

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCoI**

ANA CRISTINA PIAS

**SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA, ACESSO E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

CRICIÚMA

2019

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS – GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSCOL

ANA CRISTINA PIAS

**SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA, ACESSO E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE.”**

CRICIÚMA

2019

ANA CRISTINA PIAS

**SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA, ACESSO E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr. Cristiane Damiani Tomasi

Coorientador: Prof. Dr. Renan Antônio Ceretta.

CRICIÚMA

2019

ANA CRISTINA PIAS

SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, ACESSO E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esta dissertação a ser apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Saúde coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 19 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Cristiane Damiani Tomasi – Orientadora

Prof. Dr^a. Patrícia Duarte Simões Pires – Banca examinadora

Prof. Dr^o. Jacks Soratto – Banca examinadora

APRESENTAÇÃO

As etapas da pesquisa foram desenvolvidas pela C.D, Especialista Ana Cristina Pias com colaboração da Profa. Dr. Cristiane Damiani Tomasi.

Esta dissertação está vinculada a um projeto de pesquisa intitulado “Saúde bucal na primeira infância: avaliação da qualidade de vida, acesso e longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde”, e coordenado pelo GECIES (Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e educação em Saúde. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, no dia 27 de setembro de 2018, com o número de aprovação 2.923.833 e financiado pelo próprio autor.

A coleta de dados pertinente ao desenvolvimento do estudo se deu entre os meses de outubro de 2018 e maio de 2019, nos Distritos de Saúde: Unidade de Saúde Santa Luzia, Unidade de Saúde Boa Vista, Unidade de Saúde Rio Maina, Unidade de Saúde Próspera e Unidade de Saúde Mina do Mato, SC, Brasil. A escolha destes locais foi baseada no fato de possuir atendimento do profissional médico Pediatra, e assim ter acesso ao maior número de responsáveis das crianças na faixa etária da pesquisa (2 a 5 anos). A distribuição por distritos possibilitou um panorama de todo o município, o que facilitou a logística do estudo.

Participaram nesta etapa da pesquisa as Acadêmicas (odontologia): Marina da Costa Rocha, Rafaela Vitali Pierini; e as CDs Andressa Martins da Costa e Fernanda Nascimento D’agostin.

Esta dissertação será escrita seguindo as normas ABNT, onde as referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT. Tal formato está de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) - (PPGScol) da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Dedico este trabalho à minha Família.
Principalmente a meu filho **Arthur** pelas horas
que estive ausente e não pude acompanhá-lo.
Ao meu marido **Sidnei** pelo apoio e incentivo;
Aos meus pais: **Luiz (in memoriam)** e **Lygia**
pelos ensinamentos.
E a mim pelo desafio, pela luta e dedicação de
construir algo novo em minha carreira,
ampliando o conhecimento e descobrindo um
mundo novo, além da Odontologia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS** por colocar em meu caminho desafios, situações vivenciadas, que em muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente meu marido e colega Sidnei Marcelo Gall, e ao meu filho Arthur Pias Gall que estiveram presentes na elaboração deste trabalho.


Agradeço a colega e amiga Fernanda Sônego por ter me incentivado a ingressar nesta caminhada, contribuindo para o meu crescimento profissional.

Às minhas colegas de mestrado pelo apoio nos trabalhos e a construção de uma amizade que ficará marcada em nossas vidas: Gi, Karina, Rejane e Silviane.

Aos professores do curso: Prof. Antônio e Prof. Fernanda pela dedicação e ensinamentos. A Prof. Fabi que com seu sorriso, jeito carinhoso e acolhimento que me fez continuar, mostrando um ensinamento muito precioso, a confiança. E aos demais professores que de alguma forma contribuíram com ensinamentos.

À minha professora e orientadora Dr. Cristiane Tomasi que, com a sua dedicação e conhecimento, fez uma ponte de saber entre a Saúde Coletiva e a Odontologia, despertando um propósito de aprendizado. Provocou-me a sair da “minha caixinha”, com palavras carinhosas me fazendo compreender que a Odontologia é uma pequena parte da Saúde Coletiva. Gratidão.

As acadêmicas de odontologia Marina e Rafaela, e as colegas CD Andressa e Fernanda pela participação na coleta dos dados. Sem elas não seria possível a pesquisa.



*"Investir em educação e saúde da criança é
Consolidar a esperança de um mundo melhor."*

João Bosco Andrade de Araújo

RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada e o primeiro contato do indivíduo com todo o sistema de saúde. Constituindo-se na principal estratégia de organização e direcionando às demais partes da rede do sistema nacional de saúde. A avaliação dos atributos essenciais da APS: o acesso e a longitudinalidade, estão diretamente relacionados na efetividade e resolutividade dos serviços. Neste contexto, destaca-se a importância da avaliação dos problemas de saúde oral para construção de um serviço de saúde que priorize as necessidades de sua população. A Qualidade de vida é uma importante medida utilizada nas pesquisas de saúde para avaliação da eficácia e eficiência dos serviços prestados pelos sistemas de saúde. Na população infantil a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é de significativa importância, e é nesta faixa etária que temos a cavidade bucal em desenvolvimento, onde ocorrem: a erupção de todos dentes decíduos; a instalação de hábitos de vida que podem ser nocivos; a presença de cárie na primeira infância (CPI); e a instalação de hábitos bucais deletérios que podem evoluir para a mal oclusão.

Objetivo: avaliar o acesso, longitudinalidade do serviço odontológico, qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na primeira infância. **Método:** Trata-se de estudo observacional, transversal. Participaram da pesquisa 144 mães e ou responsáveis legais de crianças, na faixa etária de 2 à 5 anos. A coleta de dados foi através de aplicação de questionário estruturados, utilizando a versão brasileira validada do *Childhood Oral Health Impact Scale – B-ECOHIS* para avaliar a saúde bucal relacionada à qualidade de vida; a longitudinalidade dos serviços odontológicos foi avaliado por uma adaptação do instrumento de avaliação da Atenção Primária-versão criança (*PCATool-Brasil*). Os dados sociodemográfico e o acesso ao atendimento odontológico por instrumento elaborado pelo autor. A pesquisa se desenvolveu em unidades de saúde que possuem atendimento de médico pediátrico. Para todas as análises estatísticas foi considerada diferença estatisticamente significativa quando valor de $p < 0,05$. A análise estatística foi desenvolvida no *software* estatístico SPSS, versão 22.0. **Resultados:** As ESB estavam presentes em 77,3% das unidades de saúde dos entrevistados. As consultas odontológicas ocorreram 51,4% das crianças (2-5 anos), e destas em 91,7% a consulta não ocorreu antes do 6 mês. A qualidade de vida teve impacto negativo 27,8% (n=40), e 30,8% (n=44) das crianças apresentavam problemas de saúde bucal. A longitudinalidade teve escore satisfatório 6,9(satisfatório) para as crianças com agravos bucais. **Conclusão:** O acesso à saúde bucal na primeira infância apresentou-se baixo, quando se verificou que o dentista faz parte da maioria das equipes e que uma pequena parcela teve a consulta odontológica antes do 6 mês de vida. O aumento das consultas odontológicas ocorreram com o aumento da idade das crianças e na presença de agravos bucais. A Qualidade de vida teve baixo impacto, podendo estar relacionada a baixa incidência de problemas de saúde bucal, e melhores condições de vida. A longitudinalidade do cuidado, na odontologia, apresentou escore satisfatório, no entanto para o tratamento de agravos bucais e não para a promoção e prevenção da saúde bucal.

Palavras-chave: qualidade de vida; saúde bucal; crianças; saúde pública; Integralidade em saúde.

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the gateway and the first contact of the individual with the entire health system. Being the main strategy of organization and directing to other parts of the network of the national health system. The evaluation of the essential attributes of PHC: access and longitudinally are directly related to the effectiveness and resoluteness of the services. In this context, the importance of the evaluation of oral health problems is highlighted for the construction of a health service that prioritizes the needs of its population. Quality of life is an important measure used in health research to evaluate the effectiveness and efficiency of services provided by health systems. In children, the evaluation of oral health-related quality of life (OHRQoL) is very important, it is in this age group that we have the developing oral cavity, where: eruption of all deciduous teeth; the installation of lifestyle habits that can be harmful; the presence of early childhood caries (ECC); and the installation of harmful oral habits that may evolve into malocclusion. **Objective:** The evaluation of access and longitudinally of the dental service, with the oral health-related quality of life of children in early childhood. **Methods:** This is an observational, cross-sectional study. Data were collected through a structured questionnaire administered to mothers and/or guardians, using the validated Brazilian version of the *Childhood Oral Health Impact Scale - B-ECOHIS* to assess oral health related to quality of life; The longitudinally of dental services was assessed by an adaptation of the primary care assessment instrument - child version (*PCATool-Brazil*). Sociodemographic data and access to dental care by an instrument prepared by the author. The study included 144 mothers and/or legal guardians of children, aged 2 to 5 years. The research was developed in health units that have pediatric physician care. **Results:** The oral health teams were present in 77.3% of the health units of respondents. Dental consultations occurred in 51.4% of children (2-5 years), and of these in 91.7% the consultation did not occur before 6 months. Quality of life had a negative impact 27.8% (n=40), 30.8% (n=44) of the children had oral health problems. The longitudinally had a satisfactory score 6.9 (satisfactory) for children with oral disorders. **Conclusion:** Access to oral health in early childhood was low, when it was found that the dentist is part of most teams and that a small portion had the dental appointment before 6 months of life. The increase in dental appointments occurred with the increasing age of children and in the presence of oral disorders. Quality of life had a low impact and may be related to the low incidence of oral health problems and better living conditions. The longitudinally of care in dentistry presented a satisfactory score, however for the treatment of oral diseases and not for the promotion and prevention of oral health.

Keywords: Quality of life; Oral health; Children; Public health; Integrality in health;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma Descritor Do Estudo	388
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis dependentes ...333

Quadro 2 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis independentes:333

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas das famílias das crianças 2-5 anos..	40
Tabela 2 - Perfil sócio-demográfico das crianças de 2-5 anos	41
Tabela 3 - Análise do acesso ao serviço de odontologia das crianças de 2-5 anos	433
Tabela 4 - Associação entre problemas de saúde bucal, os problemas	455
Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das respostas referente ao atributo longitudinalidade do Cuidado, aplicado as responsáveis de crianças 2-5 anos	477
Tabela 6 - Análise descritiva das respostas referente ao questionário B-ECOHIS, aplicado aos responsáveis das crianças de 2-5 anos, 2019	50
Tabela 7 - Comparação entre problemas de saúde bucal e qualidade de vida relacionada a saúde bucal, longitudinalidade do cuidado em odontologia	51
Tabela 8 - Avaliação do impacto da qualidade de vida relacionada a longitudinalidade, acesso ao serviço de odontologia e as orientações de saúde bucal	522

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAO	Academia Americana de Odontopediatria
ADA	Associação Dental Americana
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Atenção em Saúde Bucal
B-ECOHIS	Early Childhood Oral Health Impact Scale-Brasileira
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPI	Cárie Precoce na Infância
CPO	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECOHIS	<i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i>
FDI	Federação Dentária Internacional
GECIES	Grupo de Pesquisa em Gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde
LC	Linhas de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA-Tool	<i>Primary Care Assessment Tool.</i>
PSB	Problema de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
PNSB	Política Nacional de Saúde bucal
QV	Qualidade de Vida
QVRSO	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral
SB	Saúde Bucal
SOHO-5	<i>Scale of Oral Health Outcomes</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termos de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	177
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	199
1.2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	233
1.3 DOENÇAS BUCAIS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	255
1.4 LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO EM ODONTOLOGIA	277
1.5 JUSTIFICATIVA	30
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	31
3 MÉTODOS	322
3.1 HIPÓTESES:.....	322
3.2 DESENHO DO ESTUDO	322
3.3 VARIÁVEIS	333
3.3.1 Dependente	333
3.3.2 Independentes	333
3.4 CRITÉRIOS.....	344
3.4.1 Critérios De Inclusão	344
3.4.2 Critérios De Exclusão	344
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA.....	345
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	366
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	377
4 RESULTADOS	388
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	399
4.2 ACESSO AO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA.....	422
4.3 LONGITUDINALIDADE NA ODONTOLOGIA	455
4.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL	488
5 DISCUSSÃO	533
6 CONCLUSÃO	622
REFERÊNCIAS	633
APÊNDICE	722

APÊNDICE A	733
APÊNDICE B	766
APÊNDICE C	799
ANEXOS	80
ANEXO A	81
ANEXO B	822
ANEXO C	833

1 INTRODUÇÃO

A Atenção básica é o primeiro nível de atenção à saúde, também chamada de atenção primária à saúde (APS), e vem a ser o primeiro contato do usuário à um acesso coordenado, universal e contínuo às demais partes da rede do sistema nacional de saúde. Constitui-se como a principal estratégia de organização da atenção à saúde (FRANK et.al.,2015).

Os princípios da APS foram descritos por Starfield (2002) acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação. O acesso diz respeito à acessibilidade do usuário à atenção básica de saúde, através da utilização do acolhimento [tecnologia Leve] no atendimento e no direcionamento para a resolução de suas necessidades essenciais.

Na integralidade o indivíduo não é visto como um indivíduo e sua enfermidade, ele é observado como um todo, avaliando a sua inserção no contexto socioeconômico, político, cultural e ambiental. A longitudinalidade é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo (continuidade da atenção) e está relacionada à relação interpessoal, entre profissional e usuário, e expressa a confiança mútua e a construção de vínculo (STARFIELD, 2002).

A presença deste atributo nos serviços de atenção primária está relacionado com resultados positivos, o que justifica sua utilização com o objetivo de avaliar os serviços prestados (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

A qualidade de vida (QV) é um conceito amplamente utilizado nas pesquisas em saúde (SEID, ZANNON, 2004). Seu conceito é descrito na literatura de diferentes formas, sendo considerado sinônimo de saúde e este um dos aspectos de qualidade de vida, mas o conceito mais aceito é o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual a qualidade de vida reflete a percepção do indivíduo, onde este avalia se as suas necessidades estão sendo satisfeitas, e o que está faltando para alcançar sua felicidade, independente do seu estado de saúde física e socioeconômico (OMS,1998).

A OMS tem se empenhado nos últimos anos em enfatizar a importância das condições bucais como parte integrante e indissociável da saúde geral e da qualidade de vida das pessoas (PETERSEN, 2003).

Para Tesch, Oliveira, Leão (2008) na avaliação da qualidade de vida deve-se levar em consideração vários fatores nos domínios: físico, social e psicológico. Estes autores relatam que a capacidade de se alimentar, a ocorrência de dor e desconforto, costumam ser consideradas como aspectos negativos mais relevantes para a qualidade de vida dos indivíduos (PETERSEN, 2003; TESCH, OLIVEIRA, LEÃO, 2008; ALDRIGUI et al., 2011; MASOOD et al., 2014).

O interesse pelo conceito de qualidade de vida (QV), na área da saúde, é relativamente recente, este ocorreu devido a mudanças de paradigmas que têm influenciado as políticas públicas e as práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL e ZANNON, 2004).

A melhoria da QV da população brasileira é o objetivo a ser alcançado pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), sendo esta a base para a reorganização da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008). Este tema foi abordado na 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em dezembro de 2007, onde foi reafirmada a importância da qualidade de vida, em um dos eixos, que teve como tema: "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento" (BRASIL, 2008).

A qualidade de vida pode ser vista como um indicador de saúde, onde seus resultados precisam ser mensurados e compreendidos para o constructo de melhorias nos programas e políticas públicas (PEREIRA, 2010). A avaliação da QV passa a ser de fundamental importância, pois é capaz de diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir (PEREIRA, 2010). Corroborando, Oliveira (2015) descreve a importância da utilização de questionários em estudos epidemiológicos, para o diagnóstico da realidade local e no desenvolvimento de políticas públicas estabelecendo estratégias de prevenção e tratamento de agravos.

Os principais agravos que acometem a cavidade oral da população infantil, na primeira infância, e tem impacto negativo na qualidade de vida segundo Carminatti et.al. (2017) e Brasil (2010) são: cárie dental, inflamação gengival, e as desordens bucais (hábitos bucais e maloclusões). A primeira infância contempla a idade de 0-6 anos, no entanto, para avaliação da saúde oral relacionada à qualidade de vida, é necessário que se inicie a avaliação a partir dos 24 a 36 meses, idade que corresponde aproximadamente ao término da erupção dos dentes decíduos e a instalação dos agravos bucais mais prevalentes (BRASIL, 2010).

A avaliação dos agravos bucais é responsabilidade dos profissionais e instituições de saúde, possibilitando desta forma o monitoramento da capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde e acompanhar as intervenções realizadas (PEREIRA, 2010; MARTINS et al. ,2015).

A avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde Oral (QVRSO) de Crianças na Idade pré-escolar deve ser realizada para possibilitar o conhecimento do impacto das doenças bucais na QV, e segundo Martins et.al. (2015) podemos realizá-los através de questionários validados.

A avaliação do acesso e a longitudinalidade dos serviços tem impacto importante para construção de um atendimento que objetiva suprir as necessidades dos usuários (BRASIL, 2010). Em diversos estudos a longitudinalidade está identificada como característica principal da APS e está associada à resultados positivos, com melhor aceitação dos usuários a cuidados preventivos (STARFIELD,2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; FRANK et al, 2015).

Embora existam estudos relacionados à longitudinalidade e à qualidade de vida, não encontram-se estudos relacionando estes fatores ao acesso ao serviço odontológico na primeira infância.

Esta pesquisa tem como finalidade avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças em idade pré-escolar, mensurando o acesso e a longitudinalidade dos serviços odontológicos prestados, e assim promovendo um diagnóstico da situação vivenciada pelos usuários na atenção primária em saúde do município. A partir destes resultados propomos realizar uma avaliação do atendimento odontológico da primeira infância sugerindo à gestão pública a discussão do tema, com a identificação de fragilidades do sistema, objetivando a construção de um atendimento multiprofissional com uma odontologia inserida na vivência diária das Unidades de Saúde, através do acolhimento e atendimento na primeira infância, promovendo a prevenção e o tratamento dos principais agravos que acometem esta faixa etária.

1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

A criação do SUS (Sistema Único de Saúde) pela Constituição de 1988 é a referência do início de oferta de atendimento odontológico em larga escala na rede

pública de saúde (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013). Na Constituição Federal do Brasil de 1988 (Capítulo II, Seção II, Artigo 196), descreve a saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco e de doença, possibilitando o acesso universal e igualitário, com prioridade nas ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de doenças (BRASIL, 1990).

Em 1994, o perfil do modelo assistencial brasileiro era o da utilização dos recursos tecnológicos de forma irracional e com baixa resolutividade, com a finalidade de reorientar o atendimento em saúde e desta forma foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013). O atendimento se daria a partir do atendimento da família levando em consideração todo o seu contexto, como o ambiente físico e social e incorporando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (LIMA et al., 2015).

Segundo Gigante, Guimarães (2013) as equipes de saúde bucal foram inseridas no PSF por meio da Portaria 1.444/GM de 2000, seis anos após o início do programa. Com a Saúde Bucal (SB) inserida na PSF obteve-se maior acesso da população à odontologia (GIGANTE, GUIMARÃES, 2013). Com a inclusão da odontologia inicia-se o processo da construção da integralidade no atendimento dos usuários. A construção deste novo conceito é norteadas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004 a).

Em 2003, Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de saúde bucal - Programa Brasil Sorridente. Este programa constitui-se de uma série de medidas que tem como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população (BRASIL, 2016).

Segundo Lucena, Pucca Jr e Souza (2011), a Política Nacional de Saúde Bucal-Brasil Sorridente constitui um modelo de atenção com supremacia às práticas odontológicas até então existentes no país. Na Política Nacional de saúde Bucal (PNSB) consta nas suas diretrizes que: “As ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva” (GIGANTE, GUIMARÃES, 2013). Seguindo este princípio, temos o Projeto SB Brasil realizado pelo MS, que foi um abrangente levantamento para avaliar a saúde bucal dos brasileiros, em todo país, e

constitui a base das ações do Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2012). A implantação desse programa significou um marco na mudança do foco da atenção bucal e visou melhorar a organização do sistema de saúde como um todo (GIGANTE, GUIMARÃES, 2013). A primeira edição do Projeto SB Brasil foi em 2003 e a mais recente em 2010, (BRASIL, 2012a).

O Projeto SB-Brasil 2003 (BRASIL,2004 a), com finalidade de conhecer a realidade da saúde bucal dos brasileiros evidenciou, não somente a má distribuição de profissionais de saúde bucal em todo o país, mas também um atendimento odontológico ainda muito voltado para as especializações e com exclusão social (BRASIL, 2004 b GIGANTE, GUIMARÃES, 2013). Nos resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012), a cárie dental foi considerada o agravo de maior prevalência e, neste agravo, segundo a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6); através do índice CPO que avalia a somatória dos dentes: Cariados, Perdidos e obturados/restaurados (BRASIL, 2012a).

A Estratégia da Saúde da Família e a Estratégia de Saúde Bucal (ESB) devem estar voltadas para a promoção e proteção da saúde bucal de toda a população, priorizando as crianças e atuando na identificação e tratamento precoce dos problemas detectados (BRASIL,2006). É de grande importância a identificação de riscos e situação de vulnerabilidade, possibilitando o alcance e manutenção da saúde bucal. (BRASIL,2006). Entre 2002 à 2011 observou-se um aumento de 91,8% no número de ESF, 387% no número de ESB e desta forma o fortalecimento da Atenção Primária no país (LUCENA, PUCCA JR., SOUZA, 2011).

As conquistas são percebidas tanto na Atenção primária como na Atenção secundária (Especialidades). Na Atenção Primária temos melhoria no acesso da população devido ao aumento de equipes de saúde bucal e na Atenção Secundária em razão da implantação de serviços especializados, através dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (LUCENA, PUCCA JR., SOUZA, 2011).

Na atenção secundária a implantação CEO possibilitou a criação de rede de referência e contra referência, ampliando os serviços ofertados (BRASIL, 2012 a).

Com a criação de diretrizes que orientam e organizam a Atenção em Saúde Bucal (ASB), em todos os níveis de atenção, reitera o conceito de que a saúde não

está centrada somente na assistência aos doentes, mas sim na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004a).

Segundo Cardoso (2018), os serviços de saúde no Brasil tem melhorado e atingido um desenvolvimento expressivo, onde estão sendo realizadas medidas que ampliam as ações em saúde, tanto para a população em geral como para grupos prioritários. Entre os grupos prioritários para a oferta de ações de saúde pública, destacam-se as crianças, gestantes e idosos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2012a). O atendimento integral da mulher e da criança é considerado estratégico (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012a).

A saúde bucal apresentada pela gestante tem relação direta com a sua saúde geral e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê (BRASIL, 2012 b). O acompanhamento da saúde bucal da criança diminui as chances do surgimento de doenças, como a cárie dentária, que podem gerar sequelas permanentes na cavidade bucal (BRASIL, 2012 b). As diretrizes PNSB estabelece que o atendimento pode ser planejado a partir das Linhas de Cuidado (LC), (BRASIL, 2004 a).

As linhas de cuidado consistem no reconhecimento de especificidades própria de cada idade (criança, adolescente, adultos e idoso) (BRASIL, 2004 a). Na linha de cuidado para crianças de 0-5 anos de idade consta que deve ser prioridade o ingresso dessas crianças no máximo até o sexto mês de vida no sistema de saúde. O acesso das crianças aos serviços odontológicos pode contribuir para diferentes níveis de saúde bucal (BRASIL,2004 a).

Melo et al (2015), em um estudo de caso controle entre crianças brasileiras de 5 anos de idade, mostrou maior chances de cárie nas crianças que não tiveram cuidados odontológicos. Nesta faixa etária vários estudos têm mostrado baixo uso de serviços odontológicos (RODRIGUES et al.,2014; SCHWENDLER, FAUSTINO-SILVA, ROCHA, 2015).

Levantamentos epidemiológicos evidenciaram que no Brasil a CPI apresenta-se como um problema de saúde pública (BORGHI, 2015). No último relatório de saúde bucal, (BRASIL, 2010), realizado pelo MS, apenas 46,6% das crianças brasileiras aos cinco anos de idade se estavam livres de cárie na dentição decídua e 43,5% aos 12 anos já na dentição permanente. Esses dados evidenciaram que o Brasil não atingiu a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, a

qual preconiza que 50% das crianças com idade de zero a cinco anos deveriam estar livres de cárie (BORGHI, 2015).

Para priorizar a integralidade e a longitudinalidade da saúde bucal de crianças, é imprescindível o conhecimento da realidade através de pesquisas vinculando a saúde bucal e sua participação na qualidade de vida (CARMINATTI et al., 2017).

No Brasil, dentre os agravos bucais mais prevalentes temos em ordem decrescente, respectivamente: cárie dental, problemas gengivais e as oclusopatias (maloclusões) (BRASIL, 2012a). Na análise dos dados obtidos no SB- Brasil (2003) observa-se a necessidade de atenção especial à dentição decídua, pois aos 5 anos de idade, apenas 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie (BRASIL, 2004 a). As lesões de cárie em crianças de 5 anos foi, em média de 2,43 dentes, e dentre estes, menos de 20% apresentavam-se tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados. Em 2003, a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados—uma redução de apenas 13,9% em 7 anos. Ainda mais preocupante é que os dentes cariados se mantiveram não tratados no mesmo patamar - 80% (BRASIL, 2010).

Segundo Rodrigues et al. (2014) a prevalência do uso de serviços odontológicos, na faixa etária 18 a 36 meses, é baixa, indicando a necessidade de maior oferta desses serviços e a ampliação de ações preventivas e de promoção de saúde. Há desencontros entre as necessidades de saúde das crianças e o que é ofertado pelo serviço. Outra dificuldade descrita por Silva e Francolli (2016) são as barreiras organizacionais ao acesso; predominância de práticas curativas e preventivas individuais; a verticalização na organização das ações e a falta de adequada comunicação entre profissional e usuário, dificultando assim, a assistência às crianças.

1.2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial de Saúde tem como propósito primordial garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos, e estabeleceu em 1945 o entendimento de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (OMS, 2008).

A OMS definiu qualidade de vida como: “A percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, (OMS,1998; PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012; CARMINATTI et al., 2017).

Ao analisar a etimologia da palavra, segundo Santin (2002) ela origina-se de “*qualis*” [latim] que significa o modo de ser característico de alguma coisa, podendo assumir características tanto positivas como negativas. Quando utilizamos o termo qualidade de vida, acredita-se ser referido a algo bom, digno e positivo. (SANTIN,2002).

A qualidade de vida trata-se de uma representação social estruturada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas, criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social e determinada por cada sociedade (MINAYO, HARTZ E BUSS,2000).

A saúde bucal é parte da saúde geral e é essencial para a qualidade de vida. Os indivíduos devem dispor de uma saúde bucal que os permita: falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento (PETERSEN,2003; ALDRIGUI et al.,2011; MASOOD et al., 2014).

Segundo Hescot (2016), presidente da Federação Dentária Internacional (FDI), lançou dia 6 de setembro de 2016, no congresso anual em Poznan, Polônia, a nova definição de "saúde bucal" - posicionando-a como parte integrante da saúde geral e do bem-estar. O novo conceito diz que:

“É multifacetada e inclui, sem limitações, a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções, através de expressões faciais, com confiança e sem dor ou desconforto e sem doença do complexo craniofacial” (HESCOT, 2016, site).

Hescot (2016) no site da FDI, comenta que esta nova definição é um marco importante para a profissão, em que a saúde bucal é um componente essencial da saúde e do bem-estar físico e mental e que pode ser influenciada pelos valores e atitudes dos indivíduos e das comunidades. Este conceito reafirma a importância da saúde oral como parte contribuinte para se obter o bem estar do indivíduo (PEREIRA, 2010).

Segundo Carminatti et al., (2017) a qualidade de vida é mensurada através da percepção do indivíduo aos acontecimentos que dificultam o seu bem estar ou de sua família, determinando que as doenças e desordens bucais podem causar impactos negativos na qualidade de vida. A qualidade de vida relacionada à saúde oral (QVRSO) vem sendo estudada em vários países (RUIZ; ABARA E VELASQUES, 2014)

No Brasil, existem questionários validados para a avaliação da QV de crianças em relação a sua saúde oral. Com o uso destes questionários é possível avaliar as condições bucais que afetam a qualidade de vida (CARMINATTI et al,2017).

A saúde bucal da criança está diretamente relacionada a atitude materna. Pode se dizer que a orientação da gestante no pré natal odontológico, é o primeiro momento para agregar o conhecimento entre profissional e paciente, e é nesta fase que a gestante está mais receptiva para a construção de hábitos mais saudáveis (FAUSTINO-SILVA et al.,2008; CARMINATTI et al.,2017). O constructo dos saberes maternos deve ser efetivado através do acolhimento da gestante, puérperas e bebês pela equipe de saúde multiprofissional (BRASIL,2004 a).

1.3 DOENÇAS BUCAIS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

As doenças bucais, como a cárie e os hábitos bucais deletérios, podem causar impacto na qualidade de vida das crianças (ALMEIDA et al., 2010; KRAMER et al.,2013; MELO et al.,2015; CARMINATTI et al., 2017). A cárie dental, no Brasil, acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade, sendo que este percentual chega à 59,4% aos cinco anos de idade (BRASIL, 2004 a). É uma doença que se não tratada, pode resultar em consequências sistemáticas, como diminuição na qualidade de vida do indivíduo infectado (MELO et al.,2015; BORGHI, 2015; FIRMINO et al., 2016; CARMINATTI et al., 2017).

Segundo Firmino, et al., (2016) uma vez a doença cárie instalada e em um processo de agravamento, pais de uma geração mais jovem relatam ter a doença um impacto importante na qualidade de vida da família. Os problemas de saúde oral têm sido reconhecidos como relevantes, originadores de impacto negativo nas atividades diárias, causando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais (ALMEIDA et al., 2010; CARMINATTI et al., 2017; TELLO et al., 2016; SOUSA, 2016).

Os efeitos negativos da cárie dental na vida das crianças incluem: dificuldade de mastigar, diminuição da vontade de se alimentar, perda de peso, dificuldade para dormir, alterações no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima) (FEITOSA, COLARES, PINKHAM, 2005; ALMEIDA et al., 2010; CARMINATTI et al, 2017). Corroborando com estes estudos Antunes et al. (2018) acrescenta que a cárie dental é sim um problema de saúde pública. Em seu estudo a prevalência de cárie em pré-escolares foi de 3,7% e as crianças com alta gravidade de cárie precoce na infância (CPI) tinham cinco vezes mais chances de sofrer impacto na qualidade de vida.

Segundo relata Ruiz; Abara e Velasques (2014) tem-se realizado pesquisas para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde oral (QVRSO), tanto em adultos como em crianças, e descreve em seu estudo que a QVRSO tem caráter subjetivo e multidisciplinar, sendo estudada em vários países, englobando e avaliando as características físicas, familiares e de lazer.

A qualidade de vida relacionada à saúde oral possui instrumentos validados para possibilitar o seu estudo (CARMINATTI et al.,2017). O Instrumento norte-americano Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) foi criado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares e suas famílias. Para seu uso no Brasil foram realizadas adaptações (ABANTO,2013; NOVAES et al., 2017).

O questionário é composto por 13 questões, correspondentes a 6 domínios: quatro domínios referentes à sessão criança (sintomas, função, psicológicas e autoimagem/interação social; dois domínios na seção impacto familiar: angústia dos pais e função da família.

A versão Brasileira do questionário Qualidade de Vida Relacionado à Saúde Bucal de Crianças na Idade Pré-escolar, chama-se: (B-ECOHIS) (MARTINS et al.,2015). Ferreira et al. (2017) confirma a efetividade do (ECOHIS), e que ele deve ser considerado um importante instrumento analítico para a confirmação de resultados estatísticos e demonstra a significância clínica desses resultados de pesquisa.

Devido a sua utilização, tem sido possível ampliar o conhecimento das alterações orais que afetam a qualidade de vida das crianças. (KRAMER et al.,2008).

Na literatura, vários estudos descrevem a correlação entre qualidade de vida (QV) e saúde bucal e pontuam que a cárie dental, os hábitos bucais (mamadeira

e sucção de bicos) e a respiração oro nasal atuam negativamente na qualidade de vida destes indivíduos (RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005; ABANTO et.al.,2011; SOUZA,2016; FREIRE, FERRARI, PERCINOTO, 2015; CABRAL et.al.,2017). Outras alterações orais, como as maloclusões, têm sido associadas à piora na QV (ABANTO et al., 2015; MIOTTO et al.,2016; CARMINATTI et al.,2017).

Com a utilização dos instrumentos validados, para aferir a QVRSO consegue-se medir o impacto da cárie dental e das maloclusões na qualidade de vida das crianças. Através da QV se obtém um diagnóstico da realidade local e, desta forma, intervir precocemente para promoção, prevenção e restabelecimento da saúde oral, através do desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas, na estratégias de prevenção e tratamento dos agravos (OLIVEIRA, 2016; CARMINATTI et al., 2017).

1.4 LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO EM ODONTOLOGIA

Na Constituição Federal Brasileira de 1988 consta que é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário da população aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. E, como princípio do SUS de Integralidade: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL,1990). A sua consolidação somente ocorreu com a Lei Federal nº 8.080, no ano de 1990, e tem como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade (BRASIL,2002).

O Caderno de Atenção Básica, n 17, p.8 (2008) elaborado pelo MS, enfatiza que: “para efetivação do SUS é necessário o fortalecimento da Atenção Básica e que é fundamental a garantia do acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, assegurando a integralidade da atenção” (BRASIL, 2008 ;p.8).

A Atenção Primária à Saúde tem, como elementos estruturantes, os atributos definidos de acordo com Starfield (2002): porta de entrada (serviço de primeiro contato), longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Dentre esta definição podemos citar os quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (BRASIL,2010).

O princípio da integralidade traduz-se pela atenção à pessoa como um ser integral, não segmentado nos diversos setores ou programas de uma Unidade de Saúde. (BRASIL, 2002). Outro conceito também utilizado para a integralidade, são aqueles relacionados aos serviços disponíveis e prestados pela APS. Estes serviços devem atender o indivíduo de forma integral, tanto no processo saúde-doença como em ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação adequada ao contexto (BRASIL, 2002).

O encaminhamento para as especialidades médicas locais, hospitais, entre outros, é um atributo que orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços pelo usuário (SILVA; SENA, 2008; BRASIL, 2010). Segundo Mattos (2004) a Integralidade nas práticas de saúde está relacionada à condição integral e não parcial de compreensão do ser humano, isso significa que o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, compreender o seu contexto social e, a partir deste momento atender às demandas e necessidades desta pessoa.

No atendimento odontológico à crianças na primeira infância, pensando na integralidade do atendimento é fundamental iniciar a prevenção pela saúde Familiar, observando que os hábitos de saúde oral dos pais influenciam a saúde bucal dos filhos. (RIGO, DALAZEN e GARBIN, 2016). As crianças dependem exclusivamente de seus familiares e ou cuidadores, sendo assim, o enfoque na educação em saúde deve ser familiar para estimular um estilo de vida com hábitos de saúde bucal mais saudáveis (ALMEIDA et al., 2010; CASTILHO et al., 2013; TELLO et al., 2016).

Prestes et al. (2013) salienta que apesar dos avanços da saúde bucal, estamos ainda longe de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, e acredita que a integralidade representa um desafio aos profissionais da saúde na construção de uma nova visão do cuidado materno-infantil, desafiada por mitos e crenças (materna e de familiares).

Segundo Rigo, Dalazen e Garbin (2016) mães que receberam orientação odontológica durante a gestação tiveram maior percepção sobre a saúde bucal de seus filhos. E desta forma possibilitando a formação de uma nova consciência sobre saúde da família (MELO et al., 2010).

Segundo Penso et al. (2017), a avaliação dos serviços é importante, uma vez que permite o planejamento das ações em saúde, e desta forma reestruturar as

estratégias à partir da avaliação dos atributos essenciais que devem ser reorganizados. Entre os atributos essenciais para a Atenção Primária em Saúde destaca-se a longitudinalidade, que é determinada pelo acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Este atributo está fortemente relacionado à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, e permite aos profissionais lançar mão de ações que promovam a saúde e previnam agravos (MELLO et. al., 2012; BENEVIDES et al.,2018).

Avaliar a sua efetividade torna-se essencial para o aprimoramento do sistema (SILVA e SILVEIRA,2013; ESSVEIN et al., 2019). No entanto, Alves, Andrade e Santos (2016) relatam que o atributo longitudinalidade sofre influência direta do tempo de implantação das ESF, pois se trata do relacionamento entre profissional e usuário (vínculo entre a equipe e usuário).

A longitudinalidade também é conceituada como: “uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo” (BRASIL,2010; p.9). A continuidade não é obrigatória para que a relação exista, pois interrupções na continuidade não interrompem a relação entre profissional e usuário, e ou equipe e usuário (BRASIL,2010).

No estudo de Braz et al. (2013) relata que no atributo longitudinalidade, os cuidadores das crianças tiveram boa experiência com as ações derivadas desse atributo. No entanto, no atributo Integralidade, tanto para serviços disponíveis como para os prestados, os escores foram baixos. O autor sugere planejamento e a implementação de ações que estejam dentro das necessidades de saúde da população infantil. (BRAZ et al.,2013)

1.5 JUSTIFICATIVA

No município onde foi realizado o estudo as crianças, na primeira infância, não possuem uma linha de cuidado para seu atendimento no serviço de odontologia. A busca pelo serviço ocorre pela iniciativa dos pais, e geralmente nestes casos, quando ocorre a procura já existem sinais de alterações bucais.

Observa-se uma lacuna no atendimento das crianças nesta faixa etária. Sendo assim propôs-se fazer um diagnóstico da situação atual, através do conhecimento da realidade da área adscrita, com a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças de 2-5 anos, juntamente com a avaliação da atenção primária em saúde pelos atributos acesso e longitudinalidade do atendimento odontológico.

Os dados obtidos pela pesquisa permitiram o conhecimento da realidade do município, e a partir destes dados propor a discussão do tema com a Gestão municipal, Coordenação de Saúde Bucal e demais profissionais da rede de atenção. Objetivando a elaboração de um fluxograma para o atendimento odontológico na primeira infância, contribuindo para a diminuição do impacto negativo das doenças da cavidade oral na qualidade de vida destes indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal, com os principais agravos bucais (cárie dental, mal oclusão e trauma dental), e a associação com acesso e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária a saúde.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- a) Verificar o perfil sócio demográficos das crianças e suas famílias;
- b) Descrever o acesso aos serviços de odontologia oferecidos nas unidades de saúde e problemas relacionados à saúde bucal das crianças;
- c) Identificar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal pelo instrumento B-ECOHIS;
- d) Verificar a longitudinalidade do cuidado em odontologia ofertado às crianças de 2-5 anos na unidade de saúde;
- e) Comparar a presença de agravos de saúde bucal com qualidade de vida (verificada pelo B-ECOHIS) e longitudinalidade do cuidado de odontologia na APS;
- f) Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (verificada pelo B-ECOHIS) com longitudinalidade do cuidado em odontologia, acesso e serviços de odontologia na APS.

3 MÉTODOS

3.1 HIPÓTESES:

- H1: A maioria das famílias têm renda média mensal entre 2 a 4 salários mínimos. A escolaridade da maioria das mães das crianças é segundo grau completo e tem irmãos na mesma faixa etária de 2 a 5 anos.
- H2: A maioria das crianças procurou o serviço de odontologia, após os 6 meses de idade. A consulta é marcada de forma presencial, demora-se até 7 dias para a consulta. O tempo de deslocamento entre a casa e a unidade de saúde é entre 16 e 40 minutos;
- H3: A maioria das crianças tem baixo impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal;
- H4: A longitudinalidade do cuidado em odontologia ofertado às crianças de 2 a 5 anos é baixa;
- H5: Crianças com agravos de saúde bucal tem pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal e longitudinalidade do cuidado;
- H6: Crianças com maior qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem melhor acesso ao serviço de odontologia e longitudinalidade do cuidado.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal. A pesquisa foi coordenada pelo Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde (GECIES), com coleta de dados nas seguintes unidades de saúde do município de Criciúma: Unidade de Saúde Santa Luzia, Mina do Mato, Boa Vista, Rio Maina e Próspera. Essas unidades de saúde concentram os atendimentos clínicos pediátricos do município de Criciúma, e devido a estes atendimentos, encontra-se a presença da população da faixa etária do estudo.

A população do estudo foi composta por mães e ou responsáveis de crianças de 2 a 5 anos de idade, que frequentaram as Unidades de Saúde que tem atendimento com médico pediatra.

3.3 VARIÁVEIS

3.3.1 Dependente

As variáveis dependentes deste estudo estão descritas na tabela abaixo:

Quadro 1 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis dependentes

IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	FORMA DE VERIFICAÇÃO
Presença de agravo de saúde bucal	Variável categórica dicotômica	Categorias pré-definidas
Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (B-ECOHIS)	Variável categórica ordinária	Categorias pré-definidas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, (2018).

3.3.2 Independentes

As variáveis independentes deste estudo estão descritas na tabela abaixo:

Quadro 2 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis independentes:

IDENTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	FORMA DE VERIFICAÇÃO
Idade da mãe	Variável numérica discreta	Em anos completos
Número de filhos	Variável numérica discreta	Em número
Grau de escolaridade da mãe e pai	Variável categórica ordinal	Categorias pré-definidas
Acesso ao pré-natal odontológico	Variável categórica nominal	Sim ou não
Renda familiar	Variável categórica ordinal	Em salários mínimos
Vínculo de trabalho	Variável categórica nominal	Categorias pré-definidas
Acesso ao atendimento	Variável categórica nominal	Categorias pré-definidas
Longitudinalidade do serviço	Variável numérica contínua	Cálculo do escore

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, (2018).

3.4 CRITÉRIOS

3.4.1 Critérios De Inclusão

Os critérios de inclusão foram: Crianças de 2 a 5 anos de idade acompanhadas de mães ou responsáveis legais, capazes de responder a pesquisa; Crianças devem estar cadastradas e frequentando a unidade de saúde de referência; mães ou responsáveis legais que aceitaram participar da pesquisa por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A.

3.4.2 Critérios De Exclusão

Para a pesquisa foram excluídas crianças de 2 a 5 anos em que mães ou responsável legal já tenham participado desta pesquisa, oferecendo informações sobre o irmão mais novo e crianças que apresentaram alterações congênitas, paralisia cerebral, comprometimento sistêmicos, também foram excluídas.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA

Para esta pesquisa foram utilizados os instrumentos de coleta de dados sobre perfil sóciodemográfico, acesso a serviços odontológicos ofertados pela unidade de saúde (Apêndice B), qualidade de vida relacionada à saúde bucal para crianças – B-ECOHIS (Anexo C) e a dimensão longitudinalidade do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) versão criança, adaptado para a odontologia (Apêndice C).

Abaixo são descritos os instrumentos, bem como a forma de cálculo de escores, quando for aplicável.

O questionário sóciodemográfico foi elaborado pelo autor com informações sobre a idade da criança (em anos); idade materna (coletada em anos); idade do responsável (em anos); Escolaridade da mãe e do pai: não alfabetizado, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo, Ensino Superior Incompleto, Ensino Superior

Completo, não sabe informar. Renda familiar mensal (renda mensal resultante do total acumulado da colaboração de todos os moradores da casa).

A coleta sobre o salário mínimo: menos que 1 salário mínimo (menor ou igual a R\$937,00), 1 a 2 salários mínimos (R\$937,00 – R\$1.874,00), 2 a 4 salários mínimos (R\$1.874,01 – R\$3.748,00), mais que 4 salários mínimos (mais que R\$3.748,00), não sabe. Quantos dependem desta renda familiar (coletada em número de pessoas residentes na casa). Cor da pele da criança (branca, Negra, outra). Vínculo de emprego das mães: desempregado, vínculo formal de trabalho, Vínculo informal de trabalho, aposentado [por tempo de contribuição], Aposentado [por invalidez], não trabalha [do lar].

A criança frequenta a escola: sim ou não. Se Sim- creche ou ensino fundamental. Presença de irmãos (em números), Idade dos irmãos (menores ou maiores de 5 anos).

Na avaliação da qualidade de vida foi utilizado questionário - B-ECOHIS, validado, versão Brasileira. Este instrumento é composto por perguntas referentes a influência das condições bucais que interferem na qualidade de vida das crianças e possui subdivisões: criança e família.

O questionário foi aplicado sob a forma de entrevista por um pesquisador treinado. As mães e ou responsável responderam às perguntas usando uma escala de classificação de 0 a 5, onde: 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente e 5 = não sabem. Os escores totais podem variar de 0 a 52, com escores mais altos indicando maiores impactos negativos da saúde bucal na qualidade de vida. Respostas atribuídas a pontuação de 5 (não sei) ou faltando respostas serão ambos tratados como itens ausentes (TESCH, OLIVEIRA, LEÃO, 2008).

O impacto na QVSB das crianças e suas famílias foi registrado quando pelo menos uma resposta de “algumas vezes” foi registrada, enquanto a ausência de impacto foi registrada quando todas as respostas foram “nunca” ou “quase nunca”. A versão em português do Brasil deste questionário foi validada e usada em estudos anteriores (TESCH, OLIVEIRA, LEÃO, 2008).

Quando, nas respostas dos questionários que tiveram até dois itens ausentes na sessão de impacto da criança ou até um item em falta na seção da família, a média dos itens restantes naquela seção serão usados para imputar valores para

itens ausentes. Para a subescala dos pais, uma pontuação (média dos demais itens desta seção) será somada para os itens em falta, permitindo que um correspondente pudesse ser incluído na análise em apenas uma das sub escalas do ECOHIS.

A dimensão longitudinalidade do PCATool-Brasil versão criança foi aplicado as mães ou representantes legais, em uma versão adaptada para a odontologia. Na versão elaborada pelo MS o instrumento avalia o atendimento da criança referente aos serviços de saúde. Sendo assim, foi realizada a adaptação para o atendimento do profissional Cirurgião-Dentista.

Os escores foram avaliados conforme normatização do instrumento de pesquisa PCATool-Brasil. O cálculo dos escores foi realizado com a quantificação das respostas possíveis para cada pergunta: “com certeza, sim (valor=4); provavelmente, sim (valor=3); provavelmente, não (valor=2); com certeza, não (valor=1) e não sei /não lembro (valor=9)”. Os escores foram calculados pela média dos valores das respostas.

Neste atributo foram somadas os escores de todas as 14 perguntas e dividido pelo número de perguntas. Para o item 10 foi necessário a inversão, descrita pelo instrumento, onde “com certeza, sim (valor=1); provavelmente, sim (valor=2); provavelmente, não (valor=3), com certeza, não (valor=4). Quanto maior o escore, melhor a avaliação da longitudinalidade.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta dos dados foi montado um banco de dados, e posterior análise estatística. As variáveis nominais foram apresentadas como frequência absoluta e relativa. Foi realizado teste de normalidade da distribuição das variáveis contínuas, (Kolmogorov-Smirnov), havendo distribuição paramétrica foram apresentadas em média e desvio padrão, se houver distribuição não-paramétrica serão apresentadas com mediana e intervalo interquartil.

As comparações entre variáveis nominais foram realizadas por teste de Qui-quadrado, ou teste exato de Fisher, conforme indicado. As comparações de variáveis contínuas com distribuição normal foram realizadas por teste t de Student, variáveis com distribuição não paramétricas, pelo teste U de Mann-Whitney.

Para todas as análises estatísticas foi considerada diferença estatisticamente significativa quando valor de $p < 0,05$. A análise estatística foi desenvolvida no *software* estatístico SPSS, versão 22.0.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de aceite (Anexo A), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense CEP/UNESC e teve número de aprovação 2.923.833/2018. (ANEXO A)

O possível risco do estudo pode ter sido desconforto emocional dos entrevistados em responder um questionário sobre: a saúde bucal e a sua relação com a qualidade de vida das crianças de 2-5 anos, acesso e longitudinalidade dos serviços odontológicos prestados. O risco foi minimizado através da não identificação do participante e sigilo das informações dos entrevistados. Os pesquisadores aplicaram o questionário em ambiente calmo, que permitiu que o entrevistado se sinta confortável em responder às perguntas.

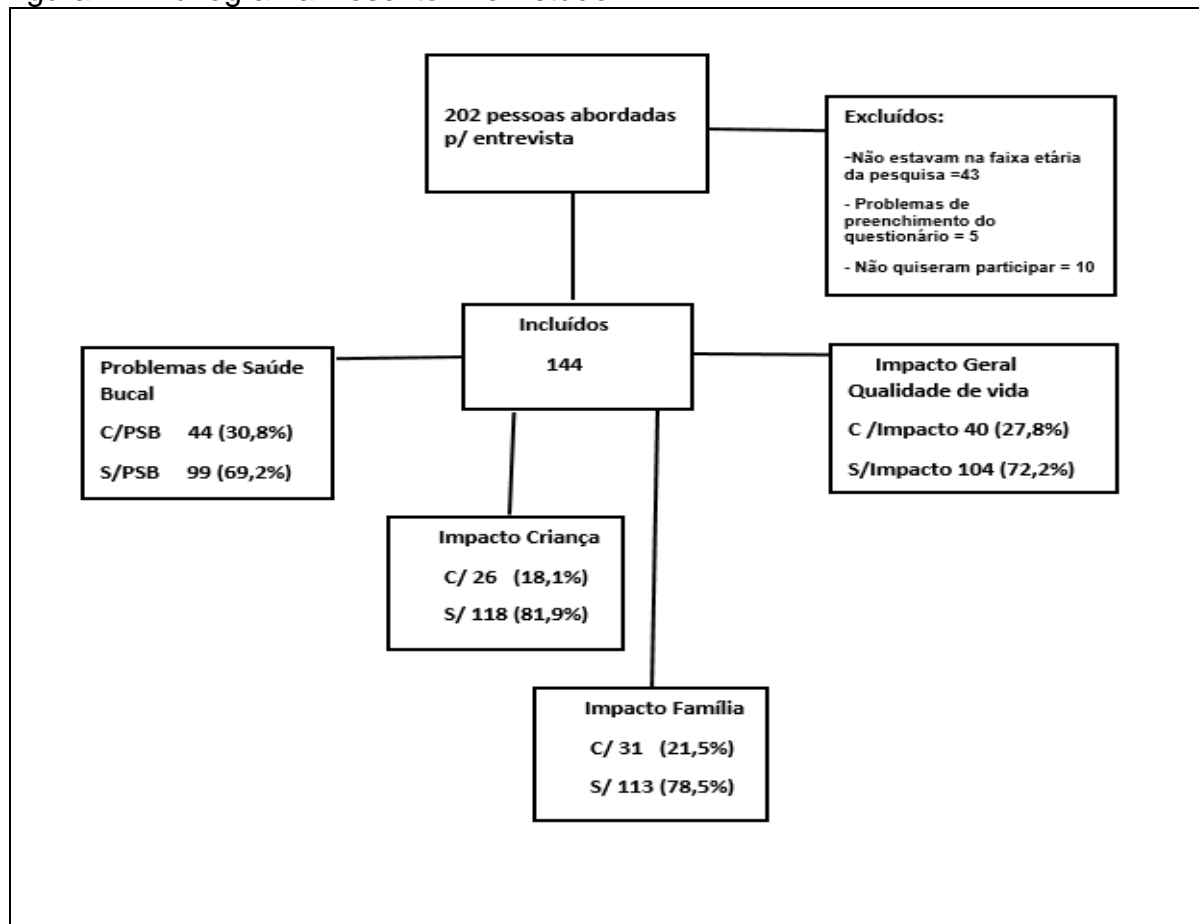
4 RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro de 2018 a maio de 2019 e foram realizadas através de entrevistas com mães e ou responsável legal de crianças de 2-5 anos atendidas nas unidades de saúde com profissional pediatra.

A taxa de participação no estudo foi de 144/202 (71,28%). Foram excluídas da pesquisa 43 (21,28%), pois não pertenciam a faixa etária estipulado nos critérios de inclusão. Não quiseram participar do estudo 10 (4,95%) e 5 (2,49%) questionários por constar erro no preenchimento.

Na amostra estudada possuíam problemas de saúde bucal 30,8% (n=44) das crianças e não possuíam 69,2%(n=99). No impacto da qualidade de vida geral 27,8% (n=40) possuíam impacto. Na seção criança, 18,1% apresentaram impacto na QV e 81,9% não. Na seção familiar 21,5% apresentaram e 78,5% não.

Figura 1 - Fluxograma Descritivo Do Estudo



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, (2019).

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.

A tabela 1 resume as características sócio demográficas e socioeconômicas das famílias das crianças de 2-5 anos do presente estudo. A maioria dos questionários foi respondido pelas mães 75,5% (n=108), seguidos de avós ou tias com 16,1% (n=23). O cruzamento deste dados com a presença de agravo bucal não teve significância estatística ($p=0,706$). O responsável pelas crianças teve como idade mediana, 35 anos, e quando relacionado à problema de saúde bucal, não teve associação estatisticamente significativa ($p=0,852$).

Quanto à escolaridade materna, a maioria das mães cursaram 9 anos de estudo. No cruzamento de dados referente a escolaridade materna com a presença de problema de saúde bucal, não obteve-se significância estatística ($p=0,159$). Os índices obtidos estão descritos de forma decrescente: Ensino Médio Completo 30,8% (n= 44), Ensino Fundamental Incompleto 14,7% (n=21), Ensino médio Incompleto e Ensino Superior Completo com 14% (n=20), Ensino Superior Incompleto e Ensino Fundamental Completo tiveram os mesmos percentuais 11,2% (n=16), e não alfabetizado 3,5% (n=5).

Na análise da escolaridade paterna observou-se percentuais diferente aos das mães, com Ensino médio completo 36,4(n=52, Ensino Fundamental Incompleto 15,4% n=22), Ensino Fundamental Completo 11,9 (n=17), Ensino Médio Incompleto 11,2% (n=16), Ensino Superior Completo 10,5% (n=15), Ensino Superior Incompleto 4,2% (n=6) e não alfabetizado 2,1% (n=3). No cruzamento da escolaridade paterna com problema de saúde bucal não teve associação estatisticamente significativa ($p=0,589$).

No que se refere à renda familiar, encontrou-se os seguintes resultados: a maioria dos familiares com renda familiar entre 1-2 salários mínimos 39,9% (n=57); entre 2-4 salários mínimos 36,4% (n=52) e com mais de 4 salários mínimos 12,6% (n=18).

As características da família foram avaliadas quanto à associação com problemas de saúde bucal. No entanto, observou-se associação estatisticamente significativa somente entre a quantidade de pessoas que dependem da renda familiar e problemas de saúde bucal ($p=0,046$), o que demonstra que famílias com crianças

com problema de saúde bucal possuem cerca de 4 pessoas que dependem da renda familiar.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas das famílias das crianças 2-5 anos

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA	PROBLEMA DE SAÚDE BUCAL		TOTAL	VALOR DE P
	NÃO	SIM		
Relação com a criança, n (%)				
Mãe	73 (73,7)	35 (79,5)	108 (75,5)	
Pai	9 (9,1)	2 (4,5)	11 (7,7)	0,706
Avó/avô/tia	17 (17,2)	7 (15,9)	23 (16,1)	
Idade do responsável, mediana (aiq)	35 (13,5)	35(14,5)	35(15)	0,852
Escolaridade da mãe da criança, n (%)				
Não alfabetizado	4 (4)	1 (2,3)	5 (3,5)	
Ensino fundamental incompleto	14 (14,1)	7 (15,9)	21 (14,7)	
Ensino fundamental completo	12 (12,1)	4 (9,1)	16 (11,2)	
Ensino médio incompleto	9 (9,1)	11 (25)	20 (14,0)	0,159
Ensino médio completo	35 (35,4)	9 (20,5)	44 (30,8)	
Ensino superior incompleto	11 (11,1)	5 (11,4)	16 (11,2)	
Ensino superior completo	14 (14,1)	6 (13,6)	20 (14)	
Não sabe informar	0	1 (2,5)	1 (0,7)	
Escolaridade do pai da criança, n (%)				
Não alfabetizado	2 (2)	1 (2,3)	3 (2,1)	
Ensino fundamental incompleto	13 (13,1)	9 (20,5)	22 (15,4)	
Ensino fundamental completo	11 (11,1)	6 (13,6)	17 (11,9)	
Ensino médio incompleto	11 (11,1)	5 (11,4)	16 (11,2)	
Ensino médio completo	40 (40,4)	12 (27,3)	52 (36,4)	0,589
Ensino superior incompleto	4 (4)	2 (4,5)	6 (4,2)	
Ensino superior completo	13 (13,1)	2 (4,5)	15 (10,5)	
Não sabe informar	5 (5,1)	7 (15,9)	12 (8,4)	
Renda média da família, n (%)				
Menos que 1 salário mínimo ^a	7 (7,1)	2 (4,5)	9 (6,3)	
1 a 2 salários mínimos	35 (35,4)	22 (50)	57 (39,9)	
2 a 4 salários mínimos	36 (36,4)	16 (36,4)	52 (36,4)	0,225
Mais que 4 salários mínimos	14 (14,1)	4 (9,1)	18 (12,6)	
Não sabe/não sabe informar	7 (7,1)	0	7 (4,9)	
Quantidade de pessoas que contribuem com a renda familiar, mediana (aiq)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	0,709
Quantidade de pessoas que dependem da renda familiar, mediana (aiq)	4 (1)	4 (2)	4 (1)	0,046*
Vínculo de trabalho, n (%)				
Desempregado	13 (13,1)	9 (20,5)	22 (15,4)	
Vínculo formal de trabalho	58 (58,6)	16 (36,4)	74 (51,7)	
Vínculo informal de trabalho	10 (10,1)	6 (13,6)	16 (11,2)	0,211
Aposentado	3 (3)	1 (2,3)	4 (2,8)	
Trabalhadora do lar	15 (15,2)	12 (27,3)	27 (18,9)	

Fonte: Dados do autora, 2019, ^a= 1 salário = R\$937,00; AIQ= Amplitude Interquartil; * indica diferença estatisticamente significativa.

Na tabela 2 encontra-se descrito o perfil sócio demográfico das crianças do estudo, onde a idade mediana das crianças é de 3 anos para as que não tiveram problemas de saúde bucal, e mediana de 4 anos para as que tem problemas de saúde bucal, com idade mínima de 2 anos e máxima de 5 anos. Ao analisar a relação entre problema de saúde bucal e idade das crianças, encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,001$). As crianças com maior idade tiveram mais problemas de saúde bucal.

Tabela 2 - Perfil sóciodemográfico das crianças de 2-5 anos

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA	PROBLEMA DE SAÚDE BUCAL		TOTAL	VALOR DE P
	NÃO	SIM		
Idade da criança	3 (1)	4 (1,75)	4 (2)	0,001*
A criança possui irmãos, n (%)				
Não	37 (37,4)	10 (22,7)	47 (32,9)	0,061
Sim	62 (62,6)	34 (77,3)	96 (67,1)	
Idade dos irmãos, n (%)				
Mais que 5 anos	52 (80)	23 (67,6)	75 (75,7)	0,320
Até 5 anos	13 (20)	11 (32,4)	24 (24,2)	
A criança frequenta escola ou creche, n (%)				
Não	12 (12,1)	6 (13,6)	18 (12,6)	0,012*
Sim, creche	65 (65,7)	18 (40,9)	83 (58,0)	
Sim, ensino infantil	22 (22,2)	20 (45,5)	42 (29,4)	
Cor da pele da criança, n (%)				
Branca	83 (83,8)	35 (79,5)	118 (82,5)	0,589
Preta	10 (10,1)	7 (15,9)	17 (11,9)	
Outra	6 (6,1)	2 (4,5)	8 (5,6)	

Fonte: Dados do Autor, 2019. Amplitude Interquartil (AIQ), * significância estatística

A maioria das crianças possuía irmãos 67,1% ($n=96$), e quanto referida a idade dos irmãos, a maioria possuía irmãos maiores de 5 anos 75,7% ($n=75$). Mas não houve associação estatisticamente significante ($p=0,320$) com a presença de problemas bucais.

Quanto à criança frequentar Escola ou Creche, a maioria com 87,4% ($n=125$) responderam sim. E destas, as que estão na Creche 58% ($n=83$), na Educação infantil 29,4% ($n=42$), e as que não frequentam 12,6% ($n=18$). Ao analisar a relação entre problemas de saúde bucal e frequentar a escola ou creche encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p= 0,012$). Ao analisar os dados observou-se que as crianças com maior percentual de problemas bucais encontram-se no ensino fundamental.

A maioria das crianças é da cor Branca 82,5% (n=118), 11,9% (n=17) da cor Preta e outra 5,6% (n=8). Não teve significância estatística quando relacionado a problemas de saúde bucal, (p=0,589).

4.2 ACESSO AO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

A Tabela 3 descreve o acesso ao serviço odontológico, onde as perguntas utilizadas na pesquisa estão descritas abaixo com seus respectivos resultados. Se o dentista faz parte da sua UBS, obteve-se como resposta sim em 77,3% (n=109) e não 22,7% (n=32). Os resultados mostraram que, das 109 crianças que possuíam dentista na equipe de saúde, destas 84,5% (n= 82) não apresentavam problemas de saúde bucal. No entanto, das que não possuíam dentista na equipe de saúde 38,6% (n=17) apresentavam problemas de saúde bucal. Houve associação estatisticamente significativa entre problemas de saúde bucal e a presença do dentista, (p= 0,003).

Quando referido se a criança já se consultou com o dentista, o resultado obtido foi que, das 142 crianças 51,4% (n=73) fizeram consulta e não fizeram consulta 48,6% (n=69). Houve associação estatisticamente significativa entre problemas de saúde bucal e a criança ter consultado com dentista, (p<0,001).

Quanto à época que foi realizada a primeira consulta odontológica e se ocorreu antes do sexto mês de vida do bebe, encontrou-se: não fizeram a consulta antes do sexto mês 91,7% (n=110). Quando realizado cruzamento com problema de saúde bucal, não houve significância estatística, (p=0,420).

Quando analisada associação entre problemas de saúde bucal com consulta antes do sexto mês, acesso ao serviço de odontologia, fila de espera e forma de deslocamento até a UBS, não se verificou associação estatisticamente significativa.

Na forma que é realizado o agendamento a maioria respondeu que é presencial na recepção 88,4% (n=122). Quando avaliada a relação entre presença de problema de saúde bucal 72,1% apresentavam problema de saúde bucal, com significância estatística (p<0,001).

Tabela 3 - Análise do acesso ao serviço de odontologia das crianças de 2-5 anos

	PROBLEMA DE SAÚDE BUCAL		TOTAL	VALOR DE P
	NÃO	SIM		
Dentista faz parte da equipe da ubs do bairro, n (%)				
Não	15 (15,5)	17 (38,6)	32 (22,7)	0,003*
Sim	82 (84,5)	27 (61,4)	109 (77,3)	
A criança já se consultou com um dentista, n (%)				
Não	60 (61,2)	9 (20,5)	69 (48,6)	<0,001*
Sim	38 (38,8)	35 (79,5)	73 (51,4)	
Consulta odontológica foi antes dos 6 meses de vida da criança, n (%)				
Não	71 (89,9)	39 (95,1)	110 (91,7)	0,420
Sim	5 (6,3)	2 (4,9)	7 (5,8)	
Não lembra	3 (3,8)	0 (0)	3 (2,5)	
Acesso ao serviço de odontologia da UBS, n (%)				
Livre demanda	8 (8,1)	4 (9,1)	12 (8,4)	0,783
Agenda consulta	78 (78,8)	36 (81,8)	114 (79,7)	
Não sabe informar	13 (13,1)	4 (9,1)	17 (11,9)	
Forma de agendamento da consulta Odontológica para a criança na UBS, n (%)				
Presencial na recepção	91 (95,8)	31 (72,1)	122 (88,4)	<0,001*
Por telefone	3 (3,2)	6 (14)	9 (6,5)	
Outra forma	1 (1,1)	6 (14)	7 (5,1)	
Fila de espera no agendamento, n (%)				
Não	46 (48,4)	16 (37,2)	62 (44,9)	0,149
Sim	49 (51,6)	27 (62,8)	76 (55,1)	0,149
Tempo aproximado entre marcar a consulta e ser atendido, n (%)				
Até 7 dias	61 (89,7)	24 (70,6)	85 (83,3)	0,007*
Entre 7 e 14 dias	5 (7,4)	2 (5,9)	7 (6,9)	
Entre 15 e 30 dias	2 (2,9)	4 (11,8)	6 (5,9)	
Mais que 30 dias	0 (0)	4 (11,8)	4 (3,9)	0,007*
Deslocamento de casa até a ubs, n (%)				
Caminhando	68 (69,4)	22 (50)	90 (63,4)	0,058
Bicicleta	0 (0)	1 (2,3)	1 (0,7)	
Carro ou moto	27 (27,6)	17 (38,6)	44 (31,0)	
Ônibus	3 (3,1)	4 (9,1)	7 (4,9)	
Tempo necessário para o deslocamento de casa até a ubs, n (%)				
Até 15 minutos	82 (83,7)	35 (79,5)	117 (82,4)	0,009*
Entre 16 e 40 minutos	16 (16,3)	5 (11,4)	21 (14,8)	
Mais que 40 minutos	0 (0)	4 (9,1)	4 (2,8)	

Fonte: Dados do autor, 2019. AIQ= Intervalo interquartil; * indica diferença estatisticamente significativa

Referindo-se a fila de espera para o atendimento odontológico responderam que existe fila de espera 55,1% (n=76), e responderam que não 44,9% (n=62). Constatou-se que existe diferença nas unidades de saúde. Esta diferença pode estar relacionada ao tipo de vínculo do profissional de saúde, sua carga horária e demanda da população. A grande maioria dos usuários 83,3% (n=85) respondeu

que a espera é de até 7 dias, de 7-14 dias 6,9% (n=7), entre 15-30 dias 5,9% (n=6) e a cima de 30 dias 3,9% (n=4.) O tempo de espera quando foi cruzado com a presença de problemas bucais, obteve associação estatisticamente significativa ($p=0,007$).

Quanto ao deslocamento: a maioria dos usuários desloca-se caminhando 63,4% (n=90), de carro ou moto 31,0% (n=44), ônibus 4,9% (n=7) e de bicicleta 0,7% (n=1).

Tempo de deslocamento até a unidade de saúde: até 15 minutos 82,4% (n=117), entre 16 e 40 min 14,8% (n=21) e mais que 40min 2,8% (n=4). Com valor de , ($p<0,009$).

A Tabela 4 refere-se a saúde bucal da criança e as orientações referente aos conhecimentos para prevenção dos principais agravos bucais.

Na avaliação da presença de problema de saúde bucal quando cruzado com problema atual de saúde bucal encontrou-se percentuais diferentes para os agravos bucais. O problema de saúde bucal atual, a cárie dental, foi o principal agravo com 58,5% (n=24), seguida pelo trauma e mal oclusão com 19,5% (n=8). Houve associação estatisticamente significativa, ($p<0,001$).

Sobre as orientações que os pais referem ter recebido das equipes, verificou-se que a manutenção da saúde bucal nos primeiros meses de vida do bebe tiveram respostas negativas 61,3% (n=76) e respostas positivas 39,5% (n=48). Quando foi avaliado as respostas positivas com presença de problemas bucais observou-se que: 39,5% (n=15) apresentavam problemas de saúde bucal, e das respostas negativas 60,5% (n=23) apresentavam problemas bucais. Mesmo sem significância estatística as crianças que não receberam orientações tiveram um percentual maior de agravos bucais, ($p= 0,908$).

Quanto a importância da dieta na saúde bucal do bebê, obteve-se como resposta negativas 63,4% (n=78) e resposta positiva 36,6% (n=45). As que apresentaram problema de saúde bucal sem orientações 56,4% (n=22) e com orientação 39,5% (n=15). O percentual com agravos bucais é maior nas que não receberam orientações ($p= 0,317$).

Quanto à importância da amamentação no desenvolvimento facial do bebê obteve-se com respostas negativas 41,6% (n=52); positivas 58,4% (n=73) sem associação estatisticamente significativa, ($p=0,704$).

Sobre a utilização de mamadeiras e chupetas e sua relação com problemas de oclusão (mordida), responderam: respostas negativas 44,4% (n=55) e positivas 55,6% (n=69). Que não souberam informar, em média, 13,3% (n=19) (p=0,558).

Tabela 4 - Associação entre problemas de saúde bucal, os problemas

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À SAÚDE BUCAL, N (%)	PROBLEMA DE SAÚDE BUCAL		TOTAL	VALOR DE P
	NÃO	SIM		
Problema atual de saúde bucal				
Trauma dental				
Não	82 (100)	33 (80,5)	115 (92,7)	<0,001*
Sim	0	8 (19,5)	8 (6,5)	
Cárie dental				
Não	82 (100)	17 (41,5)	99 (80,5)	<0,001*
Sim	0	24 (58,5)	24 (19,5)	
Maloclusão				
Não	82 (96,5)	33 (80,5)	115 (93,5)	<0,001*
Sim	0	8 (19,5)	8 (6,5)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre saúde bucal da criança nos primeiros meses de vida				
Respostas negativas	53 (61,6)	23 (60,5)	76 (61,3)	0,908
Respostas positivas	33 (38,4)	15 (39,5)	15 (39,5)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre a importância da dieta na saúde bucal da criança				
Respostas negativas	56 (66,7)	22 (56,4)	78(63,4)	0,317
Respostas positivas	28 (33,3)	17 (43,6)	45 (36,6)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre a importância da amamentação no desenvolvimento facial do bebê				
Respostas negativas	36 (42,9)	16 (39)	52 (341,6)	0,704
Respostas positivas	48 (57,1)	25 (61)	73 (58,4)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre a utilização de mamadeiras e chupetas e sua relação com problemas na oclusão				
Respostas Negativas	40 (46,5)	15 (39,5)	55 (44,4)	0,558
Respostas Positivas	46 (53,5)	23 (60,5)	69 (55,6)	

Fonte: Dados do Autor. * Significância Estatística

4.3 LONGITUDINALIDADE NA ODONTOLOGIA

A longitudinalidade do cuidado está descrita na Tabela 5, na qual foi utilizado uma versão adaptada para a odontologia do questionário PCA-Tool-Brasil. Os questionários avaliados foram os das 73 crianças que fizeram consulta odontológica. Os resultados obtidos estão descritos juntamente com as perguntas, onde as respostas foram agrupadas em positivas e negativas.

Na análise dos resultados observou-se que o maior percentual ficou com as respostas positivas quando as perguntas foram referidas ao relacionamento profissional e usuário conhecimento do profissional sobre a criança. No entanto, as perguntas com maior percentual de respostas negativas foram referentes ao conhecimento do profissional sobre o contexto familiar.

Abaixo estão descritas as perguntas e respostas do questionário aplicado. Quando perguntado se ao ir a consulta odontológica é o mesmo cirurgião dentista que atende seu filho, obteve-se respostas positivas 64,1% (n=41), respostas negativas 35,9% (n=23).

Questionados sobre, se tivessem alguma dúvida referente à saúde bucal do seu filho, poderiam falar ou telefonar para o dentista: respostas positivas 67,2% (n=41), respostas negativas 32,8% (n=20).

Se o usuário acha que o dentista entende o que ele diz e as perguntas que ele faz, resposta positiva 93,5% (n=58), resposta negativa 6,5% (n=4). Se o dentista responde de forma que o usuário entenda, resposta positiva 93,7% (n=59), resposta negativa 6,3% (n=4).

Se o dentista dá tempo suficiente para o usuário falar sobre suas preocupações ou problemas, respostas positiva 92,1% (n=58), resposta negativa 7,9% (n=5).

Se o usuário sente-se à vontade contando suas preocupações ou problemas referente a sua criança, respostas positivas 92,1% (n=58), resposta negativa 7,9% (n=5).

O dentista conhece a sua criança como pessoa ou mais como problema de saúde, resposta positiva 83,6% (n=46), resposta negativa 16,4% (n=9);

O dentista conhece a história clínica de sua criança, resposta positiva 84,7% (n=59), resposta negativa 15,3% (n=9); o dentista sabe sobre os medicamentos que sua criança está tomando, resposta positiva 75,8% (n=47), resposta negativa 24,2% (n=15).

Você mudaria de unidade de saúde ou para atendimento com outro profissional de odontologia, resposta positiva 34,5% (n=20), resposta negativa 65,5% (n=38). Você acha que seu dentista conhece sua família bastante bem, resposta positiva 44,1% (n=26), resposta negativa 55,9% (n=33).

O dentista sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família, resposta positiva 42,4% (n=25), resposta negativa 57,6% (n=34). O dentista sabe do emprego dos familiares da sua criança, resposta positiva 34,4% (n=20), resposta negativa 65,5% (n=38). O dentista saberia de alguma forma se você tivesse problema para comprar o medicamento para a sua criança, resposta positiva 61,7(n=37), resposta negativa 38,3% (n=23)

Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das respostas referente ao atributo longitudinalidade do Cuidado, aplicado as responsáveis de crianças 2-5 anos

LONGITUDINALIDADE, N (%)	N (%)
Quando você vai ao atendimento odontológico, é o mesmo dentista que atende seu filho?	
Respostas positivas	41 (64,1)
Respostas negativas	23 (35,9)
Quando você tem dúvida sobre a saúde bucal da criança, você pode telefonar ou falar com o dentista?	
Respostas positivas	41 (67,2)
Respostas negativas	20 (32,8)
Você acha que o dentista entende o que você diz e as perguntas que você faz?	
Respostas positivas	58 (93,5)
Respostas negativas	4 (6,5)
O dentista responde às perguntas de forma que você entenda?	
Respostas positivas	59 (93,7)
Respostas negativas	4 (6,3)
O dentista lhe dá tempo o suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	
Respostas positivas	57 (90,5)
Respostas negativas	6 (9,5)
Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas referentes a sua criança ao dentista?	
Respostas positivas	58 (92,1)
Respostas negativas	5 (7,9)
O seu dentista conhece a sua criança como pessoa ou mais como problema de saúde?	
Respostas positivas	46 (83,6)
Respostas negativas	9 (16,4)
O dentista conhece a história clínica de sua criança?	
Respostas positivas	50 (84,7)
Respostas negativas	9 (15,3)
O dentista sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?	
Respostas positivas	47 (75,8)
Respostas negativas	15 (24,2)
Você mudaria de unidade de saúde ou para atendimento com outro profissional de odontologia?	
Respostas positivas	20 (34,5)
Respostas negativas	38 (65,5)
Você acha que o dentista conhece sua família bastante bem?	
Respostas positivas	26 (44,1)

Respostas negativas	33 (55,9)
O dentista sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	
Respostas positivas	25 (42,4)
Respostas negativas	34 (57,6)
O dentista sabe do emprego dos familiares de sua criança?	
Respostas positivas	20 (34,5)
Respostas negativas	38 (65,5)
O dentista saberia de alguma forma se você tivesse Problemas para pagar o medicamento para sua criança?	
Respostas positivas	37 (61,7)
Respostas negativas	23 (38,3)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, (2019).

4.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL

Na **Tabela 6** descrição da Qualidade de Vida relacionada a saúde bucal. No presente estudo a maioria das crianças não teve um impacto na qualidade de vida relacionada aos agravos bucais. Na análise descritiva dos percentuais observou-se que a resposta “nunca” foi a mais recorrente, a resposta em que 81% das crianças nunca vivenciou nenhum sinal ou teve sintomas de dor. O mesmo ocorreu no Impacto Familiar, a resposta “nunca” obteve os maiores percentuais. No entanto, a maior quantidade de impacto ocorreu na seção família, em que, o familiar sente-se aborrecido com 25,7% (n=37), seguido 15,4% (n=22) de falta ao trabalho. Os maiores percentuais na seção criança foram: dor dental 19,0% (n=27), falta a escola 10,5% (n=15) e dificuldades para comer 9,8% (n=14).

Quando avaliado a resposta “muito frequentemente”, obteve-se no impacto da criança: evitou sorrir e falar com 0,7% (n=1), em cada uma; e no impacto familiar: sente-se aborrecido e no impacto financeiro com o mesmo percentual, 0,7% (n=1).

Os resultados da tabela estão descritos juntamente com o referida pergunta. Na pergunta de **dor dental** ou oral tivemos respostas **nunca 81%** (n=115), quase nunca 9,2% (n=13), às vezes 7% (n=10), com frequência 2,8% (n=4).

Quanto a dificuldade para beber nunca 92,3% (n=132), quase nunca 2,8% (n=4), às vezes 3,5% (n=5), com frequência 1,4% (n=2). Quanto a dificuldade para comer: nunca 90,2% (n=129), quase nunca 3,5% (n=5), às vezes 4,9% (n=7), com frequência 1,4% (n=2).

Quanto a dificuldade de pronunciar palavras: nunca 93,7% (n=134), quase nunca 3,5% (n=5), às vezes 1,4% (n=2), com frequência 0,7% (n=1) e muito frequente 1% (n=1).

Quanto a falta a escola ou creche os resultados foram: nunca 88,9% (n=128), quase nunca 4,9% (n=7), às vezes 4,2% (n=6), com frequência 1,4% (n=2).

Quando perguntado se a criança deixou de brincar os resultados foram: nunca 94,4% (n=135), quase nunca 2,8% (n=4), às vezes 2,1% (n=3), com frequência 0,7% (n=1).

Quanto a dificuldades para a criança dormir os resultados foram: nunca 92,4% (n=133), quase nunca 2,8% (n=4), às vezes 4,2% n=6, com frequência 0,7% (n=1).

Questionado sobre a irritação da criança relacionado a agravo bucal obteve-se como resultado: nunca 92,3% (n=132), quase nunca 2,8% (n=4), às vezes 2,8% (n=4), com frequência 2,1% (n=3).

Se a criança evitou de sorrir ou rir os resultados foram: nunca 95,8% (n=138), quase nunca 1,4% (n=2), às vezes 1,4 % (n=2), com frequência 0,7% (n=1) e muito frequente n=1 (0,7%).

Quando perguntado se a criança evitou falar devido a um agravo bucal, os resultados foram: nunca 97,2% (n=137), quase nunca 2,1% (n=3), às vezes 0,7 % (n=1).

Os resultados que não foram descritos foi devido não existir respostas.

Os resultados referentes ao impacto familiar, foram os seguintes: quanto a pergunta, se o familiar sentia-se aborrecido perante a alteração de saúde bucal da criança, as respostas foram: nunca 74,3% (n=107), quase nunca 11,1% (n=16), às vezes 9,7 % (n=14), com frequência 4,2% (n=6) e muito frequente 0,7% (n=1).

Na pergunta, sente-se culpada as respostas foram: nunca 85,4% (n=123), quase nunca 9,7% (n=14), às vezes 3,5 % (n=5), com frequência 0,7% (n=1).

Quanto ao responsável ter faltado ao trabalho devido agravo bucal da criança, obteve-se as seguintes respostas: nunca 84,6% (n=121), quase nunca 9,8% (n=14), às vezes 4,9 % (n=7), com frequência 0,7% (n=1).

Se o agravo bucal teve impacto financeiro na família, responderam: nunca 90,3% (n=130), quase nunca 2,1% (n=3), às vezes 9,7 % (n=7), com frequência 1,4%

(n=2), muito frequente 0,7% (n=1). O impacto financeiro foi observado em 13 crianças, 13,9%.

Tabela 6 - Análise descritiva das respostas referente ao questionário B-ECOHIS, aplicado aos responsáveis das crianças de 2-5 anos, 2019

IMPACTO	NUNCA N (%)	QUASE NUNCA N (%)	ÀS VEZES N (%)	COM FREQUÊNCIA N (%)	MUITO FREQUENTEMENTE N (%)
Impacto para a criança					
Dor dental/oral	115 (81)	13 (9,2)	10 (7)	4 (2,8)	-
Dificuldade para beber	132 (92,3)	4 (2,8)	5 (3,5)	2 (1,4)	-
Dificuldade para comer	129 (90,2)	5 (3,5)	7 (4,9)	2 (1,4)	-
Dificuldade para pronunciar palavras	134 (93,7)	5 (3,5)	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (0,7)
Falta a escola ou creche	128 (88,9)	7 (4,9)	6 (4,2)	2 (1,4)	-
Deixou de brincar	135 (94,4)	4 (2,8)	3 (2,1)	1 (0,7)	-
Dificuldade para dormir	133 (92,4)	4 (2,8)	6 (4,2)	1 (0,7)	-
Irritação	132 (92,3)	4 (2,8)	4 (2,8)	3 (2,1)	-
Evitou sorrir ou rir	138 (95,8)	2 (1,4)	2 (1,4)	1 (0,7)	1 (0,7)
Evitou falar	137 (97,2)	3 (2,1)	1 (0,7)	-	-
Impacto familiar					
Sente-se aborrecida	107 (74,3)	16 (11,1)	14 (9,7)	6 (4,2)	1 (0,7)
Sente-se culpada	123 (85,4)	14 (9,7)	5 (3,5)	1 (0,7)	-
Faltou ao trabalho	121 (84,6)	14 (9,8)	7 (4,9)	1 (0,7)	-
Impacto financeiro	130 (90,3)	3 (2,1)	7 (4,9)	2 (1,4)	1 (0,7)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, (2019).

A **Tabela 7** descreve a relação entre a presença de problemas de saúde Bucal, qualidade de vida e longitudinalidade do cuidado em odontologia. Nos resultados obtidos deste cruzamento observou-se que o problema de saúde bucal afeta significativamente a qualidade de vida das crianças apresentando uma mediana de 6,0, com associação de significância estatística ($p < 0,001$). Quando avaliado o impacto para a criança em relação aos problemas bucais, obteve-se ($p = 0,041$).

Na longitudinalidade avaliada juntamente com problemas de saúde bucal encontrou-se como resultado - as crianças com problema de saúde bucal mediana de 6,9, sendo considerado um escore satisfatório, em que a zona de corte utilizada para

este estudo foi os valores e critérios do PCATool-criança (valor de corte < 6,6). No entanto o escore para as crianças sem problema de problemas bucais mediana foi de 5,6 considerado insatisfatório.

Quando avaliado o Impacto QV na criança, Impacto QV familiar, escore total do impacto com problema de saúde bucal, não se observou associação estatisticamente significativa. Contudo, há uma tendência de maior longitudinalidade entre as crianças com problemas de saúde bucal, ($p=0,052$).

Tabela 7 - Comparação entre problemas de saúde bucal e qualidade de vida relacionada a saúde bucal, longitudinalidade do cuidado em odontologia

	PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL		TOTAL	VALOR DE P
	NÃO	SIM		
Somatório B-ECOHIS, mediana (AIQ)	2 (6,75)	6,0 (11)	4 (9)	<0,001*
Impacto para a Criança, mediana (AIQ)	1 (1)	1,71 (1)	1,5 (1)	0,041*
Impacto para a Família, mediana (AIQ)	0 (0,52)	0,46 (0,45)	0,33 (0,67)	0,078
Escore total de impacto, mediana (AIQ)	1 (0,94)	1,47 (1)	1,33 (1)	0,078
Longitudinalidade, mediana (AIQ)	5,6 (2,6)	6,9 (2,38)	6,7 (2,3)	0,052

Fonte: Dados do autor, 2019. AIQ=Amplitude interquartil; B-ECOHIS= Early Childhood Oral Health Impact Scale-Brasileira; * indica diferença estatisticamente significativa.

Na **Tabela 8** descreve a relação entre Impacto na qualidade de vida, a longitudinalidade do cuidado, acesso ao serviço de odontologia e orientações sobre saúde bucal. No cruzamento destes dados observou-se que, na longitudinalidade, foi maior em crianças com impacto na qualidade de vida mediana (6,9).

Os valores obtidos no modo como ocorreu o agendamento com impacto na qualidade de vida, foi presencial na recepção: as que não tiveram impacto na QV, percentual de 93,9% ($n=93$) e com impacto QV, presencial na recepção 74,4% ($n=29$), com associação estatisticamente significante ($p=0,004$). No presente estudo, as orientações da equipe de saúde bucal relacionada ao Impacto QV, não obteve-se significância estatística.

Tabela 8 - Avaliação do impacto da qualidade de vida relacionada a longitudinalidade, acesso ao serviço de odontologia e as orientações de saúde bucal

	IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA		TOTAL	VALOR DE P
	NÃO	SIM		
Longitudinalidade, mediana (AIQ)	6,2 (2,6)	6,9 (2,7)	6,7 (2,3)	0,181
Forma de agendamento da consulta odontológica para a criança na ubs, n (%)				
Presencial na recepção	93 (93,9)	29 (74,4)	122 (88,4)	0,004*
Por telefone	4 (4)	5 (12,8)	9 (6,5)	
Outra forma	2 (2)	5 (12,8)	7 (5,1)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre saúde bucal da criança nos primeiros meses de vida				
Respostas negativas	63 (61,8)	13 (60,5)	76 (61,3)	0,644
Respostas positivas	39 (38,2)	10 (43,5)	49 (39,2)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre a importância da dieta na saúde bucal da criança				
Respostas negativas	66 (66)	12 (50)	78(62,9)	0,163
Respostas positivas	34 (34)	12 (50)	46 (37,1)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre a importância da amamentação no desenvolvimento facial do bebê				
Respostas negativas	45 (45)	7 (26,9)	52 (41,6)	0,119
Respostas positivas	55 (55)	19 (73,1)	74 (58,7)	
Equipe da unidade de saúde orienta sobre a utilização de mamadeiras e chupetas e sua relação com problemas na oclusão				
Respostas Negativas	46 (45,5)	9 (37,5)	55 (44,4)	0,503
Respostas Positivas	55 (54,5)	15 (62,5)	70 (56)	

Fonte: Dados do Autor, 2019. AIQ= Amplitude Interquartil; * Indica diferença estatisticamente significativa.

A forma de agendamento teve associação com Impacto na qualidade de vida ($p=0,004$). Famílias com crianças sem impacto na saúde bucal relataram, em sua maioria, agendamento de forma presencial na recepção da UBS.

5 DISCUSSÃO

A principal razão da realização deste estudo refere-se a avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal das crianças na primeira infância, o seu acesso ao serviço odontológico, relacionados com a longitudinalidade do cuidado em odontologia.

A identificação da prevalência do uso de serviços odontológicos, bem como os fatores associados são importantes na organização das políticas públicas de saúde bucal, fundamentando uma prestação de serviços contextualizada as necessidades da população (KRAMER et al., 2008; CURI, FIGUEREDO, JAMELLI, 2018) . E, desta forma, possibilitando mudanças nas políticas públicas do município com melhores resultados na prevenção da saúde bucal, na primeira infância, através do incentivo à procura de atendimento odontológico em idade precoce (KRAMER et al., 2008).

Dentre os dados sobre as características sociodemográficas das famílias, destaca-se que a maioria das famílias teve renda familiar entre 1 a 4 salários mínimos 76,3%, com vínculo formal de trabalho e a quantidade de pessoas por família (mediana= 4). A maioria das famílias possuía 2 provedores (mediana=2) da renda familiar. Com a análise dos dados constatou-se que a população do estudo possui condições favoráveis de vida, corroborando com a Pesquisa Nacional Atendimento a Domicílio (PNAD) (2008), onde a região sul, sudeste e centro –oeste apresentam renda familiar superior das demais regiões (IBGE, 2010).

A maioria das mães tem vínculo formal de trabalho, podendo apresentar, benefícios como: vale transporte, vale alimentação, plano de saúde, fatores que podem determinar melhores condições de vida, diminuindo a influência dos fatores socioambientais na saúde bucal infantil. (MELO et al.,2015)

Em contrapartida, estudos descrevem em seus resultados que residir em moradias com maior número de pessoas, baixa renda familiar, baixa escolaridade do cuidador (materna), com condições de vida desfavoráveis, são fatores preditores de doença bucal- cárie dentária (PETERSEN, 2003; MELO et al.,2015; SILVA, MACHADO, FERREIRA, 2015; COMASSETTO et al., 2019). No presente estudo os problemas bucais tiveram uma baixa incidência podendo ser relacionado as melhores condições socioambientais, da população do estudo.

Na avaliação dos resultados, 1/3 das crianças apresentou algum tipo de agravo bucal, e destes, o mais prevalente foi a cárie dental, corroborando com outros estudos. (ABANTO et al.,2011; ALDRIGHI et al.,2011; ABANTO et al., 2014).

A cárie dental é considerada um dos principais problemas de saúde bucal no mundo, sendo sua prevalência nas crianças da pré-escola, entre 18,5% a 76%. (TELLO et al., 2016). Nos dados do presente estudo o percentual encontrado de cárie foi de 19,5%, considerado baixo se comparado com outros. Para Tello et al (2016) a prevalência de cárie foi de 33,1%; Carminatti et al (2017) foi de 47,4%, estes valores são menores do que encontrado na investigação nacional no Brasil, (SB-Brasil 2010) com incidência de 53,4% (Brasil,2012a). O resultado pode estar associado as melhores condições de vida da população do estudo.

A escolaridade materna tem sido associada ao aumento na procura por atendimento odontológico. As mães deste estudo apresentaram a escolaridade entre ensino médio Incompleto e completo, corroborando com o estudo de Comassetto et al (2019), em que as crianças que mais foram à consulta odontológica tinham mães e pais com maior grau de ensino. Diferença estatisticamente significativa com relação à prevalência de cárie foi encontrada, entre a escolaridade materna associada à melhora na atenção ou cuidados da saúde bucal da criança (COMASSETTO et al. 2019)

No presente estudo foi hipotetizado que a escolaridade materna seria de segundo grau completa, que renda familiar ficaria entre 2-4 salários mínimos, que a maioria das crianças apresentariam irmãos da mesma faixa etária 2-5 anos, hipóteses que não foram confirmadas no estudo.

Quanto à presença de irmãos, a maioria tem irmão com idade superior a 5 anos, que poderia facilitar os cuidados devido ao conhecimento e vivência com o primeiro filho. No entanto, o que observou-se no resultado é que as crianças com

irmãos tiveram mais problemas de saúde bucal. Pode ser explicada pelo forte caráter sociocomportamental das doenças bucais e a importância do autoconhecimento sobre o processo saúde-doença, com estímulo à autonomia e mudança de comportamentos em saúde que levam a sua prevenção (ALVES; AERTS, 2011).

Quanto à idade, o estudo identificou que as crianças com maior idade apresentaram percentuais maiores de agravos bucais, do que as com menor idade. Este achado é o esperado, devido ao efeito cumulativo dos problemas bucais, que sofrem influência de hábitos de vida, da dieta, ingestão de açúcar e higiene bucal. Conforme o aumento da idade da criança, mais tempo em contato com os agentes causadores dos agravos bucais. Os principais motivos para a associação entre idade e utilização dos serviços de odontologia são o efeito acumulativo dos problemas de saúde bucal (KRAMER et al., 2008; RODRIGUES et al., 2014; MELO et al., 2015; CARMINATTI et al., 2017; CARDOSO et al., 2018)

No presente estudo, hipotetizou-se que as consultas das crianças ocorreriam após o 6 mês de vida. Isso ocorreu pela falta de conhecimento dos cuidadores sobre a importância dos cuidados bucais na primeira infância. Constatou-se no presente estudo, que a primeira consulta odontológica das crianças, em 91,7%, não ocorreu até o sexto mês de vida. O Ministério da Saúde preconiza o ingresso no sistema de saúde, dos bebês, até o sexto mês de vida e a ADA até um ano de vida (BRASIL, 2004a; KRAMER et al., 2008).

Os cuidados com a saúde bucal devem ser iniciados o mais cedo possível (ZUANON et al., 2001). A importância da atenção odontológica nos primeiros anos de vida é consenso na literatura e está relacionada a momentos de educação em saúde, troca de experiências, identificação de fatores de risco, acompanhamento do desenvolvimento da dentição e instalação de hábitos saudáveis, diminuindo a incidência de problemas bucais (BRASIL, 2004a; KRAMER et al., 2008; RODRIGUES et al., 2014).

Observou-se neste estudo que metade das crianças fizeram consulta odontológica, índices superiores aos estudos realizados em cidades do Brasil: Kramer et al. (2008) apenas 13,3% das crianças com 5 anos de idade tinha visitado um dentista; Ardenghi et al. (2012) 24,2% das crianças de 5 a 59 meses já haviam feito uma primeira consulta odontológica. Nesta faixa etária existe baixa procura para o atendimento odontológico (RODRIGUES et al., 2014). No entanto, a consulta

odontológica pode estar relacionada: à percepção e conhecimentos dos responsáveis sobre saúde e a importância da prevenção na primeira infância, e também a percepção da necessidade de tratamento. Na avaliação dos dados constatou-se que a maioria das crianças que fizeram consultas estavam na presença de problemas bucais (ARDENGI et al., 2012; RODRIGUES et al., 2014; SOUZA, 2016; SCHWENDLER, FAUSTIN-SILVA, ROCHA, 2017).

Outro importante fator a ser considerado é que a procura por atendimento é uma decisão dos responsáveis. Sendo assim, a informação sobre a importância da prevenção dos principais agravos bucais devem ser repassadas aos pais. O conhecimento e a conscientização dos pais sobre o processo saúde-doença bucal de seus filhos, permitirá a prevenção das doenças bucais, uma vez que estes exercem influência nos hábitos dietéticos e de higiene bucal dos mesmos (SILVA, FORTE, 2009; CASTILHO, et al., 2013; MELO et al., 2015).

No Brasil, existem poucos estudos epidemiológicos descrevendo a utilização de serviços odontológicos na primeira infância. O conhecimento dos fatores relacionados à procura por consulta odontológica na primeira infância torna-se necessário, visto que existe uma série de variáveis que permeiam o acesso (COMASSETTO et al., 2019). Na análise dos resultados do acesso ao serviço de odontologia, obteve-se a presença de equipes de saúde bucal em 2/3 das Unidades Básicas de saúde dos entrevistados. É um índice satisfatório, no entanto, o ideal é a cobertura das equipes de saúde bucal de 100%. Sendo necessário a contratação de mais equipes de saúde bucal pelo município. Para um atendimento dentro dos princípios do SUS, é necessário que a atenção primária a saúde seja de fácil acesso a toda população (BRASIL, 2006).

Quanto ao deslocamento até a unidade, a maioria dos entrevistados se desloca caminhando, e o tempo é de até 15 minutos. Diferente do hipotetizado no início do estudo, os serviços encontram-se próximos a moradia dos usuários. As UBS encontram-se próximas a moradia dos usuários como preconizado por Starfield (2002), facilitando o acesso ao serviço da APS.

Para construção de uma melhora no acesso ao atendimento odontológico da primeira infância, é importante a avaliação das necessidades da população. As equipes de atenção básica devem considerar as particularidades locais, agravos de saúde específicos e costumes de cada localidade (ESSVEIN et al., 2019).

Quando avalia-se o acesso (agendamento de consultas para a primeira infância), deve-se saber que existem particularidades: a criança precisa ser acompanhada por um responsável, existe a necessidade de consultas educativas/preventivas de forma lúdica, existe muitas vezes a necessidade de dissociar a imagem de dor associada a ir ao dentista, e desta forma facilitando a cooperação da criança (ESSVEIN et al., 2019).

O acesso tem sido testado por todo o território de formas diferentes, com finalidade de melhorar a porta de entrada do sistema de saúde. A busca por consulta imediata, demanda espontânea, são necessárias para resolver problemas de dor (imediato). A literatura descreve a opção de acesso avançado de modo geral na atenção primária a saúde, para facilitar a resolutividade dos problemas, onde o usuário é priorizado e a maior parte dos atendimentos ocorre por demanda espontânea, facilitando acesso do usuário no sistema de saúde (VIDAL et al., 2019).

No entanto, não devem ser consideradas como tratamento de rotina para a primeira infância. O agendamento programado é na odontologia considerado uma das formas com melhores resultados para a primeira infância (ESSVEIN et al., 2019).

Na literatura os altos percentuais em consultas odontológicas, na primeira infância, estão relacionados aos usuários reconhecerem os serviços de atenção primária como sua primeira fonte de atenção à saúde. E também na avaliação de efetivação de programas específicos para a primeira infância, com planejamento de ações educativas e preventivas (SCHWENDLER, FAUSTINO-SILVA, ROCHA, 2017; PRATES et al., 2017).

Os dados do estudo demonstram que das crianças que fizeram consulta odontológica, uma grande parte compareceu a consulta com finalidade de tratamento de problemas bucais. O uso do serviço, muitas vezes, está vinculado a necessidade da população. Sendo assim, quando não há evidência de dor por parte da criança, não ocorre a procura do serviço odontológico (KRAMER et al., 2008; RODRIGUES et al., 2014; SCHWENDLER, FAUSTINO-SILVA E ROCHA; 2017).

Os achados deste estudo destacam a importância do planejamento de ações de saúde bucal para a primeira infância, que devem fortalecer as ações educativas e preventivas através de medidas e políticas públicas para incentivar a consulta odontológica, no primeiro ano de vida, e corroborando com outros estudos (RODRIGUES et al., 2014; SCHWENDLER, FAUSTINO-SILVA E ROCHA, 2017;

PRATES et al.,2017) Reforça –se a importância da criação de políticas públicas e incentivo a programas para esta faixa etária.

No presente estudo, quando avaliado as orientações repassadas pela equipe de saúde bucal, sobre os temas referentes a prevenção dos principais agravos bucais, a maioria dos usuários respondeu não ter recebido orientações. É importante a mudança da forma de trabalho e da atitude da equipe de saúde bucal para a construção de um atendimento com acolhimento dos pais e crianças, priorizando o compartilhamento de saberes. Apesar de não apresentar associação estatisticamente significativa, outros estudos tem relacionado a importância da educação em saúde bucal para que ocorra a melhora da saúde oral das crianças, onde as atividades de educação em saúde se associaram positivamente ao desfecho (LIBERATTI et al.,2016; CARMINATTI et al., 2017; ESSVEIN et al,2019).

A prevenção é primordial na saúde de toda a população, especialmente na infantil, pois é nesta idade que se modificam hábitos danosos como: ingestão de alimentos ricos em açúcar, cuidados com higiene bucal do bebê, uso de chupeta e mamadeira e seus danos na oclusão, diminuindo assim os principais agravos bucais. É importante o fortalecendo da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença, principalmente aos responsáveis de crianças, pois são eles que repassam seus hábitos e conhecimento para seus filhos (BRASIL,2006; MELO et al., 2015; CASTILHO, et al., 2013; LIBERATTI et al.,2016).

As intervenções educativas realizadas por profissionais de saúde, no contexto de sua prática, apresentam potencial em promover a saúde bucal da população, com diminuição de novas lesões de agravos bucais (MENEZES; SILVA; CASCAES, 2018). Devemos interpretar com cautela estes dados por se tratar de lembrança (acontecimento do passado), em que muitas vezes os responsáveis podem não lembrar de ter recebido as orientações.

Na análise da qualidade de vida relacionada aos agravos bucais, das crianças, o mais prevalente foi a cárie dental, corroborando com os estudos de Carminatti et al. (2017), Cabral et al (2017). A cárie dental é considerada por vários autores o agravo bucal com maior incidência (MELO et al.,2015; BORGHI, 2015; FIRMINO et al., 2016; CARMINATTI et al., 2017). Dados estes que são referente a percepção dos Pais, sugerindo que estes valores podem ser maiores, devido à falta de conhecimento técnico e a ausência de dor ou desconforto por parte da criança.

A qualidade de vida sofre impacto negativo quando relacionado a agravos bucais. A cárie dental, durante a infância é causa frequente de dor, de dificuldades em desenvolver as atividades de rotina como: brincar, comer, sorrir, dormir, e desta forma influenciando de forma negativa na qualidade de vida, corroborando com outros estudos (TESCH; OLIVEIRA E LEÃO, 2007; CARMINATTI et al.,2017; FERREIRA et al., 2017; TELLO et al., 2016; ANTUNES et al.,2018).

O presente estudo apresentou significância estatística quando avaliado o Somatório do B-ECOHIS com os agravos bucais, onde maior impacto foi no Impacto seção família. No entanto, não obteve-se significância estatística quanto avaliado o impacto familiar. Estes achados podem estar relacionados com a baixa incidência de agravos bucais (percepção dos responsáveis das crianças), a presença de lesões de cárie iniciais que não provocam desconforto, o desconhecimento dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos (CARMINATTI et al., 2017).

Este estudo adaptou a Longitudinalidade na APS para serviços de saúde bucal. Na avaliação deste atributo obteve-se o escore de 6,9 considerado favorável, corroborando com estudos de: Frank et al (2013), Vaz et al (2015), Prates et al (2016), onde todos se mantêm acima do nível de corte $\geq 6,6$. Estes estudos avaliam a longitudinalidade de toda a equipe de saúde (FRANK et al.,2015; VAZ et al.,2015; PRATES et al.,2016. Até o momento não possuem estudos para comparação de dados da Longitudinalidade relacionados a odontologia, sendo este um estudo inédito.

A hipótese inicial foi que, a longitudinalidade do cuidado teria um escore baixo, confirmando com os resultados do estudo. No entanto, o escore baixo foi obtido para as crianças com menos PSB e com menor impacto na QV.

A construção do vínculo com o profissional de saúde permite a realização de tratamentos com maior colaboração do usuário, ainda mais em tratamentos de crianças que dependem exclusivamente de seus responsáveis (FRANK et al., 2015). Para o vínculo ser estabelecido é necessário haver segurança e confiança, e quando o vínculo entre profissional e o usuário é estabelecido, ocorre o acompanhamento ao longo do tempo, levando a população a identificar na UBS e ESF sua fonte regular de cuidado (STARFIELD, 2002; NASCIMENTO et al.,2019)

Esta pesquisa evidenciou que as mães (responsável) sentem-se à vontade para expressar suas dúvidas e preocupações referentes a criança, onde o diálogo

com o profissional de odontologia tem acontecido de forma clara e objetiva, facilitando o entendimento para o tratamento a ser realizado (PRATES et al.,2016).

No entanto, quando avaliou-se a seção que fala do contexto familiar, onde a criança está inserida, a maioria das respostas foram negativas, corroborando com estudo de Frank et al (2015). O conhecimento da família, das condições que vivem, suas preocupações, suas prioridades, estão diretamente relacionadas com a adesão e o sucesso do tratamento (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), umas das dificuldades dos serviços prestados pela APS, encontra-se na postura dos profissionais frente aos usuários, onde o processo de trabalho está erroneamente direcionado para tratamento das doenças e não para a pessoa, ao número de atendimentos e não para qualidade da atenção, dificultando a formação de vínculo e a adesão ao tratamento.

O escore de 6,9 (considerado favorável), foi obtido para usuários que tiveram impacto na sua qualidade de vida e fizeram a utilização do serviço para tratamento de agravos bucais. O ideal seria que este vínculo tivesse se estabelecido também nas crianças que não tiveram agravos bucais, para permitir o acompanhamento do seu desenvolvimento e a prevenção dos agravos bucais. No entanto, isto não ocorreu pois elas não fizeram consultas odontológicas. Em contrapartida, o esperado era que as crianças com melhor qualidade de vida relacionada a saúde bucal teriam melhor acesso ao serviço de odontologia. Não encontrou-se este resultado. As consultas de acesso foram na sua maioria vinculadas aos tratamentos curativos e não a tratamentos de controle e prevenção (FRANK et al.,2015).

Neste sentido reforça-se, a necessidade de repensar o atendimento oferecido pelas unidades de saúde priorizando a promoção e prevenção dos agravos bucais, através da construção de protocolos de incentivo para o atendimento odontológico precoce, com melhoria no acesso na primeira infância. Desta forma, pode-se obter melhores condições de saúde bucal com a diminuição dos problemas bucais e a melhora da qualidade de vida da população infantil (BRASIL,2008; PRATES et al.,2017)

Os pontos fortes deste estudo foram: a utilização de questionário validado para mensurar a qualidade de vida (B-ECOHIS), questionário utilizado em vários estudos possibilitando a discussão por se tratar de mesma metodologia; a utilização

de questionário para avaliar o atributo da longitudinalidade do cuidado, no serviço de odontologia, onde foi utilizado como base para a elaboração do questionário o PCA-Tool da versão criança, adaptado para odontologia. Portanto, fazendo um trabalho inovador. Este estudo foi construído para permitir a avaliação da qualidade de vida na primeira infância e seus principais agravos, avaliando o acesso e longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde, possibilitando o diagnóstico do atendimento na primeira infância no município. A coleta de dados foi realizada em 5 regiões denominadas distritos e desta forma, obteve-se uma amostra inerente, que representa todo o município.

Por se tratar de um estudo transversal, e as ferramentas basearem-se na auto percepção do usuário sobre os serviços da atenção básica a saúde e a qualidade de vida das crianças, relacionando estes, como prováveis limitações do estudo. Estes dados devem ser interpretados com cautela, por se tratar de lembrança, acontecimento do passado, que muitas vezes os responsáveis podem não lembrar.

Com esses achados, percebe-se a ausência de política de incentivo e apoio as medidas de atenção odontológica precoce, tanto pela população como pelo setor público. Há a necessidade de planejamento de ações de saúde bucal para primeira infância, com fortalecimento de ações educativas e preventivas, com criação de estratégias e programas de educação em saúde (KRAMER et al., 2008; RODRIGUES et al.,2014)

6 CONCLUSÃO

O acesso à saúde bucal, na primeira infância, apresentou-se baixo, quando se verificou que o dentista faz parte da maioria das equipes e que uma pequena parcela teve a consulta odontológica antes do 6 mês de vida. O aumento das consultas odontológicas ocorreram com o aumento da idade das crianças e na presença de agravos bucais.

A Qualidade de vida teve baixo impacto negativo, podendo estar relacionada a baixa incidência de problemas de saúde bucal, e melhores condições de vida.

A longitudinalidade do cuidado, na odontologia, apresentou escore satisfatório, no entanto para o tratamento de agravos bucais e não para a promoção e prevenção de agravos de saúde bucal.

Aponta-se a necessidade de repensar o atendimento oferecido nas unidades de saúde, priorizando a prevenção e promoção de saúde bucal infantil, com foco no estabelecimento de vínculo entre profissional e população, tornando o serviço de odontologia uma fonte segura de atendimento.

Contudo, esta pesquisa não termina com os resultados, mas oferece subsídios para que os gestores, possam repensar os serviços de odontologia atuais, voltados aos cuidados da primeira infância.

O planejamento de políticas ou programas em saúde bucal na primeira infância, faz-se necessário. É importante que os gestores discutam possíveis reestruturações que possam promover ações equânimes em todas as faixas etárias, garantindo a melhora da qualidade de vida e o cuidado integral à criança.

REFERÊNCIAS

ABANTO J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol** 2011; 39(2):105-114.

ABANTO J, Tsakos G, Paiva SM, Carvalho TS, Raggio DP, Bönecker M. Impact of dental caries and trauma on quality of life among 5- to 6-year-old children: perceptions of parents and children. **Community Dent Oral Epidemiol** 2014; 42(5):385-394.

ABANTO J, Tello G, Bonini GC, Oliveira LB, Murakami C, Bönecker M. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. **Int J Paediatr Dent** 2015; 25(1):18-28.

ABANTO, Janny. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). **Health Quality Life Outcomes**. 2013; 11:16.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-16> >. Acesso em: 06 maio 2018.

ALDRIGUI JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, Raggio DP. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. **Health and Qual Life Outcomes** v.9, n.1, p.78, 2011.

ALMEIDA, Tatiana Frederico de et al. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família. **Rev Odontol Unesp**, Araraquara, v. 6, n. 39, p.355-362, nov/dez, 2010.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 1, n. 16, p.319-325, 2011.

ALVES, Carolina dos Reis; ANDRADE, Mariléia Chaves; SANTOS, Claudio Luís de Souza. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p.268-278, Out-dez 2016.

ANTUNES, Livia Azeredo Alves et al. Oral health outcomes: the association of clinical and socio-dental indicators to evaluate dental caries in preschool children. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.491-500, fev. 2018. UNIFESP.

ARDENGHI TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilisation in preschool children. **Oral Health Prev Dent** 2012; 10(1):17-27

BENEVIDES, Jessica Lima et al. Primary care features in child hospitalization: First-contact access and Longitudinality. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 19, p.1-8, 27 set. 2018. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193481>.

BORGHI, Gabriela Novo. Cárie precoce na infância: Revisão de literatura. 2015. 21 f. Monografia (Especialização) – Curso de Odontologia, Especialização em **Saúde Coletiva e Saúde da Família**, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2015.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica: **Programa Saúde da Família**. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica coordenação nacional de saúde bucal. **DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**. Brasília, DF, janeiro de 2004 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2003**-Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal, Brasília 2004 (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (a).116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2012 (b).110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) p.416-423, out/dez 2013. Trimestral. [Http://revista.fmrp.usp.br/](http://revista.fmrp.usp.br/). Disponível em: <ISSN 2176-7262 (versão on-line)>. Acesso em: 06 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção À Saúde **Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional De Saúde Bucal** SAF Sul, Brasília/DF. *Site:* [Http://Dab.Saude.Gov.Br/Portaldab/](http://Dab.Saude.Gov.Br/Portaldab/) *E-Mail:* Cosab@Saude.gov.br 2016/0029.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care assessment tool PCATool – Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p.

BRASIL. **Organização Pan-Americana da Saúde.** A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. Disponível em:
URL:http://189.28.128.100/dab/docs/técnicaações/geral/serietecnica_11_port.pdf

BRAZ, Janaina C. et al. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da Fmrp**, São Paulo, v. 4, n. 46, p.416-423, out/dez 2013. Trimestral. [Http://revista.fmrp.usp.br/](http://revista.fmrp.usp.br/). Disponível em: <ISSN 2176-7262 (versão on-line)>. Acesso em: 06 maio 2018.

CABRAL, Maria Beatriz de Souza et al. Situação De Saúde Bucal De Crianças Na Primeira Infância Em Creches De Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, S.i, v. 41, n. 3, p.595-613, jul\set.2017. Quadrimestral.

CARDOSO, Andreza Viana Lopes et al. Use and resolubility of the oral health public services offered to children in a large municipality. **Rgo - Revista Gaúcha de Odontologia**, [s.l.], v. 66, n. 1, p.60-69, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720180001000083293>.

CARMINATTI, Mônica et al. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1801> **Audiol Commun Res.** 2017;22:e1801 1 | 8 ISSN 2317-643>. Acesso em: 06 maio 2018.

CASTILHO, Aline Rogéria Freire de et al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 89, n. 2, p.116-123, mar. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.014>.

COMASSETTO, Marcela Obst et al. Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.953-961, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.29082016>.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção

Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.1029-1042, 2011. Suplementar. Acesso 01/set/2018.

CURI, Davi Silva Carvalho; FIGUEIREDO, Andreia Cristina Leal; JAMELLI, Sílvia Regina. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. **Ciências & Saúde Coletiva**, [], v. 5, n. 23, p.1561-1576, 2018. Acesso em 08/06/2019.

ESSVEIN, Gustavo et al. Dental care for early childhood in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 53, p.1-12, 30 jan. 2019. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000540>

FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev. Odonto Ciênc**, Porto Alegre, v. 4, n. 23, p.375-379, set. 2008. Odonto.. Acesso 08/06/2019

FEITOSA, Sandra; COLARES, Viviane; PINKHAM, Jimmy. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 21, p.1550-1556, set/out 2005.

FERREIRA, Meire Coelho et al. **Dental caries and quality of life of preschool children: discriminant validity of the ECOHIS**. *Brazilian Oral Research*, [s.l.], v. 31, p.1-10, 2017. FapUNIFESP.

FREIRE, Gabriela Lopes Mesquita; FERRARI, Júnia Carolina Linhares; PERCINOTO, Célio. Association between maternal breastfeeding and the development of non-nutritive sucking habits. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, [s.l.], v. 63, n. 2, p.139-144, jun. 2015.

FIRMINO, Ramon Targino et al. Case-control study examining the impact of oral health problems on the quality of life of the families of preschoolers. **Brazilian Oral Research**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.1-9, 2016. FapUNIFESP.

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 105, p.400-410, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>.

GIGANTE, Ênio Carvalho; GUIMARÃES, Jaciane Pinto. A Trajetória Da Saúde Bucal Pelas Políticas Públicas No Brasil A Partir Da Criação Do Sus. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**: Uninter, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p.67-77, jul. 2013. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/.../article/download/199/169>. Acesso em: 05.maio 2018.

HESCOT, Patrick. **A nova definição de “saúde bucal”**. Disponível em: [jornaldiadia.com.br/2016/? P=194536](http://jornaldiadia.com.br/2016/?P=194536)>. Acesso em: 06 maio. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2010 [citado 23 fev 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf

KRAMER, Paulo Floriani 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**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p.150-156, 2008.

KRAMER PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol.** 41(4):327-35, 2013. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12035>

LIBERATTI, Giovanni Aguirra et al. Percepção dos Pais no Impacto da Educação em Saúde Bucal na Qualidade de Vida de crianças Pré-Escolares. **Revista UningÁ**, São Paulo, v. 48, p.84-89, abr-jun 2016. Online ISSN:2318-0579.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.553-559, 3 jul. 2015. Fap UNIFESP.

LUCENA, Edson Hilan Gomes de; PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo; SOUSA, Maria Fátima de. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva – Saúde Bucal**, Brasília, v. 3, n. 5, p.53-63, 2011. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1042>>. Acesso em: 17 maio 2018.

MASOOD, M. et al. Need of minimal importante difference for oral health-related quality of life measures. **J Public Health Dent**, v.74, n.1, p.13-20, 2014.

MARTINS, Milene Torres et al. Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. **Brazilian Oral Research**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.1-7, 2015. Fap UNIFESP.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p.1411-1416, set. 2004, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MELLO, Débora Falleiros de et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferma.** Brasília, v. 4, n. 65, p.675-679, jul/ago. 2012.

MELO MMDC, Souza WV, Tavares MC, Lima MLC, Jamelli S, Couto GBL. Social conditions and high levels of dental caries in five-year-old Dentistry for Children, v.82, n. 1, Jan. /abr.2015.

MENEGAZ, Aryane Marques; SILVA, Alexandre Emídio Ribeiro; CASCAES, Andreia Morales. Intervenções educativas em serviços de saúde e saúde bucal: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 52, n. 52, p.1-14, 2018. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000109>. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros et al. Prevalência da mordida aberta anterior em crianças de 3 a 5 anos. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 52, n. 2, p.111-116, jun. 2016. Belo Horizonte, 52(2): 111-116, Abr./jun. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p.7-18, fev. 2000.

NASCIMENTO, Antonio Carlos et al. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Bmj Open**, Curitiba, v. 23283, n. 9, p.1-8, 10 jun. 2019. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/>>. Acesso em: 10 julho 2019.

NOVAES, Tatiane F. et al. Responsiveness of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) is related to dental treatment complexity. **Health And Quality Of Life Outcomes**, São Paulo, v. 182, n. 15, p.1-9, 2017.

OLIVEIRA, Ingrid Macedo de et al. **Saberes Maternos Sobre a Relação entre Amamentação Natural e Hábitos Bucais Deletérios**. **J Health Sci**, Piauí, v. 18, n. 2, p.75-79, 2016. *J Health Sci*;18 (2):75-9, 2016.

OLIVEIRA MAC, **Reprodutividade de Questionário de Qualidade de vida, relacionado a saúde bucal (SOHO-5 e OHIP-14)**. Dissertação de mestrado, UFPB, João Pessoa, 68p. 2015.

OMS-WHO (World Health Organization) 1946. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra. 4(8):1897-1909, ago, 2008.

OMS. **Promoción de la salud**: glosario. Genebra: OMS, 1998.

PENSO JM, Périco E, Oliveira MMC, Strohschoen AAG, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam.**;12(39):1-9,2017.

PETERSEN PE. **The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century** – the approach of the WHO Global Oral Health Programed. *Community Dent. Oral Epidemiol*; 31 Suppl 1:3-23, 2003.

PEREIRA, Ana Luiza. **Influência da condição de saúde bucal na Qualidade de Vida dos Indivíduos**. 2010. 77 f. Monografia (Especialização) - Curso de Odontologia, Especialização em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.241-250, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1807-55092012000200007>.

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.1881-1893, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.

PRESTES, Ana Cláudia Guterres et al. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. **Revista da Faculdade de Odontologia - Upf**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.112-119, 10 dez. 2013. UPF Editora. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3252>.

RIBEIRO, Andréa Gadelha; OLIVEIRA, Andressa Feitosa de; ROSENBLATT, Aronita. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1695-1700, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000600016>.

RIGO, Lilian; DALAZEN, Jaqueline; GARBIN, Raíssa Rigo. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. **Einstein** (São Paulo), [s.l.], v. 14, n. 2, p.219-225, jun. 2016. FapUNIFESP . <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3616>.

RODRIGUES, Laíse Angélica Mendes et al. Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional uso de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 10, p.4247-4256, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.13382013>.

RUIZ, Ximena Moreno; ABARA, Constanza Vera; CARTES-VELÁSQUEZ, Ricardo. **Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, ~ Licantén, 2013**. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2014.07.002>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

SANTIN, S. Cultura corporal e qualidade de vida. *Kinesis*, Santa Maria, v.27, p.116-86, 2002.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias** – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCHWENDLER, Anna; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio; ROCHA, Cristianne Famer. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.201-207, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.07912015>.

SEIDL, Eliane Maria F.I e U Ry; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 2, n. 20, p.550-588, mar. 2004. Pública, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- a b r.726p, 2004.

SILVA, Janmille Valdivino da; MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; FERREIRA, Maria Angela Fernandes. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 8, p.2539-2548, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 1, n. 42, p.48-56, 2008. [Www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).

SILVA, Elisandra Silva da; SILVEIRA, Jéssica da. Longitudinalidade da atenção e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários dos serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. 2013. 46 f. **TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/50373101/elisandra-da-silva-bueno>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 1, p.54-61, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>.

SILVA, Beatriz Dulce Marinho da; FORTE, Franklin Delano Soares. Acesso a Serviço Odontológico, Percepção de Mães Sobre Saúde Bucal e Estratégias de Intervenção em Mogeiro, PB, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 3, n. 9, p.313-319, set./dez. 2009.

SOUSA, Susana Isabel Malho Duarte. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado) – **Curso de Economia, Gestão e Economia da Saúde**, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

SOUZA, João Gabriel Silva. Dor dentária e fatores associados em pré-escolares brasileiros. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.336-342, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.12.007>

TELLO, Gustavo et al. Impacto dos principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. **Revista Odontológica**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.42-52, dez. 2016. Semestral.

TESCH, Flávia Cariús; OLIVEIRA, Branca Heloísa de; LEÃO, Anna. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 24, p.1897-1909, Ago, 2008.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti et al. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 36, n. 4, p.49-54,

dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>.

VIDAL, T., Rocha, S., Harzheim, E., Hauser, L. e Tesser, C. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária em saúde. *Revista De Saúde Pública*, 53, 38. 2019. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>

ZUANON ACC, Motisuki C, Bordin MM, Zuim K. Quando levar a criança para primeira visita ao dentista? JPB – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê;4:321-4. 2001.

AÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: **Saúde Bucal na Primeira Infância: Avaliação da Qualidade de Vida, Acesso e Longitudinalidade do Cuidado na Atenção Primária À Saúde**

Objetivo: Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal na primeira infância de acordo com a presença de agravos de saúde bucal, acesso e longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde

Período da coleta de dados: 10/09/2018 a 30/03/2019

Tempo estimado para cada coleta: 10 à 15 minutos

Local da coleta: Unidade de Santa Luzia, Rio Maina, Próspera, Boa vista, Mina do Mato, Criciúma, SC

Pesquisador/Orientador: Cristiane Tomasi

Telefone: 48-996275585

Pesquisador/Acadêmico: Mestranda Ana Cristina Pias

Telefone: 48-991722910

Mestrado de Saúde Coletiva-Profissional da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Este questionário tem perguntas referente a saúde bucal da sua criança e à possíveis alterações bucais que possam ter influenciado na qualidade de vida, como: Sentir dor de dente, ter caído e batido com o dente, ter sentido dor bucal, alteração bucal que dificultem suas atividades diárias como: alimentar-se, brincar, ir à escola. E outro questionário referente ao acesso ao atendimento odontológico prestado na saúde pública. Através desta pesquisa poderemos identificar quais as principais alterações bucais que interferem na qualidade de vida. Como é seu acesso ao serviço odontológico para o atendimento de seu filho e sua relação com profissional da área odontológica.

RISCOS

O possível risco do estudo pode ser desconforto emocional sobre: a saúde bucal e a sua relação com a qualidade de vida das crianças de 3-5 anos, acesso e longitudinalidade dos serviços odontológicos prestados, o risco será minimizado através da não identificação e sigilo das informações dos entrevistados (Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente. Os pesquisadores buscarão aplicar o questionário em ambiente calmo, que permita que o entrevistado se sinta confortável em responder às perguntas.

BENEFÍCIOS

O pre Os resultado deste estudo permitirá o conhecimento da realidade da saúde bucal das crianças na
Prprprimeira infância e seu acesso aos serviços odontológico. E desta forma ter subsídios para a
muda mudança das políticas públicas.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final

a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) ANA CRISTINA PIAS pelo telefone (48) 991722907 e/ou pelo e-mail anaortopias@gmail.com

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
<p>Voluntário(a)/Participante</p> <hr/> <p>–</p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____-_____-_____-_____-</p>	<p>Pesquisador(a) Responsável</p> <p><i>Cristiane Damiani Tomasi</i></p> <hr/> <p>–</p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Cristiane Damiani Tomasi</p> <p>CPF: 047.981.899-10</p>

APÊNDICE B

Perfil sociodemográfico, acesso aos serviços e saúde bucal da criança

QUESTIONÁRIO	NÚMERO: _____
Responsável pela coleta de dados:	Data: __/__/__
BLOCO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
A1 – Qual sua relação com a criança? (0) cuidador (contratado) (1) mãe (2) pai (3) avó/avô/tia	A1 _____
A2 – Qual sua idade? _____ anos e _____ meses	A2 _____
A3 – Qual a idade da criança? _____ anos	A3 _____
A4 – A criança possui irmãos? (0) Não (1) Sim	A4 _____
A4.1 – Se sim, os irmãos têm que idade? (0) mais que 5 anos (1) até 5 anos	A4.1 _____
A5 – Escolaridade dos responsáveis pela criança	
A5.1 – Escolaridade da mãe da criança (0) Não alfabetizado (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo (9) Não sabe informar	A5.1 _____
A5.2 – Escolaridade do pai da criança (0) Não alfabetizado (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo (9) Não sabe informar ou não conhece/não tem relação com o pai da criança	A5.2 _____
A6 – Qual a cor da pele da criança? (0)Branca (1) Preta (2) Outra	A6 _____
A7 – Qual a renda média da sua família (somando todos os salários)? (1) Menos que 1 salário mínimo (menor ou igual a R\$937,00) (2) 1 a 2 salários mínimos (R\$937,00 – R\$1.874,00) (3) 2 a 4 salários mínimos (R\$1.874,01 – R\$3.748,00) (4) Mais que 4 salários mínimos (mais que R\$3.748,00) (9) Não sabe/Não sabe informar	A7 _____
A8 – Quantas pessoas contribuem com a renda? _____ pessoas	A8 _____
A9 – Quantas pessoas dependem dessa renda? _____ pessoas	A9 _____
A10 – Sobre seu vínculo de trabalho, no momento: (0) Desempregado	A10 _____

(1) Vínculo formal de trabalho (2) Vínculo informal de trabalho (3) Aposentado [por tempo de contribuição] (4) Aposentado [por invalidez] (5) Não trabalha [do lar]	
A11 – A criança frequenta escola ou creche? (0) Não (1) Sim, Creche (2) Sim, ensino infantil	A11 _____
BLOCO B – SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA	
B1 – O dentista faz parte da equipe de saúde da unidade e saúde de seu bairro? (0) Não (1) Sim	B1 _____
B2 – Você já levou sua criança para consulta com o dentista? (0) Não (1) Sim	B2 _____
B2.1 Se sim, a primeira consulta foi antes dos 6 meses de vida da criança? (0) Não (1) Sim (2) Não Lembra	B2.1 _____
B3 – De que forma é o acesso ao serviço de odontologia na unidade de saúde do seu bairro? (0) é só procurar a unidade de saúde, sem marcar consulta – livre demanda (1) é necessário marcar a consulta (3) não sabe informar	B3 _____
B4 – De que forma você marca a consulta da sua criança na unidade de saúde? (0) marca presencialmente na recepção (1) marca por telefone (3) marca de outra forma _____	B4 _____
B5 – Quando marca a consulta com o dentista da unidade de saúde, tem fila de espera? (0) Não (1) Sim	B5 _____
B5.1 – Se tem fila de espera, quanto tempo demora entre marcar a consulta e ser atendido? (0) até 7 dias (1) entre 7 e 14 dias (2) entre 15 e 30 dias (3) mais que 30 dias	B5.1 _____
B6 – Como você se desloca da sua casa até a unidade de saúde? (0) caminhando (1) bicicleta (2) carro ou moto (3) ônibus	B6 _____
B7 – Quanto tempo é necessário para o deslocamento da sua casa até a unidade de saúde? (0) até 15 minutos (1) entre 16 e 40 minutos (2) mais que 40 minutos	B9 _____
BLOCO C – SOBRE A SAÚDE BUCAL DA SUA CRIANÇA	
C1 – Sua criança já teve algum problema de saúde bucal? (Considerar trauma dental, carie dental e maloclusão) (0) Não (1) Sim	C1 _____
C2 – Atualmente, sua criança tem algum problema de saúde bucal? (Considerar trauma dental, carie dental e maloclusão) (0) Não (1) Sim	C2 _____
C2.1 Se tem algum problema atual, por favor, responda qual problema. a) Trauma dental (0) não (1)sim b) cárie dental (0) não (1)sim c) maloclusão (0) não (1)sim d) outros _____	C2.1 a) _____ b) _____ c) _____

<p>C5 – A equipe da unidade de saúde ofereceu orientações para manter a saúde bucal de sua criança nos primeiros meses de vida?</p> <p>(4) com certeza, sim (3) provavelmente, sim (2) provavelmente, não (1) com certeza, não (9) não sabe informar</p>	C3 _____
<p>C6 - A equipe da unidade de saúde ofereceu orientações sobre a importância da Dieta na Saúde bucal da criança?</p> <p>(4) com certeza, sim (3) provavelmente, sim (2) provavelmente, não (1) com certeza, não (9) não sabe informar</p>	C4 _____
<p>C7 - A equipe da unidade de saúde ofereceu orientações sobre a importância na amamentação no desenvolvimento facial do bebê?</p> <p>(4) com certeza, sim (3) provavelmente, sim (2) provavelmente, não (1) com certeza, não (9) não sabe informar</p>	C5 _____
<p>C8 - A equipe da unidade de saúde ofereceu orientações sobre a utilização de mamadeiras e chupetas e sua relação com problemas na oclusão (mordida)?</p> <p>(4) com certeza, sim (3) provavelmente, sim (2) provavelmente, não (1) com certeza, não (9) não sabe informar</p>	C6 _____

APÊNDICE- C

Longitudinalidade do Cuidado

BLOCO E – LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO						
Perguntas	4) Com certeza, sim	(3)provavelmente, sim	(2)provaavelmente, não	(1 Com certeza, não	(9) Não sei, não lembro	Respostas
E1 - Quando você vai ao atendimento odontológico, é o mesmo dentista que atende seu filho?						E1 _____
E2 - Quando você tem dúvida sobre a saúde bucal da criança, você pode telefonar ou falar com o dentista?						E2 _____
E3 - Você acha que o dentista entende o que você diz e as perguntas que você faz?						E3 _____
E4 - O dentista responde as perguntas de forma que você entenda?						E4 _____
E5 - O dentista lhe dá tempo o suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?						E5 _____
E6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas referentes a sua criança ao dentista?						E6 _____
E7 - O seu dentista conhece a sua criança como pessoa ou mais como problema de saúde?						E7 _____
E8 - O dentista conhece a história clínica de sua criança?						E8 _____
E9 - O dentista sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?						E9 _____
E10 - Você mudaria de Unidade de saúde ou para atendimento com outro profissional de odontologia?						E10 _____
E11 - Você acha que o dentista conhece sua família bastante bem?						E11 _____
E12 - O dentista sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?						E12 _____
E13 - O dentista sabe do emprego dos familiares de sua criança?						E13 _____

E14 - O dentista saberia de alguma forma se você tivesse problemas para pagar o medicamento para sua criança?						E14 _____
--	--	--	--	--	--	--------------

ANEXOS

ANEXO A



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.923.833

CAAE: 98969318.4.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: CRISTIANE DAMIANI TOMASI

Pesquisador (a): ANA CRISTINA PIAS

Título: "A SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, ACESSO E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 27 de setembro de 2018.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP

ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

19/07/2018

Processo: 533714

CARTA DE ACEITE

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada "Saúde bucal na primeira infância: avaliação da qualidade de vida, acesso e longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde"

O estudo está sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^ª. Dr^ª Cristiane Damiani Tomasi, Prof^º Dr. Renan Ceretta e da Mesntranda Ana Cristina Pias, todos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, durante o tempo de aplicação da pesquisa.

PREFEITURA DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Ana Paula Aguiar Milonez
Nutricionista - CRN10 0703 - Gerente da Área
Técnica de Alimentação e Nutrição - 4084

Nome do Responsável
Cargo e nome da Instituição/Empresa e Carimbo

PREFEITURA DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Ana Paula Aguiar Milonez
Nutricionista - CRN10 0703 - Gerente da Área
Técnica de Alimentação e Nutrição - 4084

Secretaria Municipal de Saúde: Rua Rio dos Cedros s/n (CEREST) – Bairro Santa Augusta, Fone: 34458703. Criciúma SC. CEP. 88805-430

D6 - Sua criança já teve dificuldade para dormir devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?							D6 _____
D7 - Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?							D7 _____
D8 - Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?							D8 _____
D9 - Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?							D9 _____
Bloco D – Parte 2 – IMPACTO FAMILIAR							
D10 - Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança?							D10 _____
D11 - Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança?							D11 _____
D12 - Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança?							D12 _____
D13 - Sua criança já teve problema com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?							D13 _____

Os descritores Qualidade de vida (Quality of Life), Saúde oral- (Oral Health), crianças (children), Saúde Pública (Public Health), Integralidade em saúde (Integrality in Health).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

A ser formulada após a aprovação.

Tamanho: 7cm x 10,5cm

Fonte: Times New Roman 10,5

Maiores informações pelo e-mail rwe@unescc.net ou pelo telefone 3431 2592.