais e variância explicada para o instrumento de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista.

Questões	Fator1 Atenção integral à saúde bucal na APS	Fator2 Longitudinalidade
- A sua ESB participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção da saúde direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0.56	0.16
- A sua ESB participa das atividades de puericultura em conjunto com a ESF/NASF?	0.77	-0.07
- Na sua ESB, são desenvolvidas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	0.76	0.08
- A sua ESB adota estratégias para aumentar o percentual de crianças livres de cárie?	0.76	0.08
- Quando a sua ESB identifica uma criança de 0 a 5 anos com muitos dentes cariados e alta vulnerabilidade, é realizada abordagem multiprofissional?	0.60	0.09
- A sua ESB atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades de tratamento odontológico realizado durante a campanha de vacinação?	0.44	-0.21
- A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir da consulta de puericultura?	0.72	-0.19
- A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir do encaminhamento dos ACS?	0.64	0.04
- A sua ESB prioriza o atendimento de crianças de 0 a 5 anos?	0.57	0.17
- A sua ESB realiza o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos que esperam pelo atendimento na atenção secundária?	0.63	-0.00
- Você disponibiliza tempo na consulta odontológica para falar e tirar dúvidas das crianças e/ou familiares durante o tratamento odontológico?	0.24	0.63
- A sua ESB utiliza os registros de levantamentos de necessidades de tratamento odontológico para planejar as ações em saúde bucal?	0.66	0.09
- A Caderneta de Saúde da Criança é utilizada pela sua ESB como fonte de informação sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	0.54	-0.11
- A sua ESB realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?	0.56	0.07
- As ações de sua ESB são organizadas considerando as características socioeconômicas e demográficas (vulnerabilidade social) do território/área de abrangência?	0.68	0.21
- Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua UBS?	0.33	0.58
- Você discute as dúvidas com os pais ou responsáveis sobre o tratamento odontológico proposto para a criança de 0 a 5 anos?	0.16	0.57
Variância total (77.01%)	64,45%	12,56%

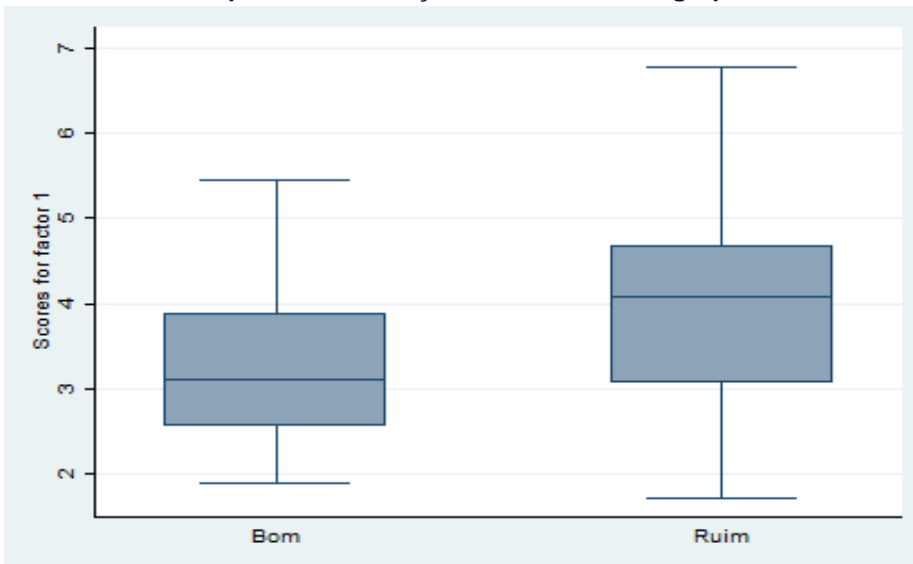
O alfa de Cronbach foi de 0,87 para todos os fatores, de 0,88 para o fator 1 e 0,72 para o fator 2.

Foram estimados os escores para os fatores: atenção integral à saúde bucal e longitudinalidade. Para todas as questões, os códigos foram definidos em 1 até 5, sendo 1: sempre e 5: nunca, assim, o menor escore indicou uma atuação do cirurgião-dentista que qualifica a atenção em saúde bucal das crianças na APS. O escore de atenção integral à saúde bucal foi significativamente maior entre os cirurgiões-dentistas que avaliaram o serviço negativamente (ruim/regular) quanto à atenção em saúde bucal de crianças, capacidade de resolver as necessidades de saúde bucal das crianças, o acesso das crianças aos serviços de saúde bucal, a disponibilidade de informações referentes aos problemas das crianças, o reconhecimento sobre a realidade onde vivem as crianças. O escore de longitudinalidade foi significativamente maior entre os cirurgiões-dentistas que avaliaram o serviço negativamente (ruim/regular) quanto à atenção em saúde bucal de crianças, ao conhecimento sobre os problemas da família e quanto ao vínculo estabelecido entre o CD e as crianças ao longo do tempo (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos escores de atenção integral à saúde bucal na APS e longitudinalidade entre os grupos formados segundo a avaliação positiva ou negativa dos serviços de saúde bucal realizada pelo CD.

Fator 1: Atenção integral à saúde bucal na APS	Mediana (95% IC)			p value
	Bom	Regular	Ruim	
Como você avalia:				
O atendimento odontológico realizado pela ESB quanto à capacidade de resolver as necessidades básicas de saúde bucal apresentadas pelas crianças de 0 a 5 anos (incluindo referência e contra referência)	3.10 (2.93 a 3.49)	-	4.07 (3.89 a 4.36)	<0.001

Box plot da distribuição dos escores nos grupos



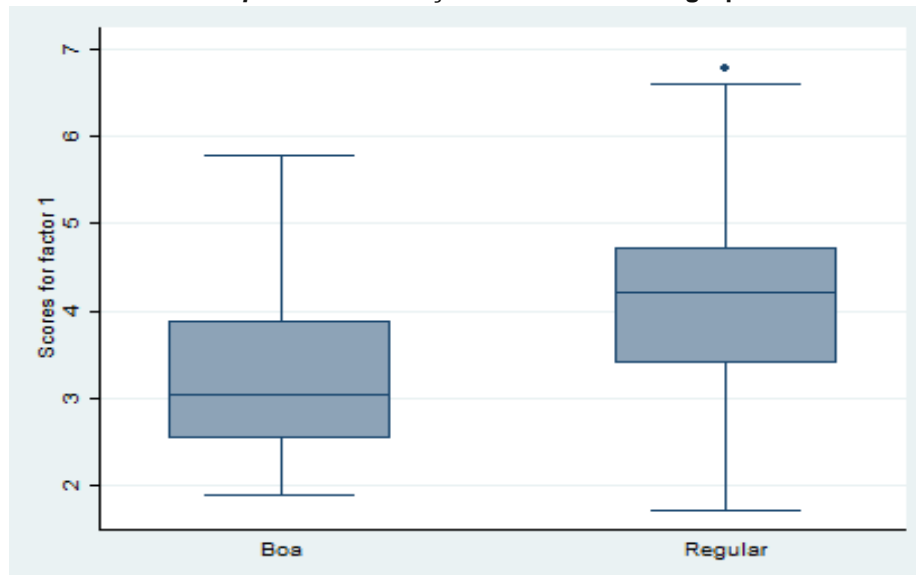
Fator 1: Atenção integral à saúde bucal na APS

Mediana (95% IC)

p value

Como você avalia:	Bom	Regular	Ruim	
A atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos na sua Unidade Básica de Saúde	3.03 (2.79 a 3.39)	4.20 (3.97 a 4.41)	-	<0.001

Box plot da distribuição dos escores nos grupos



Fator 1: Atenção integral à saúde bucal na APS

Mediana (95% IC)

p value

Como você avalia:

Bom

Regular

Ruim

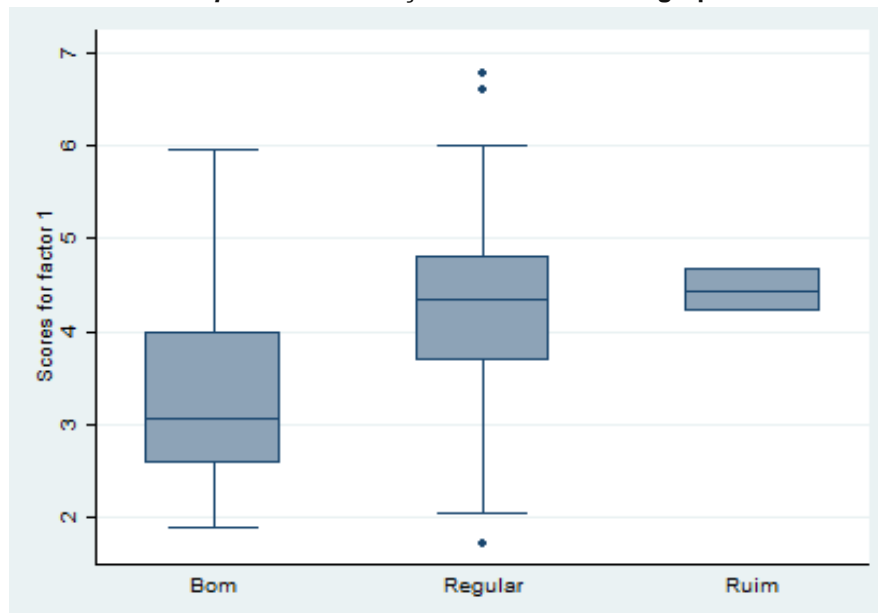
O acesso das crianças de 0 a 5 anos de sua área de abrangência aos Serviços de saúde bucal na sua Unidade Básica de Saúde

3.07 (2.92 a 3.48)

4.33 (4.05 a 4.59)

4.44(4.20 a 4.68) <0.001

Box plot da distribuição dos escores nos grupos

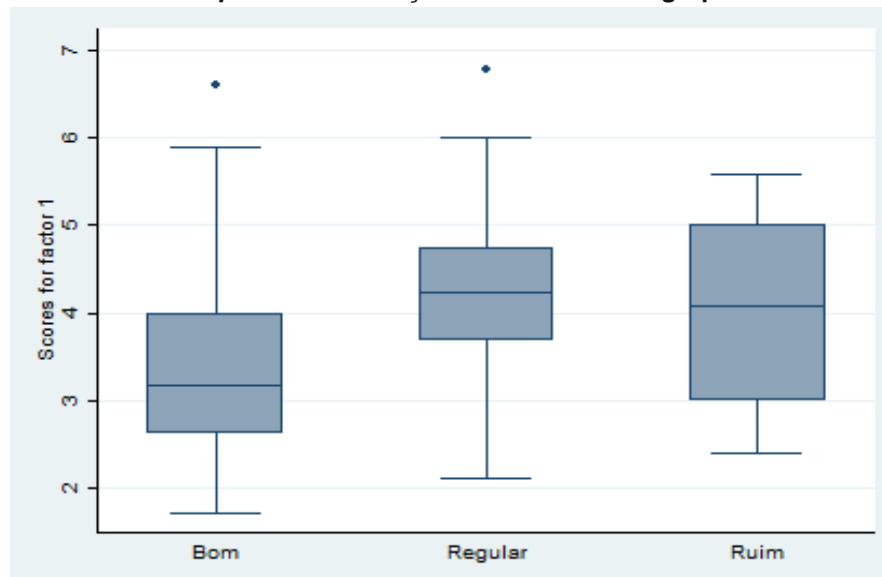


Fator 1: Atenção integral à saúde bucal na APS	Mediana (95% IC)			p value
Como você avalia:	Bom	Regular	Ruim	

A disponibilidade das informações referentes aos problemas Das crianças e uso de serviços anteriores necessárias para o atendimento odontológico

3.18 (3.00 a 3.49) 4.23 (4.04 a 4.58) 4.08(3.04 a 4.97) <0.001

Box plot da distribuição dos escores nos grupos



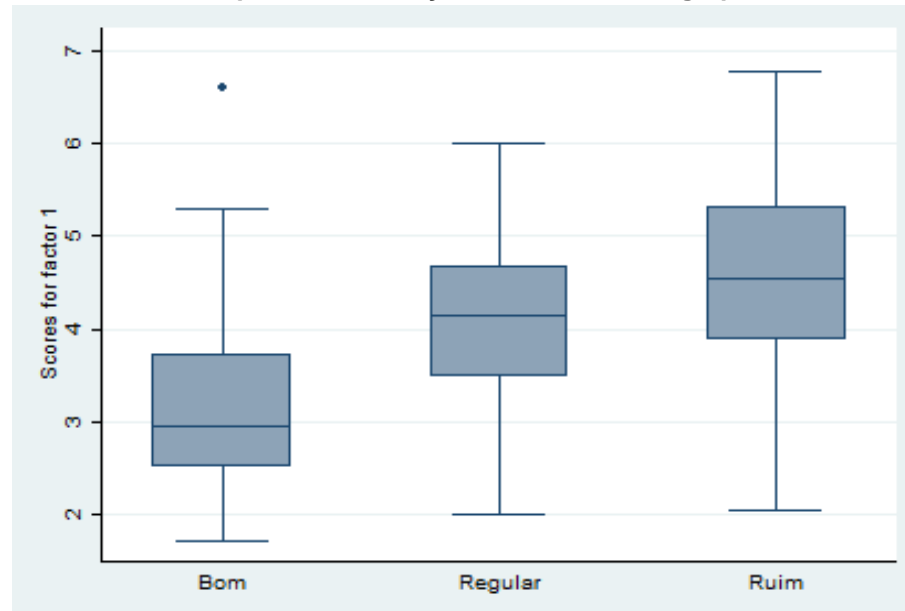
p value

Fator 1: Atenção integral à saúde bucal na APS
Mediana (95% IC)
Como você avalia:
Bom
Regular
Ruim

o seu conhecimento sobre a realidade da comunidade (aspectos socioeconômicos, demográficas e de saúde) onde vivem as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência.

2.96 (2.75 a 3.10) 4.14 (3.89 a 4.39) 4.53(3.15 a 6.18) <0.001

Box plot da distribuição dos escores nos grupos



Fator 2: Longitudinalidade**Mediana (95% IC)****p value****Como você avalia:****Bom****Regular****Ruim**

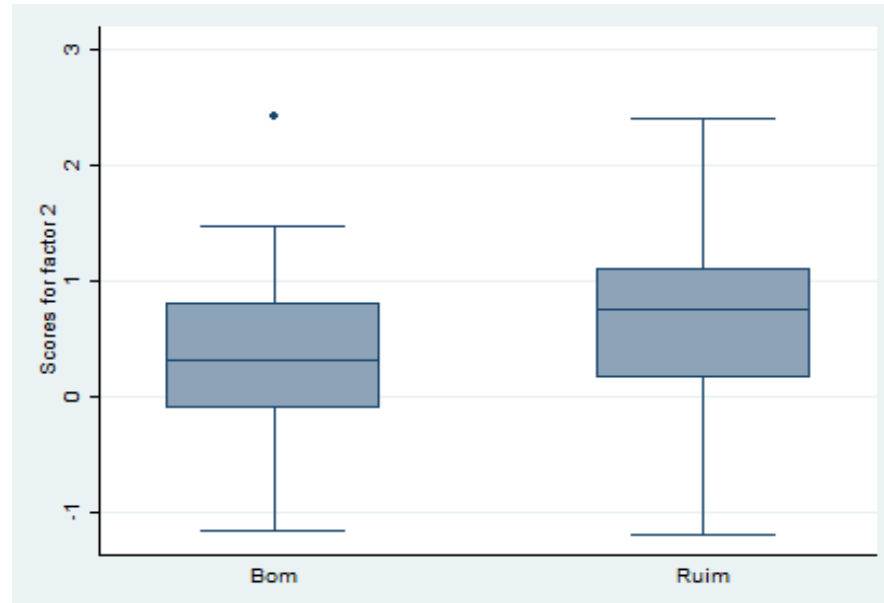
a atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos
na sua Unidade Básica de Saúde

0.32 (0.18 a 0.45)

-

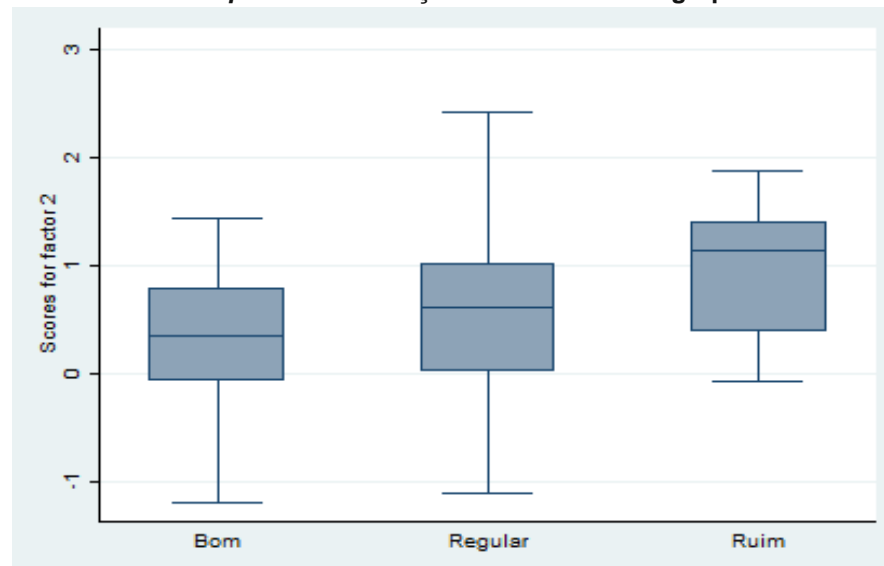
0.74(0.57 a 0.85)

0.0016

Box plot da distribuição dos escores nos grupos

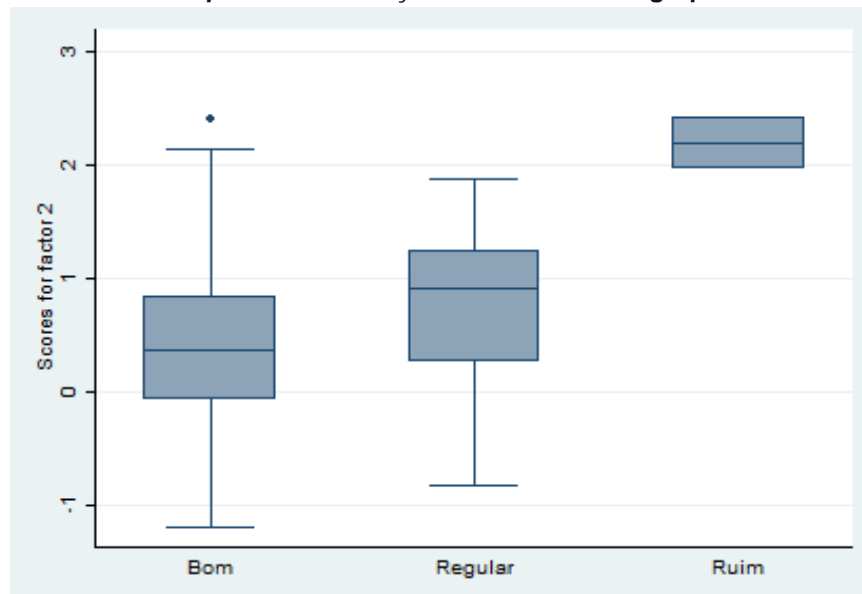
Fator 2: Longitudinalidade	Mediana (95% IC)			p value
	Bom	Regular	Ruim	
Como você avalia:				
o seu conhecimento sobre os principais problemas da família da criança de 0 a 5 anos que você atende	0.35 (0.20 a 0.50)	0.61 (0.38 a 0.80)	1.13(0.09 a 1.53)	0.0216

Box plot da distribuição dos escores nos grupos



Fator 2: Longitudinalidade**Mediana (95% IC)****p value**

Como você avalia:	Bom	Regular	Ruim	
o vínculo estabelecido entre você e as crianças de 0 a 5 anos da sua área de abrangência ao longo de tempo	0.37 (0.22 a 0.55)	0.91 (0.66 a 1.11)	2.20(1.97 a 2.42)	<0.001

Box plot da distribuição dos escores nos grupos

O instrumento final foi composto por 13 questões de caracterização do profissional e 17 questões para avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na APS (Tabela 3).

Tabela 3. Versão validada do instrumento.

QUALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	
Nome da Unidade Básica de Saúde	
Assinale o Município ou Distrito Sanitário em que você trabalha em Belo Horizonte	
Qual a modalidade de Equipe de Saúde Bucal você pertence?	
Qual a sua idade?	
Sexo	
Qual é o seu tempo de formado?	
Qual tipo de instituição você se graduou?	
Seu vínculo empregatício com o serviço é por meio de concurso público?	
Qual é a sua jornada de trabalho na Atenção Primária em Saúde?	
Qual é o seu tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde?	
Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?	
Você possui pós-graduação em Odontopediatria?	
Você possui pós-graduação em outra (s) área (s)?	
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL NA APS	
A sua ESB participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção da saúde direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	
A sua ESB participa das atividades de puericultura em conjunto com a ESF/NASF?	
Na sua ESB, são desenvolvidas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	
A sua ESB adota estratégias para aumentar o percentual de crianças livres de cárie?	
Quando a sua ESB identifica uma criança de 0 a 5 anos com muitos dentes cariados e alta vulnerabilidade, é realizada abordagem multiprofissional?	
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades de tratamento odontológico realizado durante a campanha de vacinação?	
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir da consulta de puericultura?	
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir do encaminhamento dos ACS?	
A sua ESB prioriza o atendimento de crianças de 0 a 5 anos?	
A sua ESB realiza o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos que esperam pelo atendimento na atenção secundária?	
A sua ESB utiliza os registros de levantamentos de necessidades de tratamento odontológico para planejar as ações em saúde bucal?	
A Caderneta de Saúde da Criança é utilizada pela sua ESB como fonte de informação sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	
A sua ESB realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?	
As ações de sua ESB são organizadas considerando as características socioeconômicas e demográficas (vulnerabilidade social) do território/área de abrangência?	
LONGITUDINALIDADE	
Você disponibiliza tempo na consulta odontológica para falar e tirar dúvidas das crianças e/ou familiares durante o tratamento odontológico?	
Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua Unidade Básica de Saúde?	
Você discute as dúvidas com os pais ou responsáveis sobre o tratamento odontológico proposto para a criança de 0 a 5 anos?	

DISCUSSÃO

Este estudo buscou a construção e validação de um questionário para avaliar a qualidade da atenção em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na visão do cirurgião-dentista da atenção primária. O instrumento apresentou evidências de confiabilidade teste-reteste, consistência interna e validade de construto.

O instrumento final desse estudo resultou em um questionário de 30 itens, sendo 13 itens de caracterização do profissional e 17 itens de qualidade da atenção e permitiu identificar os itens relacionados à "Qualidade da atenção em saúde bucal de crianças" por meio dos fatores "Atenção integral à saúde bucal na APS" e à "Longitudinalidade" a partir dos atributos da atenção primária à saúde.

A construção do instrumento revelou-se um processo teórico-metodológico bastante complexo e optou-se pela aplicação *online* do questionário devido ao seu baixo custo, facilidade de aplicação à distância para um maior número de respondentes e a baixa interferência do pesquisador.²⁵

As etapas de validação do instrumento resultaram na exclusão de itens que apresentaram fragilidades e não se adequavam ao escopo de atuação do cirurgião-dentista na APS que nortearam o conceito de qualidade da atenção utilizado nesse estudo.

A validação de construto realizada a partir da Análise Fatorial Exploratória atendeu a proporção considerada adequada de 4:1 respondentes por questão²⁶ e identificou dois fatores presentes no conjunto de questões do instrumento, Fator 1: Atenção Integral à Saúde Bucal e Fator 2: Longitudinalidade, tornado a escala bidimensional.²⁷ A avaliação da consistência interna pelo alfa de Cronbach considerou valores entre o bom e aceitável para os Fatores 1 e 2, respectivamente.^{24,26}

Nos dois fatores dominantes as cargas fatoriais foram diferentes para os itens do questionário revelando que, quanto maior a carga fatorial, maior é a correlação com

as dimensões encontradas. O Fator 1 concentrou o maior número de itens do questionário e possibilitou medir o acesso pela disponibilidade de serviços, a integralidade pela variedade de serviços e ações de promoção, cura e reabilitação para crianças nessa faixa etária e ainda, medir a coordenação da atenção pelo reconhecimento da importância da informação a respeito da atenção aos problemas de saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos. O Fator 2 se referiu à relação paciente profissional e carregou três itens do instrumento que mostraram a interface dessa relação e o interesse do profissional pelas necessidades ou problemas da criança.

Os construtos "Atenção Integral à Saúde Bucal" e "Longitudinalidade", resultantes do modelo teórico descrevem a relação da atenção primária com a saúde da criança ao considerar o acesso, as práticas de saúde e o contexto no qual a criança vive¹⁸, além de focar a saúde em detrimento da doença e, por isso, medem a qualidade da atenção.

Os dois construtos avaliam o que é considerado importante para o planejamento das ações de cuidado à criança na atenção primária e como essas ações podem interferir no cuidado.²⁸ O construto "Atenção Integral à Saúde Bucal" possibilitou avaliar o cuidado da criança numa perspectiva multiprofissional e mostrou a colaboração e integração entre os profissionais da equipe de saúde. Também nesse construto a compreensão dos determinantes das condições de vida da criança, como um passo fundamental no planejamento da atenção à criança gerou um instrumento capaz de mensurar as dimensões das orientações familiar e comunitária. Em relação aos itens que permaneceram no construto "Longitudinalidade" percebe-se que o instrumento propicia conhecer a abordagem na relação interpessoal e o tipo de prática que o cirurgião-dentista enfatiza no seu processo de trabalho.

A aplicação deste instrumento nos serviços de atenção primária pode ser uma estratégia para a avaliação da atenção integral e de qualidade à criança. A Estratégia Saúde da Família é referência para o atendimento infantil, atua num determinado território com equipe interdisciplinar que busca reduzir as desigualdades através de intervenções personalizadas e individualizadas sob os princípios da integralidade.²⁹ Recomenda-se a aplicação desse instrumento em

outras localidades do país e com amostras diferentes para confirmar a correlação dos itens com os construtos "Atenção Integral à Saúde Bucal" e "Longitudinalidade" e a compreensão da aplicação dos atributos da atenção primária nos serviços de saúde no Brasil.

Este instrumento permite avaliar a atenção em saúde bucal de crianças a partir da atuação do profissional no cotidiano do serviço. O instrumento propicia a reflexão e análise crítica das necessidades e das dificuldades do serviço, sendo uma ferramenta de avaliação para a gestão do cuidado de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG pelo apoio financeiro, Edital PPSUS 12/2014 Redes (PROC APQ-03442-12).

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 das Secretarias Municipais de Saúde de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros que participaram respondendo ao questionário.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: O Ministério; 2012. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *CAD Saúde Pública*. 2011; 27(9): 1731-45. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000900007
3. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília/DF: O Ministério; 2007. [Acesso em 27 de novembro 2016]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>
4. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1697-1710. DOI: 10.1590/S1413-81232007000600031
5. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: O Ministério; 2004b. [Acesso em 27 de novembro 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
6. Almeida TF, Vianna MIP, Cabral MBBS, Cangussu MCT, Floriano FR. Family context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by the Family Health Strategy in Salvador, Bahia State, Brazil. *CadSaude Publica*. 2012;28(6):1183-95. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000600017
7. Ferraz NK, Nogueira LC, Pinheiro ML, Marques LS, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. Clinical consequences of untreated dental caries and toothache in preschool children. *Pediatr Dent*. 2014;36(5):389-92.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. Rio de Janeiro: O Instituto; 2016. [Acesso em 13 abril 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm
9. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, da Silva Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental

- healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health*. 2013;13:60. DOI: 10.1186/1472-6831-13-60.
10. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *CadSaude Publica*. 2011;27(Suppl2):s272-83. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001400014
 11. Ministério da Saúde (Brasil). SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: O Ministério; 2011. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
 12. Pine CM et al. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health*. 2004;21(1Suppl):121-30.
 13. Fracoli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, CarPELLi NK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(12):4851-60. DOI: 10.1590/1413-812320141912.00572014
 14. Protásio 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. DOI: 10.5712/rbmfc10(34)868.
 15. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, 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 Saude Publica*. 2006;22(8):1649-59. DOI:10.1590/S0102-311X2006000800013
 16. 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
 17. Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da Atenção em saúde Bucal no Brasil uma revisão da literatura. *Sau. & Transf. Soc*. 2012; 3(1):92-100
 18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
 19. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2010.

20. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res. Nurs Health*. 1987;20(3): 269-74.
21. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos de rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3): 379-85. DOI: 10.1590/S0034-89102003000300018.
22. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Aval psicol* [Internet]. 2012;11(2):213-28. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt.
23. Kline RB. *Principles and practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press: London; 2011.
24. Cicchetti DV, Sparrow SA. Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: applications to assessment of adaptive behavior. *AmJournal Mental Deficiency*. 1981;86(2):127-37.
25. Wachelke J, Natividade J, Andrade A, Wolter R, Camargo B. Caracterização e Avaliação de um Procedimento de Coleta de Dados Online (CORP). *Aval psicol* [Internet]. 2014;13(1):143-46. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000100017&lng=pt.
26. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
27. Pett, MA, Lackey, NR, Sullivan, JJ. *Making sense of factor analysis*. Thousand Oaks: Sage; 2003.
28. Haggerty JL, Beaulieu, MD, Pineault R, Burge F, Lévesque JF, Santor DA, Bouharaoui F, Beaulieu C. Comprehensiveness of care from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. [*Healthc Policy*](#). 2011;7(Spec Issue):154-66.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: O Ministério; 2004c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

5.2 Produto Técnico

Vídeo Conferência a ser realizada para os cirurgiões-dentistas e gestores das cidades de Diamantina, Belo Horizonte e Montes Claros para apresentação dos resultados do estudo. Essa atividade fará parte do projeto de extensão em Teleodontologia da FOUFGM e poderá constituir-se em um espaço para discussão de possíveis estratégias para o planejamento de ações visando a melhoria da qualidade da atenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um instrumento de avaliação é um trabalho bastante complexo. Envolve um corpo de profissionais com diferentes expertises que trabalhem em equipe e em sintonia para conseguir construir um instrumento capaz de responder a uma ou mais hipóteses levantadas, seguindo etapas metodológicas para que se possa ter um trabalho robusto e de qualidade.

É inegável a importância da avaliação da atenção em saúde e em especial com relação à saúde bucal, onde são escassos os instrumentos com essa finalidade.

A captação dos respondentes foi um trabalho que exigiu muita dedicação e persistência, já que os e-mails particulares dos dentistas não são utilizados institucionalmente para repasse de informações pela gestão. Foi verdadeiramente uma experiência de fortalecimento interpessoal e reconhecimento de um grupo de dentistas envolvidos e engajados com seu trabalho que, em sua maioria, mostrou-se interessado em participar e conhecer os resultados desse trabalho, que já vê nesse interesse uma realização de um dos propósitos subjetivos desse estudo. O fato de mais de 80% da população do estudo ter pós-graduação revela o interesse desses profissionais da Atenção Primária à Saúde pela qualificação profissional e também o fato de mais de 80% serem concursados favorece o vínculo desses cirurgiões-dentistas na ESF.

Para conseguir acessar todos esses profissionais a parceria com as instituições de ensino como a UNIMONTES e UFVJM foram fundamentais, até mesmo pela distância dos municípios.

As reflexões sobre o cuidado podem propiciar o fortalecimento da incorporação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família à medida que contextualizarem as potencialidades e fragilidades da atenção em saúde bucal para a faixa etária de 0 a 5 anos no Sistema Único de Saúde.

A avaliação feita por cirurgiões-dentistas que trabalham diretamente com o acesso dos usuários ao serviço, com o acolhimento, vínculo, com a integralidade da atenção, considerando o contexto socioeconômico, demográfico e as especificidades locais e regionais pode impulsionar a melhoria do cuidado fomentando o aprimoramento profissional e político institucional.

Embora existam várias concepções do que seja avaliação, procurou-se seguir no desenvolvimento desse instrumento, etapas teórico-metodológicas como a definição do modelo teórico que norteou a definição dos objetivos a serem alcançados, a escolha do público-alvo do estudo, a elaboração das perguntas pelo grupo focal, a validação de conteúdo feita por experts. Em seguida passou-se a testar sua confiabilidade através da avaliação de sua estabilidade temporal e homogeneidade. Uma nova versão foi enviada aos CD da APS do SUS para que se processasse a validação de construto do instrumento para que assim ele pudesse ser utilizado como uma ferramenta institucional.

Esse estudo trouxe uma contribuição para o campo da Atenção Primária à Saúde pois busca preencher uma lacuna na avaliação da atenção das crianças dessa faixa etária que necessitam de maior atenção dos serviços públicos.

A escala bidimensional do instrumento trouxe uma distinção entre os dois construtos com relação ao trabalho na APS pois a Avaliação a Qualidade da Atenção na APS é bastante objetiva, enquanto o construto que mede a Longitudinalidade aborda a subjetividade da atenção na medida em que avalia o vínculo do profissional com o paciente.

Também é uma etapa de finalização da construção de um instrumento, no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva que consolidou a aproximação e cooperação entre a instituição de administração pública e centro de ensino e pesquisa, enriquecendo a dinâmica do processo avaliativo o que pode favorecer o aprimoramento constante da atenção e da academia.

A relevância desse estudo consiste na construção de um instrumento validado e confiável que pode cumprir seu papel na avaliação da atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos de idade e possivelmente fortalecer políticas públicas que possam reverter mais rapidamente o quadro epidemiológico do cuidado nessa faixa etária, evitando sequelas que possam comprometer a qualidade de vida das novas gerações de brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA C.; MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: *Organização Panamericana da Saúde*; 2006.
2. ALMEIDA T.F.; VIANNA M.I.; CABRAL M.B.; CANGUSSU M.C.; FLORIANO F.R. Family context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by the Family Health Strategy in Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.28, n.6, p.1183-95, 2012..
3. ALMEIDA, D.; SANTOS, M.A.R.; COSTA, A.F.B. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. In: *Anais do XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção*; 2010; São Carlos, SP. São Paulo: Associação Brasileira de Engenharia de Produção; 2010.
4. AL-MENDALAWI M.D.; KARAM N.T. Risk factors associated with deciduous tooth decay in Iraqi preschool children. *Avicenna J Med*. v. 4, n. 1, p. 5-8, 2014 ; 4(1):5-8.
5. AMARAL R.C. Dental caries trends among preschool children in Indaiatuba, SP, Brazil. *Braz J Oral Sci*. v. 13, n. 1, p. 1-5, 2014
6. ANASTASI A. Evolving concepts of test validation. *Annu Rev Psychol*. v.37, p. 1-16, 1986.
7. ARAUJO J.P. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. v. 67, n.6, p. 1000-7, 2014.
8. ARDENGHI T.M.; PIOVESAN C.; ANTUNES, J.L.F. Inequalities in untreated dental caries prevalence in preschool children in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. v 47 supl 3, p.129-37,2013.
9. ARDENGHI T.M.; VARGAS-FERREIRA F.; PIOVESAN C; MENDES F.M. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilization in preschool children. *Oral Health Prev Dent*. v.10, n.1, p.17-27, 2012.
10. BALDANI, M.H.; ANTUNES, J.L.F. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica*. v. 27, supl. 2, p. 272-83, 2011.
11. BARTLETT, J.E.; KOTRLIK, J.W.; HIGGINS, C.C. Organization research: 21. Determining appropriate sample in survey research. *Inf Technol Learn Perform J*. v. 19, n.1, p. 43-50, 2001.
12. BAUER M.W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

13. BECH, M.; KRISTENSEN, M.B. Differential response rates in postal and web-based surveys among older respondents. *Surv Res Methods*. v. 3, n 1, p. 1-6, 2009.
14. BISSAR, A. Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany. *Clin Oral Investig*. v.18, n. 5, p. 1411-8, 2014.
15. BOTELHO, A.C.S.R. Impacto das alterações bucais na qualidade de vida de pré-escolares de Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte, MG. Tese [Doutorado]. - Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
16. CAMARGO, M.B.J; BARROS A.J.D.; FRAZÃO P.; *et al*. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. v. 46, n 1, p. 87-97, 2012.
17. CARDOSO, A.V.L. Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de até seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG. Belo Horizonte, MG. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
18. CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. v.12, n. 6, p. 1697-710, 2007.
19. CHRISTENSEN, L.B.; PETERSEN, P.E.; HEGE, B. Oral health in children in Denmark under different public dental health care schemes. *Community Dent Health*. v. 27, n. 2, p. 94-101, 2010.
20. CICCETTI, D.V.; SPARROW, S.A.; Developing criteria for establishing interrater reliability of specific itens: applications to assessment of adaptative behavior. *Am J Ment Defic*. v. 86, n. 2, p. 127-371981.
21. COLUCI M.Z.O.; ALEXANDRE N.M.C.; MILANI D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):925-36.
22. COLUSSI C.F.; CALVO M.C.M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Saúde Transform Social*. v. 3, n.1, p. 92-100, 2012.
23. COLUSSI, C.F.; CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. v. 27, n.9, p. 1731-45, 2011.
24. CROCKER, L.; ALGINA, J. Introduction to classical & modern test theory. *Stanford: Thomson Wadsworth*; 2006.
25. DAMASIO, B.F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Aval Psicol*. 2012; 11(2):213-28.
26. 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*. 27. ed. Petrópolis/RJ: Vozes. 2008. p. 31-60.

27. DINIZ, V.M.S. Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da atenção básica em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS: validação de conteúdo e reprodutibilidade. Belo Horizonte, MG. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
28. DORIA FILHO, U. Introdução à bioestatística. São Paulo: Negócio; 1999.
29. DUMONT, A.F.S. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Ciênc Saúde Coletiva*. v. 13, n. 3, p. 1017-22, 2008.
30. FELDENS C.A., *et al.* Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res*. v.44, n. 5, p. 445-52, 2010.
31. FERRAZ N.K.L., NOGUEIRA L.C., PINHEIRO M.L., *et al.* Clinical Consequences of Untreated Dental Caries and Toothache in Preschool Children. *Pediatr Dent*. v. 36, n. 5, p. 389-92, 2014.
32. FINKLER A.L. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. v. 27, n. 6, p. 548-53, 2014.
33. FRACOLLI, L.A., Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Carpelli NK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Coletiva*. v.19, n. 12, p. 4851-60, 2004.
34. FREITAS H, OLIVEIRA M, SACCOL A.Z., *et al.* O método de pesquisa survey. *RAUSP*. v. 35, n.3, p.105-12, 2000.
35. GIOVANELLA L, MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
36. GÓES P.S.A., FERNANDES L.M.A., LUCENA L.B.S. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos da odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. p. 390-7, 2006.
37. GOETTEMS, M.L., ARDENGHI, T.M., DEMARCO, F.F., *et al.* Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. v.40, n. 5, p. 451-8, 2012.
38. GOMES, A.M.M., THOMAZ, E.B.A.F., ALVES, M.T.S.S.B., *et al.* Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. v. 9, n. 2, p. 629-40, 2014.
39. GRANT, J.S., DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. v. 20, n. 3, p. 269-74, 1997.

40. GRIEP, R.H, CHOR, D, FAERSTEIN, E, LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos de rede social no Estudo Pró-saúde. *Rev. Saúde Pública*. v. 37, n. 3, p. 379-85, 2000.
41. GROL R, WENSING M, MAINZ J, *et al.* Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J. GEN PRACT.* v. 50, n.460, p. 882-7, 2000.
42. HAGGERTY J.L., BEAULIEU M.D., PINEAULT R., *et al.* Comprehensiveness of care from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthc Policy*. v. 7, (Spec Issue), p.154-66, 2011.
43. HARRISON R.L., VERONNEAU J., LEROUX B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in cree children. *J Dent Res*. v. 91, n.11, p.1032-7, 2012.
44. HARZHEIM, E., STARFIELD, B., RAJMIL, L., *et al.* 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*. v. 22, n. 8, p. 1649-59, 2006.
45. HOGAN, T.P. Introdução à prática de testes psicológicos. Rio de Janeiro: LTC; 2006.
46. BRASIL. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/statistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm
47. JÜRGENSEN, N, PETERSEN, P.E. Promoting oral health of children through schools: results from a WHO global survey 2012. *Community Dent Health*. v. 30, n.4, p. 204-18, 2014.
48. KALLESTAL, C., WANG, N.J., PETERSEN, P.E., *et al.* Caries-preventive methods used for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*; v. 27, n. 2, p.144-51, 1999.
49. KLINE, R.B. Principles and practice of structural equation modeling. London: *The Guilford Press*; 2011.
50. KOHLER, B., ANDREÉN, I. Mutans streptococci and caries prevalence in children after early maternal caries prevention: a follow-up at eleven and fifteen years of age. *Caries Res*. v. 44, n. 5, p.453-8, 2010.
51. KRAMER, P.F., ARDENGHI, T.M. FERREIRA, S., *et al.* Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 24, n. 1, p.150-6, 2008.
52. LEÃO, A.T., OLIVEIRA, B.L. Questionários na pesquisa odontológica. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. *Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica*. São Paulo: Atheneu; p. 273-290, 2008.

53. LEE, J.Y. Examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatric Dent.* v. 28, n. 2, p. 102-5, 2006.
54. LEMOS, L.V.F.M., MYAKI, S.I, WALTER L.R.F., et al. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. *Einstein.* v. 12, n. 1, p. 6-10, 2014.
55. LI Y.N., WANG, W. Predicting caries in permanent teeth from caries in permanent teeth in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res.* v. 81, n. 8, p. 561-6, 2002
56. LIMA, A.C.S., CABRAL, E.D., VASCONCELOS, M.M.V.B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Recife, PE, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v. 26, n.5, p. 991-1002, 2010.
57. LOPEZ, I.Y., HERNANDEZ, B., RAMOS, A.A. Dental caries in preschoolers from communes with fluoridated and non-fluoridated public water supplies in Chile. *Rev Odonto Ciênc.;* v.25, n. 1, p. 20-4, 2010
58. MACHRY, R.V., TUCHTENHAGEN, S., AGOSTINI B.A., et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among brazilian preschool children. *BMC Oral Health.* 2013; 13:60.
59. MACPHERSON, L.M.D., BALL, G.E., BREWSTER, L., et al. Childsmile: the national child oral health improvement programme in Scotland. Part 1: establishment and development. *Br Dent J.* v. 209, n.2, p. 73-8, 2010.
60. MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. *Rev Bras Gest Neg.* v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.
61. MARTINS, L.G.T., LACERDA, J.T., NICKEL, D.A., et al. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. *Cad. Saúde Pública.* v. 32, n. 3, 2016.
62. MARTINS, A.M.E.B.L., GUIMARÃES, A.L.S., PAULA, A.M.B., et al. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros - Projeto SBMOC. *Unimontes Cient.* v. 14, n.1, p. 3-14, 2002.
63. MATTHIENSEN, A. O uso do coeficiente alfa de Cronbach em avaliações por questionários. Roraima: *Embrapa; 2011. (Documentos, 48)* [Acesso em 13 abril 2015]. Disponível em: <http://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/68073/1/DOC-48-2011-ID-112.pdf>.
64. MATTOS, G.C.M. Construção e validação de um instrumento para avaliação T da integralidade do cuidado odontológico na atenção primária, sob a perspectiva do cirurgião-dentista. Belo Horizonte, MG. *Tese [Doutorado] – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.*
65. Mayer, B.L.D., Huppes, R.E., Silva, F.S., et al. Profissionais de saúde da atenção básica e a avaliação: produção do conhecimento de artigos científicos. *Saúde (Santa Maria).* v. 41, n. 1, p. 19-28, 2015.

66. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *Censo escolar 2015*. Brasília: INEP, 2015.
67. BRASIL. Ministério da Educação. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: O Ministério; 2004c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 29 nov. 2016.
68. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: O Ministério, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 27 nov. 2016
69. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: O Ministério, 2006. (Normas e Manuais Técnicos, Série A). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSegestao.pdf. Acesso em: 27 nov. 2016.
70. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde*. Brasília: O Ministério, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 27 nov. 2016.
71. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: O Ministério; 2012. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
72. BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União. 29 dez. 2000; Seção 1.
73. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 23 out. 2011. Seção 1.
74. BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 13 mar. 2006. Seção 1.
75. BRASIL. Ministério da Saúde Programa nacional de avaliação de serviços de saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília/DF: O Ministério; 2007. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>
76. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: O

- Ministério; 2004a. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf
77. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: O Ministério; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/27/zika_es/res/u3/caderno_33.pdf
78. BRASIL. Ministério da 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, DF: O Ministério; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
79. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade: programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo 2º ciclo. Brasília, DF: O Ministério; 2013. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf
80. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde mais perto de você: cirurgião dentista. 2012. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=cirurgiao_dentista
81. BRASIL. Ministério da Saúde SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: O Ministério; 2011. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
82. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão 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, RJ: O Ministério; 2010b. [Acesso em 27 novembro 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf
83. MOIMAZ, S.A.S., FADEL, C.B., LOLLI, L.F., *et al.* Social aspects of dental caries in the context of mother-child pairs. *J Appl Oral Sci.* v. 22, n.1, p. 73-8, 2014.
84. MONTEIRO, G.T.R., HORA, H.R.M. Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Curitiba: *Appris*; 2014.
85. MOURADIAN, W.E., WEHR, E., CRALL, J.J. Disparities in children's oral health and access to dental care. *Jama.* v. 284, n.20, p. 2625-31, 2000.
86. MOYSES, S.J. Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica, série *Abeno*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2013.

87. 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*; v.13, n.1, p. 30, 2013.
88. NARVAI, P.C., FRAZÃO, P., RONCALLI A.G., *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev. Panam Salud Publica.*; v. 19, n.6, p. 385-93, 2006.
89. NETEMEYER, R.G., BEARDEN, W.O., SHARMA, S. *Scaling procedures: issues and applications.* Thousand Oaks: Sage; 2003.
90. NOGUEIRA, L.C., RESENDE, N.F.B.D., FERRAZ, N.K.L., *et al.* Prevalência de cárie dentária em crianças de seis a 60 meses e fatores associados, Diamantina, Minas Gerais, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* v.12, n.1, p. 13-17, 2012.
91. ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: estratégia de saúde oral em Portugal: um conceito de transversalidade que urge implementar: proposta conceptual. Porto: A Ordem; 2010. [Acesso em 12 maio 2015]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/omd.pdf>
92. OMS. MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata: *A Organização*; 1978.
93. PAES, A.T. Itens essenciais em bioestatística. *Arq Bras Cardiol.* v. 71, n. 4, p. 575-80, 1998.
94. PALMA, A.B.O., MARTINS, A.M.E.B.L., FERREIRA, R.C., *et al.* Saúde bucal de crianças de 5 anos de idade de Montes Claros, Brasil. *Unimontes Cient.* v. 14, n. 1, 2012. [Acesso em 10 out. 2012]. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica>.
95. PEREIRA, D.Q., PEREIRA, J.C.M., ASSIS, M.M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciêns Saúde Colet.* v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.
96. PESARESSI, E., VILLENA, R.S., VAN DER SANDEN, W.J., *et al.* Barriers to adopting and implementing an oral health programme for managing early childhood caries through primary health care providers in Lima, Peru. *BMC ORAL HEALTH.* v. 14, n.1, p. 17, 2014.
97. PETERSEN, P.E., TORRES, A.M. Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolescent by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *Inter J Pediatric Dent.* v. 9, n.2, p. 81-91, 1999.
98. PETERSEN, P.E. Priorities for research for oral health in the 21st Century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Health.* v. 22, n. 2, p. 71-4, 2005.
99. PETERSEN, P.E. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.*; v. 31(Suppl 1) p. 3-23 ,2003

100. PETT, M.A., LACKEY, N.R., SULLIVAN, J.J. Making sense of factor analysis. Thousand Oaks: Sage; 2003.
101. PINE, C.M., ADAIR, P.M., NICOLL, A.D., *et al.* International comparisons of health inequalities in childhood dental caries *Community Dent Health.*; v. 21(Suppl 1), p. 121-30 ,2004.
102. PINSONNEAULT, A., KRAEMER, K.L. Survey research methodology in manangement information systems: an assessment. *J Manange Inf Syst.* v.10. n. 2, p. 75-105, 1993.
103. PRAKASH, P., SUBRAMANIAM, P., DURGESH, B.H., 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.* v. 6, n.2, p.141-52, 2012.
104. PROTASIO, A.P.L., MACHADO, L.S., VALENÇA, A.M.G. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* v. 10, n.34, p. 1-9, 2015.
105. PUBLIC HEALTH ENGLAND. Oral health survey of three-year-old children 2013. A report on the prevalence and severity of dental decay. London: PHE; 2014. [Acesso em 10 out. 2015]. Disponível em: <http://www.nwph.net/dentalhealth/reports/DPHEP%20for%20England%20OH%20Survey%203yr%202013%20Report.pdf>
106. RAMOS, B.C., MAIA, L.C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. *Rev Odontol Univ São Paulo.* v. 13, n.3, p. 303-11, 1999.
107. RODRIGUES, L.A.M., MARTINS, A.M.E.B.L., FERREIRA, R.C., *et al.* Saúde bucal e perfil sociodemográfico das crianças de 18 a 36 meses de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Unimontes Cient.* v.14, n.1, p. 57-68, 2012 [Acesso em 10 out. 2012]. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica>.
108. RODRIGUES, L.A.M., MARTINS, A.M.E.B.L., FERREIRA, R.C., *et al.* Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* v.19, n.10, p. 4247-56, 2014. [Acesso em 05 out. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4247.pdf>
109. ROSA, M.A.C. Dependência de açúcares: investigação dos critérios de dependência do T DSM-IV adaptados para açúcar de adição. Belo Horizonte, MG. *Tese [Doutorado]* - Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
110. ROWAN-LEGG, A., Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Oral health care for children: a call for action. *Paediatr Child Health.* v. 18, n.1, p. 37-43, 2013

111. SANT'ANNA, CM. A formação em odontologia e sua adequação aos princípios da Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura narrativa. Porto Alegre, RS. *Dissertação [Mestrado]* – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
112. SAVAGE, M.F, LEE, J.Y, KOTCH, J.B. *et al.* Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics*. v.114, n. 4, p. 418-23, 2004.
113. SCARPELLI, A.C.R.B. Impacto das alterações bucais na qualidade de vida de pré-escolares de Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte, MG. *Tese [Doutorado]* - Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
114. SCHWARZ, E. Access to oral health care—an Australian perspective. *Community Dent Oral Epidemiol*. v.34, n. 3, p. 225-31, 2006.
115. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em saúde bucal*. Belo Horizonte, 2006.
116. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais*. Belo Horizonte, 2013.
117. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *O inquérito de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de 0 a 6 anos de 166 creches de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, MG, 2005.
118. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto global de saúde bucal. Belo Horizonte, MG, 2006. [Acesso em 12 maio 2015]. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/projetoglobal saudebucal.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/projetoglobal_saudebucal.pdf)
119. SILVA, L.M.V., FORMIGLI, V.L.A. Health evaluation: problems and perspectives. *Cad. Saúde Pública*. v.10, n.1, p. 80-91, 1994.
120. SILVESTRE, J.A.C., DE AGUIAR, A.S.W., TEIXEIRA, E.H. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. *Cad ESP*. v. 7, n. 2, p. 28-39, 2014.
121. SIMÕES, S., PEREIRA, M.P. A arte e a ciência de se fazer perguntas. In: Aguiar, N. (ed.). *Desigualdades sociais, redes de sociabilidades e participação política*. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG; 2007.
122. SKEIE, M.S., RAADAL M., STRAND, G.V., 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*. v.16, n.3, p. 152-60, 2006
123. SOUZA, T.M.S., RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial *Cad. Saúde Pública*. v. 23, n.11, p. 2727-39, 2007.

124. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: *Organização das Nações Unidas para a Educação*; 2002.
125. STREINER, D.L., NORMAN, G.R. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford: *Oxford University Press*; 2006.
126. TORRIANI, D.D., TEIXEIRA, A.M., PINHEIRO, R., *et al.* Adaptação transcultural de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil. *Arq Odontol.* v. 44, n. 4, p.17-23, 2008.
127. VASCONCELOS, V.M., FROTA, M.A., MARTINS, M.C., *et al.* Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepções de mães na estratégia de saúde da família. *Esc Anna Nery.* v.16, n. 2, p.326-31, 2012.
128. WACHELKE J. Caracterização e Avaliação de um Procedimento de Coleta de Dados Online (CORP). *Aval Psicol.* v.13, n.1, p.143-6, 2014.
129. WANG, N.J., KÄLLETSTÅL, C., PETERSEN, P.E., *et al.* Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation. *Community Dent Oral Epidemiol.* v. 26, n.4, p.263-71, 1998.
130. WHELTON, H., O'MULLANE, D.M. Public health aspects of oral diseases and disorders-dental caries. In: Pine CM (ed.) *Community oral health*. Oxford: Reed Educational & Professional; 2007.
131. YUKON HEALTH AND SOCIAL SERVICE. Yukon's pre-scholl dental program: dental health starts at birth. 2015. [Acesso em 13 abril 2015]. Disponível em: http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/preschool_dental_program.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento e Livre Esclarecido virtual, anexo ao instrumento

Avaliação da Qualidade da Atenção em Saúde Bucal das crianças de 0 a 5 anos na Rede SUS

1. TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO

* 1. 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, assinale ao final deste documento a opção SIM. 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 à Saúde (APS) do SUS. Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados entre os cirurgiões-dentistas da APS do SUS. Para a coleta de dados, será empregado um instrumento estruturado, com questões fechadas. Para a aplicação do instrumento, será utilizada a plataforma SurveyMonkey®. Cada cirurgião-dentista receberá um link (endereço eletrônico), que dará acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online, no qual o cirurgião-dentista assinalará sua concordância em participar ou não da pesquisa. Se aceitar participar, o cirurgião-dentista terá acesso ao instrumento online para que possa respondê-lo. O único risco dessa pesquisa será o desconforto pelo tempo gasto para responder ao instrumento. 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: Prof^a. Raquel Conceição Ferreira e Prof^a. Mara Vasconcelos, 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. maravas@uol.com.br. 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. Ao clicar em "SIM", estou indicando meu consentimento para participar desta pesquisa. Fui informado (a) de que tenho plena liberdade para recusar-me a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma.

SIM

NÃO

APÊNDICE B - Carta de apresentação enviada virtual, anexa ao instrumento para os 107 CD dos três municípios

Avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crianças de zero a cinco anos na Rede SUS

Caros dentistas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada "A atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS.

Estamos fazendo um estudo multicêntrico, que tem como objetivo avaliar a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, das crianças de 0 a 5 anos. Para isso, nós elaboramos um questionário, que está na fase do teste-reteste.

Este estudo é uma pesquisa da aluna Marília Costa Barony do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da FOUFGM e é parte de um projeto coordenado pela equipe de professores, Raquel Conceição Ferreira, Mara Vasconcelos e Viviane Elisângela Gomes (Universidade Federal de Minas Gerais), Thalita Thyrza Santa Rosa (Universidade Estadual de Montes Claros), Paula Cristina Pelli Paiva e Carlos José de Paula Silva (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri). O projeto está aprovado na Prefeitura de Montes Claros, Diamantina pelo Comitê de Ética da UFGM.

Precisamos que você responda esse questionário duas vezes para que possamos fazer a concordância das suas respostas e, assim, avaliar a reprodutibilidade do instrumento. Para isso, você deverá responder o questionário com intervalo de 7 dias entre a primeira e a segunda vez.

Agradecemos desde já a sua colaboração!

Clique no botão abaixo para começar a respondê-lo.

Iniciar questionário

Não encaminhe este email, pois este link de questionário é exclusivo para a sua conta.
[Cancelar assinatura](#) desta lista

Desenvolvido pela  SurveyMonkey

APÊNDICE C - Carta de apresentação enviada virtual, anexa ao instrumento para os 402 CD dos três municípios

Avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crianças de 0 a 5 anos na Rede SUS

Caros dentistas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada "A atenção em saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos na rede SUS". Estamos fazendo um estudo multicêntrico, que tem como objetivo avaliar a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, das crianças de 0 a 5 anos atendidas no SUS.

Esse questionário foi desenvolvido com a colaboração de dentistas da Atenção Básica de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros e a sua participação, nesse momento, irá contribuir na sua validação.

Peço que você responda o questionário até o dia 17 de julho de 2016.

Este estudo é uma pesquisa da aluna Marília Costa Barony do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG, coordenado pelas professoras Raquel Conceição Ferreira, Mara Vasconcelos e Viviane Elisângela Gomes (Universidade Federal de Minas Gerais), Thalita Thyrsa Santa Rosa (Universidade Estadual de Montes Claros) e Paula Cristina Pelli Paiva (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri).

Essa pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da UFMG em 04 de março de 2016 (Parecer nº 1.437.506) e Prefeitura de Belo Horizonte em 29 de março de 2016 (Parecer nº 1.468.711).

Contamos com a sua colaboração e desde já agradecemos!

Clique no botão abaixo para começar a respondê-lo.

Agradecemos sua participação!

Iniciar questionário

Não encaminhe este email, pois este link de questionário é exclusivo para a sua conta.
[Cancelar assinatura](#) desta lista

Desenvolvido pela  SurveyMonkey

APÊNDICE D - Resultado do teste-reteste aplicado para os cirurgiões-dentistas da APS de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros

Tabela 1. Resultado do teste-reteste aplicado para os cirurgiões-dentistas da APS de Belo Horizonte, Diamantina e Montes Claros.

Parte 1 CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL	KAPPA
1 Nome da Unidade Básica de Saúde	
2 Assinale o Município ou Distrito Sanitário em que você trabalha em Belo Horizonte	
3 Qual a modalidade de Equipe de Saúde Bucal você pertence?	0,95
4 Qual a sua idade?	0,92
5 Sexo	1,00
6 Qual é o seu tempo de formado?	0,92
7 Qual tipo de instituição você se graduou?	0,97
8 Seu vínculo empregatício com o serviço é por meio de concurso público?	1,00
9 Qual é a sua jornada de trabalho na Atenção Primária em Saúde?	0,93
10 Qual é o seu tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde?	0,97
11 Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?	0,99
12 Você possui pós-graduação em Odontopediatria?	0,79
13 Você possui pós-graduação em outra (s) área (s)?	0,90
Parte 2 QUALIDADE DA ATENÇÃO *	KAPPA
1 A sua Equipe de Saúde Bucal participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção da saúde (junto a outros setores tais como: meio ambiente, serviço social, educação, etc.) direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0,64
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?	0,81
3 Na sua Equipe de Saúde Bucal, são planejadas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	0,58
4 Na sua Equipe de Saúde Bucal, são desenvolvidas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	0,76
5 A sua Equipe de Saúde Bucal adota estratégias para aumentar o percentual de crianças de 0 a 5 anos livres de cárie?	0,74
6 Quando a sua Equipe de Saúde Bucal identifica uma criança de 0 a 5 anos com muitos dentes cariados e alta vulnerabilidade social, é realizada a abordagem multiprofissional?	0,78
7 As crianças de 0 a 5 anos que recebem atendimento odontológico na sua Unidade Básica de Saúde têm todas as suas necessidades básicas de saúde bucal resolvidas?	0,36

8	A sua Unidade Básica de Saúde possui os insumos necessários para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?	0,59
9	O serviço em que você trabalha oferece cursos de capacitação aos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde para o atendimento odontológico das crianças de 0 a 5 anos (com conteúdos tais como: condicionamento psicológico, tratamento endodôntico de dentes decíduos, traumatismo dentário, etc.)?	0,54
10	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades de tratamento odontológico realizado durante a Campanha de Vacinação?	0,89
11	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos identificadas nos levantamentos de necessidades de tratamento odontológico realizado nas escolas de educação infantil e/ou creches?	0,18
12	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir da consulta de puericultura?	0,77
13	A sua Equipe de Saúde Bucal atende crianças de 0 a 5 anos a partir do encaminhamento dos Agentes Comunitários de Saúde?	0,81
14	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?	0,67
15	A sua Equipe de Saúde Bucal prioriza o atendimento das crianças de 0 a 5 anos?	0,77
16	Na sua Unidade Básica de Saúde, você atende crianças de 0 a 5 anos de difícil abordagem?	0,72
17	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?	0,72
18	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 Primária à Saúde, ela continua o tratamento com você?	0,80
19	A sua Equipe de Saúde Bucal realiza o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos que esperam pelo atendimento na atenção secundária?	0,67
20	A sua Equipe de Saúde Bucal acolhe (escuta as queixas, aconselha) as crianças de 0 a 5 anos durante o atendimento odontológico?	0,72
21	Você disponibiliza tempo na consulta odontológica para falar e tirar dúvidas das crianças e/ou familiares durante o tratamento odontológico?	0,62
22	A sua Equipe de Saúde Bucal utiliza os registros de levantamentos de necessidades de tratamento odontológico para planejar as ações em saúde bucal?	0,67
23	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?	0,79

24 Ao realizar o encaminhamento da criança de 0 a 5 anos, informações por escrito sobre a saúde bucal da criança são repassadas ao profissional especialista na atenção secundária?	0,42
25 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?	0,74
26 Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua Unidade Básica de Saúde?	0,77
27 Para o planejamento integral da criança de 0 a 5 anos, a sua Equipe de Saúde Bucal considera itens relativas à vida da criança como ambiente familiar, acesso a bens e serviços, condições de moradia, lazer, hábitos e alimentação saudável?	0,66
28 Você discute as dúvidas com os pais ou responsáveis sobre o tratamento odontológico proposto para a criança de 0 a 5 anos?	0,50 ^b
29 As ações de prevenção e promoção da saúde bucal são planejadas considerando a realidade familiar e o contexto de vida das crianças de 0 a 5 anos?	0,68
30 A sua Equipe de Saúde Bucal conhece as características socioeconômicas e demográficas da sua área de abrangência?	0,60
31 A sua Equipe de Saúde Bucal realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?	0,60
32 As ações da sua Equipe de Saúde Bucal são organizadas considerando as características socioeconômicas e demográficas (vulnerabilidade social) do território/área de abrangência?	0,76
33 A atenção secundária resolve as necessidades quando as crianças de 0 a 5 anos são encaminhadas pela sua equipe?	0,39

* Coeficiente Kappa aceitável valores $\geq 0,60$

APÊNDICE E - Cargas fatoriais e variância explicada para o instrumento de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista

Tabela 2. Cargas fatoriais e variância explicada para o instrumento de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista.

Variáveis	Fator 1 Atenção Integral à saúde na APS	Fator 2 Longitudinali dade
A sua ESB participa do planejamento de ações intersectoriais de promoção da saúde direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0.55	0.18
A sua ESB participa das atividades de puericultura em conjunto com a ESF/NASF?	0.77	-0.07
Na sua ESB, são desenvolvidas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	0.75	0.09
A sua ESB adota estratégias para aumentar o percentual de crianças livres de cárie	0.75	0.16
Quando a sua ESB identifica uma criança de 0 a 5 anos com muitos dentes cariados e alta vulnerabilidade, é realizada abordagem multiprofissional	0.58	0.15
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades de tratamento odontológico realizado durante a campanha de vacinação	0.46	-0.21
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir da consulta de puericultura	0.73	-0.13
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir do encaminhamento dos ACS	0.63	0.08
A sua ESB prioriza o atendimento de crianças de 0 a 5 anos?	0.57	0.17
A sua ESB realiza o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos que esperam pelo atendimento na atenção secundária	0.63	-0.04
Você disponibiliza tempo na consulta odontológica para falar e tirar dúvidas das crianças e/ou familiares durante o tratamento odontológico?	0.20	0.55

A sua ESB utiliza os registros de levantamentos de necessidades de tratamento odontológico para planejar as ações em saúde bucal?	0.65	0.14
A Caderneta de Saúde da Criança é utilizada pela sua ESB como fonte de informação sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	0.54	-0.02
A sua ESB realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?	0.55	0.14
As ações de sua ESB são organizadas considerando as características socioeconômicas e demográficas (vulnerabilidade social) do território/área de abrangência?	0.66	0.32
Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua UBS?	0.28	0.65
Para o planejamento integral da criança de 0 a 5 anos, a sua Equipe de Saúde Bucal considera itens relativas à vida da criança como ambiente familiar, acesso a bens e serviços, condições de moradia, lazer, hábitos e alimentação saudável?	0,46	0,68
Você discute as dúvidas com os pais ou responsáveis sobre o tratamento odontológico proposto para a criança de 0 a 5 anos?	0.11	0.57
As ações de prevenção e promoção da saúde bucal são planejadas considerando a realidade familiar e o contexto de vida das crianças de 0 a 5 anos?	0,47	0,63

APÊNDICE F - Instrumento validado de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista

Tabela 3. Instrumento validado de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos na perspectiva do cirurgião-dentista.

Parte 1 CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome da Unidade Básica de Saúde

Assinale o Município ou Distrito Sanitário em que você trabalha em Belo Horizonte

Qual a modalidade de Equipe de Saúde Bucal você pertence?

Qual a sua idade?

Sexo

Qual é o seu tempo de formado?

Qual tipo de instituição você se graduou?

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

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

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

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

Você possui pós-graduação em Odontopediatria?

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

Parte 2 QUALIDADE DA ATENÇÃO

Variáveis	Fator 1	Fator 2
A sua ESB participa do planejamento de ações intersetoriais de promoção da saúde direcionadas às crianças de 0 a 5 anos?	0.56	0.16
A sua ESB participa das atividades de puericultura em conjunto com a ESF/NASF?	0.77	-0.07
Na sua ESB, são desenvolvidas ações preventivas e/ou educativas em saúde bucal para as crianças de 0 a 5 anos?	0.76	0.08
A sua ESB adota estratégias para aumentar o percentual de crianças livres de cárie	0.76	0.08
Quando a sua ESB identifica uma criança de 0 a 5 anos com muitos dentes cariados e alta vulnerabilidade, é realizada abordagem multiprofissional	0.60	0.09
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 anos identificadas no levantamento de necessidades de tratamento odontológico realizado durante a campanha de vacinação	0.44	-0.21

A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir da consulta de puericultura	0.72	-0.19
A sua ESB atende crianças de 0 a 5 a partir do encaminhamento dos ACS	0.64	0.04
A sua ESB prioriza o atendimento de crianças de 0 a 5 anos?	0.57	0.17
A sua ESB realiza o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos que esperam pelo atendimento na atenção secundária	0.63	-0.00
Você disponibiliza tempo na consulta odontológica para falar e tirar dúvidas das crianças e/ou familiares durante o tratamento odontológico?	0.24	0.63
A sua ESB utiliza os registros de levantamentos de necessidades de tratamento odontológico para planejar as ações em saúde bucal?	0.66	0.09
A Caderneta de Saúde da Criança é utilizada pela sua ESB como fonte de informação sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos?	0.54	-0.11
A sua ESB realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde das crianças de 0 a 5 anos?	0.56	0.07
As ações de sua ESB são organizadas considerando as características socioeconômicas e demográficas (vulnerabilidade social) do território/área de abrangência?	0.68	0.21
Você procura conhecer a família da criança de 0 a 5 anos que você atende na sua UBS?	0.33	0.58
Você discute as dúvidas com os pais ou responsáveis sobre o tratamento odontológico proposto para a criança de 0 a 5 anos?	0.16	0.57

ANEXOS ANEXO A - COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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: 5

CAAE: 44349215.1.1001.5149

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: 1.437.506

Apresentação do Projeto:

A criança é um ser vulnerável que necessita de assistência sistemática e periódica. Na agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a saúde bucal está entre uma das 13 linhas de cuidado. Apesar do declínio constatado nos últimos anos, a cárie dentária continua sendo a doença bucal mais prevalente em crianças e a presença de lesões cáries na dentição decidua tem se mostrado como preditora de risco de desenvolvimento de cárie na dentição permanente.

Metodologia : trata-se de estudo observacional transversal para avaliar os serviços públicos de saúde, no nível da atenção primária, entre gestantes e cirurgiões-dentistas (CDs) da rede pública de saúde. Será avaliada a percepção de gestantes e mães sobre as ações de promoção da saúde bucal ofertadas pela rede pública de saúde de BH, Diamantina e Montes Claros e a percepção e disposição dos CDs em relação à atenção às crianças de zero a cinco anos na rede pública em Belo Horizonte, Diamantina, Montes Claros e Lagoa Santa. As informações serão coletadas por meio de abordagem qualitativa empregando-se entrevista individual para compreender a percepção das gestantes e/ou mães 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

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

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.437.508

focal, para a obtenção dos construtos teóricos, que depois de testado e validado será aplicado para identificar como esses profissionais percebem a atenção às crianças de zero a cinco anos na atenção básica. Por fim, procede-se a construção dos sentidos, quando se busca articular: o embasamento teórico, os depoimentos e seus contextos, as observações registradas pelo entrevistador, os objetivos da pesquisa e as ideias presentes nas falas. Os dados quantitativos serão submetidos à análise descritiva, incluindo frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão.

Critério de Inclusão: Gestantes no terceiro trimestre e mães de crianças (com até um ano de vida) residentes nas áreas de abrangência e usuárias das unidades básicas de saúde. Cirurgiões Dentistas que trabalham na rede pública de saúde.

Critério de Exclusão: Gestantes no primeiro ou segundo trimestre e mães de crianças (com mais um ano de vida) residentes fora das áreas de abrangência e não usuárias das unidades básicas de saúde. Cirurgiões Dentistas não pertencentes à rede SUS.

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, 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

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2º Ad Sl 2005

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

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.437.506

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:

Justificativa da Emenda: "Essa emenda foi solicitada pela inclusão da coleta de dados entre os cirurgiões-dentistas no SUS de Lagoa Santa, Minas Gerais (Anuência do município incluída ao processo). Esse município foi incluído por ser da região metropolitana e ser o local de coleta de dados do Trabalho de Conclusão de Curso de uma aluna de graduação do curso de Odontologia da UFMG. Com isso, houve um aumento de 17 cirurgiões-dentistas. Para viabilizar a coleta de dados em Belo Horizonte e nos outros três municípios (Montes Claros, Diamantina e Lagoa Santa), será utilizada a Plataforma Survey Monkey para distribuição dos questionários online. Cada cirurgião-dentista receberá um link (endereço eletrônico), que dará acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online, no qual o cirurgião-dentista assinalará sua concordância em participar ou não da pesquisa. Se aceitar participar, o cirurgião-dentista terá acesso ao questionário online para que possa responder. Essa alteração consta no novo TCLE. Esse método facilitará o processo de coleta de dados, sem a necessidade de deslocamento do pesquisador até os locais de trabalho dos cirurgiões dentistas em Belo Horizonte (nas 9 regionais) e nos três municípios (Montes Claros, Diamantina, Lagoa Santa). Esse método favorecerá a participação do cirurgião-dentista, no momento que lhe for mais conveniente, com menor interferência na sua rotina de trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes: folha de rosto devidamente assinada, projeto de pesquisa, parecer consubstanciado do departamento de origem do pesquisador, carta de anuência da Prefeitura de Belo Horizonte, modelo de questionário a ser aplicados aos cirurgiões-dentistas. TCLE para os profissionais (cirurgiões-dentistas) e para as mães, novo TCLE (explicitando a utilização da plataforma Survey Monkey®. Cada cirurgião-dentista receberá um link, que dará acesso ao TCLE online), carta de anuência da Chefe do Departamento de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

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

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

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.437.506

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "PERCEPÇÃO DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE" da Pesquisadora Responsável Profa. Dra. RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA, com a inclusão da coleta de dados entre os cirurgiões-dentistas no SUS de Lagoa Santa, utilização da Plataforma Survey Monkey para distribuição dos questionários online e inclusão do TCLE on-line para o Cirurgião-Dentista.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG/ COEP-UFMG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_668361E4.pdf	24/02/2016 12:10:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIALAGOASANTA.pdf	24/02/2016 12:03:08	RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NovoTCLECD.pdf	24/02/2016 12:02:11	RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	diamantina.jpg	15/11/2015 12:47:16	RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e	autorizacaogestantemoc.jpg	15/11/2015 12:46:53	RAQUEL CONCEIÇÃO	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.437.586

Infraestrutura	autorizacaogestantemoc.jpg	15/11/2015 12:46:53	FERREIRA	Aceito
Outros	Carta de anuência institucional (18-05-2015).pdf	03/07/2015 11:10:24		Aceito
Outros	Novo cronograma.docx	03/07/2015 11:09:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser obtido das mães usuárias do Centro de Saúde - Viviane.docx	18/06/2015 08:51:27		Aceito
Parecer Anterior	Parecer consubstanciado.pdf	10/04/2015 12:24:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.pdf	10/04/2015 12:23:18		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	30/03/2015 16:10:52		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Autorização.pdf	30/03/2015 16:09:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apêndice C-Modelo do TCLE a ser obtido das mães usuárias do Centro de Saúde.pdf	30/03/2015 16:08:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apêndice B-Modelo do TCLE a ser obtido dos cirurgiões-dentistas da ESB.pdf	30/03/2015 16:07:58		Aceito
Outros	Apêndice A- Grupo focal.pdf	30/03/2015 16:07:17		Aceito

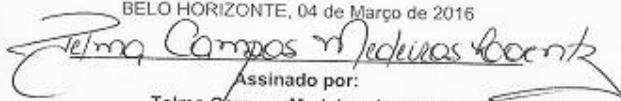
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 04 de Março de 2016

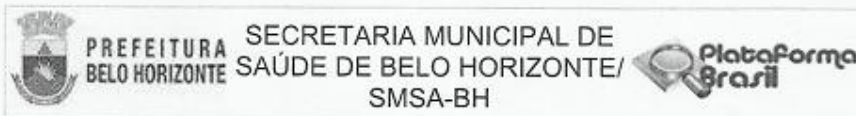

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – COEP 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: 4

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: 1.468.711

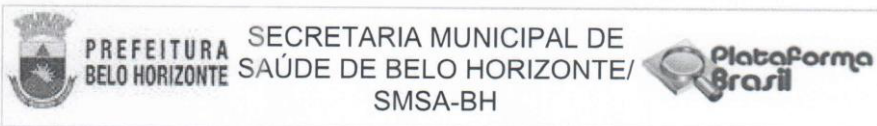
Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para inclusão da coleta de dados entre os cirurgiões-dentistas no SUS de Lagoa Santa, Minas Gerais. Segundo os pesquisadores, o município foi incluído por ser da região metropolitana e ser o local de coleta de dados do Trabalho de Conclusão de Curso de uma aluna de graduação do curso de Odontologia da UFMG. Com isso, houve um aumento de 17 cirurgiões-dentistas na população da pesquisa. Para viabilizar a coleta de dados em Belo Horizonte e nos outros três municípios (Montes Claros, Diamantina e Lagoa Santa), será utilizada a Plataforma Survey Monkey para distribuição dos questionários online. Cada cirurgião-dentista receberá um link (endereço eletrônico), que dará acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online, no qual o cirurgião-dentista assinalará sua concordância em participar ou não da pesquisa. Se aceitar participar, o cirurgião-dentista terá acesso ao questionário online.

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, e a percepção e disposição dos cirurgiões-dentistas em relação à atenção às crianças de zero a cinco anos na rede pública.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-6308 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.468.711

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:

A inclusão de mais um município no projeto é relevante para o estudo, na medida em que amplia a abrangência do estudo e a validade da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

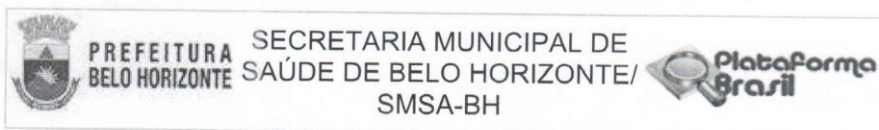
Os termos de apresentação obrigatória estão anexados e de acordo com as normas vigentes. Foram incluídas autorização do município e as devidas modificações no TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não

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



Continuação do Parecer: 1.468.711

encontrando objeções éticas e verificando que a emenda ao projeto em referência cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovada a emenda ao projeto PERCEPÇÃO DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE.

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

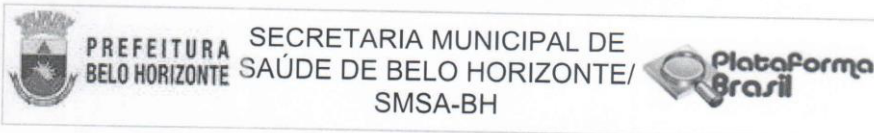
O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo 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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_668361E4.pdf	24/02/2016 12:10:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIALAGOASANTA.pdf	24/02/2016 12:03:08	RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NovoTCLECD.pdf	24/02/2016 12:02:11	RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	diamantina.jpg	15/11/2015 12:47:16	RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	Aceito

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



Continuação do Parecer: 1.468.711

Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaogestantemoc.jpg	15/11/2015 12:46:53	RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	Aceito
Outros	Carta de anuência institucional (18-05-2015).pdf	03/07/2015 11:10:24		Aceito
Outros	Novo cronograma.docx	03/07/2015 11:09:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser obtido das mães usuárias do Centro de Saúde - Viviane.docx	18/06/2015 08:51:27		Aceito
Parecer Anterior	Parecer consubstanciado.pdf	10/04/2015 12:24:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.pdf	10/04/2015 12:23:18		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	30/03/2015 16:10:52		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Autorização.pdf	30/03/2015 16:09:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apêndice C-Modelo do TCLE a ser obtido das mães usuárias do Centro de Saúde.pdf	30/03/2015 16:08:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apêndice B-Modelo do TCLE a ser obtido dos cirurgiões-dentistas da ESB.pdf	30/03/2015 16:07:58		Aceito
Outros	Apêndice A- Grupo focal.pdf	30/03/2015 16:07:17		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 29 de Março de 2016

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 C - Normas de publicação da Revista de Saúde Pública



ISSN **0034-8910** *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

[Categorias de artigos](#)
[Dados de identificação do manuscrito](#)
[Conflito de Interesses](#)
[Declaração de Documentos](#)
[Preparo do Manuscrito](#)
[Processo Editorial](#)
[Taxa de Publicação](#)
[Suplementos](#)

Categorias de Artigos

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

[CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
[STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
[MOOSE](#) checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
[STROBE](#) checklist para estudos observacionais em epidemiologia
[RATS](#) checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a [categoria de artigos](#)

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais
Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a

necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância interobservador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs.: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das [recomendações](#) citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação:

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências)
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

[MOOSE](#) checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse

científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

Dados de Identificação do Manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Conflito de Interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Declaração de Documentos

Em conformidade com as diretrizes do **International Committee of Medical Journal Editors**, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexo
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Na submissão
b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submissão
c. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.
- Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b. **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do

manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c. [AGRADECIMENTOS](#)

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d. [TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS](#)

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Preparo do Manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#)", nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *key words*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão **identificados** como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy

Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por ‘e’. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles

- obrigatoriamente em inglês.
 6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
 7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
 8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
 9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/programa, grau e o ano de defesa.
 10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, verificando se todas estão citadas no texto.
 11. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
 12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
 13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão "original aprovada". O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

Taxa de Publicação

Em janeiro de 2012, a RSP instituiu a cobrança de uma taxa por artigo publicado. Esta taxa deve ser paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos **aprovados** para publicação. Essa cobrança destina-se a complementar os recursos públicos obtidos da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Essa complementação é essencial para assegurar qualidade, impacto e regularidade do periódico, incluindo manutenção do sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, revisão da redação científica e tradução/revisão para o inglês de todos os manuscritos aprovados.

A taxa de publicação é de **R\$ 1.800,00** para **artigo original, revisão e comentário**; e para comunicação-breve, a taxa é de R\$ 1.200,00. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá

instruções de como proceder para o pagamento da taxa – transferência ou depósito bancário.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

ANEXO D - Carta de aceite do artigo da Revista de Saúde Pública



Revista de Saúde Pública

Submission Confirmation [Print](#)**Thank you for your submission****Submitted to Manuscript ID****Revista de Saúde Pública****28-Nov-2016**

RSP-2016-0382

VALIDATION OF AN INSTRUMENT TO EVALUATE PRIMARY
ORAL HEALTH CARE FOR CHILDREN

Vasconcelos, Mara

Ferreira, Raquel

Sousa Diniz, Viviane

Barony, Marília

Alencar, Gizelton

Barreiros Senna, Maria Inês

Mattos, Flávio

Gomes, Viviane