



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

CAROLINA THAIZA COSTA PAZOS

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO**

Recife

2024

CAROLINA THAIZA COSTA PAZOS

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de Concentração: Abordagem Quantitativa em Saúde

Linha de Pesquisa: Estudos da Morbimortalidade da Criança

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nilcema Figueiredo

Recife

2024

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Pazos, Carolina Thaiza Costa.

Instrumento de avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância: desenvolvimento e validação / Carolina Thaiza Costa Pazos. - Recife, 2024.

217f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2024.

Orientação: Paulo Sávio Angeiras de Goes.

Coorientação: Nilcema Figueiredo.

1. Avaliação em saúde; 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde; 3. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. I. Goes, Paulo Sávio Angeiras de. II. Figueiredo, Nilcema. III. Título.

CAROLINA THAIZA COSTA PAZOS

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: **Abordagem Quantitativa em Saúde**

Aprovada em: 07 / 06 / 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
(Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
(Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares Araújo
(Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Profa. Dra. Suely Arruda Vidal
(Examinador Externo)
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

Profa. Manoela Almeida Santos da Figueira
(Examinador Externo)
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Para minha mãe, que é tudo para mim e tudo o
que sou.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que, com seu cuidado e amor, me proporciona o milagre da vida e da realização dos meus maiores sonhos!

À minha mãe, Iane, que se supera e supera todos os desafios da vida ao meu lado, sem cessar. Ela é meu exemplo de pessoa, mulher, filha, amiga, companheira, amor, alegria, força, cuidado, carinho, resiliência e vida!

Ao meu pai, Manoel, que sempre acredita em mim e me impulsiona a alcançar todos os meus sonhos, até os quase impossíveis!

A Diogo, que abraçou a minha vida com carinho e este projeto como se fosse seu. Obrigada por ser companheiro em todos os momentos — pelas noites em claro, finais de semana, feriados e férias estudando ao meu lado — e por ser compreensível quando estava cansada.

Ao meu orientador, Paulo Goes, que, em sua extrema generosidade, compartilhou comigo seu nobre conhecimento ao longo da minha trajetória e nunca deixou de confiar e acreditar em mim.

À minha avó Sebastiana, minhas tias Aila e Maria do Carmo e meus primos Diêgo e Cezar, que, como sentido real de família, compreenderam meus momentos de ausência e cuidavam de mim mesmo estando distantes.

Às minhas amigas de sempre e às novas que Deus me presenteou, em especial Manuella Araújo, Rogéria Cursino, Danielle Ramalho, Lidiane Portela e Carolina Aschoff. Obrigada por me incentivarem e apoiarem em tantos momentos!

À minha coorientadora, Nilcema Figueiredo, aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e aos meus colegas de turma DO12. Todos são exemplos para mim e contribuíram de maneira inestimável para minha formação profissional e pessoal.

"E, tomando uma criança, colocou-a no meio deles. Pegando-a nos braços, disse-lhes: 'Quem recebe uma dessas crianças em meu nome, está me recebendo; e quem me recebe, não está apenas me recebendo, mas também àquele que me enviou'." (BÍBLIA, Mc 9:36-37)

RESUMO

As crianças com até cinco anos de idade ainda apresentam alta prevalência de cárie dentária e baixa utilização do serviço odontológico, o que provoca consequências que classificam essa doença como problema sanitário para essa população. Como medida para mudar essa situação, pode-se lançar mão da avaliação dos serviços de atenção primária, preferencialmente com ferramentas bem constituídas e validadas. Nesse contexto, o presente estudo objetiva construir instrumentos de avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal de crianças com idade entre zero e cinco anos, um sob a perspectiva dos seus responsáveis e outro sob a perspectiva dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros, bem como validar este último. Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos sequencial quali-quantitativa, composta pela sequência metodológica: revisão de literatura; definição de atributos; elaboração do modelo teórico-lógico e da matriz de indicadores, fundamentada nas teorias de Donabedian e Starfield; validação do conteúdo do modelo teórico-lógico e da matriz de indicadores pela técnica de consenso do grupo nominal adaptado; elaboração dos itens das escalas; e validações, mediante as testagens das propriedades psicométricas do instrumento para os profissionais. Participaram da técnica de consenso doze especialistas de formações e capacitações distintas, e obteve-se a definição final de 34 indicadores distribuídos em seis dimensões. Os indicadores deram origem às 57 perguntas da primeira versão do instrumento para os profissionais — Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Profissionais (QSSBI-P) — e às 47 perguntas para os responsáveis das crianças — Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Usuários (QSSBI-U) —, os quais também têm variáveis sociodemográficas e respostas em escala *Likert*. A fase de validação do QSSBI-P teve como participantes 60 profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, no estado de Pernambuco. Quanto à distribuição da frequência entre os itens das dimensões, a maior parte dos profissionais relatou: atender diariamente crianças com até cinco anos de idade (71,7%); sempre considerar as condições sociais e hábitos para determinar seu acompanhamento às crianças (75,0%); classificar de maneira muito determinante a saúde bucal (78,3%); e sempre registrar em prontuários os atendimentos (96,7%). A variação do escore pelas opções de resposta da amostra foi de 56 (melhor) a 141 (pior), com média de 94,37 pontos (DP = 18,98; IC 95% = 89,46-99,27) e mediana de 93,0. Após as análises de consistência interna para validação, nove perguntas foram eliminadas e os parâmetros analíticos aumentados: *Alpha de Cronbach* = 0,895; ICC = 0,895; IC 95% = 0,853-0,930; $p < 0,01$; média da escala = 78,25; e DP = 17,91, o que originou a segunda versão do

instrumento. Em todas as análises, foi utilizado o nível de significância de 5%. Assim, o QSSBI-P se sobressai como um instrumento válido de avaliação, possibilitando uma abordagem sistemática e integrada no atendimento à saúde infantil nas unidades de saúde. Além disso, seu uso pode padronizar os processos de avaliação e monitoramento, promovendo melhor qualidade dos serviços de saúde fornecidos durante a primeira infância.

Palavras-chave: avaliação em saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde; garantia da qualidade dos cuidados de saúde; serviços de saúde da criança; saúde bucal.

ABSTRACT

Children under five years old still have a high prevalence of tooth decay and low use of dental services, which causes consequences that classify this disease as a health problem for this population. As a measure to change this situation, one should make use of the evaluation of primary care services, preferably using well-established and validated tools. Considering that, the present study aims to build instruments for evaluating the quality of oral health care for children between zero and five years old, one of them from the perspective of their guardians and the other one from the perspective of the medical professionals, dentists and nurses, as well as validating this last tool. This is a sequential quali-quantitative mixed methods research, consisting of the methodological sequence: literature review; definition of attributes; elaboration of the theoretical-logical model and the indicator matrix, based on the theories of Donabedian and Starfield; content validation of the theoretical-logical model and indicator matrix using the adapted nominal group consensus technique; preparation of the scale items; and validations, by testing the psychometric properties of the instrument for professionals. Twelve experts from different backgrounds and qualifications participated in the consensus technique, and the final definition of 34 indicators distributed among six dimensions was obtained. The indicators raised 57 questions in the first version of the instrument for professionals — Quality of Children's Oral Health Service - Professionals (QSSBI-P) — and 47 questions for the children's guardians — Quality of Children's Oral Health Service - Users (QSSBI-U) —, which also have sociodemographic variables and responses on Likert scale. The validation phase of the QSSBI-P involved 60 health professionals from Basic Health Units in the municipality of Vitória de Santo Antão in the state of Pernambuco, Brazil. Regarding the frequency distribution of the dimension items, most professionals reported: treating children under five years old daily (71.7%); always considering social conditions and habits when determining how to monitor the children (75.0%); classifying oral health in a very decisive way (78.3%); and always recording the service in the medical records (96.7%). The score variation across the sample's response options ranged from 56 (best) to 141 (worst), with an average of 94.37 points (SD = 18.98; 95% CI = 89.46-99.27) and a median of 93.0. After internal consistency analyses for validation, nine questions were eliminated and the analytical parameters were increased: Cronbach's Alpha = 0.895; ICC = 0.895; 95% CI = 0.853-0.930; $p < 0.01$; scale mean = 78.25; and SD = 17.91, which led to the second version of the instrument. In all analyses, a significance level of 5% was used. Thus, the QSSBI-P stands out as a valuable assessment instrument, enabling a

systematic and integrated approach to children's health care in health units. Furthermore, its use can standardize evaluation and monitoring processes, boosting the quality of the health services provided during early childhood.

Keywords: health assessment; quality indicators in health care; guarantee of the quality of health care; child health services; oral health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do desenvolvimento e validação dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U.....	48
Figura 2 - Fluxograma das atividades realizadas durante a Técnica do Grupo Nominal adaptado.....	51
Figura 3 - Modelo teórico-lógico da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância.....	61
Figura 4 - Associação entre os elementos das teorias dos Sete Pilares da Qualidade de Donabedian (2002) e dos Atributos da Atenção Primária de Starfield (2002).....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência quanto às variáveis sociodemográficas.....	95
Tabela 2 -	Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Atenção no Primeiro Contato.....	97
Tabela 3 -	Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Longitudinalidade.....	101
Tabela 4 -	Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Integralidade..	102
Tabela 5 -	Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Coordenação.	106
Tabela 6 -	Distribuição de frequência quanto aos itens das dimensões Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural.....	110
Tabela 7 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> – dimensão Atenção no Primeiro Contato.....	112
Tabela 8 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> – dimensão Longitudinalidade.....	114
Tabela 9 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> – dimensão Integralidade.....	115
Tabela 10 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> – dimensão Coordenação.....	118
Tabela 11 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> – dimensões Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural.....	121
Tabela 12 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> aprimorados – dimensão Atenção no Primeiro Contato.....	124
Tabela 13 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> aprimorados – dimensão Longitudinalidade.....	126
Tabela 14 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> aprimorados – dimensão Integralidade.....	127
Tabela 15 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> aprimorados – dimensão Coordenação.....	130
Tabela 16 -	Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e <i>Alpha de Cronbach</i> aprimorados – dimensões Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural.....	133

Tabela 17 - Análise bivariada da escala com fatores sociodemográficos e de formação.....	135
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância.....	64
Quadro 2 - Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância.....	70
Quadro 3 - Relação entre as dimensões e a quantidade de indicadores durante o processo de validação da matriz.....	83
Quadro 4 - Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
Ceo-d	Índice para número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSMIN	COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement InstrumeNts
ESF	Equipe de Saúde da Família
EqSB	Equipes de Saúde Bucal
HHS	United States Department of Health and Human Services (Departamento dos Estados Unidos de Saúde e Serviços Humanos)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ICNTP	Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do SUS
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NCAPOH	National Call to Action to Promote Oral Health (Chamada Nacional para Ação de Promoção à Saúde Oral)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ppm	partes por milhão
PCATool	Primary Care Assessment Tool (Ferramenta de Avaliação de Atenção Primária)

PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde
QSSBI-P	Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil - Profissionais
QSSBI-U	Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil - Usuários
Quali-quant	Qualitativo e quantitativo
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TGN	Técnica do Grupo Nominal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UOM	Unidades Odontológicas Móveis
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	A CÁRIE DENTÁRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	22
2.2	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	26
2.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	38
2.4	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS: DIRETRIZES DO <i>CONSENSUS-BASED STANDARDS FOR THE SELECTION OF HEALTH MEASUREMENT INSTRUMENTS</i> (COSMIN) E DA TÉCNICA DO GRUPO NOMINAL (TGN).....	44
3	MÉTODOS	47
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	47
3.2	ETAPA TEÓRICA: REVISÃO DA LITERATURA E DESENVOLVIMENTO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ DE INDICADORES.....	49
3.3	ETAPA TEÓRICA + ANALÍTICA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ DE INDICADORES.....	50
3.4	ETAPA TEÓRICA + ANALÍTICA: ELABORAÇÃO DOS ITENS DOS FORMULÁRIOS.....	54
3.5	ETAPA EXPERIMENTAL: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO, CONSTRUTO, CONSISTÊNCIA INTERNA, CONFIABILIDADE E CRITÉRIO DO INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P).....	55
3.5.1	População do estudo	55
3.5.1.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	55
3.5.2	Local do estudo	55
3.5.3	Método de coleta dos dados	56
3.6	ETAPA ANALÍTICA: TESTAGEM DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	57
4	ASPECTOS ÉTICOS	59
5	RESULTADOS	60

5.1	RESULTADOS DO DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ DE INDICADORES.....	60
5.2	RESULTADOS DO DESENVOLVIMENTO DOS FORMULÁRIOS QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P) E QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – USUÁRIOS (QSSBI-U).....	93
5.3	RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P): TESTAGEM DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	95
6	DISCUSSÃO.....	137
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
	REFERÊNCIAS.....	156
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P) – 1ª VERSÃO.....	172
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – USUÁRIOS (QSSBI-U).....	185
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	196
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	198
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE IMPOSSIBILITADOS DE ASSINAR.....	200
	APÊNDICE F – INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P) – 2ª VERSÃO.....	202
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.....	213

1 INTRODUÇÃO

Relatórios da literatura internacional apontam que a melhora mundial da saúde oral nos últimos 25 anos não foi significativa (Uribe; Innes; Maldupa, 2021; Kanagaratnam; Schluter, 2019). Nas crianças em idade pré-escolar, o índice que mede o número de dentes cariados, extraídos e obturados (ceo-d) parece estável ou aponta o aumento da prevalência da doença, especialmente quando as comparações de resultados são feitas na idade-índice de cinco anos. Corroborando a afirmação citada, um estudo realizado pela *Global Burden of Disease* em 2017 apresentou dados que indicam que aproximadamente 530 milhões de crianças possuíam cáries não tratadas nos dentes decíduos (Uribe; Innes; Maldupa, 2021; Chen *et al.*, 2021; Elamin; Garemo; Gardner, 2018).

No Brasil, 27% dos pré-escolares com idade entre 18 e 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças aos cinco anos de idade e, entre elas, 80% dos dentes não são tratados (Brasil, 2012). Esses dados mostram o não cumprimento da meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2010, a qual estabelecia a prevalência de 90% de crianças livres de cárie aos cinco anos (WHO, 2003).

Somado a esse cenário, a maioria das unidades de saúde ainda não desenvolve programas de educação em saúde bucal e prioriza assistência à criança em idade escolar, com predomínio do tratamento restaurador, restrito à Atenção Básica (AB), sem interface com os demais níveis de atenção, sob a modalidade de atendimento por livre demanda (Morosini; Fonseca; Lima, 2018; Chen *et al.*, 2019).

Dessa maneira, a cárie dentária em crianças continua se destacando dentre as doenças bucais como uma questão de importância sanitária (Manton, 2018). Além de causar dor, desconforto e dificuldades de alimentação, essa enfermidade compromete o desenvolvimento biopsicossocial, provoca estresse e absenteísmo dos pais no trabalho e pode se tornar um forte preditor do agravamento na dentição permanente (Kamińska *et al.*, 2016; Šačić *et al.*, 2016; Cangussu *et al.*, 2016). Sendo assim, torna-se responsável por impacto negativo nas atividades diárias, com repercussão na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, além de demandar custos aos serviços de saúde (Cangussu *et al.*, 2016).

O panorama exposto tem sido explicado, muitas vezes de maneira inconsistente e dissociada, pela influência dos fatores socioeconômicos, sociodemográficos, estruturais e organizacionais da atenção à saúde e pela desatenção ao cuidado infantil em saúde bucal por

parte dos pais, no acesso e na utilização dos serviços odontológicos pelas crianças (Schwendler *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2019).

Como medida essencial para vencer e evitar as barreiras aos cuidados da saúde bucal na primeira infância, as diretrizes nacionais e internacionais são unânimes em recomendar a atenção multiprofissional, priorizando ações preventivas (American Academy on Pediatric Dentistry, 2013; Brasil, 2006) desempenhadas na atenção primária (Scherer *et al.*, 2018; Lucena *et al.*, 2020). Porém, ao passo que são raros os estudos que avaliam a atenção odontológica nesses serviços (Colussi; Calvo, 2011; Diniz, 2015; Martins *et al.*, 2016), são comuns as evidências dos problemas no cuidado integral à saúde da criança nessa esfera da atenção (Damasceno *et al.*, 2016).

O trabalho em equipe pode ser classificado por diferentes vertentes, principalmente o multiprofissional e o interprofissional, cada conceito estabelecendo significados distintos. A abordagem multiprofissional se relaciona aos diversos profissionais que atuam em diferentes áreas em prol de um mesmo objetivo. Estes profissionais alinham suas responsabilidades e expertises para resolução de problemas. Porém, a interação entre eles ocorre de forma mais superficial, não atuando em conjunto (GOLDMAN *et al.*, 2022).

O conceito de interprofissionais refere-se às colaborações que ocorrem de forma mais dinâmica e integrada entre os profissionais, havendo mais interação e trocas de conhecimento e habilidades com maior cooperação para solução dos problemas. Este tipo de interação permite uma maior comunicação e colaboração entre os profissionais, facilitando o sucesso dos objetivos almejados (WOODS, 2018).

Ainda que estes conceitos definam termos semelhantes, o conteúdo do presente trabalho aborda de forma mais específica a classificação de interprofissionais. No entanto, devido à escassez de trabalhos com enfoque no tema abordado, reconheceu-se a necessidade de manter o termo “multiprofissionais” visto que este é predominantemente referenciado pelos autores utilizados para elaboração do presente estudo.

Para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), Starfield (2002) adequou o modelo de Donabedian (2002) e estabeleceu elementos para os programas de saúde, que podem ser avaliados separadamente ou associados aos resultados na saúde da população. Nesse modelo avaliativo, a qualidade dos serviços da atenção primária está relacionada aos atributos: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da Atenção, Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural (Starfield, 2002).

No Brasil, esses estudos avaliativos ganharam relevância após as mudanças provocadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pela maior complexidade do perfil epidemiológico do país e pelo aumento da exigência no controle de gastos, além da necessidade de se conhecerem o funcionamento e a qualidade do sistema de saúde (Martins *et al.*, 2016; Ferreira Neto; Fam; Silva, 2022; Brasil, 2011; Brasil, 2018).

Desse modo, o processo avaliativo pode fortalecer a capacidade para a ação e oportunizar reflexões, discussões coletivas e aprendizagens dos indivíduos e grupos envolvidos, assumindo, assim, uma dimensão política, além da finalidade social (Silveira Filho *et al.*, 2016; Barros *et al.*, 2019). No entanto, essa área necessita de avanços, principalmente na Odontologia, em que há uma preocupação maior no sentido de controlar as ações, mas tendo pouco evoluído no sentido de avaliar os serviços prestados pelo SUS.

A despeito disso e mesmo com a conscientização da importância e dos avanços das estratégias de promoção e prevenção, ainda não ficou estabelecida a associação entre o quadro de saúde bucal desfavorável, a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças menores de cinco anos de idade e os reais desafios encontrados pelos próprios usuários e pelos profissionais da atenção primária que os assistem. Também, é desconhecida a existência de estudos e instrumentos que avaliem integralmente a atenção à saúde bucal dessa população.

Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de melhorar os instrumentos de acompanhamento das ações dos profissionais e das experiências dos usuários das unidades de saúde, através da elaboração de indicadores que reflitam a realidade dos serviços. Essas medidas têm como objetivos principais identificar e avaliar as evidências existentes, para, então, aperfeiçoar o processo de trabalho dos profissionais da atenção primária e os seus protocolos clínicos na abordagem desses pacientes. Dessa maneira, espera-se, como consequência positiva, que ocorra o aumento da qualidade da atenção à saúde bucal e a qualidade de vida das crianças menores de cinco anos de idade.

Ao concordar que é possível melhorar a atenção à saúde bucal dessas crianças através da avaliação dos serviços, e diante da escassez de instrumentos validados que abordem integralmente essa população, esta tese visa à construção de instrumentos de avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal de crianças na primeira infância sob a perspectiva dos seus responsáveis e dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros, para fins de desenvolvimento da atenção e de programas e políticas a toda população envolvida na assistência dessa faixa etária.

Para isso, os objetivos gerais deste trabalho foram desenvolver um instrumento para mensurar a qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância na perspectiva dos usuários e construir e validar outro instrumento com o mesmo objetivo para os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros. E como objetivos específicos: (1) elaborar uma revisão da literatura sobre a qualidade da atenção à saúde bucal em crianças com idade entre zero e cinco anos; (2) desenvolver e validar um modelo teórico-lógico e uma matriz de indicadores para a construção de instrumentos na perspectiva dos usuários e na dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros; (3) realizar a validação de conteúdo dos instrumentos com a técnica de consenso; (4) realizar a validação de conteúdo, construto, consistência interna e critério do instrumento na perspectiva dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros com a população-alvo; (5) determinar a distribuição de frequência dos itens do instrumento na perspectiva dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros, gerado a partir da amostra estudada; (6) analisar a confiabilidade do instrumento dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros; e (7) testar a associação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças com idade entre zero e cinco anos em função das características dos profissionais da unidade de saúde que as assistem.

A autora da tese realizou o curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na área de concentração de Abordagem Quantitativa em Saúde, linha de pesquisa de Estudos da Morbimortalidade da Criança e interesse de pesquisa Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. A orientação foi realizada pelo Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes e coorientada pela Prof^ª. Dr^ª. Nilcema Figueiredo.

A tese está apresentada na forma de um capítulo de Revisão da Literatura, estruturado em tópicos — A cárie dentária na primeira infância; Atenção à saúde bucal na primeira infância; Avaliação da qualidade da saúde bucal na primeira infância; Validação de instrumentos: diretrizes do *CO*nsensus-based Standards for the selection of health Measurement InstruMeNts (COSMIN) e da Técnica do Grupo Nominal (TGN). Seguindo ao que se propõe uma tese, sucedem-se os capítulos de Métodos, Resultados, Discussão; e, concluindo-a, um capítulo de Considerações Finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A CÁRIE DENTÁRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A cárie dentária representa o problema mais frequente de saúde oral em todo o mundo. Os cuidados necessários ao tratamento e prevenção das cáries suscitam danos econômicos estatisticamente significativos, resultando em problemas de saúde aos pacientes não tratados e redução da qualidade de vida. Estudos recentes demonstram que em 2017 a prevalência de cáries não tratadas em dentes decíduos atingia 7,8% da população, com registro de 532 milhões de casos em todo o mundo (GBD, 2017; Oral Disorders Collaborators, 2020). A cárie é uma doença multifatorial e o seu surgimento se relaciona a diversos fatores, como as condições estruturais da sociedade, o estilo de vida do indivíduo e a existência de sistemas de prevenção quanto à saúde bucal ofertados pelo governo (Crescente; Gehrke; Santos, 2022), tornando-se um grande desafio na saúde pública (Brizon *et al.*, 2015; Cangussu *et al.*, 2016; Cavalcante; Araújo Filho; Saboia, 2017; Muller *et al.*, 2015).

Nas crianças em idade pré-escolar, além de ser considerada como o principal agravo de saúde bucal no Brasil, essa afecção é ainda sete vezes mais comum do que a rinite alérgica, cinco vezes mais comum do que a asma (Šačić *et al.*, 2016) e quatro vezes mais comum do que a obesidade infantil (Zhang *et al.*, 2016). Sua prevalência na primeira infância varia em todo o mundo, mas sempre se mostra elevada, como se constata: Grécia (36%), Brasil (45,8%), Índia (51,9%), Israel (64,7%), Palestina (76%) e Emirados Árabes (83%) (Zhang *et al.*, 2016).

O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal no Brasil foi realizado em 1986 utilizando recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu as faixas etárias, alguns critérios de diagnóstico de cárie e a aferição de doença periodontal pelo Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (ICNTP). Nos anos seguintes, os critérios foram aprimorados, padronizados e mantidos em um manual que assegura a comparabilidade dos dados epidemiológicos em saúde bucal obtidos em diferentes lugares, estimulando a criação de dados a partir de bases confiáveis para a elaboração de planejamentos e análises por administradores de saúde bucal (Checchi *et al.*, 2021).

Os últimos resultados oficiais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) revelaram que os dados do ceo-d — índice para número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados — ainda possuem valores significativos, registrando 2,4 dentes comprometidos em crianças de cinco anos (Cavalcante; Araújo Filho; Saboia, 2017). Esses valores, na maioria das vezes, tendem a aumentar nas

regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e em regiões rurais quando comparadas às capitais (Souza; Roncalli, 2019).

Os dados citados refletem a polaridade socioeconômica da doença, visto que os estados do Nordeste e do Norte estão relacionados com os piores indicadores de pobreza do Brasil (Souza Morais *et al.*, 2015) e que as zonas rurais brasileiras apresentam os piores índices de rendimento, nível de escolaridade e saneamento básico, o que pode configurar agravos à saúde bucal nessas regiões (Silva *et al.*, 2018). Alguns outros fatores que se associam ao surgimento da doença e à prevalência da cárie dentária na infância são o grau de instrução escolar, renda familiar e acesso à informação e aos serviços de assistência à saúde (Carvalho *et al.*, 2022).

Como o ambiente familiar exerce papel essencial no desenvolvimento infantil e a escolaridade materna apresenta relação positiva com a saúde da criança (Souza Morais *et al.*, 2015), a condição socioeconômica pode ser considerada como um dos melhores indicadores da saúde bucal da criança, principalmente em países subdesenvolvidos (Brizon *et al.*, 2015).

O estilo de vida e o grau de instrução dos cuidadores também são fatores que contribuem para o surgimento das cáries em crianças, bem como predisposição genética e ambiente físico e social (Santos *et al.*, 2016).

Outros fenômenos que se encontram associados a um maior risco de desenvolvimento da cárie na primeira infância são: baixo peso ao nascer, aleitamento durante o sono, má nutrição, experiência prévia de cárie (Cangussu *et al.*, 2016), qualidade e frequência das refeições, hábitos de dieta e refeições noturnas (Šaćić *et al.*, 2016).

As práticas alimentares adotadas nos primeiros meses e anos de vida das crianças podem se refletir nas condições da doença. Dentre os principais fatores, destacam-se a duração e frequência do aleitamento materno, o período escolhido para introdução dos alimentos complementares e a higienização bucal após as refeições (Spaniol *et al.*, 2020).

O uso de mamadeiras durante a noite e de madrugada associado ao consumo de alimentos e bebidas adoçadas artificialmente na primeira infância pode contribuir para o surgimento precoce das cáries, além de problemas nutricionais (Mathur; Dhillon, 2018). Ainda que a amamentação materna seja considerada como essencial para o desenvolvimento da criança, a associação da amamentação com a introdução de outros carboidratos fermentáveis colabora para o aparecimento das lesões cáries, especialmente em casos cuja higiene bucal também não é feita adequadamente (Mis *et al.*, 2017).

Levantamentos realizados pelo estudo de Cangussu e colaboradores (2016) evidenciaram outros fatores que corroboram o acometimento de cáries dentárias na primeira infância. O

trabalho envolveu pesquisa com crianças de quatro a trinta meses que frequentavam creches públicas, privadas e filantrópicas em Salvador-BA. Como resultado foi possível observar a maior incidência de lesões bucais em crianças maiores, de cor parda ou preta, renda familiar menor e pais com baixa escolaridade e baixa qualificação profissional. Os autores apontaram ainda a recorrente associação da incidência de cáries ao aleitamento artificial prolongado, aleitamento antes de dormir e início tardio da higiene bucal (Cangussu *et al.*, 2016).

Os fatores individuais, como os aspectos demográficos, socioeconômicos e de higiene oral, além das variáveis contextuais também exercem influência sobre o uso dos serviços odontológicos pela população. A participação materna nas atividades escolares e a interação social com a vizinhança agem positivamente na utilização dos cuidados odontológicos (Piovesan *et al.*, 2017), bem como a conscientização e a educação dos pais, visto que a saúde bucal na primeira infância se relaciona, principalmente, com práticas e conhecimentos dos responsáveis sobre o tema (Oliveira *et al.*, 2019). Portanto, sendo a primeira infância o período ideal para a introdução de bons hábitos e o início de um programa educativo e preventivo de saúde bucal, é importante a participação efetiva da família no que concerne às orientações de higiene oral para o sucesso desses programas (Schwendler *et al.*, 2017).

No entanto, historicamente, a atenção em saúde bucal se deteve ao tratamento assistencial das doenças, em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde oral. A abordagem assistencial tem suas limitações, já que apresenta demanda crescente e altos custos, sendo a cárie a quarta doença mais cara para tratar no mundo (Kim *et al.*, 2017).

A heterogênea utilização dos cuidados em saúde bucal por crianças em idade pré-escolar é demonstrada em vários países (Piovesan *et al.*, 2017). Idealmente, a primeira visita ao dentista não deveria ultrapassar o um ano de idade; entretanto, uma pequena parcela da população realiza essas visitas no momento adequado: apenas 11,9% nos Estados Unidos, 9,5% na Polônia e 1,73% na Bulgária (Grzesiak-Gasek *et al.*, 2016). No Brasil, em pesquisa realizada em um posto de saúde do município de Ijuí-RS, observou-se que 64,6% das mães levaram seus filhos ao dentista no primeiro ano de vida da criança (Rigo; Dalazen; Garbin, 2016).

Ademais, durante muito tempo, a priorização do cuidado com a saúde bucal de crianças foi destinada às faixas etárias de dois a doze anos ou, excepcionalmente, àquelas em que houve a erupção dentária precoce. Também, maior ênfase era dada a pesquisas sobre medidas preventivas para crianças em idade escolar, e escassa literatura relatava sobre meios de prevenção em crianças da primeira infância.

O acesso ao dentista na primeira infância é ideal para introduzir bons hábitos em longo prazo e, para isso, é preciso que toda a equipe de saúde esteja preparada para orientar sobre a importância das consultas e do cuidado com a saúde bucal, como preconiza a APS (Oliveira *et al.*, 2019), assim como a orientação da família é fundamental para a saúde bucal da criança, iniciando-a desde as consultas de pré-natal odontológico (Araujo *et al.*, 2018).

O pré-natal odontológico ressalta a importância do dentista para a realização de atendimentos básicos durante a gestação das pacientes, como promover orientações sobre aleitamento materno, imunização, mudanças fisiológicas durante a gravidez e apresentar os cuidados necessários à saúde bucal da mãe e do bebê. Ademais, o dentista deve avaliar as condições de tecidos moles, doença periodontal e cárie dentária da gestante, sinalizando fatores de risco e realizando as adequações necessárias, além de efetuar busca ativa das faltosas às consultas (Carmo, 2020).

Essa conduta é um dos meios mais preventivos contra a cárie, se inicia na gestação, com as orientações dadas aos pais, e deve ter seguimento com o acompanhamento odontológico a partir do nascimento da criança. Quando os protocolos para a prevenção e tratamento da doença não são seguidos, a cárie pode se constituir como um dos principais problemas dentários (Muller *et al.*, 2015), devido à interferência que pode causar na alimentação, fala, sono, socialização (Šaćić *et al.*, 2016), estado nutricional (Corrêa-Faria *et al.*, 2016), crescimento e desenvolvimento das crianças (Lemos *et al.*, 2014; Lucas *et al.*, 2011) e na qualidade de vida delas e de seus familiares (Kamińska *et al.*, 2016; Šaćić *et al.*, 2016).

São diversas as consequências da presença de cáries em crianças na primeira infância, sendo as mais indesejáveis a ocorrência da dor e da infecção, acompanhadas de abscessos, lesões bucais mais graves e/ou perda do dente. Em decorrência disso, associam-se a dificuldade para mastigar, perda de peso, diminuição do apetite, alterações no padrão de sono e rendimento no seu aprendizado. Ademais, o surgimento precoce de cáries na dentição decídua também está relacionado ao aumento da possibilidade de aparecimento desta doença na dentição permanente (Cangussu *et al.*, 2016; Pereira *et al.*, 2021).

Dessa forma, reforça-se a necessidade de intervenções e pesquisas que busquem avaliar medidas para reduzir a frequência de surgimento desta doença em crianças, especialmente nos estágios iniciais da vida. A presença constante de cáries se associa à timidez e constrangimento da criança, favorecendo a diminuição da sua socialização e o afastamento das instituições de ensino, como pré-escolas e creches (Pereira *et al.*, 2021).

A perda dentária, associada à cárie, pode ainda estar relacionada à fonação atípica, ao atraso ou aceleração da erupção dos dentes sucessores permanentes e à facilitação do surgimento de problemas ortodônticos. Estes problemas, quando surgem em dentes permanentes, podem ainda causar perda de espaços com desvios de erupção e impactos nos dentes permanentes sucessores (Araújo *et al.*, 2018).

O sofrimento das crianças pelo acometimento da cárie também se reflete nos cuidadores, devido aos gastos associados à doença e aos tratamentos odontológicos. Ademais, as atividades diárias e as idas ao trabalho dos responsáveis podem ser alteradas durante o tratamento da criança com cárie, comprometendo toda a dinâmica familiar. Por isso, é importante considerar o agravamento da doença e analisar as alternativas para melhoria da qualidade de vida da criança (Dias; Ferreira; Almeida, 2019).

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados com a saúde das populações. Garantir acolhimento que examine e classifique os riscos e as vulnerabilidades e melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados com saúde para as crianças, desde a gestação de suas mães, têm assegurado a redução dos índices de morbimortalidade de gestantes e crianças e fortalecido o papel dos serviços de saúde (Vanderlei; Frias, 2015). De acordo com as diretrizes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (2005), fazem parte do atendimento infantil: o acompanhamento quanto à imunização e quanto ao crescimento e desenvolvimento, a promoção ao aleitamento materno, a orientação sobre o risco nutricional, a prevenção de acidentes, a assistência às doenças prevalentes na infância e a prevenção às doenças bucais.

Medidas que objetivam reduzir o índice das cáries na primeira infância estão sendo conduzidas no Brasil e no mundo. A *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) (Academia Americana de Odontopediatria) se caracteriza por regular, a partir de diretrizes e normas, a educação, prevenção, diagnóstico e tratamentos necessários à manutenção da saúde bucal de bebês, crianças, adolescentes e pessoas com necessidades especiais (American Academy of Pediatric Dentistry, 2023).

A AAPD recomenda os cuidados odontológicos em casa até os doze meses de idade; a partir disso, a criança deve ser conduzida para iniciar os serviços odontológicos preventivos com o dentista. O *United States Department of Health and Human Services* – HHS (Departamento dos Estados Unidos de Saúde e Serviços Humanos) definiu a *National Call to Action to Promote*

Oral Health (Chamada Nacional para Ação de Promoção à Saúde Oral) como um programa com parceria entre organizações públicas e privadas com a finalidade de incentivar ações de promoção à saúde bucal, prevenção de doenças e redução das divergências em populações vulneráveis (American Academy of Pediatric Dentistry, 2023).

O HHS ainda desenvolveu cinco objetivos que visam eliminar as disparidades na saúde bucal, são eles: integrar a saúde bucal e os cuidados de saúde primários; prevenir doenças e promover a saúde bucal; aumentar o acesso aos cuidados de saúde bucal e eliminar disparidades; aumentar a divulgação de informações sobre saúde bucal; e avançar o tema da saúde bucal nas políticas públicas (U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Coordinating Committee, 2020).

Ademais, o relatório do comitê *Advancing Oral Health in America* (Promovendo a Saúde Bucal na América) forneceu recomendações/princípios organizadores para uma nova iniciativa de saúde, como: centrar-se na prevenção de doenças e na promoção da saúde bucal; reduzir as disparidades na saúde bucal; melhorar a prestação de cuidados de saúde bucal; reforçar o papel dos profissionais de saúde não odontológicos; expandir a investigação em saúde bucal e melhorar a coleta de dados; promover a colaboração entre as partes interessadas, públicas e privadas; e, medir o progresso em direção às metas e objetivos de curto e longo prazo (Institute of Medicine, 2011).

A AAPD recomenda que profissionais de saúde não odontológicos que identificarem a cárie em uma criança devem encaminhá-la para tratamento odontológico. É indicada a intervenção imediata, e intervenções não cirúrgicas devem ser conduzidas sempre que possível, para adiar ou reduzir a necessidade de tratamento cirúrgico. É também aconselhada a tomada de medidas preventivas, como o aconselhamento de melhorias na dieta da criança, de reforço da escovação com creme dental fluoretado e de visitas mais frequentes a profissionais odontológicos para aplicação de flúor tópico e cuidados restauradores (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021).

Em relação aos bebês, crianças, adolescentes e indivíduos com necessidades especiais, a AAPD reconhece que eles têm direito e necessitam de cuidados de saúde oral de qualidade. AAPD ainda defende que esses cuidados devem ser incluídos na concepção e prestação de programas de cuidados de saúde individuais, comunitários e nacionais. Isso pode ser alcançado através das recomendações dos relatórios do HHS *Oral Health Initiative* 2010 e do Quadro Estratégico de Saúde Oral do HHS dos EUA, 2014-2017 (American Academy of Pediatric

Dentistry, 2023; U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Coordinating Committee, 2020).

Quanto aos regimes preventivos de cáries e outras lesões bucais na primeira infância, a Academia Europeia de Odontopediatria funciona em concordância com a Academia Americana de Odontopediatria, recomendando a escovação dentária com creme dental com flúor quando o primeiro dente surge e o uso de suplementos de vitamina D imediatamente após o nascimento (Wagner; Heinrich-Weltzien, 2016).

Ao tratar das normas e recomendações, aplicadas no Brasil, diversas ações e políticas públicas voltadas à saúde da criança foram implementadas. Pode-se pressupor na melhoria da saúde bucal entre as crianças com até cinco anos de idade após a criação da Equipe de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde em 1994 — programa com foco nas famílias (Souza Morais *et al.*, 2015) e com potência para reorganizar a APS com a implementação de equipes multiprofissionais e métodos de prevenção, promoção e recuperação em saúde (Reis; Scherer; Carcereri, 2015). As estratégias desse programa abrangem promoção, prevenção e cuidado para mães e crianças, como, por exemplo: cuidados pré-natais, aleitamento materno, imunização e ações contra doenças infecciosas e diarreia (Souza Morais *et al.*, 2015).

Em 2000, houve implementações que objetivavam melhorar o quadro assistencial odontológico, como a inserção dos profissionais de Odontologia na ESF, o estabelecimento de incentivo financeiro e a criação de novas diretrizes curriculares e normas (Scherer; Scherer, 2016), sendo esta posteriormente ampliada através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e do Programa Brasil Sorridente, implementado em 2004 (Martins *et al.*, 2016b). Este programa recomenda a organização e o desenvolvimento de diversas ações voltadas para a criança, entre elas as ações em saúde bucal associadas à equipe multiprofissional e integradas com outras campanhas (Schwendler *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) definiu as diretrizes para a saúde bucal na ESF, com a perspectiva de criar ações mais resolutivas, como a promoção e proteção da saúde, sua recuperação e reabilitação. As ações propostas têm como objetivo a implantação de prontos atendimentos e procedimentos mais complexos, como pulpotomias, e fase clínica de tratamentos com próteses dentárias, além da melhoria na qualificação profissional e ampliação do acesso e integralidade (Pires; Botazzo, 2015).

Dentre as diretrizes que preconizam a PNSB, é importante destacar as medidas no âmbito da intersetorialidade, as medidas educativo-preventivas e a promoção à saúde se relacionando às políticas públicas centradas no setor odontológico, como as ações para ampliar o acesso a

água tratada e fluoretada, cuidados odontológicos básicos, ações para cuidados com a alimentação e o tabagismo, entre outros (Leme; Seiffert, 2021).

Com o início do Brasil Sorridente, houve um crescimento da oferta de serviços de saúde bucal para toda a população, com linhas de financiamento específicas para a criação de novas Equipes de Saúde Bucal – EqSB (dentista + técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal) e para a construção e implementação de centros de atenção secundária e terciária, permitindo que a iniciativa fosse considerada como uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo (Scarparo *et al.*, 2015).

Assim, com a introdução da Odontologia nas ESF, foi possível a ampliação dos cuidados, norteados pelas diretrizes do SUS e visando à solução de problemas de saúde bucal. Nesse contexto, a participação do dentista é necessária em ações voltadas a educação, promoção e prevenção de saúde junto à população (Sousa, 2021).

O Brasil Sorridente está inserido no sistema de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visa à integralidade do cuidado e à equidade e à articulação dos serviços de saúde. Após o início deste programa, foram realizadas reformas para a substituição de equipamentos sucateados e mudanças estruturais, com atuação multiprofissional, objetivando o serviço voltado às necessidades da população para um melhor atendimento (Chaves *et al.*, 2017).

As equipes de saúde bucal passaram a atuar em conjunto com as equipes de saúde da família na APS, distribuídas por todo o território nacional. Ademais, as áreas de difícil acesso eram assistidas pelas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), assim como houve a realização de intervenções nas escolas em todo o Brasil (Pucca Jr *et al.*, 2015).

As APS são consideradas o primeiro acesso ao sistema de saúde de muitas crianças, sendo, por isso, necessária uma assistência multidisciplinar direcionada à promoção da saúde bucal como medida educativa-preventiva. Segundo as recomendações do Programa Brasil Sorridente, os menores de cinco anos de idade devem ter saúde bucal assistida desde antes dos seis meses de idade, com ingresso através das campanhas de vacinação, consultas clínicas, ações em grupo de responsáveis e atividades em espaços sociais (Schwendler *et al.*, 2017).

No entanto, ainda são muitos os desafios enfrentados pelos serviços de atenção à saúde, como os aspectos socioeconômicos e demográficos (Vanderlei; Frias, 2015). Estudos apontam que o sistema de atenção à saúde da criança nem sempre é considerado satisfatório, visto que alguns deles apresentam inconsistências relacionadas à organização dos serviços, à alta demanda e a outros aspectos relacionados aos profissionais de saúde no tratamento às crianças (Damasceno *et al.*, 2016).

Os desafios para a atenção aos lactentes e aos pré-escolares foram descritos por Damasceno *et al.* (2016), quando apresentaram estudos reunindo diferentes trabalhos sobre a APS e verificaram as principais limitações dos cuidados com a criança nessas instituições. Foram observadas algumas fragilidades quanto à falta de cobertura da ESF em alguns territórios, à infraestrutura das unidades de saúde e quanto às condições de trabalho para atender as crianças (como falta de materiais ou equipamentos), bem como problemas relacionados à capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento às crianças.

Em 2007, foi lançada pelo governo federal a estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional” visando ao estabelecimento de uma política nacional de atenção integral às crianças na primeira infância (Souza Morais *et al.*, 2015). O programa apresenta, dentre outros objetivos, a manutenção da qualidade de vida das crianças e o apoio ao pré-natal, parto e aleitamento materno (Oliveira *et al.*, 2018).

O Brasil Sorridente ainda foi responsável pela criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com oferta de especialidades de cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer de boca e outras doenças de tecidos moles, periodontia, atenção aos pacientes com necessidades especiais, endodontia, tratamentos de ortodontia e implantes dentários (Martins *et al.*, 2016). Adicionalmente, foram fundados os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), para garantir o acesso e a integralidade dos cuidados com a população adulta e idosa (Cayetano *et al.*, 2019).

Ainda no escopo do programa Brasil Sorridente, foi lançado, em 2016, o programa Gradua-CEO, que visava à articulação dos serviços de saúde bucal prestados pelas universidades à rede de saúde bucal do SUS, de forma a integrar universidade e alunos ao serviço público após a formação (Cayetano *et al.*, 2019).

Os CEO surgiram como uma estratégia para facilitar e melhorar o acesso e a oferta de serviços na atenção de média complexidade. Foram criados pela Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro (MS/GM) nº 1.570 — a qual estabeleceu os critérios, normas e requisitos que regeriam sua implantação e credenciamento — e pela Portaria MS/GM nº 1.571 — que estabeleceu o financiamento dos CEO —, sendo posteriormente substituídas pelas Portarias MS/GM nº 599 e MS/GM nº 600, respectivamente (Freitas *et al.*, 2016); no entanto, nenhuma dessas legislações garante a presença do odontopediatra nesse nível da rede de assistência.

A lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, estabeleceu princípios e diretrizes para elaboração e realização de políticas públicas para a primeira infância e apontou a saúde como uma das

áreas prioritárias para essas políticas. Dentre os pontos apresentados pela lei, podem ser citados: o pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância, adaptação às suas necessidades, qualificação profissional e promoção da atenção à saúde bucal das crianças e das gestantes de forma integral, transversal e intersetorial (Brasil, 2016).

Convergente com as normas e legislações, a promoção à saúde bucal e a prevenção da cárie precoce na infância são objetos de estudo e práticas realizadas pela comunidade odontológica. São reforçadas, frequentemente, medidas preventivas com o objetivo de reconhecer e controlar antecipadamente as causas e os sintomas das doenças bucais, buscando as intervenções necessárias junto aos pais ou responsáveis da criança (Nóbrega *et al.*, 2019).

Um dos grandes desafios das APS é ofertar à população serviços e cuidados primários de saúde com qualidade, facilitando o atendimento e reduzindo o tempo de espera para acesso aos serviços e tratamento. Para isto, as resoluções utilizadas internacionalmente são o acesso oportuno e a continuidade do cuidado (Rocha; Bochi; Godoy, 2016).

Ainda que o PNAB e o PNSB tenham trazido conceitos que visam ao acesso universal e igualitário com ações inclusivas e coletivas, o atendimento odontológico no país enfrenta restrições e limitações no processo e serviços ofertados, baseando-se em um modelo curativo em espaços privados (Scherer; Scherer, 2016).

No Brasil, as regiões Norte e Nordeste apresentam maiores desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde bucal do que as demais regiões do país, presumindo-se que os princípios de universalidade e integralidade não são colocados em prática igualmente. Alguns estudos apontam que, nessas regiões, a população possui dificuldade para marcação de consultas e limitação de acesso devido ao quadro de profissionais e equipe reduzido para atender toda a demanda local, resultando na procura pelos serviços do setor privado ou desistência do tratamento (Comassetto *et al.*, 2019).

Ainda quanto aos problemas citados, outras ações podem ser implementadas, como aumentar o foco nas atividades de promoção e prevenção em saúde bucal, ampliar e qualificar as equipes de saúde bucal e, propor estratégias para promover um maior acesso aos serviços de saúde bucal pela população mais vulnerável (Lima *et al.*, 2020).

As intervenções que objetivam diminuir as desigualdades na utilização de serviços odontológicos públicos necessitam atuar sobre diferentes determinantes, visto que são diversos os fatores que reduzem a utilização dos serviços de saúde bucal pela população (Fonseca; Fonseca; Meneghim, 2017; Cardoso *et al.*, 2018). Segundo dados apresentados pela PNAS em 2008, 77,9% das crianças com até quatro anos de idade nunca haviam ido ao dentista. Outros

estudos observaram também que o uso de serviços odontológicos públicos se associava a crianças com condições socioeconômicas mais precárias e níveis de escolaridade materna mais baixos, o que se relaciona a desemprego, baixa renda e baixa condição ocupacional (Cunha; Leite, 2022).

Estudos que analisam os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde bucal pela população são realizados para reunir evidências que auxiliam no planejamento de projetos que estimulem o seu uso e a diminuição das desigualdades em saúde. No entanto, é difícil estabelecer uma relação causal porque a maioria desses estudos é transversal, sendo necessária a realização de pesquisas longitudinais para elucidar melhor a causalidade e minimizar os vieses (Curi; Figueiredo; Jamelli, 2018).

É importante ressaltar os principais fatores que determinam as desigualdades observadas nos estudos referentes ao acesso aos serviços de saúde, como os determinantes individuais, socioeconômicos, culturais, além de políticas de saúde e disponibilidade de serviços (Ghanbarzadegan *et al.*, 2021). Deve-se buscar garantir os cuidados odontológicos como um direito humano, favorecendo todos os tipos de usuários, independentemente de sua faixa etária ou situação socioeconômica (Carreiro *et al.*, 2019).

O incentivo e a recomendação do retorno do paciente é uma forma de ampliar o sucesso do tratamento e a preservação da saúde bucal, pois, dessa forma, o dentista conseguirá fazer o acompanhamento do paciente e o aconselhamento dos pais quanto às boas práticas alimentares e higiênicas da criança (Nóbrega *et al.*, 2019).

As gestantes são consideradas um grupo prioritário para a atenção odontológica, visto que: podem apresentar alterações bucais que demandem cuidados durante o período gestacional; as necessidades odontológicas, se acumuladas, podem comprometer a saúde materna e da criança; são multiplicadoras de atitudes relacionadas aos hábitos alimentares e de higiene da família; e, por frequentarem sistematicamente os serviços de saúde nesse período, facilitam o acesso às informações e aos tratamentos necessários (Rigo; Dalazen; Garbin, 2016; Cardoso; Passos; Raimondi, 2017; Alves *et al.*, 2018).

Adicionalmente, pesquisas na área de cariologia registram que a transmissão da microbiota cariogênica se processa também de forma vertical e que os estreptococos cariogênicos estabilizam-se na cavidade bucal durante a fase de irrompimento dos primeiros dentes decíduos, por isso a necessidade de se implementar a atenção odontológica para o binômio mãe/criança (Vitoriano; Rulli; Prado, 2021).

Dessa forma, o pré-natal odontológico se caracteriza como ferramenta condicionante para a saúde bucal das mães e de seus bebês. O dentista e a equipe devem estar preparados para proporcionar à gestante um atendimento seguro e eficaz, com protocolos que garantam a prevenção e a manutenção da saúde bucal da mãe sem riscos ao bebê (Silva *et al.*, 2021).

Durante o pré-natal odontológico, as grávidas devem ser consultadas seguindo recomendações que dependem do trimestre da gestação, visando minimizar os desconfortos da mãe durante as consultas. Deve-se avaliar as condições da saúde bucal da gestante e realizar os tratamentos necessários, como limpezas, raspagens, alisamentos radiculares, aplicação tópica de flúor, polimentos de restaurações, remoção de cárie e restaurações. Estes procedimentos não costumam apresentar riscos à saúde dos bebês e previnem casos de urgência, como dor intensa e infecções (Guimarães *et al.*, 2021).

O número de consultas pré-natais também está associado com o padrão de crescimento da criança, sugerindo que o crescimento na primeira infância é largamente determinado pela qualidade da vida antes do nascimento (Hadders-Algra, 2016). A adequada realização do pré-natal melhora as condições de gestação, nascimento, pós-parto e período neonatal (Souza Morais *et al.*, 2015).

Pesquisadores apontam que infecções por cárie nas gestantes podem aumentar o risco do nascimento pré-termo (Thomas *et al.*, 2015), evidenciando a necessidade de melhoria do cuidado pré-natal, com o objetivo de facilitar a saúde da criança (Hadders-Algra, 2016). Instruções para as gestantes sobre cárie precoce na infância podem gerar a consciência sobre a transmissão da doença e implementação de práticas preventivas, evitando o desenvolvimento da cárie e reduzindo sua severidade (Grzesiak-Gasek *et al.*, 2016).

Acredita-se que as idas ao dentista no primeiro ano de vida estão relacionadas a uma presença maior nas consultas de puericultura e de realização do pré-natal na unidade de saúde e a um maior vínculo da mãe com a equipe de saúde. Há também uma correlação positiva entre a razão do número de profissionais da ESB com a população adscrita e o número de primeiras consultas odontológicas, sendo necessária uma relação harmonizável entre o número de usuários e de profissionais em saúde bucal (Schwendler *et al.*, 2017).

Sobre as ações para promoção da saúde bucal, elas podem e devem ser implementadas tanto no âmbito dos serviços de saúde quanto nas famílias, escolas e creches. A melhoria da condição de saúde bucal na primeira infância levaria a mudanças sociais, que afetariam a vida da população em todas as vertentes, como trabalho, moradia, educação, renda e acesso a serviços de saúde (Olatosi *et al.*, 2015). Para isto, fazem-se relevantes ações de educação em saúde para

educadores das escolas e creches, com o potencial de replicá-las aos responsáveis e de facilitar a ampliação do acesso aos serviços de saúde, promovendo o diagnóstico e o tratamento precoces de cárie e o incentivo à prevenção da doença a partir de visitas periódicas na AB (Cangussu *et al.*, 2016).

Já para o tratamento da cárie, é importante, primeiramente, identificar o nível da doença e seu risco. Quando as estruturas dentárias são destruídas pela doença, o dentista necessita realizar um tratamento reabilitador para restaurar a saúde bucal da criança e as funções mastigatória, fonética e estética (Dainezi *et al.*, 2015). O risco de cárie é avaliado tanto no nível individual quanto do dente. Tratamentos de cárie com restaurações terapêuticas provisórias são baseados na política da AAPD, com as melhores práticas recomendadas, e devem ser realizados com periodicidade e observando-se a idade da criança, o risco e o avanço da doença (American Academy of Pediatric Dentistry, 2023).

Assim, deve-se abordar técnicas que favoreçam a restauração da forma e da função dos dentes, bem como auxiliar na prevenção do surgimento de outras lesões bucais ou a reincidência de lesões existentes (Dias; Ferreira; Almeida, 2019).

Um dos tratamentos preventivos mais usuais e efetivos se caracteriza pela aplicação de flúor, cujo uso com função profilática foi recomendado pela OMS após a descoberta da sua importância terapêutica e preventiva em 1945 e 1946 nos Estados Unidos e Canadá, respectivamente. O dentifrício fluoretado deve ser utilizado em concentração de 1000 ppm a 1100 ppm após as refeições, sob orientação dos pais para que a criança não faça ingestão deste composto. Faz-se ainda necessário o retorno do paciente para o acompanhamento com abordagens que incentivem o autocuidado para a manutenção da qualidade da saúde bucal (Bernardes; Dietrich; França, 2021).

Quando a presença de cárie se associa à má oclusão, o tratamento de ambos deve ser feito com urgência, visto que tanto a doença como a má oclusão refletem na baixa qualidade de vida da criança em questões de comprometimento estético e funcional dos dentes. O tratamento precoce nestes casos visa à correção dos desequilíbrios existentes antes que a mudança para os dentes permanentes seja completa. O tratamento ainda deve levar em consideração as medidas preventivas, como a mudança dos hábitos alimentares — com redução da ingestão de alimentos e líquidos açucarados — e melhoria na higienização bucal da criança, a partir da conscientização da própria criança como de seus responsáveis (Braga *et al.*, 2015). Em casos mais complexos e com maior risco de infecção dentária, deve-se proceder com tratamentos endodônticos, como a pulpotomia ou pulpectomia (Castilho *et al.*, 2023).

A baixa idade das crianças acometidas por cáries na primeira infância é um dos desafios que a odontopediatria enfrenta durante os tratamentos reabilitadores, pois crianças nessa faixa etária não costumam cooperar com o tratamento (Dias; Ferreira; Almeida, 2019), seu cognitivo ainda está em desenvolvimento, reduzindo a quantidade de informação que pode ser compreendida (Ferreira; Oliveira, 2017). Alguns fatores podem afetar ainda mais a comunicação durante as consultas odontopediátricas, como a incerteza, a ansiedade ou a urgência transmitida pelo dentista ou ainda as distrações no consultório, como outras crianças chorando. Quando o dentista consegue se expressar mais positivamente, demonstrando empatia e preocupação, há uma melhor aceitação no atendimento (Costa *et al.*, 2021).

Aspectos observados em consultórios odontológicos, como as luzes, vestimenta branca, som do micromotor, dor ou sustos podem conduzir os pacientes a momentos de estresse e ansiedade. No entanto, quando essa imagem negativa é desconstruída, os cuidados com a saúde bucal se tornam mais tranquilos para crianças e profissionais, reduzindo as chances delas sentirem dor. Desta forma, torna-se necessário e importante programar o atendimento para que este tenha o mínimo de adversidades possível (Prado *et al.*, 2019).

Os comportamentos do dentista e dos membros da equipe odontológica são ferramentas essenciais para conduzir as crianças durante o atendimento odontopediátrico. A confiança da criança nas consultas pode ser criada a partir da atitude, da linguagem corporal e das habilidades de comunicação do dentista, o que favorece a redução do estresse e aumenta a cooperação do paciente. A comunicação pode ser desenvolvida por meio do diálogo, tom de voz, expressão facial e linguagem corporal (Ferreira; Oliveira, 2017).

As técnicas de manejo comportamental foram preconizadas pela AAPD a partir do Guia de Manejo do Comportamento Infantil e consistem em métodos utilizados na odontopediatria que têm como principal objetivo manter a atenção e cooperação do paciente, trazendo segurança e tranquilidade, para facilitar o trabalho do profissional e criar um vínculo criança/dentista (American Academy of Pediatric Dentistry, 2023).

Dentre as técnicas utilizadas, estão: a presença ou ausência dos pais, especialmente para crianças menores de três anos ou que não consigam se comunicar de alguma forma; a estratégia do falar, mostrar, fazer; a distração, utilizando recursos como *tablets*, brinquedos, brincadeiras, conversas; e, a contenção física, quando os outros métodos já citados não são suficientes (Coelho; Coelho; Costa, 2021).

Crianças que apresentam necessidades especiais de cuidados de saúde podem precisar de recursos e técnicas adicionais e orientação comportamental não farmacológica adaptada às suas

necessidades. Dentre essas técnicas, destacam-se a preparação do paciente e técnicas de distração, como camuflagem da seringa, conversa, brinquedos, livros e contação de histórias infantis, distração audiovisual, óculos de realidade virtual e *smartphones/tablets*. Estas técnicas podem auxiliar na redução do estresse e da ansiedade antes e durante as consultas, favorecendo o atendimento e a adesão do paciente ao tratamento (Dhar *et al.*, 2023).

Alguns profissionais ainda utilizam procedimentos farmacológicos para controlar o medo e a ansiedade das crianças durante o tratamento odontológico, como o uso de ansiolíticos, óxido nitroso e, em último caso, a anestesia geral. Os medicamentos ansiolíticos podem ser utilizados na odontologia, porém alguns profissionais não se sentem preparados para o uso destes fármacos, especialmente em crianças. Por isto, o uso de métodos farmacológicos não é empregado com frequência em consultórios odontológicos (Dias; Ferreira; Almeida, 2019).

Diante da importância da prevenção, do diagnóstico e do tratamento precoce da cárie na primeira infância (Schwendler *et al.*, 2017), somados à alta prevalência de cárie e à dificuldade de acesso aos dentistas, o trabalho multiprofissional é posto como uma das estratégias para a manutenção da saúde bucal dessa população (Harnagea *et al.*, 2017; Kranz; Preisser; Rozier, 2015).

Assim, os profissionais que prestam serviço de atenção primária exercem papel essencial no crescimento saudável da criança ao encaminhá-la aos serviços odontológicos e ao fazer orientações de higiene bucal, dieta e exposição ao flúor (Harnagea *et al.*, 2017; Cavalcante; Araújo Filho; Saboia, 2017). Além disso, cada especialidade contribui significativamente para a promoção da saúde, a partir de intervenções técnicas e articulações com os outros saberes, atuando na produção do cuidado integral nas unidades de saúde. Além do dentista, o médico, o nutricionista, o agente comunitário de saúde, o auxiliar e o técnico em saúde bucal são também importantes para a equipe nas ações de promoção de saúde (Fisher-Owens; Mertz, 2018). No entanto, há desinteresse público e das instituições educacionais sobre o tema, o que acaba por acarretar a inaptidão por parte dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a atenção primária (Souza Morais *et al.*, 2015).

Ao incorporar os serviços de saúde bucal ao programa de nutrição para mulheres e pré-escolares, Biordi *et al.* (2015) adotaram medidas educativas de higiene bucal, alimentação, utilização de copo para tomar líquidos, uso de componentes com flúor, registro da condição de saúde bucal e estímulo às consultas odontológicas para as crianças e seus responsáveis. Após três anos de acompanhamento multiprofissional regular — durante período que variava entre três e seis meses — de 4.360 crianças, observou-se que o número de cáries diminuiu com o

aumento das visitas ao programa, como também houve aumento na proporção de participantes que visitaram o dentista (Biordi *et al.*, 2015).

Já no trabalho desenvolvido por Kranz, Preisser e Rozier (2015), os serviços de saúde bucal preventivos em ambientes médicos reduziram a experiência de cárie em crianças pequenas, mas não melhoraram o acesso subsequente ao tratamento em consultórios odontológicos. Isso demonstra que estratégias para o desenvolvimento de mecanismos de articulação entre os campos médico e odontológico devem ser desenvolvidas (Harnagea *et al.*, 2017; Kranz; Preisser; Rozier, 2015).

Mesmo não conhecendo sua eficácia e factibilidade, intervenções como capacitar profissionais na utilização de referências baseadas em risco, desenvolvimento e monitoramento de medidas de desempenho, implementar registros de saúde eletrônicos e promover treinamento continuado têm sido propostas para promover a continuidade da atenção à saúde bucal entre os profissionais de saúde (Kranz; Preisser; Rozier, 2015).

Shimpi *et al.* (2016) avaliaram a intervenção de médicos em relação à saúde bucal de pacientes da primeira infância, relatando escasso encaminhamento, quando necessário, aos profissionais de saúde bucal. Este caso se deve, especialmente, ao insípido treinamento da equipe médica. Desta forma, faz-se necessária a aceitação de modelos de cuidado baseados em equipes médicas/odontológicas, com complementação realizada por formação da equipe de saúde bucal.

Govindasamy *et al.* (2018) relata que o trabalho multiprofissional para ampliação e melhoria dos cuidados com a saúde bucal deve se iniciar desde as consultas de pré-natal da gestante, nas quais os médicos e enfermeiros devem possuir conhecimento e prática sobre cuidados bucais materno-infantil para apresentá-los às mães na APS. No entanto, observa-se que boa parte desses profissionais não possui conhecimento em nível odontológico suficiente para repassá-lo às gestantes.

Ações de promoção, prevenção (Muller *et al.*, 2015) e educação em saúde bucal, além da ampliação do acesso aos serviços de saúde com visitas regulares na atenção primária, são medidas que devem ser reforçadas e direcionadas às crianças da primeira infância (Cangussu *et al.*, 2016). Investimentos destinados a crianças da primeira infância, mais do que em outra fase de desenvolvimento, trazem maior retorno ao indivíduo e à sociedade (Souza Morais *et al.*, 2015).

Os gestores municipais devem agir em conformidade com o estado para ofertar ações de acolhimento e aprimoramento e, a resolutividade das equipes e serviços da APS, com foco nas

principais necessidades do território e da população (Rocha; Bochi; Godoy, 2016). Dentre os principais desafios da saúde bucal na atenção primária está garantir à população um acesso de qualidade, facilitado, integral e resolutivo, transpondo as desigualdades na prestação de serviços odontológicos (Scherer; Scherer, 2016).

A oferta de serviços de saúde com qualidade, combinada com ações de cuidado com a saúde das crianças, principalmente na primeira infância, deve ser prioridade, visto que esta faixa etária é mais susceptível a doenças e agravos (Santos *et al.*, 2021). Outra maneira de promover cuidados acessíveis, abrangentes e contínuos nas organizações de saúde, alcançando a integralidade do cuidado, é a integração entre os profissionais da rede de cuidado. O trabalho em equipe depende das interações dentro do grupo, do local de trabalho e das pessoas envolvidas. Os projetos interprofissionais inovadores facilitam a interação e organização da atenção à saúde a partir da priorização de medidas educacionais pela gestão e colaboração interprofissional (Jardim *et al.*, 2022).

2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

De acordo com a classificação das teorias de avaliação proposta por Alkin, Christie e Vo (2012), a origem da prática avaliativa está associada às necessidades de prestação de conta, controle de programas e investigação social. A partir do seu desenvolvimento, surge a pesquisa avaliativa, guiada pelos métodos, sendo seu valor uma responsabilidade compartilhada do julgamento dos interessados pela avaliação, a qual deve ser ferramenta ofertada e promovida para a tomada de decisões de modo pertinente e oportuno para melhorar os programas de saúde e a qualidade de vida dos usuários (Bahadori *et al.*, 2015; Fontana; Lacerda; Machado, 2016; Pires *et al.*, 2019; Zina *et al.*, 2022).

A avaliação é um instrumento necessário e importante para a gestão em saúde e que auxilia na identificação de aspectos destoantes e errôneos, além de na indicação de medidas para correção de rumos e alcance de objetivos. Por isso, é fundamental avaliar e monitorar os resultados alcançados pelos serviços e os possíveis impactos na saúde da população frente à expansão da rede na AB (Sousa, 2018).

Também, a utilização de ferramentas metodológicas no processo avaliativo proporciona informações sobre as políticas, programas e serviços. Suas especificidades dependentes do contexto no qual o serviço está implantado estão entre os maiores desafios colocados à gestão de saúde pública (Yoshimitanaka *et al.*, 2015). Os sistemas de saúde devem ser analisados de

acordo com sua complexidade, com o contexto histórico, político, econômico e cultural da sociedade e com o entendimento dos envolvidos (Zina *et al.*, 2022).

No contexto da qualidade em saúde, a avaliação se refere ao diagnóstico de uma situação com o objetivo de intervir sobre ela. É um poderoso instrumento de mudança e deve ser visto como um estímulo para que vários serviços de saúde atendam a padrões mínimos de qualidade (Neves *et al.*, 2017).

A avaliação dos serviços de saúde e a elaboração de modelos avaliativos voltados para as gestões municipais também contribuem para o acompanhamento e a qualificação do desenvolvimento de ações cuja finalidade é aumentar a qualidade da atenção prestada. Assim, é possível a construção de um modelo específico e apropriado para a avaliação dos serviços de atenção à saúde bucal, o qual possa auxiliar gestores e profissionais na identificação de problemas e no planejamento de mecanismos para as diferentes ações (Martins *et al.*, 2016).

Como os objetivos e percepções em relação aos serviços de saúde são diferentes entre os usuários, comunidade, profissionais e gestores envolvidos, torna-se importante considerar os vários atores nos programas de saúde durante o processo avaliativo. Essa estratégia tem como benefício, além de esclarecer aspectos e efeitos distintos das intervenções, facilitar a incorporação dos resultados nas decisões a serem tomadas (Furtado *et al.*, 2018).

Dessa maneira, para acessar a qualidade da atenção primária à saúde bucal das crianças com até cinco anos de idade, nos serviços de atenção primária, nos fundamentaremos na teoria dos Sete Pilares da Qualidade de Donabedian — eficácia, efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (Donabedian, 2002) — e nos Atributos da Atenção Primária de Starfield — Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da Atenção, Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural (Starfield, 2002).

Para Donabedian (2002), a avaliação da qualidade é o refere-se ao grau no qual os serviços de saúde irão atender as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes. Processo que envolve uma dimensão objetiva, correspondente à qualidade formal, mensurável quantitativamente, e subjetiva, relacionada à qualidade política, que utiliza finalidades, valores e conteúdo (Gordon *et al.*, 2018).

Donabedian (2002) categorizou as informações sobre a qualidade dos cuidados médicos em três dimensões: estrutura (recursos humanos, estrutura física, financiamento e equipamento), processo (diagnóstico, prevenção e educação das pessoas) e resultados (os efeitos dos cuidados sobre as pessoas e populações). Ao visar à integralidade, a avaliação da qualidade da atenção à

saúde bucal deve ser multidimensional e incluir elementos de outras áreas da saúde, além dos determinantes sociais da população assistida, para que, assim, consiga melhores serviços e resultados nas iniciativas e projetos odontológicos (Donabedian, 2002).

O Ministério de Saúde do Brasil classificou a APS como um conjunto indissociável e seus elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde, quais sejam: Acesso de Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade, Coordenação da Atenção, Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural. Por isto, a avaliação destes serviços se caracteriza como um grande e necessário desafio aos gestores da saúde pública, sendo importante a manutenção da qualidade e da universalidade dos serviços prestados à população a partir de métodos e ferramentas que os avaliem (Bara *et al.*, 2015).

Levando-se em consideração a necessidade de se manter o cuidado primário em saúde, com acompanhamento contínuo dos problemas de saúde da população e com uma equipe multidisciplinar — reduzindo-se as demandas dos hospitais (Lima; Nichiata; Bonfim, 2019) —, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada a principal ação no âmbito do sistema público brasileiro (Bahadori *et al.*, 2015).

Como medida para avaliar os serviços da atenção primária, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) a partir da portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Este programa visou a fortalecer e ampliar o acesso da AB de forma a gerar um padrão de qualidade comparável em todo o país e fortalecer a gestão da AB, para estabelecer a promoção da autoavaliação e da educação permanente dos profissionais, além de fornecer incentivo financeiro para os municípios que atingirem melhorias no padrão de qualidade das equipes de saúde (Vamos *et al.*, 2015). A incorporação de um indicador que considerasse a carteira mínima de serviços de saúde bucal e a inclusão de parâmetros para os indicadores ocorreu apenas no terceiro ciclo do Programa (Machado; Souza; Noro, 2018).

Nesse mesmo ano de 2011, foi publicada a segunda edição da PNAB, incorporando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), após reconhecimento das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2018). O PMAQ-AB é uma ferramenta importante para o gerenciamento dos recursos destinados à saúde de forma a auxiliar na melhoria do acesso e no desempenho dos indicadores de saúde (Pereira *et al.*, 2019).

Com a iniciativa da PMAQ-AB, foram alcançados grandes avanços no delineamento da APS e na ampliação de pesquisas na área. Com isto, os indicadores se constituíram essenciais

na avaliação dos recursos destinados à saúde bucal na AB e no impacto da aplicação destes recursos na população (Gonçalves *et al.*, 2023). Estes indicadores devem ainda ser considerados para a implementação de políticas públicas de forma prudente (Fernandes *et al.*, 2016).

O PMAQ-AB apresenta um instrumento de coleta de avaliação externa com padrões de qualidade que incluem normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas e conhecimentos técnicos e científicos atuais. Além disso, a metodologia do PMAQ-AB se baseia na avaliação da estrutura, do processo e dos resultados do acesso e da qualidade dos serviços da AB, com caráter universal e rotineiro (Monteiro; Moreira; Farias, 2022).

Starfield e colaboradores (1998) desenvolveram o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), também utilizado para avaliação pelo PMAQ. A finalidade é avaliar a atenção primária para os três grupos populacionais: criança, adulto e idoso. De acordo com os autores, existem quatro atributos essenciais para a avaliação da APS, que são: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (Penso *et al.*, 2017). Ademais, existem os atributos derivados, que avaliam a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural. O PCATool visa a oferecer aos profissionais de saúde condições para avaliar os parâmetros da APS e realizar melhorias necessárias para manter a qualidade dos serviços de saúde (Starfield *et al.*, 2006).

Existe a versão PCATool-Saúde da Criança (PACTool-Criança) para usuários, que permite, por meio da experiência dos pais/cuidadores das crianças, a identificação de aspectos relacionados à estrutura dos serviços que exigem readequação em busca da qualidade, no planejamento e na execução das ações direcionadas ao público infantil. No entanto, há limitações em relação à saúde bucal de crianças na primeira infância e às ações relacionadas à integralidade na atenção odontológica (Furrati *et al.* 2020).

O Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS) antecedeu o PCATool, sendo instituído em 2001 com o objetivo de avaliar o desempenho dos serviços de saúde baseado no princípio da equidade. Utilizou indicadores classificados em quatro dimensões: determinantes da saúde; condições de saúde; estrutura do sistema de saúde; e, desempenho dos serviços de saúde. Os indicadores de saúde bucal foram categorizados na dimensão “condições de saúde” no PROADESS (França *et al.*, 2020).

Em 2011, foi criado o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), cujos objetivos foram avaliar o desempenho do SUS e verificar o cumprimento de seus princípios e diretrizes. Nesse, os indicadores de saúde bucal se restringiram somente às categorias de oferta de serviços e de resolutividade e continuidade para avaliação (França *et al.*, 2020). Pela limitação dos

instrumentos existentes para a avaliação da saúde bucal, alguns autores indicam a criação de propostas metodológicas para a avaliação destes serviços que contemplem indicadores suficientes e adequados para avaliar as ações e os desempenhos específicos da saúde bucal (Grimm; Tanaka, 2016).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica se consolidaram no Brasil como os principais instrumentos para acompanhar e avaliar a AB no país, além da proposta de autoavaliação das Equipes de Saúde da Família através da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Levando-se em consideração o significativo aumento na oferta de serviços básicos de saúde nos últimos anos e a melhoria da proporção entre EqSB e EqSF, faz-se necessária uma avaliação do acesso e da qualidade das ações e dos serviços de saúde bucal prestados à população (Lorena Sobrinho *et al.*, 2015).

Ao avaliar a atenção à saúde da criança menor de um ano de idade através da presença e extensão dos atributos da APS, Silva e Fraccolli (2016) observaram escores médios e baixos em relação ao acesso de primeiro contato da criança nas ESF, que apresentaram barreiras no atendimento — como a não marcação para o mesmo dia —, além das dificuldades em ações de integralidade, promoção e prevenção da saúde, o que contribui para a fragmentação da assistência à saúde da criança.

A avaliação da qualidade da ESF surgiu como, e continua sendo, uma necessidade para monitorar os avanços e apontar os obstáculos existentes, com vistas em direcionar corretamente as ações no processo de planejamento e de delimitação de estratégias para sua melhoria e resoluções (Sousa, 2018).

A melhoria da integralidade da assistência, a expansão da cobertura universal e a resolutividade das necessidades de saúde da população são impulsionadas pelo monitoramento da qualidade da APS (Hone; Macinko; Millett, 2018). A avaliação ajuda na tomada de decisão gerencial e assistencial sobre a construção de sistemas e serviços de saúde. Segundo Ferreira e colaboradores (2021), ao examinar as variáveis das dimensões de estrutura e processo executadas pelos profissionais e as variáveis de resultado realizadas pelos usuários, foi possível descobrir que ambos os grupos apresentaram critérios semelhantes para avaliar os serviços da ESF, apesar das diferenças nas perspectivas de quem fornece e de quem recebe assistência.

No entanto, ainda se observa a necessidade de maior desenvolvimento de processos para a avaliação de saúde no Brasil, com ampliação da utilização de ferramentas e iniciativas a serem aplicadas no monitoramento da ESF e, conseqüentemente fortalecimento da cultura de avaliação nas instituições de saúde pública. Para isto, faz-se necessário reforçar a tríade

desenvolvida por Donabedian (2002) para orientação da avaliação dos serviços de saúde, baseada nas dimensões de estrutura, processo e resultado, com objetivo de mensuração dos fatores envolvidos na qualidade da atenção à saúde (Sousa, 2018).

Somado ao fato de a avaliação das intervenções de promoção da saúde bucal ser uma recomendação da OMS (WHO, 2013), é incontestável que avaliar a qualidade pode auxiliar a equipe de saúde a garantir práticas clínicas pertinentes aos padrões atuais de cuidados, além de permitir a análise crítica das atividades oferecidas, para, assim, promover mudanças (NG, 2016). No entanto, pesquisas avaliativas na área de saúde bucal são pouco frequentes, principalmente no que tange aos menores de cinco anos de idade, repercutindo na ausência de medidas de qualidade e, conseqüentemente, nos benefícios à população (Herndon *et al.*, 2015).

Colussi e Calvo (2011) desenvolveram e testaram um modelo com 40 indicadores relacionados às dimensões “Gestão da Saúde Bucal” e “Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal” para avaliar a qualidade da AB em saúde bucal. Mas, apesar da validade e inclusão de indicadores relacionados às crianças, o produto é voltado apenas para os gestores da saúde, e tem como limitação a coleta ter sido realizada mediante informações autorreferidas e uso de dados secundários.

Baseados no trabalho de Colussi e Calvo (2011), Martins *et al.* (2016) propuseram um modelo direcionado à avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal da criança. Apesar de terem embasado sua matriz em pesquisas e políticas importantes sobre o objeto do estudo, os autores trabalharam indicadores relacionados apenas às crianças em idade escolar e aos adolescentes, como também se limitaram às dimensões voltadas à gestão do serviço.

Os pré-escolares foram abordados de acordo com o instrumento desenvolvido e validado por Diniz (2015) para avaliação da atenção em saúde bucal das crianças de zero a cinco anos na rede SUS. No entanto, essa ferramenta utiliza como um dos referenciais teóricos os protocolos específicos de atenção adotado em Belo Horizonte-MG, e o questionário foi aplicado em um distrito desse município, tratando apenas da percepção do profissional de saúde bucal.

A implementação de ferramentas metodológicas para avaliação ainda se constitui como um desafio para a gestão de saúde pública, visto que resultados diferentes podem ser apresentados quando implantados sob diferentes contextos. Desta forma, a avaliação em saúde deve ser realizada como prática sistemática, fornecendo aos gestores informações necessárias e pontuais para a realização de intervenções necessárias (Batista *et al.*, 2020).

Perante os fatos apresentados, faz-se necessária a produção de estudos mais amplos para conhecer e avaliar tentativas, dificuldades e resultados da atenção à saúde bucal em crianças

menores de cinco anos de idade. A existência de instrumentos válidos para identificar os fatores que exercem influência na atenção à saúde bucal nessa faixa etária é importante tanto para maior compreensão na tomada de decisão quanto para elaboração de intervenções efetivas à promoção da qualidade de vida dessa população. Além disso, o processo avaliativo pode fortalecer capacidades para a ação e oportunizar reflexões, discussões coletivas e aprendizagens dos indivíduos e grupos envolvidos, assumindo, assim, uma dimensão política e um fim social (Silveira Filho *et al.*, 2016; Rice *et al.*, 2017; Ribeiro; Scatena, 2019).

Adicionalmente, é importante o desenvolvimento de estudos que busquem as melhorias necessárias para ampliar a qualidade da atenção à saúde no que se refere à integralidade e ao trabalho das equipes de saúde com as populações abrangidas (Bastos *et al.*, 2017).

2.4 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS: DIRETRIZES DO *CONSENSUS-BASED STANDARDS FOR THE SELECTION OF HEALTH MEASUREMENT INSTRUMENTS* (COSMIN) E DA TÉCNICA DO GRUPO NOMINAL (TGN)

A confiabilidade dos instrumentos de medição é verificada pela qualidade que ofertam, visto que isto pode afetar diretamente a validade dos resultados obtidos em estudos de pesquisa e a prática clínica. Por isso, é necessário que pesquisadores e profissionais de saúde utilizem instrumentos validados e confiáveis que garantam a precisão e a consistência dos dados coletados (Andrade *et al.*, 2022).

Para isto, foi desenvolvido o COSMIN (*CO*n*SENSUS*-*BASED* *STANDARDS* *FOR* *THE* *SELECTION* *OF* *HEALTH* *MEASUREMENT* *INSTRUMENTS*), que pode ser traduzido como “Padrões Baseados em Consenso para a Seleção de Instrumentos de Medição em Saúde”. Ferramenta que contém normas referentes a requisitos de projetos e a métodos estatísticos preferenciais de estudos sobre propriedades de medição (Mokkik *et al.*, 2018) e é utilizada internacionalmente com a finalidade de desenvolver padrões de qualidade para seleção, desenvolvimento, avaliação e uso de instrumentos de medida em saúde (Mokkik *et al.*, 2018; Gagnier *et al.*, 2021).

As avaliações são feitas mediante perguntas direcionadas aos pacientes e aos profissionais sobre a relevância, abrangência e compreensibilidade dos itens, respostas, opções e instruções ofertados pelos serviços de saúde. No entanto, os métodos utilizados variam amplamente, e muitos estudos abordam apenas o entendimento, sem prestar atenção aos quesitos de relevância e abrangência (Terwee *et al.* 2018).

A aplicação do COSMIN envolve várias etapas, incluindo a seleção dos instrumentos, a identificação das propriedades psicométricas relevantes, a seleção dos métodos apropriados e a

interpretação dos resultados obtidos (Terwee *et al.*, 2018). De forma a favorecer o alcance dos objetivos propostos pelo COSMIN, são realizadas revisões sistemáticas da literatura, envolvendo especialistas de diversas áreas da saúde na elaboração de consensos e diretrizes, e a promoção de discussões e colaborações internacionais (Gagnier *et al.*, 2021).

O COSMIN fornece uma estrutura abrangente e baseada em evidências para avaliar várias propriedades psicométricas dos instrumentos. Dentre essas propriedades, destacam-se as avaliações de validade: validade de conteúdo — averigua se o conteúdo do instrumento de medição é relevante e abrangente para capturar o construto que se destina a medir, incluindo a validação de face, bem como estar claro; validade de critério — verifica a capacidade do instrumento em correlacionar-se com um padrão de referência ou outro instrumento já validado que mede o mesmo construto; validade de construto — analisa se o instrumento mede o construto teórico que se destina a medir, por meio de técnicas estatísticas como a análise fatorial confirmatória; confiabilidade — afere a consistência e a estabilidade das medições realizadas pelo instrumento ao longo do tempo, por meio de análises estatísticas, coeficiente *Alpha de Cronbach* e coeficiente de correlação intraclass; sensibilidade às mudanças — examina a capacidade do instrumento em detectar mudanças no construto ao longo do tempo ou em resposta a uma intervenção por meio de análises estatísticas como o teste *t de Student* para amostras pareadas e o coeficiente de responsividade; e, facilidade de uso — confere a praticidade e a facilidade de aplicação do instrumento na prática clínica ou em estudos de pesquisa (Prinsen *et al.*, 2018).

A lista de verificação COSMIN foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a qualidade metodológica de estudos e consiste em nove caixas, cada uma com uma propriedade por medição, contendo padrões (requisitos de design e métodos estatísticos preferenciais). Para isto, foi desenvolvido um sistema de classificação de quatro pontos, na qual cada padrão, dentro de uma caixa COSMIN, pode ser classificado como ‘excelente’, ‘bom’, ‘razoável’ ou ‘ruim’ (Mokkink *et al.*, 2018).

O uso do COSMIN requer compreensão dos critérios e uma abordagem sistemática para avaliar a qualidade dos instrumentos de medição em saúde. Ao seguir as etapas estabelecidas, pode-se garantir uma avaliação rigorosa e confiável dos instrumentos, contribuindo para a produção de evidências científicas de alta qualidade (Mokkink *et al.*, 2018).

Desse modo, neste estudo, foram utilizados os padrões do COSMIN na validade de conteúdo, construto, consistência interna, confiabilidade e critério do instrumento

desenvolvido. No entanto, para validação de conteúdo, vale destacar a técnica de consenso escolhida, a saber: Técnica do Grupo Nominal (TGN).

A TGN é uma técnica de pensamento divergente-convergente, em que ocorre tanto a produção de ideias individuais, como, a partir de discussão presencial e esclarecimento do assunto a ser validado para o grupo, bem como, priorização das ideias por meio de voto independente (Jones; Hunter, 1995).

Essa técnica é chamada de *nominal* porque, durante a sessão, o grupo ainda não tem uma interação, como acontece usualmente em um trabalho de equipe. É uma técnica que visa a sintetizar as informações e, assim, chegar ao consenso. Consiste em reunir um grupo de especialistas no assunto, que pode contribuir com criatividade, síntese e geração de ideias (Jones; Hunter, 1995; Nunes, 2008).

Os grupos nominais permitem a ampla participação e a interação entre seus membros, contribuindo não só para a troca de informações, mas também para o amadurecimento de opiniões fundamentadas na crítica e na sistematização de ideias, facilitando a tomada de decisão baseada no consenso do grupo (Fagundes *et al.*, 2007; Souza; Silva; Hartz, 2005).

3 MÉTODOS

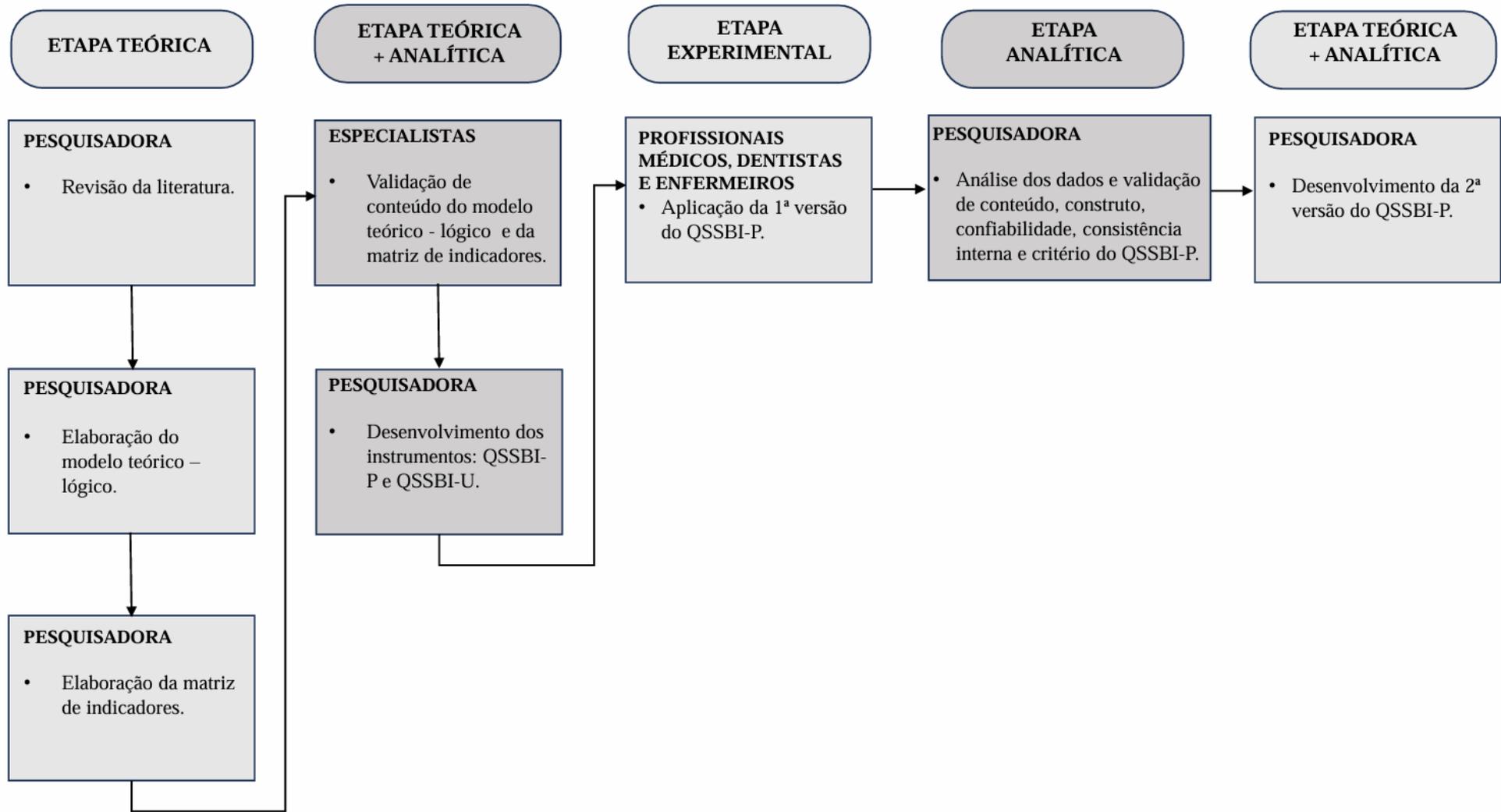
3.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa de métodos mistos sequencial quali-quantitativa para desenvolvimento e validação de uma nova ferramenta de medida, compreendendo as fases teórica, experimental e analítica. Igual prioridade foi atribuída em todas as fases, cujas correlação e combinação das informações foram essenciais para a interpretação dos dados (Creswell, 2010).

Assim, o produto foi a construção de duas versões do instrumento, a saber, Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Profissionais (QSSBI-P) (APÊNDICE A) e Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Usuários (QSSBI-U) (APÊNDICE B), além da validação da proposta para profissionais (QSSBI-P).

O presente estudo seguiu as instruções da diretriz COSMIN e dos teóricos Streiner e Norman (1995) e, para responder aos objetivos do estudo, obedeceu-se a sequência metodológica adaptada de Bowling (1997), Goes; Fernandes; Lucena (2006) e Leal (2004), representada na Figura 1 e sintetizada nos parágrafos descritos a seguir.

Figura 1 – Fluxograma do desenvolvimento e validação dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U.



Fonte: a autora (2024).

3.2 ETAPA TEÓRICA: REVISÃO DA LITERATURA E DESENVOLVIMENTO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ DE INDICADORES

Nesta etapa, o referencial teórico sobre avaliação da qualidade em saúde bucal na primeira infância foi definido com base em uma revisão da literatura sobre indicadores de qualidade de cuidados de saúde, saúde bucal e primeira infância. A literatura foi organizada com foco nos princípios, pilares e valores que caracterizam as estratégias de avaliação de qualidade, atenção primária em saúde e atenção à saúde bucal de crianças menores de cinco anos de idade.

Assim, esta revisão seguiu as seguintes etapas: instauração da pergunta norteadora; escolha das palavras-chave e suas combinações; delineamento dos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa; pré-seleção dos estudos em bases de dados bibliográficas *on-line*, através dos parâmetros de busca; seleção dos estudos pela leitura dos seus títulos; análise dos resumos de todas as publicações identificadas na etapa anterior; leitura exhaustiva e análise dos trabalhos identificados previamente; interpretação dos resultados.

Foram utilizados os descritores “*Quality Indicators, Health Care*”, “*Oral Health*” e “*Child, Preschool*”, de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH), com o marcador booleano “AND” em todas as situações e com os seguintes cruzamentos entre eles, para detectar o maior número de estudos: “*Quality Indicators, Health Care*” AND “*Oral Health*” AND “*Child, Preschool*”; “*Quality Indicators, Health Care*” AND “*Oral Health*”; “*Quality Indicators, Health Care*” AND “*Child, Preschool*”; e “*Oral Health*” AND “*Child, Preschool*”.

As buscas dos trabalhos ocorreram nas bases de dados bibliográficas *PubMed*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando como norte a seguinte pergunta: quais são as evidências científicas publicadas sobre a qualidade da atenção à saúde bucal em crianças com idade entre zero e cinco anos?

Os estudos selecionados cumpriram os seguintes critérios de inclusão: publicação nos últimos dez anos; na língua portuguesa, inglesa ou espanhola; população do estudo sendo crianças com idade entre zero e cinco anos; acesso livre na íntegra; artigo original; e responder à pergunta norteadora. Dentre os estudos encontrados, foram excluídos os resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões e os estudos repetidos em uma ou mais bases de dados.

A etapa seguinte constituiu-se pela leitura dos títulos e resumos consignados às pesquisas anteriormente selecionadas, cujos conteúdos evidenciados deveriam ser pertinentes ao objetivo ora determinado. Com os resumos escolhidos, os estudos foram lidos na íntegra, exaustivamente, com o mesmo senso de criticidade utilizado nos exames até então explanados.

Com o objetivo de ampliar a literatura pesquisada e diminuir a limitação provocada pela busca por artigos com livre acesso, os documentos técnicos, teses, dissertações, portarias, resoluções e normatizações nacionais e internacionais também foram estudados para a elaboração do modelo teórico-lógico e da matriz de indicadores.

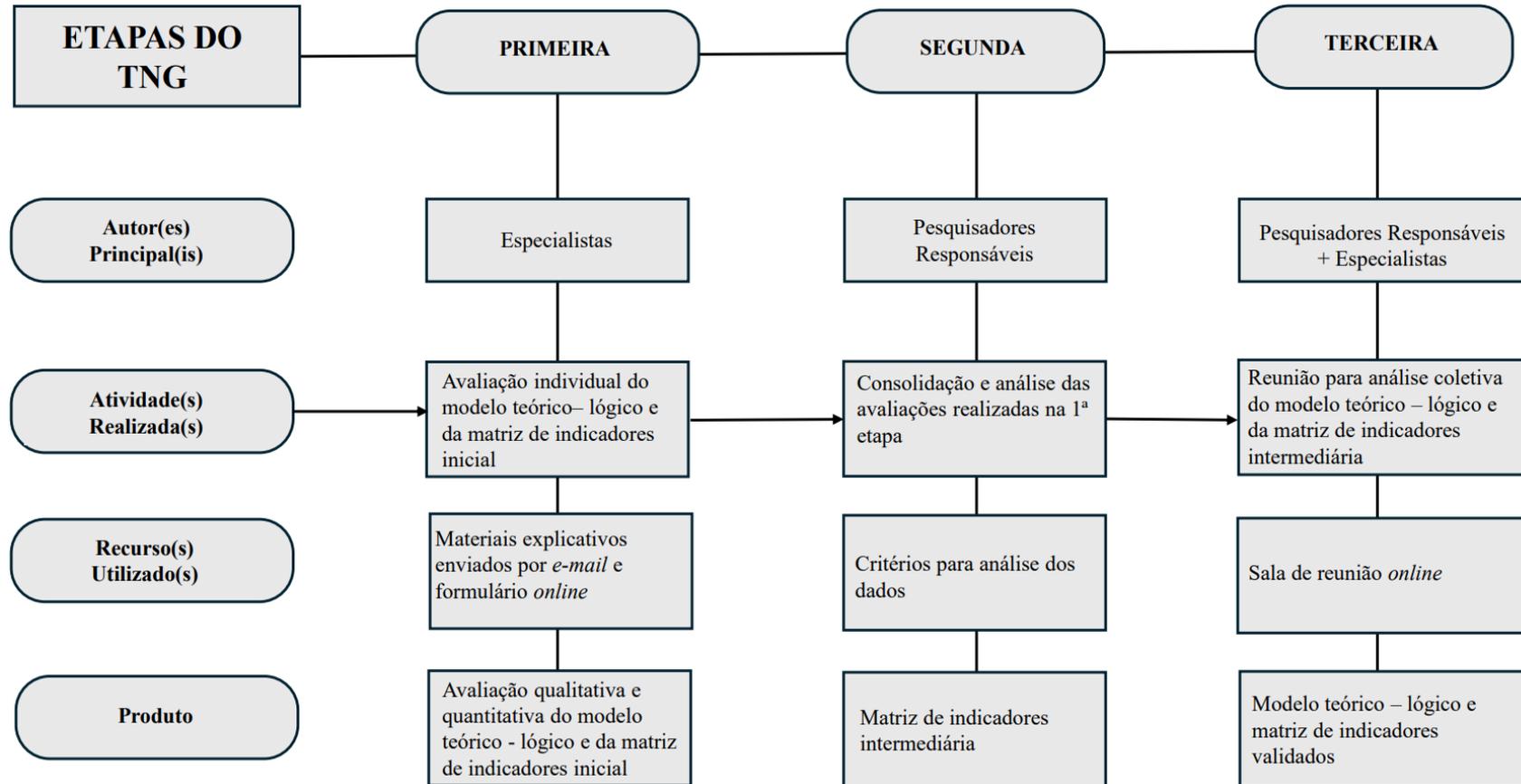
Essa revisão embasou a elaboração do modelo teórico-lógico, que posteriormente originou a matriz de indicadores, os quais estão relacionados com os pilares e valores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância, agrupados em dimensões.

A partir do processo descrito acima, o formato do modelo teórico-lógico e da matriz inicial foram validados pela técnica de consenso do grupo nominal.

3.3 ETAPA TEÓRICA + ANALÍTICA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ DE INDICADORES

A Técnica do Grupo Nominal (TGN) foi utilizada para validação de conteúdo do modelo teórico-lógico e da matriz inicialmente proposta, de acordo com a Figura 2 e descrita a seguir:

Figura 2 – Fluxograma das atividades realizadas durante a Técnica do Grupo Nominal adaptado.



Fonte: a autora (2024).

Os juízes do grupo nominal foram selecionados por conveniência, levando-se em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse comitê. Entre os critérios previstos se destacam: ter conhecimento clínico; publicar e pesquisar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida; e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas. Foram excluídos desse grupo aqueles que explicitaram de imediato que não poderiam comparecer às reuniões de validação em grupo.

No processo de formação do grupo de especialistas, houve no início quinze integrantes, mas doze profissionais participaram da primeira etapa de validação, três médicos, três enfermeiros e seis dentistas e, ao final, apenas seis profissionais participaram de todo o processo de consenso. Dos doze profissionais, havia cinco com título de especialista, dois mestres, quatro doutores e um pós-doutor. O recrutamento para a formação do grupo aconteceu por meio de contato telefônico e, após o aceite, formalizado por *e-mail*.

Para tomarem conhecimento sobre o assunto e a metodologia adotada, todos os convidados receberam por *e-mail* a matriz de indicadores (formato *EXCEL*), um documento com o modelo teórico-lógico e as instruções sobre a técnica de validação (formato *PDF*). Em seguida, a validação foi realizada em três etapas.

A primeira etapa, executada no período de 60 dias, entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, envolveu a análise individual do modelo teórico-lógico e da matriz inicial de indicadores, quando cada participante julgou os indicadores de maneira qualitativa e quantitativa. Para a avaliação qualitativa, cada item foi classificado de acordo com sua relevância e importância como *indispensável*, *necessário* ou *dispensável*. Quando o indicador era avaliado como *indispensável* ou *necessário*, o especialista seguia para a análise quantitativa, na qual cada item recebeu uma pontuação de 0 a 6, segundo sua relevância: 0=sem importância, 1=quase sem importância, 2=pouco importante, 3=importância média, 4=importante, 5=muito importante e 6=o mais importante.

O registro dessas avaliações foi realizado através do preenchimento de formulário disponibilizado pela plataforma *Google Forms*, no qual cada indicador propiciou uma indagação. Antes de iniciar sua participação, o especialista obrigatoriamente lia o TCLE e assinalava seu aceite. Apenas após o registro do seu consentimento, o acesso aos itens a serem julgados era liberado.

Os dados gerados nas avaliações da primeira etapa foram tabulados e analisados pelos pesquisadores responsáveis, obtendo-se uma matriz intermediária e caracterizando a segunda etapa do processo de validação. Essa matriz e as análises da primeira etapa foram apresentadas aos especialistas na terceira etapa do grupo nominal.

A terceira etapa consistiu em uma análise coletiva para a construção da versão final da matriz de indicadores, através de um encontro virtual entre os pesquisadores responsáveis e o grupo de especialistas em uma sala da plataforma *Google Meet*, cujo link para acesso foi enviado previamente por *e-mail*. O grupo explorou os resultados da primeira rodada, com base na apresentação da síntese das avaliações qualitativa e quantitativa feitas independentemente. Cada juiz revisou suas avaliações individuais, confirmou ou alterou a classificação atribuída inicialmente e apresentou-a ao grupo. As discussões terminaram quando o grupo obteve, consensualmente, a matriz de indicadores mais adequada para o modelo teórico-lógico proposto.

Além dos critérios para as avaliações qualitativa e quantitativa dos indicadores, os pesquisadores responsáveis realizavam provocações aos especialistas com questionamentos como: “É possível avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal em crianças com até cinco anos de idade a partir destes modelos teóricos?”; “Seria possível aferir a qualidade das ações da atenção primária à saúde bucal dessa população a partir dos indicadores?”; “Quais indicadores seriam essenciais e/ou necessários a esse processo sem prejuízo da descrição do todo?”; e, “E dentro de uma escala de 0 a 6, qual seria a importância em utilizarmos esse indicador para avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância?”. Essas provocações tinham como objetivo estimular o senso crítico para as avaliações do objeto em discussão, interferindo na manutenção de indicadores com o melhor consenso entre os especialistas.

O indicador era excluído quando, na terceira etapa do grupo nominal, recebia a classificação *dispensável* na análise qualitativa ou quando, na avaliação quantitativa, obtinha o percentual inferior a 70% na nota máxima atribuída. Ao término da reunião, com o consenso obtido, o modelo teórico-lógico e a matriz de indicadores final estavam validados, tendo o modelo teórico-lógico sido validado pelo grupo de especialistas sem alterações.

Tradicionalmente, esta última etapa descrita do TGN ocorre presencialmente, mas devido às consequências da pandemia do COVID-19 e, como meio de aproximar os profissionais que estavam em localidades distintas, essa etapa foi adaptada para o modelo

virtual, através de encontros *on-line* realizados em dois momentos distintos devido à quantidade de indicadores que foram avaliados, durante o mês de junho de 2022. Cada encontro teve a duração média de duas horas. A conjuntura de essa terceira etapa ter acontecido virtualmente caracteriza o TGN como adaptado.

Além dos procedimentos recomendados pela TGN, uma análise temática (Deslandes; Lemos, 2008; Perry; Linsley, 2006; Potter; Gordon; Hamer, 2004) foi utilizada para analisar os argumentos e as explicações geradas pelo grupo de especialistas para produzir o consenso. A discussão foi gravada em áudio, com o consentimento dos participantes, e transcrita. Os argumentos levantados no debate foram analisados e utilizados nas modificações para preparar a versão final da matriz de indicadores (Kusma, 2011).

3.4 ETAPA TEÓRICA + ANALÍTICA: ELABORAÇÃO DOS ITENS DOS FORMULÁRIOS

A matriz de indicadores final e o modelo teórico-lógico validados pelos especialistas nortearam a criação dos itens dos formulários, que, como premissa, são de fácil entendimento, objetivos e relevantes (Streiner; Norman, 1995).

Foram elaborados, a partir desta pesquisa, dois instrumentos, a saber: um voltado para os profissionais de saúde — dentistas, médicos e enfermeiros — que prestam assistência às crianças com até cinco anos de idade e outro direcionado aos usuários dos serviços prestados nas unidades de saúde em que esses profissionais atuam.

Dessa maneira, a matriz final foi composta pelos indicadores consensuados que originaram as perguntas do questionário de avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância para os profissionais, denominado Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Profissionais (QSSBI-P), e do formulário para os usuários, o Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Usuários (QSSBI-U). As perguntas que compõem esses instrumentos têm cinco alternativas para resposta em uma escala *Likert*, variando de um a cinco, em que quatro corresponde à menor concordância, um à maior concordância e, a quinta opção se refere a opção “Não sei/Não lembro”.

Definiu-se pela inversão entre a pontuação e concordância como medida para reduzir o viés de resposta.

Com o objetivo de caracterizar a população, antes da aplicação da escala, foram incluídas perguntas sobre o perfil socioeconômico e demográfico.

As escalas ajustadas após essa fase foram levadas à fase experimental.

3.5 ETAPA EXPERIMENTAL: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO, CONSTRUTO, CONSISTÊNCIA INTERNA, CONFIABILIDADE E CRITÉRIO DO INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P)

No estudo de desenvolvimento metodológico, o processo de elaboração e validação de instrumento visa investigar, organizar e analisar dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa centrados no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados, cujo objetivo é melhorar a confiabilidade e a validade desses instrumentos (Polit; Beck, 2011).

3.5.1 População do estudo

Foram convidados a participar do estudo profissionais de saúde — dentistas, médicos e enfermeiros — das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória de Santo Antão - PE, de ambos os sexos.

3.5.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos profissionais de saúde — dentistas, médicos e enfermeiros — que trabalhavam nas UBS selecionadas e que prestavam assistência às crianças com idade entre zero e cinco anos de idade. Foram excluídos os profissionais de saúde das UBS que não estavam cadastrados em uma Equipe Saúde da Família (ESF) ou no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no momento da entrevista.

3.5.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas UBS do município de Vitória de Santo Antão - PE.

Essa cidade está localizada no planalto da Borborema, na Zona da Mata do estado e encontra-se a 48 km da capital, Recife e, está entre os dez municípios mais populosos de Pernambuco, sendo constituída por 134.084 habitantes, residentes em área de 336,573 km², representando uma densidade demográfica de 398,38 habitantes por km². O Índice de Desenvolvimento Humano do município é, em média, 0,640, com PIB *per capita* de R\$ 32.423,08 (IBGE, 2022).

A atividade econômica de Vitória de Santo Antão baseia-se no cultivo agrícola, responsável por abastecer várias cidades, como a capital; e, no polo industrial, sedia

fábricas de magnitude nacional e internacional (Prefeitura da Vitória de Santo Antão, 2024).

Outro setor que se destaca em Vitória de Santo Antão é o educacional. Atualmente, conta com seis instituições de ensino superior, incluindo a Universidade Federal de Pernambuco, e instituições de nível técnico, como o Instituto Federal de Pernambuco (Prefeitura da Vitória de Santo Antão, 2024).

Para acompanhar o desenvolvimento do município, investimentos são realizados no âmbito da saúde. Sob gestão exclusivamente municipal, a população vitoriense tem acesso a 81 estabelecimentos de saúde, incluindo serviços de atenção básica e especializada. As Unidades Básicas de Saúde dispõem de 183 profissionais: 67 médicos, 53 dentistas e 63 enfermeiros (Prefeitura da Vitória de Santo Antão, 2024; CNES, 2024).

Segundo dados disponibilizados pela Prefeitura da Vitória de Santo Antão, o município é assistido por 33 UBS, compostas por uma ou mais equipes multiprofissionais, distribuídas em todo o seu território (Prefeitura da Vitória de Santo Antão, 2024).

3.5.3 Método de coleta dos dados

Foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão a lista de UBS com equipes de saúde bucal. Os gerentes e coordenadores das unidades foram contatados por telefone e correio eletrônico, a fim de que fosse apresentada a pesquisa e que fossem conferidos os profissionais inicialmente listados e presentes em cada serviço. Diante disso, a escolha pelas UBS ocorreu de maneira censitária, dando-se preferência àquelas com atuação de médicos, dentistas e enfermeiros na mesma equipe de saúde.

A pesquisadora responsável, previamente treinada e calibrada por seus orientadores, entrevistou os profissionais de saúde através do formulário QSSBI-P (APÊNDICE A), com perguntas fechadas e pré-codificadas sobre aspectos relativos às suas experiências na UBS e a dados socioeconômicos e demográficos. Cada entrevista foi realizada individualmente, em local determinado — com objetivo de garantir um ambiente adequado que minimizasse as interferências da rotina do serviço, bem como para assegurar o sigilo das informações fornecidas —, no período de setembro a novembro de 2023.

No trabalho de campo, o QSSBI-P foi apresentado em folhas de papel ofício tamanho A4, grampeadas com um grampo de metal no canto superior esquerdo, impressas em preto e branco, com orientação em retrato, tipo frente (nada foi impresso no verso das páginas).

A média de tempo de preenchimento dos formulários foi de 20 minutos. As informações obtidas passaram por análises psicométricas para outras validações do instrumento.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), concordando em participar da pesquisa.

Em seguida, os formulários foram recolhidos e as informações digitadas a fim de se elaborar um banco de dados específico para as análises subsequentes. digitação foi efetuada por duas pessoas, em planilha do programa *Microsoft Excel Office* – versão 2021. Posteriormente, os dados foram comparados e validados para a criação da versão definitiva, que possibilitou as análises descritivas e de validações.

O instrumento foi submetido aos processos de validação de conteúdo, construto, consistência interna, confiabilidade e critério.

3.6 ETAPA ANALÍTICA: TESTAGEM DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

Esta etapa foi conduzida para a análise dos dados e para a garantia das diretrizes do COSMIN (Streiner; Norman, 1995; Terwee *et al.*, 2018; Gagnier *et al.*, 2021).

Foi realizada análise exploratória descritiva da média, valores mínimos e máximos e desvio padrão de todas as variáveis (sociodemográficas, de formação profissional e da escala) de cada instrumento avaliado objetivamente, bem como teste de normalidade de distribuição dos valores atribuídos aos itens da escala (Teste de Kolmogorov-Smirnov).

A consistência interna foi analisada por meio do coeficiente *Alpha de Cronbach* padronizado. Foram considerados adequados os valores de $\alpha \geq 0,70$.

O *Alpha de Cronbach* expressa a consistência interna baseada em uma média dos coeficientes de correlação tomados para cada par possível dos seus itens. Seu resultado pode variar entre -1 e +1, indicando, respectivamente, as máximas correlações negativas e positivas entre os componentes da medida, sendo o 0 equivalente à mínima ou à ausência de correlação (Goes; Fernandes; Lucena, 2006).

Na validade de construto, quanto ao cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de efeitos aleatórios bidirecionais para um avaliador, considerou-se valores iguais ou superiores a 0,6 como satisfatórios (Hair *et al.*, 2009).

Para a confiabilidade, a análise da matriz de correlação entre itens — que informou o quanto cada um dos itens está associado com outros da escala, e se fazem sentidos juntos — estabeleceu o valor mais adequado acima de 0,20, e os valores menores foram

considerados se, na estatística de correlação item-total, não houvesse redução do valor global do *Alpha de Cronbach*, optando-se, então, por manter o item.

A consistência interna, o ICC e a correlação entre os itens foram analisados em dois momentos: com todos os dados coletados e após a primeira supressão dos itens que não obtiveram os valores mínimos estabelecidos, produzindo a versão validada do QSSBI-P.

Com o objetivo de testar a qualidade da atenção primária à saúde bucal de crianças com idade entre zero e cinco anos em função das características dos profissionais da unidade de saúde que as assistem, também realizou-se a análise bivariada entre os itens da qualidade da atenção primária à saúde bucal na primeira infância categorizados relacionados às variáveis sociodemográficas. Para isso, a variação dos valores de resposta aos itens foi categorizada e aplicou-se o Qui-quadrado de Tendência (*Linear-by-Linear Association*).

Para a validade de critério, foram realizadas análises comparativas, aplicando à população deste estudo os instrumentos do PCATool-Brasil para Pacientes Crianças (versão extensa), PCATool-Brasil para Profissionais Médicos e Enfermeiros (versão extensa) e o PCATool-Brasil Saúde Bucal para Profissionais Dentistas (Brasil, 2020).

Os dados foram tabulados em planilha do programa *Microsoft Excel Office* versão 2021 e transportados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 (SPSS para *Windows*, versão 21.0, EUA) para realização dos cálculos estatísticos. Em todas as análises, foi adotado o nível de significância de 5%.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou os princípios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo a coleta de dados sido iniciada após a obtenção da Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão e após o parecer positivo do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme CAAE: 92229818.1.0000.5208 (ANEXO A).

A todos os participantes, em todas as etapas do estudo, foi entregue o TCLE (APÊNDICE C) com explicações sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, além da garantia do anonimato e da possibilidade de desistência, caso julgassem necessário.

Ademais, as entrevistas foram realizadas sem a presença de membros da equipe assistencial, além de o participante ter o direito de se negar a responder qualquer pergunta que o deixasse constrangido. Também foram assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados.

5 RESULTADOS

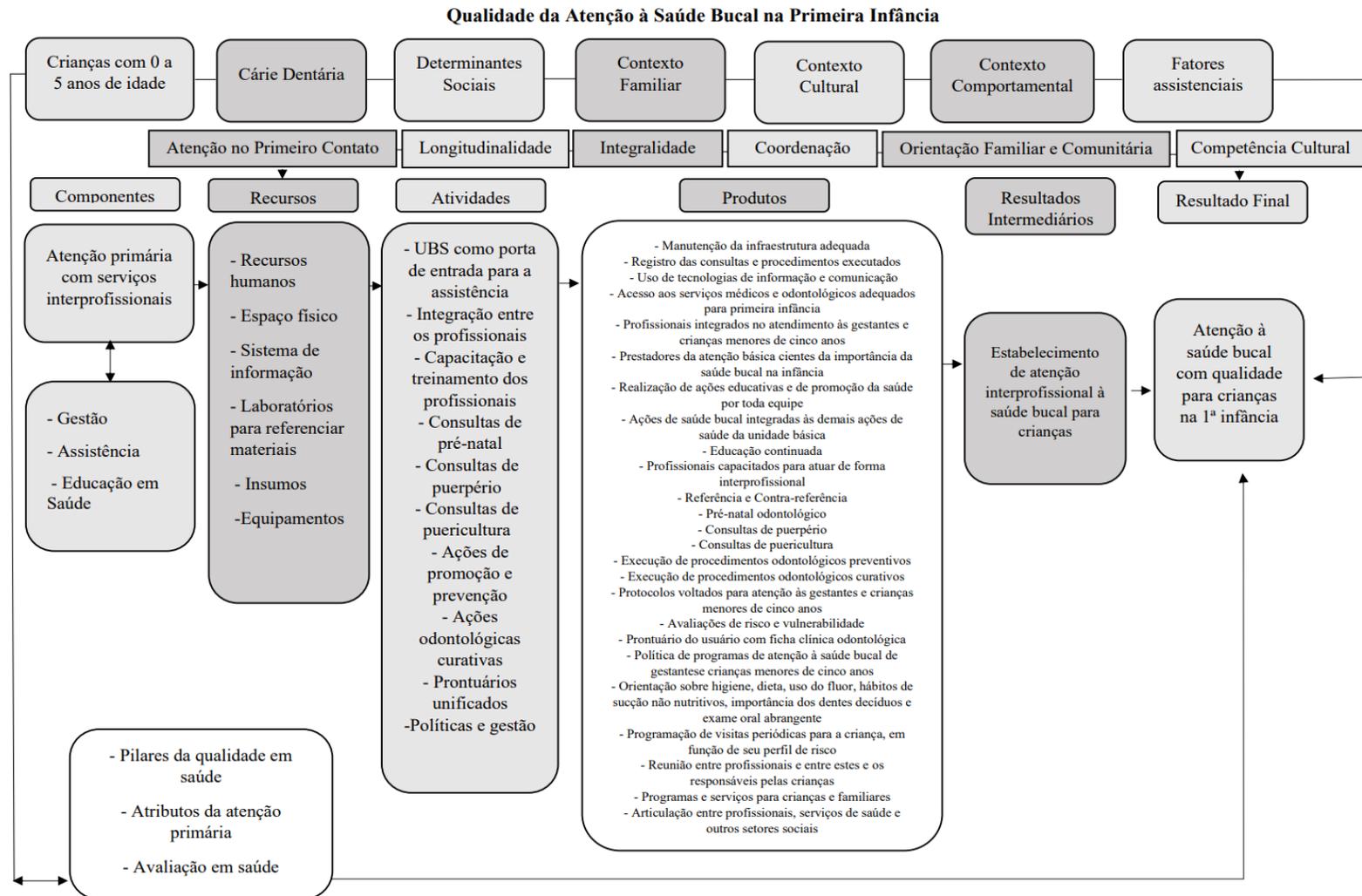
Conforme as diretrizes do COSMIN, é sugerido que o construto em análise seja precisamente definido (Terwee *et al*, 2018). O construto avaliado pelas ferramentas QSSBI-P e QSSBI-U foi “a qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância”. Já que não integra um construto absolutamente descrito na literatura, foi preciso seguir os seguintes recursos para descrevê-lo: (a) admitir o conceito de qualidade de atenção à saúde de Donabedian (2002) e Starfield (2002), por serem mais abrangentes, utilizados mundialmente e refletirem a teorização do presente estudo; (b) assumir como fundamento para a avaliação da qualidade os Sete Pilares da Qualidade de Donabedian (2002) e os Atributos da Atenção Primária de Starfield (2002); (c) associar as diretrizes de Donabedian (2002) e Starfield (2002); (d) elaborar modelo teórico-lógico e matriz de indicadores a partir de extensa revisão da literatura; e (e) validar um instrumento, através da técnica de consenso, que consistiu em um grupo nominal adaptado e interdisciplinar de especialistas em áreas afins ao objeto do estudo.

Os resultados dessas etapas de desenvolvimento do QSSBI-P e QSSBI-U estão descritos a seguir.

5.1 RESULTADOS DO DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ DE INDICADORES

Fundamentados no estudo do referencial teórico elegível para esta pesquisa, decidiu-se pela multidimensionalidade do modelo teórico-lógico, o qual demonstrou a associação entre os diversos fatores causais e decorrentes da cárie na primeira infância, bem como a relação desses itens com os processos que estão correlacionados à qualidade da atenção à saúde bucal e sua avaliação (Figura 3).

Figura 3 – Modelo teórico-lógico da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância.



Fonte: a autora (2024).

Como optou-se por trabalhar associando-se dois marcos teóricos — o Modelo Donabediano, para avaliação da qualidade de serviços de saúde (Donabedian, 2002), e os Atributos da Atenção Primária propostos por Barbara Starfield (Starfield *et al.*, 2006) —, constataram-se as relações entre cada um de seus elementos (Figura 4), decidindo-se seccionar a matriz de indicadores nas seguintes dimensões: “Atenção no Primeiro Contato”, “Longitudinalidade”, “Integralidade”, “Coordenação”, “Orientação Familiar e Comunitária” e “Competência Cultural”.

Figura 4 – Associação entre os elementos das teorias dos Sete Pilares da Qualidade de Donabedian (2002) e dos Atributos da Atenção Primária de Starfield (2002).

Pilares da Qualidade (Donabedian)/Atributos da APS (Starfield)	Efetividade	Eficiência (produtiva)	Otimização	Aceitabilidade	Legitimidade	Equidade
Atenção no primeiro contato	X	X	X	X	X	X
Longitudinalidade	X		X	X	X	X
Integralidade	X		X	X		X
Coordenação	X	X	X			X
Orientação familiar			X	X	X	X
Orientação comunitária					X	X
Competência cultural					X	X

Fonte: a autora (2024), baseada em Donabedian (2002) e Starfield (2002).

Cada dimensão se relaciona aos itens de estrutura, às atividades/processos, aos resultados e aos indicadores (Quadro 1). Estes últimos originaram as perguntas dos instrumentos.

A matriz inicial foi composta por 74 indicadores, que, como os atributos e as qualidades se relacionam; associação essa que acontece da mesma maneira com as dimensões, itens e perguntas.

Quadro 1 – Matriz de indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância.

DIMENSÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES/PROCESSOS	RESULTADOS	INDICADORES
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Recurso humano (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde, auxiliar em saúde bucal); Financiamento; Computador; Internet; Telefone; Prontuários; Equipamentos e materiais mínimos para assistência médica e odontológica às gestantes e crianças com até 5 anos de idade; Material informativo impresso; Vacinas; Programa de educação permanente; Atenção secundária de referência; Protocolos com diretrizes terapêuticas; Protocolos para estratificação de riscos; Mapas com desenho do território de abrangência	Manutenção da infraestrutura adequada	Acesso aos serviços médicos e odontológicos adequados para a primeira infância	Deficiência nos equipamentos, materiais e estrutura
		Uso de tecnologias de informação e comunicação		
		Proximidade geográfica com a residência		
		Acesso a transporte		
		Profissionais envolvidos na assistência a gestantes e crianças		
		Proporção adequada de profissionais para a assistência a essa população		
		Implementação e execução de atividades normatizadas para a população		
		Acesso ao atendimento odontológico		
		Porta de entrada para o atendimento odontológico		
		Idade na primeira consulta médica		
Idade na primeira consulta odontológica				

Fonte: a autora (2024).

Quadro 1 – Matriz de indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 1).

DIMENSÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES/PROCESSOS	RESULTADOS	INDICADORES
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Recurso humano (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde, auxiliar em saúde bucal); Financiamento; Computador; Internet; Telefone; Prontuários; Equipamentos e materiais mínimos para assistência médica e odontológica às gestantes e crianças com até 5 anos de idade; Material informativo impresso; Vacinas; Programa de educação permanente; Atenção secundária de referência; Protocolos com diretrizes terapêuticas; Protocolos para estratificação de riscos; Mapas com desenho do território de abrangência	Execução de atendimento agendado e demanda espontânea	Atenção à saúde com equidade	Atendimento à demanda espontânea
		Classificação de risco e análise de vulnerabilidade às doenças bucais		Tempo de espera para a primeira consulta de pré-natal, puerpério, puericultura (odontológica)
				Aconselhamento telefônico 24 horas, acesso por comunicação eletrônica e horário comercial de funcionamento e no fim de semana
				Utilização de protocolos médicos e odontológicos para a classificação de risco de gestantes e crianças com até 5 anos
				Acompanhamento regular de acordo com a vulnerabilidade
				Diagnóstico de marcadores de risco clínico, de falta de higiene bucal e cárie dentária
LONGITUDINALIDADE	Territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes da UBS com gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Estabelecimento de vínculo e confiança	Aumento e consolidação das relações de vínculo e confiança	Aumento da oferta dos serviços de saúde e do acesso a eles por meio de iniciativas organizadas para população específica
				Continuidade profissional
				Escuta autêntica, diálogo e expressão
				Recepção, relacionamento, humanização e orientação comunitária
				Confiança nos profissionais
				Experiência pessoal e satisfação com os serviços
				Elaboração de planos de cuidado exclusivos
Realização de pré-natal Realização de puerpério Realização de puericultura	Acompanhamento das gestantes e das crianças com até 5 anos de idade de acordo com sua classificação de risco e vulnerabilidade	Redução das complicações de saúde das gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Realização de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura em quantidade, momento e conduta adequados	

Fonte: a autora (2024).

Quadro 1 – Matriz de indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 2).

DIMENSÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES/PROCESSOS	RESULTADOS	INDICADORES
INTEGRALIDADE	Recurso humano (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde, auxiliar em saúde bucal); Financiamento; Computador; Internet; Telefone; Prontuários; Equipamentos e materiais mínimos para assistência médica e odontológica às gestantes e crianças com até 5 anos de idade; Material informativo impresso; Vacinas; Programa de educação permanente; Atenção secundária de referência; Protocolos com diretrizes terapêuticas; Protocolos para estratificação de riscos; Mapas com desenho do território de abrangência	Integração entre os profissionais da UBS	Práticas de atenção à saúde colaborativas entre dentistas e outros profissionais de saúde	Existência de equipe interprofissional de assistência à saúde da gestante e da criança com até 5 anos de idade
		Integração entre os profissionais de outros níveis	Acompanhamento conjunto das gestantes e das crianças com até 5 anos de idade nos 3 níveis de atenção	Participação dos profissionais na rede de cuidados à gestante e às crianças com até 5 anos de idade
		Ações de promoção, prevenção e cura específicas para gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Realização de ações educativas e de promoção da saúde por toda a equipe	Profissionais integrados no atendimento às gestantes e crianças com até 5 anos de idade
			Garantia de promoção nos 3 níveis da atenção	Prestadores da atenção básica cientes da importância da saúde bucal na infância
			Protocolos com definição de diretrizes terapêuticas específicas para a população-alvo	Ações de saúde bucal integradas às demais ações de saúde da UBS
		Prontuários unificados	Ficha clínica odontológica compondo o prontuário do usuário	Continuidade e globalidade dos serviços de diferentes profissionais
		Realização de busca ativa de gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Aumento da cobertura da ESF e diminuição dos agravos de saúde nas gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Apoio de outros profissionais à equipe na resolução de casos complexos
		Encaminhamento à atenção odontológica especializada		Trabalho de prevenção direcionado à gestante e aos responsáveis pelas crianças
				Execução de atividades de promoção nos 3 níveis da atenção direcionada à gestante, aos responsáveis e às crianças
				Utilização de protocolos médicos e odontológicos para assistência às gestantes e crianças com até 5 anos de idade
		Registro das consultas e procedimentos odontológicos e médicos executados		
		Busca ativa de gestantes e crianças		
		Acesso ao tratamento odontológico especializado		
		Profissional apto para assistência a essa população		

Fonte: a autora (2024).

Quadro 1 – Matriz de indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 3).

DIMENSÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES/PROCESSOS	RESULTADOS	INDICADORES
INTEGRALIDADE	Recurso humano (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde, auxiliar em saúde bucal); Financiamento; Computador; Internet; Telefone; Prontuários; Equipamentos e materiais mínimos para assistência médica e odontológica às gestantes e crianças com até 5 anos de idade; Material informativo impresso; Vacinas; Programa de educação permanente; Atenção secundária de referência; Protocolos com diretrizes terapêuticas; Protocolos para estratificação de riscos; Mapas com desenho do território de abrangência	Procedimentos odontológicos preventivos e curativos para gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Aumento da cobertura da ESF e diminuição dos agravos de saúde nas gestantes e crianças menores de 5 anos de idade	Tipos de procedimentos odontológicos preventivos executados
				Tipos de procedimentos odontológicos curativos executados
COORDENAÇÃO		Organização da agenda da UBS	Diminuição do tempo entre as marcações de consultas	Consultas agendadas
				Tempo entre a data do agendamento e a da consulta
				Tempo de espera para o atendimento
		Organização de capacitação e treinamento dos profissionais	Melhora do planejamento das atividades executadas e da assistência prestada	Educação permanente
				Educação interprofissional abordando a saúde bucal
				Tempo de graduação profissional
				Tipo de contratação
				Plano de carreira profissional
Monitoramento e execução de políticas e programas para gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Melhora do planejamento das atividades executadas e da assistência prestada	Especialização do profissional		
		Tipo de estratégia do serviço		
		Articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal		
		Gerenciamento e vigilância ativa dos programas de prevenção e da progressão da cárie em crianças		
		Estabelecimento de condições traçadoras		
		Uso de lista de espera		
		Liderança política e comunitária atuante e vigilante		
Políticas de apoio à assistência a essa população				
Políticas de programas de atenção à saúde bucal de gestantes e crianças com até 5 anos de idade				
Alocação de recursos				

Fonte: a autora (2024).

Quadro 1 – Matriz de indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 4).

DIMENSÃO	ESTRUTURA	ATIVIDADES/PROCESSOS	RESULTADOS	INDICADORES
COORDENAÇÃO		Realização de reuniões com a equipe de saúde	Melhora do planejamento das atividades executadas e da assistência prestada	Reuniões periódicas entre a equipe de saúde e entre a equipe e a população
		Realização de reuniões entre a equipe e a população		Atividades de planejamento das ações a serem executadas
		Registro das consultas e dos procedimentos nos prontuários e cadernetas	Acompanhamento organizado das condutas dos profissionais da UBS e de outros serviços	Referência e contrarreferência operantes
		Acompanhamento da assistência a outros serviços (referência e contrarreferência)		Prontuários com registro do atendimento e cadernetas da gestante e da criança preenchidas
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA	Recurso humano (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde, auxiliar em saúde bucal); Financiamento; Computador; Internet; Telefone; Prontuários; Equipamentos e materiais mínimos para assistência médica e odontológica às gestantes e crianças com até 5 anos de idade; Material informativo impresso; Vacinas; Programa de educação permanente; Atenção secundária de referência; Protocolos com diretrizes terapêuticas; Protocolos para estratificação de riscos; Mapas com desenho do território de abrangência	Realização de atividades de prevenção e promoção com base nos conhecimentos, crenças e necessidades da família e da comunidade	Envolvimento da família e da comunidade no cuidado com as gestantes e crianças menores de 5 anos de idade	Desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção em creches, igrejas, centros comunitários e UBS culturalmente eficazes às gestantes e crianças com até 5 anos de idade
		Conhecimento dos hábitos e crenças das famílias e das gestantes		Participação das gestantes e dos responsáveis pelas crianças nos programas de educação
				Extensão pelos profissionais dos cuidados com a família
		Determinantes sociais		Compreensão pelos pais das orientações médicas e odontológicas
				Colaboração entre famílias, profissionais de educação e cuidados precoces e profissionais de saúde
		Competência cultural dos profissionais		Procura das gestantes e dos responsáveis pelas crianças pelos serviços médicos e odontológicos
				Identificação das necessidades individuais, familiares e comunitárias, vulnerabilidades e resiliência
				Características sociodemográficas da família, gestantes e crianças com até 5 anos de idade
COMPETÊNCIA CULTURAL		Competência cultural dos profissionais	Aumento do conhecimento dos profissionais	Desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação que considerem os aspectos culturais da população assistida
			Respeito à cultura da população assistida	

Fonte: a autora (2024).

Quanto à validação do modelo teórico-lógico e da matriz de indicadores, o grupo de *experts* apresentou concordância pela manutenção do modelo teórico-lógico apresentado. Quanto à matriz de indicadores inicial, dos 74 indicadores: 23 foram julgados como *indispensável* ou *necessário* por, no mínimo, 70% dos especialistas e sem avaliação *dispensável*; 41, da mesma forma, mas com frequência inferior a 70%; e 10 — “Uso de tecnologias de informação e comunicação”; “Idade na primeira consulta médica”; “Aconselhamento telefônico 24 horas, acesso por comunicação eletrônica e horário de funcionamento e no fim de semana”; “Constituição interprofissional da equipe de assistência à saúde da gestante e da criança menor de cinco anos de idade”; “Tempo de graduação profissional”; “Especialização do profissional”; “Tipo de estratégia do serviço”; “Uso de lista de espera”; “Liderança política e comunitária atuante e vigilante”; e “Identificação das necessidades individuais, familiares e comunitárias, vulnerabilidades e resiliência” — obtiveram alguma avaliação qualitativa *dispensável* e foram eliminados para as análises seguintes. Conforme a análise quantitativa dos indicadores, apenas “Aconselhamento telefônico 24 horas, acesso por comunicação eletrônica e horário de funcionamento e no fim de semana” foi avaliado como *quase sem importância* (16,7%) e nenhum deles como *sem importância* (Quadro 2).

Dessa maneira, a matriz intermediária ficou composta por 64 indicadores, separados em seis dimensões. Desses, 23 foram considerados consensuais pelo alto índice de avaliação ($\geq 70\%$) e os outros 41 indicadores, avaliados como *indispensável* ou *necessário* e sem avaliação *dispensável* por $\leq 70\%$ dos especialistas (Quadro 2), sendo novamente analisados, desta vez em grupo, durante a terceira etapa do grupo nominal, até o consenso para a elaboração da matriz final.

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Deficiência nos equipamentos, materiais e estrutura	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	8,3%	41,7%	50,0%	0,0%
	Uso de tecnologias de informação e comunicação	16,7%	66,7%	16,7%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%
	Proximidade geográfica com a residência	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	41,7%	8,3%
	Acesso a transporte	41,7%	58,3%	0,0%	0,0%	16,7%	58,3%	25,0%	0,0%
	Profissionais envolvidos na assistência a gestantes e crianças	91,7%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%
	Proporção adequada de profissionais para a assistência a essa população	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	41,7%	33,3%
	Implementação e execução de atividades normatizadas para a população	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	58,3%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 1).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Acesso ao atendimento odontológico	91,7%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%
	Porta de entrada para o atendimento odontológico	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	41,7%	33,3%	25,0%
	Idade na primeira consulta médica	58,3%	33,3%	8,3%	0,0%	9,1%	27,3%	63,7%	0,0%
	Idade na primeira consulta odontológica	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	8,3%	25,0%	58,3%	8,4%
	Atendimento à demanda espontânea	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	25,0%	16,7%	58,3%	0,0%
	Tempo de espera para a primeira consulta de pré-natal, puerpério, puericultura (odontológica)	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	75,0%	0,0%
	Aconselhamento telefônico 24 horas, acesso por comunicação eletrônica e horário de funcionamento e no fim de semana	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	83,3%	0,0%	0,0%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 2).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Utilização de protocolos médicos e odontológicos para classificação de risco de gestantes e crianças com até 5 anos de idade	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	50,0%	25,0%
	Acompanhamento regular de acordo com a vulnerabilidade	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	75,0%	16,7%
	Diagnóstico de marcadores de risco clínico, de falta de higiene bucal e cárie dentária	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	16,7%	8,3%	58,3%	16,7%
LONGITUDINALIDADE	Aumento da oferta dos serviços de saúde e do acesso a eles por meio de iniciativas organizadas para população específica	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	8,3%	41,7%	41,7%	8,3%
	Continuidade profissional	25,0%	75,0%	0,0%	8,3%	25,0%	16,7%	41,7%	8,3%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 3).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
LONGITUDINALIDADE	Escuta autêntica, diálogo e expressão	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	58,3%	33,3%
	Recepção, relacionamento, humanização e orientação comunitária	75,0%	25,0%	0,0%	8,3%	0,0%	8,3%	66,7%	16,7%
	Confiança nos profissionais	66,7%	33,3%	0,0%	8,3%	0,0%	16,7%	66,7%	8,3%
	Experiência pessoal e satisfação com os serviços	33,3%	66,7%	0,0%	8,3%	16,7%	33,3%	41,7%	0,0%
	Elaboração de planos de cuidado exclusivos	41,7%	58,3%	0,0%	8,3%	25,0%	16,7%	33,3%	16,7%
	Realização de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura em quantidade, momento e conduta adequados	91,7%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	66,7%	25,0%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 4).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
INTEGRALIDADE	Existência de equipe interprofissional de assistência à saúde da gestante e da criança com até 5 anos de idade	66,7%	25,0%	8,3%	0,0%	0,0%	18,2%	63,6%	18,2%
	Participação dos profissionais na rede de cuidados à gestante e às crianças com até 5 anos de idade	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	8,3%	33,3%	50,0%	8,3%
	Profissionais integrados no atendimento às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	58,3%	25,0%
	Prestadores da atenção básica cientes da importância da saúde bucal na infância	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	75,0%	16,7%
	Ações de saúde bucal integradas às demais ações de saúde da UBS	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%	16,7%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 5).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
INTEGRALIDADE	Continuidade e globalidade dos serviços de diferentes profissionais	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	8,3%	41,7%	33,3%	16,7%
	Apoio de outros profissionais à equipe na resolução de casos complexos	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	50,0%	25,0%
	Trabalho de prevenção direcionado à gestante e aos responsáveis pelas crianças	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	75,0%	8,3%
	Execução de atividades de promoção nos 3 níveis da atenção direcionada à gestante, aos responsáveis e às crianças	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	75,0%	0,0%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 6).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
INTEGRALIDADE	Utilização de protocolos médicos e odontológicos para assistência às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	58,3%	16,7%
	Registro das consultas e procedimentos odontológicos e médicos executados	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	58,3%	16,7%
	Busca ativa de gestantes e crianças	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%
	Acesso ao tratamento odontológico especializado	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	16,7%	16,7%	66,7%	0,0%
	Profissional apto para assistência a essa população	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	58,3%	41,7%
	Tipos de procedimentos odontológicos preventivos executados	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	16,7%	8,3%	58,3%	16,7%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 7).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
INTEGRALIDADE	Tipos de procedimentos odontológicos curativos executados	50,0%	50,0%	0,0%	8,3%	0,0%	16,7%	66,7%	8,3%
COORDENAÇÃO	Consultas agendadas	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	8,3%	25,0%	58,3%	8,3%
	Tempo entre a data do agendamento e a da consulta	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%	41,7%	50,0%	8,3%
	Tempo de espera para o atendimento	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	25,0%	41,7%	33,3%	0,0%
	Educação permanente	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	50,0%	25,0%
	Educação interprofissional abordando a saúde bucal	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	58,3%	16,7%
	Tempo de graduação profissional	8,3%	58,3%	33,3%	12,5%	25,0%	62,5%	0,0%	0,0%
	Tipo de contratação	33,3%	66,7%	0,0%	16,7%	8,3%	58,3%	16,7%	0,0%
	Plano de carreira profissional	41,7%	58,3%	0,0%	0,0%	16,7%	50,0%	25,0%	8,3%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 8).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
COORDENAÇÃO	Especialização do profissional	33,3%	58,3%	8,3%	0,0%	9,0%	72,8%	18,2%	0,0%
	Tipo de estratégia do serviço	41,7%	50,0%	8,3%	9,0%	18,2%	45,6%	18,2%	9,0%
	Articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	8,3%	16,7%	50,0%	25,0%
	Gerenciamento e vigilância ativa dos programas de prevenção e da progressão da cárie em crianças	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	58,3%	16,7%
	Estabelecimento de condições traçadoras	16,7%	83,3%	0,0%	8,3%	16,7%	33,3%	33,3%	8,3%
	Uso de lista de espera	16,7%	66,7%	16,7%	0,0%	30,0%	40,0%	30,0%	0,0%
	Liderança política e comunitária atuante e vigilante	25,0%	66,7%	8,3%	0,0%	18,2%	54,4%	27,3%	0,0%
	Políticas de apoio à assistência a essa população	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	58,3%	8,3%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 9).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
COORDENAÇÃO	Políticas de programas de atenção à saúde bucal de gestantes e crianças com até 5 anos de idade	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	66,7%	8,3%
	Alocação de recursos	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	66,7%	8,3%
	Reuniões periódicas entre a equipe de saúde e entre a equipe e a população	41,7%	58,3%	0,0%	0,0%	25,0%	16,7%	58,3%	0,0%
	Atividades de planejamento das ações a serem executadas	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	0,0%
	Referência e contrarreferência operantes	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	66,7%	8,3%
	Prontuários com registro do atendimento e cadernetas da gestante e da criança preenchidas	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	66,7%	8,3%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 10).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
COORDENAÇÃO	Coordenação durável das práticas clínicas	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%
	Monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde	41,7%	58,3%	0,0%	0,0%	0,0%	45,5%	45,5%	9,1%
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA	Desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção em creches, igrejas, centros comunitários e UBS culturalmente eficazes às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%	8,3%	25,0%	50,0%	16,7%
	Participação das gestantes e dos responsáveis pelas crianças nos programas de educação	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	58,3%	16,7%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 11).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA	Extensão pelos profissionais dos cuidados com a família	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%
	Compreensão pelos pais das orientações médicas e odontológicas	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%
	Colaboração entre famílias, profissionais de educação e cuidados precoces e profissionais de saúde	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	8,3%	25,0%	58,3%	8,3%
	Procura das gestantes e dos responsáveis pelas crianças pelos serviços médicos e odontológicos	41,7%	58,3%	0,0%	0,0%	16,7%	25,0%	58,3%	0,0%
	Identificação das necessidades individuais, familiares e comunitárias, vulnerabilidades e resiliência	25,0%	66,7%	8,3%	0,0%	18,2%	18,3%	63,6%	0,0%
	Características sociodemográficas da família, gestantes e crianças com até 5 anos de idade	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	16,7%	25,0%	50,0%	8,3%

Fonte: a autora (2024).

Quadro 2 – Resultado da primeira etapa da análise dos indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância (Continuação 12).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA					AVALIAÇÃO QUANTITATIVA				
DIMENSÕES	INDICADORES	INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL	POUCO IMPORTANTE	IMPORTÂNCIA MÉDIA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	MAIS IMPORTANTE
COMPETÊNCIA CULTURAL	Desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação que considerem os aspectos culturais da população assistida	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	41,7%	33,3%	25,0%

Fonte: a autora (2024).

A matriz final, após os ajustes da técnica de consenso, foi composta por 34 indicadores em suas seis dimensões. Essa relação entre as dimensões e a quantidade de indicadores durante o processo de validação da matriz está sintetizada no Quadro 3.

Quadro 3 – Relação entre as dimensões e a quantidade de indicadores durante o processo de validação da matriz.

Dimensões	Matriz inicial	Matriz intermediária	Matriz final
	N de indicadores		
Atenção no Primeiro Contato	17	14	9
Longitudinalidade	8	8	4
Integralidade	16	15	7
Coordenação	24	19	11
Orientação Familiar e Comunitária	8	7	2
Competência Cultural	1	1	1
N total de indicadores	74	64	34

Fonte: a autora (2024).

A partir daí, foram elaborados os instrumentos para avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância, na perspectiva dos usuários e dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros, os quais contêm perguntas que objetivam representar-se mutuamente (Quadro 4).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U.

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Profissionais envolvidos na assistência a gestantes e crianças	Com qual frequência você atende gestantes nesta Unidade de Saúde?	Com qual frequência você (ou a mãe da criança) recebeu atendimento nesta Unidade de Saúde quando estava gestante?
			Durante o período da gestação, quais profissionais desta Unidade de Saúde atenderam você (ou a mãe da criança)?
		Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?	Com qual frequência sua criança recebe atendimento nesta Unidade de Saúde?
		Quais profissionais desta Unidade de Saúde já atenderam sua criança?	
	Proporção adequada de profissionais para a assistência a essa população	Como você classificaria o quantitativo de profissionais da sua Unidade de Saúde que atuam na atenção às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?	Você acha suficiente o número de profissionais nesta Unidade de Saúde para o atendimento da sua criança?
Implementação e execução de atividades normatizadas para a população	Como você classifica a implementação e execução das atividades para crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos na sua Unidade de Saúde?	**	

**Alguns indicadores devem ser avaliados apenas pelos profissionais de saúde – médicos, dentistas e enfermeiros.

A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 1).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Acesso ao atendimento odontológico	Você saberia nos informar, em termos percentuais, quantas crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade conseguem ser atendidas pelo dentista da sua Unidade de Saúde?	Com qual frequência essas consultas odontológicas foram realizadas pelo(a) dentista desta Unidade de Saúde?
		Considerando as crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade que você encaminha para consulta ao dentista, com qual frequência os responsáveis relatam não terem conseguido seguir essa orientação?	Com qual frequência o(a) médico(a) ou o(a) enfermeiro(a) desta Unidade de Saúde encaminha a sua criança para ir ao dentista e você não segue a orientação?
		Caso os responsáveis relatem não terem seguido sua orientação de procurar um atendimento odontológico para a criança na faixa etária entre 0 e 5 anos, você pode nos informar a principal razão para isso ter acontecido?	Você pode nos informar a principal razão de não ter seguido a orientação de procurar atendimento com dentista para a sua criança?
	Porta de entrada para o atendimento odontológico	Você pode nos informar a principal razão pela qual encaminha crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?	Você pode nos informar a principal razão pela qual sua criança foi encaminhada para consulta com o(a) dentista?
		Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, com qual frequência elas vão à consulta odontológica por terem sido encaminhadas por outros profissionais de saúde desta Unidade?	Se sua criança é atendida por um(a) dentista desta Unidade de Saúde, com qual frequência ela vai à consulta odontológica por ter sido encaminhada por outros profissionais de saúde desta mesma Unidade?
		Você pode nos informar a principal razão pela qual atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?	Se sua criança é acompanhada por um(a) dentista desta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual o principal motivo das consultas?
	Idade na primeira consulta odontológica	Nos últimos 6 meses, o quão frequentemente você encaminhou crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?	Com qual frequência o(a) médico(a) ou o(a) enfermeiro(a) desta Unidade de Saúde encaminha sua criança para ir ao dentista?
		Qual seria o percentual, em média, de atendimentos a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?	
	Tempo de espera para a primeira consulta de pré-natal, puerpério, puericultura (odontológica)	Você pode nos dizer o tempo médio que uma gestante espera para realizar a primeira consulta (pré-natal, puerpério) na sua Unidade de Saúde?	Você pode nos dizer o tempo médio que uma gestante espera para realizar a primeira consulta (pré-natal, puerpério) nesta Unidade de Saúde?
		Você pode nos dizer o tempo médio que uma criança espera para realizar a primeira consulta (puericultura) na sua Unidade de Saúde?	Você pode nos dizer o tempo médio que sua criança espera para realizar a primeira consulta (puericultura) nesta Unidade de Saúde?

A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 2).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
ATENÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO	Acompanhamento regular de acordo com a vulnerabilidade	Você consegue nos informar com qual frequência considera as condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde para determinar o seu acompanhamento nesta Unidade de Saúde às crianças com 0 a 5 anos de idade?	Você acha que suas condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde influenciam na prioridade de atendimento à sua criança?
	Diagnóstico de marcadores de risco clínico, de falta de higiene bucal e cárie dentária	Em que medida você considera que o conhecimento das condições de higiene e saúde bucal do paciente impacta na sua prática clínica durante o atendimento nesta Unidade de Saúde de crianças com idade entre 0 e 5 anos?	Você já teve seu conhecimento sobre saúde bucal questionado por algum dos profissionais de saúde que atendem sua criança nesta Unidade de Saúde?
		Com qual frequência você consegue realizar o controle de marcadores de risco clínico, de falta de higiene e/ou de falta de higiene bucal e cárie dentária nas crianças com idade entre 0 e 5 anos que são assistidas nesta Unidade de Saúde?	Você foi informado(a) sobre alguma medida para o controle da cárie na infância durante os atendimentos da sua criança nesta Unidade de Saúde?
LONGITUDINALIDADE	Continuidade profissional	Dentre as crianças na primeira infância que você atende nesta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual seria o percentual, em média, dos pacientes que retornam para você?	Sua criança é atendida pelos mesmos profissionais nesta Unidade de Saúde?
	Escuta autêntica, diálogo e expressão	Com qual frequência você considera que o tempo da sua consulta nesta Unidade de Saúde é suficiente para realizar a escuta qualificada durante os atendimentos das crianças com idade entre 0 e 5 anos?	Com qual frequência você considera que os profissionais de saúde desta Unidade o(a) escutam e conversam com respeito e atenção durante as consultas à sua criança?
		Qual percentual do seu tempo de consulta às crianças com idade entre 0 e 5 anos nesta Unidade de Saúde é dedicado à escuta qualificada?	
	Recepção, relacionamento, humanização e orientação comunitária	Como você classifica sua participação nas estratégias de acolhimento às crianças com idade entre 0 e 5 anos que são assistidas nesta Unidade de Saúde?	Com qual frequência você verifica o(a) médico(a), enfermeiro(a) e/ou dentista desta Unidade de Saúde participando do momento de acolhimento à sua criança?
		Qual percentual do seu tempo é dedicado a realizar busca ativa de crianças que estão na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?	Você já recebeu visita na sua casa do(a) médico(a), enfermeiro(a) e/ou dentista desta Unidade de Saúde?
Realização de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura em quantidade, momento e conduta adequados	Com qual frequência você participa das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura na sua Unidade de Saúde?	Com qual frequência você verifica o(a) médico(a), enfermeiro(a) e/ou dentista participando das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura nesta Unidade de Saúde?	

A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 3).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS		
		QSSBI-P	QSSBI-U	
INTEGRALIDADE	Inserção estrutural e participativa da rede de cuidados com gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais da sua Unidade de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?	Você consegue nos dizer com qual frequência você verifica os profissionais desta Unidade de Saúde conversando, se comunicando e/ou trabalhando juntos (como, por exemplo: ligações, mensagens, encaminhamentos, atendimentos em conjunto) para o atendimento da sua criança?	
		Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais de outras Unidades de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?	Você consegue nos dizer com qual frequência você verifica os profissionais desta Unidade de Saúde conversando, se comunicando e/ou trabalhando com profissionais de outras Unidades (como, por exemplo: ligações, mensagens, encaminhamentos, atendimentos em conjunto) para o atendimento da sua criança?	
		Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados; consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) da sua Unidade de Saúde para realizar a atenção às crianças menores de 5 anos de idade?	Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados; consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) desta Unidade de Saúde?	
	Profissionais integrados no atendimento às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Quando se faz necessário, com qual frequência você consegue apoio dos seus colegas para atender as crianças com até 5 anos de idade?	Com qual frequência você considera que você e seus colegas conseguem transmitir orientações de saúde alinhadas e convergentes para as gestantes e os responsáveis pelas crianças menores de 5 anos de idade?	Com qual frequência você considera que o(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s passam para você orientações semelhantes sobre a saúde da sua criança?
		Como você classifica a importância da saúde bucal durante os 5 primeiros anos de vida de uma criança?		
	Prestadores da atenção básica cientes da importância da saúde bucal na infância		Você consegue nos informar com qual frequência você consegue abordar a importância da saúde bucal na primeira infância com os responsáveis pelos menores de 5 anos de idade durante as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?	O(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde já abordaram alguma vez a saúde bucal enquanto atendiam sua criança?

A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 4).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
INTEGRALIDADE	Trabalho de prevenção direcionado à gestante e aos responsáveis pelas crianças	Você pode nos dizer a frequência com que a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?	Você pode nos dizer a frequência com que a equipe desta Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?
		Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?	Considerando as ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) desempenhadas pela equipe desta Unidade de Saúde, com qual frequência você participa delas?
		Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; Amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?	Você pode nos dizer a frequência com que a equipe desta Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?
		Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?	Considerando as ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por esta Unidade de Saúde, com qual frequência você participa delas?

A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 5).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
INTEGRALIDADE	Execução de atividades de promoção nos 3 níveis da atenção direcionada às gestantes, aos responsáveis e às crianças	Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais de outras Unidades de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas? *	Você consegue nos dizer com qual frequência você verifica os profissionais desta Unidade de Saúde conversando, se comunicando e/ou trabalhando com profissionais de outras Unidades (como, por exemplo: ligações, mensagens, encaminhamentos, atendimentos em conjunto) para o atendimento da sua criança? *
	Registro das consultas e procedimentos odontológicos e médicos executados	Você poderia dizer com qual frequência registra em prontuários os atendimentos das crianças menores de 5 anos de idade executados nesta Unidade de Saúde?	Você percebe que os dados de saúde da sua criança são registrados pelos profissionais de saúde desta Unidade em um prontuário durante as consultas?
	Profissional apto para assistência a essa população	Qual percentual de crianças com idade entre 0 e 5 anos, em média, você resolveu encaminhar a um especialista?	Sua criança já foi encaminhada a um especialista pelos profissionais desta Unidade de Saúde?
		Das crianças com idade entre 0 e 5 anos que foram encaminhadas ao especialista, quantas voltaram e foram atendidas por você?	Com qual frequência, após a consulta com o especialista, você voltou para realizar o atendimento da sua criança com os profissionais desta Unidade de Saúde?
COORDENAÇÃO	Tempo entre a data do agendamento e a da consulta	Quanto às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta?	Você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta para sua criança com o(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde?
		Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, qual seria o percentual, em média, de atendimentos a crianças que não foram previamente agendadas?	Você poderia nos dizer se sua criança é atendida por qualquer profissional desta Unidade de Saúde sempre que precisa, independentemente de estar agendada ou não?
	Tempo de espera para o atendimento	Você saberia nos informar quanto tempo uma criança com até 5 anos de idade aguarda na recepção para ser atendida na sua Unidade de Saúde?	Você pode nos dizer quanto tempo sua criança passa aguardando na recepção para ser atendida pelo(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s nesta Unidade de Saúde?

* Determinadas perguntas abrangem mais de um indicador.
A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 6).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
COORDENAÇÃO	Educação permanente	Você poderia nos dizer com qual frequência você participa de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios cuja temática seja a saúde na primeira infância? *	**
	Educação interprofissional abordando a saúde bucal	Como você classifica a disponibilização de tempo pela Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para participar de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios? *	
	Articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal	Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?	Com qual frequência a equipe desta Unidade de Saúde realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?
		Como você classifica sua participação nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária) promovidas pela equipe da sua Unidade de Saúde?	Considerando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária), como você classifica sua participação nelas?

* Determinadas perguntas abrangem mais de um indicador.

** Alguns indicadores devem ser avaliados apenas pelos profissionais de saúde – médicos, dentistas e enfermeiros.

A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 7).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
COORDENAÇÃO	Gerenciamento e vigilância ativa dos programas de prevenção e da progressão da cárie em crianças	Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?	**
		Com qual frequência você participa de atividades multiprofissionais de vigilância à saúde de crianças na primeira infância?	**
	Estabelecimento de condições traçadoras	Com qual frequência sua equipe de saúde estabelece e controla as condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?	**
		Como você classifica sua participação nas ações de estabelecimento e controle das condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?	**
	Políticas de apoio à assistência a essa população	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à assistência à saúde da criança na primeira infância?	**
	Políticas de programas de atenção à saúde bucal de gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?	**
	Atividades de planejamento das ações a serem executadas	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à sua comunidade para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?	**
	Prontuários com registro do atendimento e cadernetas da gestante e da criança preenchidas	Qual percentual dos atendimentos para crianças com idade entre 0 e 5 anos você registrou na caderneta da criança?	Você percebe que os dados de saúde da sua criança são registrados pelos profissionais de saúde desta Unidade na caderneta da criança durante as consultas?

**Alguns indicadores devem ser avaliados apenas pelos profissionais de saúde – médicos, dentistas e enfermeiros.
A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

Quadro 4 – Indicadores da matriz final e perguntas dos instrumentos QSSBI-P e QSSBI-U (Continuação 8).

DIMENSÕES	INDICADORES	PERGUNTAS	
		QSSBI-P	QSSBI-U
ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA	Desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção em creches, igrejas, centros comunitários e UBS culturalmente eficazes às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Você pode nos informar com qual frequência você participa de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como creches, igrejas e centros comunitários?	Você pode nos informar com qual frequência o(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde participam de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como creches, igrejas e centros comunitários?
			Com qual frequência você e/ou sua criança participa(m) de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal em locais como creches, igrejas e centros comunitários?
	Compreensão pelos pais das orientações médicas e odontológicas	Com qual frequência você observa que os responsáveis pelas crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?	Você pode nos informar com qual frequência você consegue seguir as orientações de saúde para sua criança passadas pelo(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde?
		Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência dos hábitos e crenças dos responsáveis pelas crianças menores de 5 anos na sua assistência a essas crianças?	Com qual frequência seus hábitos e crenças influenciam no tratamento da sua criança pelo(a) médico(a), dentista e/ou enfermeiro(a) desta Unidade de Saúde?
COMPETÊNCIA CULTURAL	Desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação que considerem os aspectos culturais da população assistida	Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência da cultura da comunidade na qual a criança com idade entre 0 e 5 anos está inserida no desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção para cárie na primeira infância praticadas nos seus atendimentos?	Com qual frequência os costumes da sua comunidade influenciam na realização das atividades de promoção e prevenção para cárie em crianças com até 5 anos de idade?
		Qual a influência da cultura da comunidade no planejamento do tratamento de cárie na primeira infância das crianças assistidas nesta Unidade de Saúde?	Se sua criança é acompanhada por um dentista desta Unidade de Saúde, com qual frequência os costumes da sua comunidade influenciam no tratamento de cárie?

A ordem das perguntas foi alterada nos instrumentos.

Fonte: a autora (2024).

5.2 RESULTADOS DO DESENVOLVIMENTO DOS FORMULÁRIOS QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P) E QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – USUÁRIOS (QSSBI-U)

A partir da delimitação do construto e da elaboração do modelo teórico-lógico e da matriz de indicadores, realizou-se a construção dos instrumentos Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Profissionais (QSSBI-P) e Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Usuários (QSSBI-U), os quais estão, respectivamente, dispostos nos APÊNDICES A e B, em suas primeiras versões, antes dos processos de validação.

Para a composição das ferramentas, foram levadas em consideração: uma parte introdutória com breves explicações sobre o objetivo dos instrumentos; outra seção destinada aos dados para seleção do participante; um segmento voltado aos dados sociodemográficos; e, outra com variáveis correspondentes às dimensões de avaliação da qualidade da saúde bucal na primeira infância, para cada um dos atores, de acordo com o instrumento. Nesta última seção, para o QSSBI-P, as últimas perguntas foram direcionadas apenas aos profissionais dentistas. Todas as etapas dos instrumentos estão separadas com títulos ou instruções de preenchimento.

O QSSBI-U preconizou o uso constante de expressões como “criança sob sua responsabilidade”, “sua criança”, “da criança” para referenciar a assistência da criança em questionamento — já que nem sempre o adulto que acompanha a criança é seu/sua genitor(a) — e para minimizar possível confusão com o cuidado do responsável respondente. Com esse mesmo objetivo, o termo “mãe da criança” também foi escolhido para algumas perguntas direcionadas à atenção a esse grupo no período da gestação, por se saber do impacto que o cuidado das mães possui na saúde das crianças na primeira infância.

A sentença “desta Unidade de Saúde” também foi utilizada frequentemente para recordar o local que o respondente estava avaliando. Outros termos como “mesmos profissionais”, “prontuário”, “caderneta da criança” foram destacados para enfatizar ou evitar ambiguidade com questões semelhantes.

Algumas expressões tiveram explicações complementares, que foram colocadas entre parênteses — “Como, por exemplo: ligações, mensagens, encaminhamentos, atendimentos em conjunto” —, com a preocupação de trazer a compreensão do que estava sendo perguntado.

Isto posto, a primeira versão do QSSBI-U ficou composta por 57 questões, distribuídas pelas seguintes seções: 10 questões sociodemográficas e 47 questões para avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância. Estas últimas estão distribuídas nas seis dimensões da seguinte forma: 17 perguntas em “Atenção no Primeiro Contato”; 5 em “Longitudinalidade”; 13 em “Integralidade”; 6 em “Coordenação”; 4 em “Orientação Familiar e Comunitária”; e 2 em “Competência Cultural”.

A variação dos valores de resposta aos itens dependeu da sua respectiva soma, sendo 47 o mínimo (melhor avaliação) e 188 o máximo (pior avaliação) para a escala QSSBI-U inicial.

Para o QSSBI-P, termos como “nesta Unidade de Saúde”, “faixa etária entre zero e cinco anos”, “você” e “seu acompanhamento” foram utilizados com frequência para remeter ao público-alvo da ferramenta. Da mesma maneira, trechos como “outras Unidades de Saúde” foram destacados para reduzir dúvidas com termos semelhantes às demais perguntas, e outras sequências foram descritas entre parênteses para melhorar o entendimento do objeto da questão: “Exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê”.

A versão inicial do instrumento QSSBI-P foi constituída por 65 questões, sendo oito com características sociodemográficas e de formação e 57 com variáveis de avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância. Estas últimas perguntas foram distribuídas entre as dimensões propostas, a saber: 17 “Atenção no Primeiro Contato”; seis “Longitudinalidade”; 14 “Integralidade”; 15 “Coordenação”; três “Orientação Familiar e Comunitária”; e duas “Competência Cultural”.

A variação dos valores de resposta aos itens dependeu da sua respectiva soma, sendo 57 o mínimo (melhor avaliação) e 228 o máximo (pior avaliação) para a escala QSSBI-P inicial.

5.3 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P): TESTAGEM DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

A amostra foi composta por 60 profissionais de saúde — médicos, dentistas e enfermeiros — das Unidades Básicas do município de Vitória de Santo Antão - PE.

Quanto às variáveis sociodemográficas, foram efetuadas avaliações da distribuição de frequência dos valores obtidos junto à escala. Verificou-se que a maior proporção dos profissionais participantes do estudo está com idade abaixo de 30 anos (53,3%), é do sexo feminino (71,7%), com formação profissional em odontologia (58,3%) e tem o contrato temporário como meio de vínculo empregatício (90,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de frequência quanto às variáveis sociodemográficas

Variável	N	(%)
Sexo		
Feminino	43	71,7
Masculino	17	28,3
Total	60	100,0
Idade (anos)		
< 30 anos	32	53,3
Entre 30 e 38 anos	15	25,0
> 38 anos	13	21,7
Total	60	100,0
Estado civil		
Solteiro(a)	33	55,0
Casado(a)	18	30,0
Divorciado(a)	8	13,3
Viúvo(a)	1	1,7
Outro	0	0
Total	60	100,0
Profissão		
Médico(a)	10	16,7
Dentista	35	58,3
Enfermeiro(a)	15	25,0
Total	60	100,0
Tipo de vínculo empregatício		
Contrato	54	90,0
Concurso	2	3,3
Residente	1	1,7
Outro	3	5,0
Total	60	100,0
Tempo de formado na graduação		
Entre 0 e 2 anos	22	36,7
Entre 3 e 5 anos	19	31,7
Entre 6 e 10 anos	9	15,0
> 10 anos	10	16,7
Total	60	100,0
Especialista		
Sim	29	48,3
Não	31	51,7
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Quanto à dimensão “Atenção no Primeiro Contato” (Tabela 2), a maior parte dos profissionais relatou atender diariamente crianças com até cinco anos de idade (71,7%); acredita que o quantitativo de profissionais na sua Unidade de Saúde atende plenamente as necessidades da assistência às crianças (68,3%); sempre considera as condições sociais e hábitos para determinar seu acompanhamento às crianças (75,0%); bem como julga de forma muito determinante o conhecimento das condições de higiene e saúde bucal do paciente na sua prática clínica junto à população do estudo (65,0%).

Tabela 2 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Atenção no Primeiro Contato.

Item	N	(%)
Com qual frequência você atende gestantes nesta Unidade de Saúde?		
Atendo diariamente	18	30,0
Atendo entre uma semana a um mês	35	58,3
Atendo mensalmente	7	11,7
Delego para outros colegas o atendimento dessa população	0	0
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?		
Atendo diariamente	43	71,7
Atendo entre uma semana a um mês	12	20,0
Atendo mensalmente	4	6,7
Delego para outros colegas o atendimento dessa população	1	1,7
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Como você classificaria o quantitativo de profissionais da sua Unidade de Saúde que atuam na atenção às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?		
Atende plenamente as necessidades da assistência dessa população	41	68,3
Atende apenas as necessidades básicas dessa população	19	31,7
Atende os casos emergenciais	0	0
Os profissionais desta Unidade de Saúde não realizam assistência a essa população	0	0
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Como você classifica a implementação e execução das atividades para crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade na sua Unidade de Saúde?		
Atende as referências de saúde em sua totalidade	31	51,7
Atende parcialmente as referências de saúde	25	41,7
Atende minimamente as referências de saúde	1	1,7
Não atende as referências de saúde	1	1,7
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Você saberia nos informar, em termos percentuais, quantas crianças, na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, conseguem ser atendidas pelo dentista da sua Unidade de Saúde?		
De 80% a 100%	18	30,0
De 50% a 80%	25	41,7
De 30% a 50%	7	11,7
Menos de 30%	2	3,3
Não sei/Não lembro	8	13,3
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Tabela 2 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Atenção no Primeiro Contato (Continuação 1).

Item	N	(%)
Considerando as crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade que você encaminha para consulta ao dentista, com qual frequência os responsáveis relatam não terem conseguido seguir essa orientação?		
Sempre relatam	5	8,3
Às vezes relatam	24	40,0
Raramente relatam	15	25,0
Nunca relatam	8	13,3
Não sei/Não lembro/Não se aplica	8	13,3
Total	60	100,0
Caso os responsáveis relatem não terem seguido sua orientação de procurar um atendimento odontológico para a criança na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, você pode nos informar a principal razão para isso ter acontecido?		
Falta de vagas disponíveis na UBS mais próxima	4	6,7
Falta de tempo por parte do responsável/Esquecimento	29	48,3
Desconsideração da importância da recomendação	16	26,7
Falha na marcação da consulta	0	0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	11	18,3
Total	60	100,0
Você pode nos informar a principal razão pela qual encaminha crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?		
Tratamento preventivo (exemplos: condutas preventivas para cárie, medidas preventivas para hábitos bucais deletérios, orientações e acompanhamento da erupção dentária, instruções sobre amamentação)	26	43,3
Tratamento de promoção de saúde (exemplos: tratamentos educativos, controle e motivação para hábitos saudáveis e tratamentos com fluoretos)	12	20,0
Tratamento curativo (exemplos: tratamentos para cárie, intervenções para sucção digital e uso de bicos, recursos para o atraso da erupção dentária, procedimentos para a anquiloglossia e tratamentos para maloclusão)	12	20,0
Urgência (exemplos: odontalgia, trauma dentário)	0	0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	10	16,7
Total	60	100,0
Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, com qual frequência elas vão à consulta odontológica por terem sido encaminhadas por outros profissionais de saúde desta Unidade?*		
Sempre	13	21,7
Às vezes	16	26,7
Raramente	5	8,3
Nunca	0	0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	26	43,3
Total	60	100,0

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 2 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Atenção no Primeiro Contato (Continuação 2).

Item	N	(%)
Você pode nos informar a principal razão pela qual atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?*		
Tratamento preventivo (exemplos: condutas preventivas para cárie, medidas preventivas para hábitos bucais deletérios, orientação e acompanhamento da erupção dentária, instruções sobre amamentação)	18	30,0
Tratamento de promoção de saúde (exemplos: tratamentos educativos, controle e motivação para hábitos saudáveis e tratamentos com fluoretos)	7	11,7
Tratamento curativo (exemplos: tratamentos para cárie, intervenções para sucção digital e uso de bicos, recursos para o atraso da erupção dentária, procedimentos para a anquiloglossia e tratamentos para maloclusão)	10	16,7
Urgência (exemplos: odontalgia, trauma dentário)	1	1,7
Não sei/Não lembro/Não se aplica	24	40,0
Total	60	100,0
Nos últimos 6 meses, o quão frequentemente você encaminhou crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?		
Sempre encaminho	30	50,0
Às vezes encaminho	11	18,3
Raramente encaminho	12	20,0
Nunca encaminho	3	5,0
Não sei/Não lembro	4	6,7
Total	60	100,0
Qual seria o percentual, em média, de atendimentos a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?*		
De 80% a 100%	5	8,3
De 50% a 80%	11	18,3
De 30% a 50%	13	21,7
Menos de 30%	3	5,0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	28	46,7
Total	60	100,0
Você pode nos dizer o tempo médio que uma gestante espera para realizar a primeira consulta (pré-natal, puerpério) na sua Unidade de Saúde?		
No intervalo de uma semana	32	53,3
No intervalo entre uma e duas semanas	16	26,7
No intervalo entre duas e quatro semanas	6	10,0
No intervalo mínimo de três meses	0	0
Não sei/Não lembro	6	10,0
Total	60	100,0
Você pode nos dizer o tempo médio que uma criança espera para realizar a primeira consulta (puericultura) na sua Unidade de Saúde?		
No intervalo de uma semana	22	36,7
No intervalo entre uma e duas semanas	21	35,0
No intervalo entre duas e quatro semanas	5	8,3
No intervalo mínimo de três meses	2	3,3
Não sei/Não lembro	10	16,7
Total	60	100,0

*Perguntas respondidas apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 2 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Atenção no Primeiro Contato (Continuação 3).

Item	N	(%)
Você consegue nos informar com qual frequência considera as condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde para determinar o seu acompanhamento nesta Unidade de Saúde às crianças com 0 a 5 anos de idade?		
Sempre considero	45	75,0
Às vezes considero	13	21,7
Raramente considero	0	0
Nunca considero	0	0
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Em que medida você considera que o conhecimento das condições de higiene e saúde bucal do paciente impacta na sua prática clínica durante o atendimento nesta Unidade de Saúde de crianças com idade entre 0 e 5 anos?		
De forma muito determinante	39	65,0
De forma determinante	17	28,3
Pouco determinante	3	5,0
Não considero determinante	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Com qual frequência você consegue realizar o controle de marcadores de risco clínico, de falta de higiene e/ou de falta de higiene bucal e cárie dentária nas crianças com idade entre 0 e 5 anos que são assistidas nesta Unidade de Saúde?		
No intervalo de uma semana	9	15,0
No intervalo entre uma e duas semanas	17	28,3
No intervalo entre duas e quatro semanas	13	21,7
No intervalo mínimo de três meses	5	8,3
Não sei/Não lembro	16	26,7
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

A “Longitudinalidade”, exposta na Tabela 3, demonstra que 66,7% dos profissionais consideram que o tempo da consulta das crianças é suficiente para realizar a escuta qualificada e 63,3% participam das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Tabela 3 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Longitudinalidade.

Item	N	(%)
Dentre as crianças na primeira infância que você atende nesta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual seria o percentual, em média, dos pacientes que retornam para você?		
De 80% a 100%	18	30,0
De 50% a 80%	24	40,0
De 30% a 50%	11	18,3
Menos de 30%	5	8,3
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Com qual frequência você considera que o tempo da sua consulta nesta Unidade de Saúde é suficiente para realizar a escuta qualificada durante os atendimentos das crianças com idade entre 0 e 5 anos?		
Sempre	40	66,7
Às vezes	17	28,3
Raramente	1	1,7
Nunca	0	0
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Qual percentual do seu tempo de consulta às crianças com idade entre 0 e 5 anos nesta Unidade de Saúde é dedicado à escuta qualificada?		
De 80% a 100%	16	26,7
De 50% a 80%	21	35,0
De 30% a 50%	18	30,0
Menos de 30%	4	6,7
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Como você classifica sua participação nas estratégias de acolhimento às crianças com idade entre 0 e 5 anos que são assistidas nesta Unidade de Saúde?		
De forma muito decisiva	28	46,7
De forma decisiva	27	45,0
Participações esporádicas	3	5,0
Nenhuma participação	2	3,3
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Qual percentual do seu tempo é dedicado a realizar busca ativa de crianças que estão na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?		
De 80% a 100% do tempo	12	20,0
De 50% a 80% do tempo	7	11,7
De 30% a 50% do tempo	18	30,0
Menos de 30% do tempo	20	33,3
Não sei/Não lembro	3	5,0
Total	60	100,0
Com qual frequência você participa das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura na sua Unidade de Saúde?		
Sempre participo	38	63,3
Às vezes participo	15	25,0
Raramente participo	2	3,3
Delego para outros colegas esse tipo de atendimento	4	6,7
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Quanto aos itens da dimensão “Integralidade” que representam a atenção às crianças com até cinco anos de idade, tem-se, na Tabela 4 (Continuação 1 e Continuação 2), que 78,3% dos profissionais classificam de maneira muito determinante a saúde bucal; 70,0% abordam a importância da saúde bucal com os responsáveis pelas crianças; e 96,7% registram em prontuários os atendimentos.

Tabela 4 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Integralidade.

Item	N	(%)
Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais da sua Unidade de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?		
De forma muito decisiva	31	51,7
De forma decisiva	24	40,0
Integrações esporádicas	4	6,7
Nenhuma integração	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais de outras Unidades de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?		
De forma muito decisiva	18	30,0
De forma decisiva	15	25,0
Integrações esporádicas	20	33,3
Nenhuma integração	5	8,3
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados; consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) da sua Unidade de Saúde para realizar a atenção às crianças menores de 5 anos de idade?		
Atende as necessidades em sua totalidade	33	55,0
Atende parcialmente	15	25,0
Atende minimamente as necessidades	7	11,7
Não atende as necessidades	4	6,7
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Tabela 4 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Integralidade (Continuação 1).

Item	N	(%)
Quando se faz necessário, com qual frequência você consegue apoio dos seus colegas para atender as crianças com até 5 anos de idade?		
Sempre atendemos juntos	16	26,7
Às vezes atendemos juntos	20	33,3
Raramente atendemos juntos	14	23,3
Nunca atendemos juntos	8	13,3
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Com qual frequência você considera que você e seus colegas conseguem transmitir orientações de saúde alinhadas e convergentes para as gestantes e os responsáveis pelas crianças menores de 5 anos de idade?		
Sempre conseguimos	39	65,0
Às vezes conseguimos	18	30,0
Raramente conseguimos	2	3,3
Nunca conseguimos	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Como você classifica a importância da saúde bucal durante os 5 primeiros anos de vida de uma criança?		
De forma muito determinante	47	78,3
De forma determinante	13	21,7
Pouco determinante	0	0
Não considero determinante	0	0
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Você consegue nos informar com qual frequência você consegue abordar a importância da saúde bucal na primeira infância com os responsáveis pelos menores de 5 anos de idade durante as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?		
Sempre abordo	42	70,0
Às vezes abordo	15	25,0
Raramente abordo	2	3,3
Nunca abordo	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Você pode nos dizer a frequência com que a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?		
No intervalo de uma semana	14	23,3
No intervalo entre uma e duas semanas	8	13,3
No intervalo entre duas e quatro semanas	23	38,3
No intervalo mínimo de três meses	9	15,0
Não sei/Não lembro	6	10,0
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Tabela 4 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Integralidade (Continuação 2).

Item	N	(%)
Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?		
Sempre participo	39	65,0
Às vezes participo	14	23,3
Pouco participo	6	10,0
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?		
No intervalo de uma semana	16	26,7
No intervalo entre uma e duas semanas	6	10,0
No intervalo entre duas e quatro semanas	26	43,3
No intervalo mínimo de três meses	10	16,7
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?		
Sempre participo	38	63,3
Às vezes participo	16	26,7
Pouco participo	6	10,0
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	0	0
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Você poderia dizer com qual frequência registra em prontuários os atendimentos das crianças menores de 5 anos de idade executados nesta Unidade de Saúde?		
Sempre registro	58	96,7
Às vezes registro	1	1,7
Raramente registro	0	0
Nunca registro	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Tabela 4 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Integralidade (Continuação 3).

Item	N	(%)
Qual percentual de crianças com idade entre 0 e 5 anos, em média, você resolveu encaminhar a um especialista?		
De 80% a 100%	4	6,7
De 50% a 80%	8	13,3
De 30% a 50%	12	20,0
Menos de 30%	34	56,7
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Das crianças com idade entre 0 e 5 anos que foram encaminhadas ao especialista, quantas voltaram e foram atendidas por você?		
De 80% a 100%	14	23,3
De 50% a 80%	14	23,3
De 30% a 50%	12	20,0
Menos de 30%	14	23,3
Não sei/Não lembro	6	10,0
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

A Tabela 5 (Continuação 1) refere-se a dimensão “Coordenação” em que há registro de que 53,3% dos profissionais relataram que sua equipe sempre realiza reuniões sobre ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal das crianças na primeira infância.

Tabela 5 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Coordenação.

Item	N	(%)
Quanto às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta?		
No intervalo de uma semana	24	40,0
No intervalo entre uma e duas semanas	15	25,0
No intervalo entre duas e quatro semanas	16	26,7
No intervalo mínimo de três meses	1	1,7
Não sei/Não lembro	4	6,7
Total	60	100,0
Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, qual seria o percentual, em média, de atendimentos a crianças que não foram previamente agendadas?		
Maior que 50%	10	16,7
Entre 50% e 30%	16	26,7
Entre 30% e 10%	18	30,0
Menos de 10%	12	20,0
Não sei/Não lembro	4	6,7
Total	60	100,0
Você saberia nos informar quanto tempo uma criança com até 5 anos de idade aguarda na recepção para ser atendida na sua Unidade de Saúde?		
Entre 10 e 20 minutos	16	26,7
Entre 20 e 30 minutos	20	33,3
Entre 30 minutos e 1 hora	16	26,7
Mais de 1 hora	2	3,3
Não sei/Não lembro	6	10,0
Total	60	100,0
Você poderia nos dizer com qual frequência você participa de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios cuja temática seja a saúde na primeira infância?		
Sempre participo	17	28,3
Às vezes participo	23	38,3
Pouco participo	14	23,3
Nunca participo	4	6,7
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Tabela 5 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Coordenação (Continuação 1).

Item	N	(%)
Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?		
Sempre são realizadas	32	53,3
Às vezes são realizadas	11	18,3
Pouco são realizadas	17	28,3
Nunca são realizadas	0	0
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Como você classifica sua participação nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária), promovidas pela equipe da sua Unidade de Saúde?		
De forma muito decisiva	29	48,3
De forma decisiva	20	33,3
Pouca participação	7	11,7
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	2	3,3
Não sei/Não lembro	2	3,3
Total	60	100,0
Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?*		
Sempre participo	28	46,7
Às vezes participo	0	0
Pouco participo	4	6,7
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	0	0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	28	46,7
Total	60	100,0

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 5 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Coordenação (Continuação 2).

Item	N	(%)
Com qual frequência você participa de atividades multiprofissionais de vigilância à saúde de crianças na primeira infância?		
Sempre participo	19	31,7
Às vezes participo	20	33,3
Pouco participo	12	20,0
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	60	0
Não sei/Não lembro	9	15,0
Total	60	100,0
Com qual frequência sua equipe de saúde estabelece e controla as condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?*		
Sempre	21	35,0
Às vezes	10	16,7
Raramente	2	3,3
Nunca	0	0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	27	45,0
Total	60	100,0
Como você classifica sua participação nas ações de estabelecimento e controle das condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?*		
De forma muito decisiva	21	35,0
De forma decisiva	12	20,0
Participações esporádicas	1	1,7
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	0	0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	26	43,3
Total	60	100,0
Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à assistência à saúde da criança na primeira infância?		
Sempre participo	28	46,7
Às vezes participo	12	20,0
Pouco participo	10	16,7
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	1	1,7
Não sei/Não lembro	9	15,0
Total	60	100,0

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 5 – Distribuição de frequência quanto aos itens da dimensão Coordenação (Continuação 3).

Item	N	(%)
Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?		
Sempre participo	24	40,0
Às vezes participo	13	21,7
Pouco participo	7	11,7
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	3	5,0
Não sei/Não lembro	13	21,7
Total	60	100,0
Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à sua comunidade para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?		
Sempre participo	21	35,0
Às vezes participo	15	25,0
Pouco participo	11	18,3
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	2	3,3
Não sei/Não lembro	11	18,3
Total	60	100,0
Como você classifica a disponibilização de tempo pela Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para participar de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios?		
De forma muito satisfatória	29	48,3
De forma satisfatória	22	36,7
De forma pouco satisfatória	7	11,7
De forma insatisfatória	2	3,3
Não sei/Não lembro	0	0
Total	60	100,0
Qual percentual dos atendimentos para crianças com idade entre 0 e 5 anos você registrou na caderneta da criança?		
De 80% a 100%	23	38,3
De 50% a 80%	9	15,0
De 30% a 50%	7	11,7
Menos de 30%	11	18,3
Não sei/Não lembro	10	16,7
Total	60	100,0

Fonte: a autora (2024).

Quanto aos itens das dimensões “Orientação Familiar e Comunitária”, e, “Competência Cultural” (Tabela 6), a maior parte dos profissionais (63,3%) demonstrou que “às vezes” os responsáveis por crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas.

Tabela 6 – Distribuição de frequência quanto aos itens das dimensões Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural.

Item	N	(%)
Você pode nos informar com qual frequência você participa de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como creches, igrejas e centros comunitários?		
Sempre participo	25	41,7
Às vezes participo	12	20,0
Pouco participo	14	23,3
Delego essa atividade para outros colegas da equipe	6	10,0
Não sei/Não lembro	3	5,0
Total	60	100,0
Com qual frequência você observa que os responsáveis pelas crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?		
Sempre conseguem	7	11,7
Às vezes conseguem	38	63,3
Pouco conseguem	14	23,3
Nunca conseguem	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência dos hábitos e crenças dos responsáveis pelas crianças menores de 5 anos na sua assistência a essas crianças?		
De forma muito determinante	26	43,3
De forma determinante	23	38,3
Pouco determinante	10	16,7
Não considero determinante	0	0
Não sei/Não lembro	1	1,7
Total	60	100,0
Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência da cultura da comunidade na qual a criança com idade entre 0 e 5 anos está inserida no desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção para cárie na primeira infância praticadas nos seus atendimentos?		
De forma muito determinante	25	41,7
De forma determinante	29	48,3
Pouco determinante	3	5,0
Não considero determinante	0	0
Não sei/Não lembro	3	5,0
Total	60	100,0
Qual a influência da cultura da comunidade no planejamento do tratamento de cárie na primeira infância das crianças assistidas nesta Unidade de Saúde?*		
De forma muito determinante	17	28,3
De forma determinante	15	25,0
Pouco determinante	2	3,3
Não considero determinante	0	0
Não sei/Não lembro/Não se aplica	26	43,3
Total	60	100,0

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Em relação ao somatório da pontuação por itens na escala, ao admitir que esses itens consistem em indicadores afirmativos de resposta múltipla, em uma escala *Likert* variando entre 1 e 5 (de um a cinco, em que quatro corresponde à menor concordância, um à maior concordância e, a quinta opção se refere a opção “Não sei/Não lembro”), o escore total que representa a melhor e a pior avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre zero e cinco anos foi de 57 a 228. No entanto, a variação do escore pelas opções de resposta da amostra foi de 56 (melhor) a 141 (pior), com média de 94,4 pontos (DP = 18,98; IC 95% = 89,46-99,27) e mediana de 93,0.

Como a média e a mediana são destoantes, para que a escala seja considerada uma variável contínua, de distribuição normal, ou seja, foi avaliada a normalidade da distribuição dos valores das pontuações obtidas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, o que demonstrou ser considerada normal, já que o valor obtido foi 0,671, ganhando em precisão de medida do objeto a ser avaliado.

Feita a primeira análise da consistência interna, adotou-se como padrão de referência o parâmetro indicado mundialmente para que o formulário seja considerado uma escala; ou seja, o valor do *Alpha de Cronbach* ser no mínimo 0,7, o que foi evidenciado pelo valor do *Alpha de Cronbach* global dos 57 itens da escala, ao atingir foi 0,876, mesmo antes da retirada dos itens que ocasionaram a redução desse parâmetro.

Considerando a complexidade do objeto de estudo, analisou-se também a Correlação Item-Total Corrigida para observar a correlação de cada item com os demais. Para que a escala tivesse medições mais fidedignas, foram retirados os itens com valores Correlação Item-Total Corrigida $\leq 0,20$ (Tabelas 7 a 11).

Tabela 7 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Atenção no Primeiro Contato.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Profissionais envolvidos na assistência a gestantes e crianças	Com qual frequência você atende gestantes nesta Unidade de Saúde?	1,82	,624	,479	,872
	Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?	1,38	,691	,198	,875
Proporção adequada de profissionais para a assistência a essa população	Como você classificaria o quantitativo de profissionais da sua Unidade de Saúde que atuam na atenção às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?	1,32	,469	,297	,874
Implementação e execução de atividades normatizadas para a população	Como você classifica a implementação e execução das atividades para crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade na sua Unidade de Saúde?	1,47	,676	,469	,872
Acesso ao atendimento odontológico	Você saberia nos informar, em termos percentuais, quantas crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade conseguem ser atendidas pelo dentista da sua Unidade de Saúde?	1,62	,976	,422	,872
	Considerando as crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade que você encaminha para consulta ao dentista, com qual frequência os responsáveis relatam não terem conseguido seguir essa orientação?	2,17	1,181	,235	,875
	Caso os responsáveis relatem não terem seguido sua orientação de procurar um atendimento odontológico para a criança na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, você pode nos informar a principal razão para isso ter acontecido?	1,83	1,028	,449	,871
Porta de entrada para o atendimento odontológico	Você pode nos informar a principal razão pela qual encaminha crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?	1,43	,998	,386	,872
	Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, com qual frequência elas vão à consulta odontológica por terem sido encaminhadas por outros profissionais de saúde desta Unidade?*	1,00	1,025	,045	,878
	Você pode nos informar a principal razão pela qual atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?*	1,10	1,160	-,007	,879

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 7 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Atenção no Primeiro Contato (Continuação).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Idade na primeira consulta odontológica	Nos últimos 6 meses, o quão frequentemente você encaminhou crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?	1,67	1,036	,475	,871
	Qual seria o percentual, em média, de atendimentos a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?*	1,30	1,381	,186	,877
Tempo de espera para a primeira consulta de pré-natal, puerpério, puericultura (odontológica)	Você pode nos dizer o tempo médio que uma gestante espera para realizar a primeira consulta (pré-natal, puerpério) na sua Unidade de Saúde?	1,37	,802	,451	,872
	Você pode nos dizer o tempo médio que uma criança espera para realizar a primeira consulta (puericultura) na sua Unidade de Saúde?	1,45	,982	,341	,873
Acompanhamento regular de acordo com a vulnerabilidade	Você consegue nos informar com qual frequência considera as condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde para determinar o seu acompanhamento nesta Unidade de Saúde às crianças com 0 a 5 anos de idade?	1,18	,469	,315	,874
Diagnóstico de marcadores de risco clínico, de falta de higiene bucal e cárie dentária	Em que medida você considera que o conhecimento das condições de higiene e saúde bucal do paciente impacta na sua prática clínica durante o atendimento nesta Unidade de Saúde de crianças com idade entre 0 e 5 anos?	1,37	,610	,354	,873
	Com qual frequência você consegue realizar o controle de marcadores de risco clínico, de falta de higiene e/ou de falta de higiene bucal e cárie dentária nas crianças com idade entre 0 e 5 anos que são assistidas nesta Unidade de Saúde?	1,70	1,306	,135	,877

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 8 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Longitudinalidade.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Continuidade profissional	Dentre as crianças na primeira infância que você atende nesta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual seria o percentual, em média, dos pacientes que retornam para você?	1,98	,983	,457	,871
Escuta autêntica, diálogo e expressão	Com qual frequência você considera que o tempo da sua consulta nesta Unidade de Saúde é suficiente para realizar a escuta qualificada durante os atendimentos das crianças com idade entre 0 e 5 anos?	1,30	,619	,335	,874
	Qual percentual do seu tempo de consulta às crianças com idade entre 0 e 5 anos nesta Unidade de Saúde é dedicado à escuta qualificada?	2,13	,947	,573	,870
Recepção, relacionamento, humanização e orientação comunitária	Como você classifica sua participação nas estratégias de acolhimento às crianças com idade entre 0 e 5 anos de idade que são assistidas nesta Unidade de Saúde?	1,65	,732	,294	,874
	Qual percentual do seu tempo é dedicado a realizar busca ativa de crianças que estão na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?	2,67	1,271	,457	,871
Realização de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura em quantidade, momento e conduta adequados	Com qual frequência você participa das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura na sua Unidade de Saúde?	1,50	,873	,480	,871

Fonte: a autora (2024).

Tabela 9 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Integralidade.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Inserção estrutural e participativa da rede de cuidados com gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais da sua Unidade de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?	1,52	,651	,169	,875
	Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais de outras Unidades de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?	2,13	1,049	,346	,873
	Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados; consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) da sua Unidade de Saúde para realizar a atenção às crianças menores de 5 anos de idade?	1,67	,951	,263	,874
Profissionais integrados no atendimento às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Quando se faz necessário, com qual frequência você consegue apoio dos seus colegas para atender as crianças com até 5 anos de idade?	2,17	1,076	,538	,870
	Com qual frequência você considera que você e seus colegas conseguem transmitir orientações de saúde alinhadas e convergentes para as gestantes e os responsáveis pelas crianças menores de 5 anos de idade?	1,35	,577	,274	,874
Prestadores da atenção básica cientes da importância da saúde bucal na infância	Como você classifica a importância da saúde bucal durante os 5 primeiros anos de vida de uma criança?	1,22	,415	,349	,874
	Você consegue nos informar com qual frequência você consegue abordar a importância da saúde bucal na primeira infância com os responsáveis pelos menores de 5 anos de idade durante as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?	1,30	,561	,324	,874

Fonte: a autora (2024).

Tabela 9 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Integralidade (Continuação 1).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Trabalho de prevenção direcionado à gestante e aos responsáveis pelas crianças	Você pode nos dizer a frequência com que a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?	2,25	1,257	,463	,871
	Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?	1,42	,696	,407	,873
	Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?	2,43	1,155	,452	,871
	Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?	1,47	,676	,337	,874

Fonte: a autora (2024).

Tabela 9 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Integralidade (Continuação 2).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Registro das consultas e procedimentos odontológicos e médicos executados	Você poderia dizer com qual frequência registra em prontuários os atendimentos das crianças menores de 5 anos de idade executados nesta Unidade de Saúde?	1,00	,184	,360	,875
Profissional apto para assistência a essa população	Qual percentual de crianças com idade entre 0 e 5 anos, em média, você resolveu encaminhar a um especialista?	3,20	1,117	,176	,876
	Das crianças com idade entre 0 e 5 anos que foram encaminhadas ao especialista, quantas voltaram e foram atendidas por você?	2,23	1,320	,246	,875

Fonte: a autora (2024).

Tabela 10 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Coordenação.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Tempo entre a data do agendamento e a da consulta	Quanto às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta?	1,77	,981	,198	,875
	Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, qual seria o percentual, em média, de atendimento a crianças que não foram previamente agendadas?	2,40	1,182	,112	,877
Tempo de espera para o atendimento	Você saberia nos informar quanto tempo uma criança com até 5 anos de idade aguarda na recepção para ser atendida na sua Unidade de Saúde?	1,87	1,033	,312	,874
Educação permanente / Educação interprofissional abordando a saúde bucal	Você poderia nos dizer com qual frequência você participa de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios cuja temática seja a saúde na primeira infância?	2,02	,965	,607	,869
	Como você classifica a disponibilização de tempo pela Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para participar de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios?	1,70	,809	,537	,871
Articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal	Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?	1,75	,876	,456	,872

Fonte: a autora (2024).

Tabela 10 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Coordenação (Continuação 1).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal	Como você classifica sua participação nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária) promovidas pela equipe da sua Unidade de Saúde?	1,63	,863	,385	,873
	Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?*	,67	,795	,189	,875
Gerenciamento e vigilância ativa dos programas de prevenção e da progressão da cárie em crianças	Com qual frequência você participa de atividades multiprofissionais de vigilância à saúde de crianças na primeira infância?	1,58	,979	,425	,872
	Com qual frequência sua equipe de saúde estabelece e controla as condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?*	,78	,846	,093	,876
Estabelecimento de condições traçadoras	Como você classifica sua participação nas ações de estabelecimento e controle das condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?*	,80	,819	,207	,875

*Perguntas respondidas apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 10 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensão Coordenação (Continuação 2).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Políticas de apoio à assistência a essa população	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à assistência à saúde da criança na primeira infância?	1,43	,998	,412	,872
Políticas de programas de atenção à saúde bucal de gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?	1,38	1,106	,292	,874
Atividades de planejamento das ações a serem executadas	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à sua comunidade para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?	1,53	1,096	,299	,874
Prontuários com registro do atendimento e cadernetas da gestante e da criança preenchidas	Qual percentual dos atendimentos para crianças com idade entre 0 e 5 anos de idade você registrou na caderneta da criança?	1,77	1,370	,475	,871

Fonte: a autora (2024).

Tabela 11 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* – dimensões Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção em creches, igrejas, centros comunitários e UBS culturalmente eficazes às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Você pode nos informar com qual frequência você participa de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como creches, igrejas e centros comunitários?	1,92	1,124	,210	,875
	Com qual frequência você observa que os responsáveis pelas crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?	2,08	,645	,362	,873
Compreensão pelos pais das orientações médicas e odontológicas	Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência dos hábitos e crenças dos responsáveis pelas crianças menores de 5 anos na sua assistência a essas crianças?	1,70	,766	,015	,877
	Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência da cultura da comunidade na qual a criança com idade entre 0 e 5 anos está inserida no desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção para cárie na primeira infância praticadas nos seus atendimentos?	1,53	,676	,429	,873
Desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação que considerem os aspectos culturais da população assistida	Qual a influência da cultura da comunidade no planejamento do tratamento de cárie na primeira infância das crianças assistidas nesta Unidade de Saúde?*	,88	,904	,201	,875

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

O cálculo do ICC demonstrou valor forte para a consistência interna (ICC = 0,876; IC 95% = 0,826-0,917; $p < 0,01$).

Ao seguir a regra de excluir da escala os itens com valores Correlação Item-Total Corrigida $\leq 0,20$, foram removidas nove indicadores, vinculadas aos indicadores: “Porta de entrada para o atendimento odontológico”; “Idade na primeira consulta odontológica”; “Diagnóstico de marcadores de risco clínico de falta de higiene bucal e cárie dentária”; “Inserção estrutural e participativa da rede de cuidados com gestantes e crianças com até cinco anos de idade”; “Profissional apto para assistência a essa população”; “Tempo entre a data do agendamento e a da consulta”; “Estabelecimento de condições traçadoras”; e “Compreensão pelos pais das orientações médicas e odontológicas”. Entretanto, por representarem domínios importantes na construção do instrumento, optou-se por manter questões que indicam a participação ativa do profissional na atenção à saúde da população estudada: “Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre zero e cinco anos de idade nesta Unidade de Saúde?” e “Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?”. Dentre os indicadores mencionados, apenas “Tempo entre a data do agendamento e a da consulta”, componente da dimensão “Coordenação”, teve todas suas perguntas suprimidas do formulário.

Na sequência, foi realizada a segunda análise da consistência interna, na qual foi possível verificar o aumento do valor do *Alpha de Cronbach* global dos 48 itens da escala: 0,895. Isso comprova que a remoção dos itens elevou o valor da consistência interna na amostra estudada. Avaliou-se novamente a Correlação Item-Total Corrigida para observar a correlação de cada item com os demais (Tabelas 12 a 16). Contudo, mesmo não obedecendo à diretriz da Correlação Item-Total Corrigida $\leq 0,20$, devido à sua significância na elaboração do instrumento, foi decidido preservar perguntas vinculadas aos seguintes indicadores: “Tempo entre a data do agendamento e a da consulta”; “Gerenciamento e vigilância ativa dos programas de prevenção da progressão da cárie em crianças”; “Estabelecimento de condições traçadoras”; e, “Desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação que considerem os aspectos culturais da população assistida”.

Com a organização dos 48 itens restantes, o valor do ICC aumentou, continuando excelente para a consistência interna (ICC = 0,895; IC 95% = 0,853-0,930; $p < 0,01$), cuja média da escala e do desvio padrão foram respectivamente 78,25 e 17,91.

O ICC acima de 0,6 e o *Alpha de Cronbach* superior a 0,7 evidenciam que a consistência interna do instrumento é válida. Além disso, apesar de o instrumento possuir 56 questões totais, 48 tratavam das variáveis da escala para mensurar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças, o que tornou a amostra ligeiramente superior ao número de perguntas, possibilitando os processos estatísticos.

Tabela 12 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Atenção no Primeiro Contato.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Profissionais envolvidos na assistência a gestantes e crianças	Com qual frequência você atende gestantes nesta Unidade de Saúde?	1,82	,624	,483	,892
	Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?	1,38	,691	,206	,895
Proporção adequada de profissionais para a assistência a essa população	Como você classificaria o quantitativo de profissionais da sua Unidade de Saúde que atuam na atenção às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?	1,32	,469	,304	,894
Implementação e execução de atividades normatizadas para a população	Como você classifica a implementação e execução das atividades para crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade na sua Unidade de Saúde?	1,47	,676	,485	,892
Acesso ao atendimento odontológico	Você saberia nos informar, em termos percentuais, quantas crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade conseguem ser atendidas pelo dentista da sua Unidade de Saúde?	1,62	,976	,407	,893
	Considerando as crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade que você encaminha para consulta ao dentista, com qual frequência os responsáveis relatam não terem conseguido seguir essa orientação?	2,17	1,181	,293	,895
	Caso os responsáveis relatem não terem seguido sua orientação de procurar um atendimento odontológico para a criança na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, você pode nos informar a principal razão para isso ter acontecido?	1,83	1,028	,437	,892

Fonte: a autora (2024).

Tabela 12 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Atenção no Primeiro Contato (Continuação).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Porta de entrada para o atendimento odontológico	Você pode nos informar a principal razão pela qual encaminha crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?	1,43	,998	,367	,893
Idade na primeira consulta odontológica	Nos últimos 6 meses, o quão frequentemente você encaminhou crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?	1,67	1,036	,497	,891
Tempo de espera para a primeira consulta de pré-natal, puerpério, puericultura (odontológica)	Você pode nos dizer o tempo médio que uma gestante espera para realizar a primeira consulta (pré-natal, puerpério) na sua Unidade de Saúde?	1,37	,802	,488	,892
	Você pode nos dizer o tempo médio que uma criança espera para realizar a primeira consulta (puericultura) na sua Unidade de Saúde?	1,45	,982	,386	,893
Acompanhamento regular de acordo com a vulnerabilidade	Você consegue nos informar com qual frequência considera as condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde para determinar o seu acompanhamento nesta Unidade de Saúde às crianças com 0 a 5 anos de idade?	1,18	,469	,273	,894
Diagnóstico de marcadores de risco clínico, de falta de higiene bucal e cárie dentária	Em que medida você considera que o conhecimento das condições de higiene e saúde bucal do paciente impacta na sua prática clínica durante o atendimento nesta Unidade de Saúde de crianças com idade entre 0 e 5 anos?	1,37	,610	,407	,893

Fonte: a autora (2024).

Tabela 13 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Longitudinalidade.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Continuidade profissional	Dentre as crianças na primeira infância que você atende nesta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual seria o percentual, em média, dos pacientes que retornam para você?	1,98	,983	,446	,892
Escuta autêntica, diálogo e expressão	Com qual frequência você considera que o tempo da sua consulta nesta Unidade de Saúde é suficiente para realizar a escuta qualificada durante os atendimentos das crianças com idade entre 0 e 5 anos?	1,30	,619	,309	,894
	Qual percentual do seu tempo de consulta às crianças com idade entre 0 e 5 anos nesta Unidade de Saúde é dedicado à escuta qualificada?	2,13	,947	,519	,891
Recepção, relacionamento, humanização e orientação comunitária	Como você classifica sua participação nas estratégias de acolhimento às crianças com idade entre 0 e 5 anos que são assistidas nesta Unidade de Saúde?	1,65	,732	,366	,893
	Qual percentual do seu tempo é dedicado a realizar busca ativa de crianças que estão na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?	2,67	1,271	,428	,892
Realização de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura em quantidade, momento e conduta adequados	Com qual frequência você participa das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura na sua Unidade de Saúde?	1,50	,873	,409	,893

Fonte: a autora (2024).

Tabela 14 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Integralidade.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Participação dos profissionais na rede de cuidados à gestante e às crianças com até 5 anos de idade	Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais de outras Unidades de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?	2,13	1,049	,319	,894
	Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados; consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) da sua Unidade de Saúde para realizar a atenção às crianças menores de 5 anos de idade?	1,67	,951	,279	,894
Profissionais integrados no atendimento às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Quando se faz necessário, com qual frequência você consegue apoio dos seus colegas para atender as crianças com até 5 anos de idade?	2,17	1,076	,484	,891
	Com qual frequência você considera que você e seus colegas conseguem transmitir orientações de saúde alinhadas e convergentes para as gestantes e os responsáveis pelas crianças menores de 5 anos de idade?	1,35	,577	,228	,895
Prestadores da atenção básica cientes da importância da saúde bucal na infância	Como você classifica a importância da saúde bucal durante os 5 primeiros anos de vida de uma criança?	1,22	,415	,390	,894
	Você consegue nos informar com qual frequência você consegue abordar a importância da saúde bucal na primeira infância com os responsáveis pelos menores de 5 anos de idade durante as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?	1,30	,561	,394	,893

Fonte: a autora (2024).

Tabela 14 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Integralidade (Continuação 1).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Trabalho de prevenção direcionado à gestante e aos responsáveis pelas crianças	Você pode nos dizer a frequência com que a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?	2,25	1,257	,471	,892
	Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?	1,42	,696	,456	,892
	Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?	2,43	1,155	,442	,892

Fonte: a autora (2024).

Tabela 14 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Integralidade (Continuação 2).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Trabalho de prevenção direcionado à gestante e aos responsáveis pelas crianças	Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplo: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?	1,47	,676	,396	,893
Registro das consultas e procedimentos odontológicos e médicos executados	Você poderia dizer com qual frequência registra em prontuários os atendimentos das crianças menores de 5 anos de idade executados nesta Unidade de Saúde?	1,00	,184	,325	,895
Profissional apto para assistência a essa população	Das crianças com idade entre 0 e 5 anos que foram encaminhadas ao especialista, quantas voltaram e foram atendidas por você?	2,23	1,320	,232	,896

Fonte: a autora (2024).

Tabela 15 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Coordenação.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Tempo entre a data do agendamento e a da consulta	Quanto às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta?	1,77	,981	,199	,895
Tempo de espera para o atendimento	Você saberia nos informar quanto tempo uma criança com até 5 anos de idade aguarda na recepção para ser atendida na sua Unidade de Saúde?	1,87	1,033	,389	,893
Educação permanente / Educação interprofissional abordando a saúde bucal	Você poderia nos dizer com qual frequência você participa de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios cuja temática seja a saúde na primeira infância?	2,02	,965	,673	,889
	Como você classifica a disponibilização de tempo pela Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para participar de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios?	1,70	,809	,602	,890
Articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal	Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?	1,75	,876	,495	,892

Fonte: a autora (2024).

Tabela 15 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Coordenação (Continuação 1).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal	Como você classifica sua participação nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária) promovidas pela equipe da sua Unidade de Saúde?	1,63	,863	,457	,892
	Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?*	,67	,795	,089	,896
Gerenciamento e vigilância ativa dos programas de prevenção e da progressão da cárie em crianças	Com qual frequência você participa de atividades multiprofissionais de vigilância à saúde de crianças na primeira infância?	1,58	,979	,440	,892
	Como você classifica sua participação nas ações de estabelecimento e controle das condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?*	,80	,819	,057	,897
Estabelecimento de condições traçadoras					
Políticas de apoio à assistência a essa população	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à assistência à saúde da criança na primeira infância?	1,43	,998	,495	,891

*Perguntas respondidas apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Tabela 15 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensão Coordenação (Continuação 2).

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Políticas de programas de atenção à saúde bucal de gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?	1,38	1,106	,351	,893
Atividades de planejamento das ações a serem executadas	Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à sua comunidade para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?	1,53	1,096	,359	,893
Prontuários com registro do atendimento e cadernetas da gestante e da criança preenchidas	Qual percentual dos atendimentos para crianças com idade entre 0 e 5 anos você registrou na caderneta da criança?	1,77	1,370	,490	,891

Fonte: a autora (2024).

Tabela 16 – Coeficientes de Correlação Item-total Corrigida e *Alpha de Cronbach* aprimorados – dimensões Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural.

Indicadores	Item	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for excluído
Desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção em creches, igrejas, centros comunitários e UBS culturalmente eficazes às gestantes e crianças com até 5 anos de idade	Você pode nos informar com qual frequência você participa de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como creches, igrejas e centros comunitários?	1,92	1,124	,311	,894
Compreensão pelos pais das orientações médicas e odontológicas	Com qual frequência você observa que os responsáveis pelas crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?	2,08	,645	,349	,894
Desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação que considerem os aspectos culturais da população assistida	Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência da cultura da comunidade na qual a criança com idade entre 0 e 5 anos está inserida no desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção para cárie na primeira infância praticadas nos seus atendimentos?	1,53	,676	,435	,893
	Qual a influência da cultura da comunidade no planejamento do tratamento de cárie na primeira infância das crianças assistidas nesta Unidade de Saúde?*	,88	,904	,051	,897

*Pergunta respondida apenas por dentistas.

Fonte: a autora (2024).

Uma das maneiras de testar a associação da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças com idade entre zero e cinco anos em função das características dos profissionais da unidade de saúde que às assistem foi transformar a escala em três categorias — após o método aditivo das 48 variáveis —, dividi-la de acordo com o percentil — sendo: 1- qualidade baixa (percentil < 25); 2- qualidade média (percentil 25-75) e 3- qualidade alta (percentil > 75) — e, em seguida, realizar a análise das variáveis sociodemográficas e de formação com a escala categorizada. Assim, o Teste Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$) demonstrou significância com a idade e o fato de o profissional ter especialidade; ou seja, ao considerar essas variáveis, na escala para análise exploratória bivariada, é possível rejeitar a hipótese de independência no nível 0,05. Sendo assim, existe dependência entre as variáveis “idade” e “avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal”, bem como “ser especialista” e “avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância” estão relacionados. Ou seja, os profissionais mais velhos e aqueles que possuem alguma especialidade tendem a avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal de maneira mediana (Tabela 17).

Tabela 17 – Análise bivariada da escala com fatores sociodemográficos e de formação.

Variáveis	Escala em categorias			Total N (%)	Valor de P
	Baixa N (%)	Média N (%)	Alta N (%)		
Sexo					
Feminino	7 (16,3)	22 (51,2)	14 (32,6)	43 (100,0)	,531
Masculino	4 (23,5)	6 (35,3)	7 (41,2)	17 (100,0)	
Total (%)	11 (18,3)	28 (46,7)	21 (35,0)	60 (100,0)	
Idade					
< 30 anos	2 (6,2)	15 (46,9)	15 (46,9)	32 (100,0)	,012*
Entre 30 e 38 anos	7 (46,7)	6 (40,0)	2 (13,3)	15 (100,0)	
> 38 anos	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	13 (100,0)	
Total (%)	11 (18,3)	28 (46,7)	21 (35,0)	60 (100,0)	
Estado civil					
Solteiro(a)	7 (21,2)	14 (42,4)	12 (36,4)	33 (100,0)	,828
Casado(a)	3 (16,7)	10 (55,6)	5 (27,8)	18 (100,0)	
Divorciado(a)	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	8 (100,0)	
Viúvo(a)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Total (%)	11 (18,3)	28 (46,7)	21 (35,0)	60 (100,0)	
Profissão					
Médico(a)	1 (10,0)	3 (30,0)	6 (60,0)	10 (100,0)	,200
Dentista	6 (17,1)	16 (45,7)	13 (37,1)	35 (100,0)	
Enfermeiro(a)	4 (26,7)	9 (60,0)	2 (13,3)	15 (100,0)	
Total (%)	11 (18,3)	28 (46,7)	21 (35,0)	60 (100,0)	
Tipo de vínculo empregatício					
Contrato	11 (20,4)	26 (48,1)	17 (31,5)	54 (100,0)	,348
Concurso	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	
Residente	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	
Outro	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	
Total (%)	11 (18,3)	28 (46,7)	21 (35,0)	60 (100,0)	
Especialista					
Sim	7 (24,1)	18 (62,1)	4 (13,8)	29 (100,0)	,004*
Não	4 (12,9)	10 (32,3)	17 (54,8)	31 (100,0)	
Total (%)	11 (18,3)	28 (46,7)	21 (35,0)	60 (100,0)	

* A estatística Qui-quadrado é significativa quando $p < 0,05$.

Fonte: a autora (2024).

Quanto as análises para validade de critério com o PCATool, obteve-se uma fraca correlação de 0,224 ($p < 0,04$).

As análises das respostas dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros das UBS ao instrumento QSSBI-P promoveram alterações que resultaram na segunda versão dessa escala (APÊNDICE F). Assim, a versão final do instrumento QSSBI-P foi aperfeiçoada e constituída da seguinte maneira: oito perguntas sobre fatores sociodemográficos e formação; 13 questões da dimensão “Atenção no Primeiro Contato”; seis perguntas constituintes da “Longitudinalidade”, 12 relacionadas à dimensão “Integralidade”; 13 reportam a “Coordenação”; e, quatro questionamentos sobre “Orientação Familiar e Comunitária” e “Competência Cultural”.

A variação dos valores de resposta aos itens dependeu da sua respectiva soma, sendo 48 o mínimo (melhor avaliação) e 192 o máximo (pior avaliação) para a escala QSSBI-

P. O escore da qualidade da atenção primária em saúde bucal de crianças com idade entre zero e cinco anos é obtido após a adição da resposta das 48 variáveis da escala. Sendo, 48-96: qualidade alta; 97-144: qualidade média e 145-192: qualidade baixa.

6 DISCUSSÃO

Esta tese representa um progresso importante sobre o objeto estudado, por apresentar, estruturar e validar um instrumento para avaliação da qualidade dos serviços ofertados à saúde bucal na primeira infância, de acordo com profissionais médicos, dentistas e enfermeiros, além de explicar a elaboração desse instrumento na visão dos usuários. A abordagem utilizada segue normas universais e tem o potencial de influenciar estudos futuros neste campo, podendo orientar políticas públicas na assistência de crianças de zero a cinco anos de idade.

Os instrumentos Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Profissionais (QSSBI-P) e Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Usuários (QSSBI-U) apresentam características que os distinguem das ferramentas atualmente disponíveis, uma vez que esses são os únicos conhecidos que abordam a população com idade entre zero e cinco anos, com fundamentação teórica de Donabedian e Starfield, além de trazerem, de maneira integrativa, os cuidados médicos, odontológicos e da enfermagem para a atenção à saúde bucal na primeira infância, bem como o QSSBI-P ser validado.

Realizou-se uma análise integrada dos modelos teóricos de Donabedian e Starfield, evidenciando a compatibilidade entre os atributos e as qualidades destacados em ambos os estudos. A congruência observada permitiu a derivação das dimensões fundamentais que compõem a matriz de indicadores utilizada na presente pesquisa. Donabedian forneceu uma estrutura sistemática para avaliar a qualidade dos cuidados em saúde, abrangendo estrutura, processo e resultados. Enquanto Starfield enfatizou os atributos essenciais da atenção primária, como acessibilidade, coordenação, continuidade e integralidade, elementos cruciais para a elaboração dos indicadores de desempenho aplicados. Essa abordagem tem sido utilizada e aceita para medir o referencial teórico da avaliação da atenção primária em saúde (Sales *et al.* Submetido à publicação).

No entanto, cabe destacar que, devido à associação entre os fatores envolvidos no construto estudado, como demonstrado no modelo teórico, as dimensões se relacionam, repercutindo em correlações até mesmo entre os indicadores, caracterizando uma complexa e dinâmica interação entre os sistemas envolvidos. E, como os indicadores têm origem nas dimensões “Atenção no Primeiro Contato”, “Longitudinalidade”, “Integralidade”, “Coordenação”, “Orientação Familiar e Comunitária” e, “Competência Cultural”, passam a ter aspectos de base sistemática de proteção à saúde bucal e exploram, entre outras medidas: detecção de situações que demandem ações de promoção de saúde

e procedimentos preventivos e curativos com profissionais capacitados; educação permanente dos profissionais; assistência integrada; e acompanhamento e redução de riscos por meio de trabalho preventivo e organizado que envolve diferentes atores.

Assim, os indicadores originaram as perguntas do QSSBI-P e, conseqüentemente, as do QSSBI-U, sendo instrumentos que têm a proposta de contribuir futuramente com o planejamento das estratégias de atenção às crianças menores de cinco anos, possibilita uma avaliação mais abrangente e precisa acerca das condições de saúde, desenvolvimento e bem-estar infantil. Ao analisarem os dados coletados através dessas ferramentas, os profissionais de saúde e gestores podem identificar áreas de maior vulnerabilidade, entender as necessidades específicas de cada comunidade e direcionar recursos e intervenções de forma mais eficiente. Dessa forma, o uso desses instrumentos pode promover uma melhoria significativa na qualidade dos serviços de saúde infantil, garantindo uma abordagem mais integrada e centrada na criança e em sua família.

A validação de conteúdo e dos testes com profissionais de saúde tornaram o QSSBI-P confiável e adequado às necessidades dos que lidam com crianças nas Unidades Básicas de Saúde. Essas verificações e experimentos garantem que o instrumento seja confiável para abranger várias questões sobre a saúde de crianças com até cinco anos de idade.

O tema da qualidade dos serviços de saúde no Brasil tem ganhado importância no Ministério da Saúde, visto que a população necessita de maiores investimentos para obtenção de melhorias na qualidade de vida. A atenção à saúde bucal retrata o conjunto de ações que objetivam a manutenção da saúde oral (Martins *et al.*, 2016). A qualidade da atenção à saúde bucal, especialmente na primeira infância, desempenha papel fundamental no bem-estar geral e no desenvolvimento saudável das crianças, com repercussões na vida adulta. Dito isso, a cárie dentária é uma das doenças bucais mais prevalentes, com conseqüências significativas se não for tratada adequadamente, podendo impactar negativamente a saúde geral da criança, com comprometimentos biopsicossociais, no crescimento e na evolução física, além de na capacidade de aprendizagem e na qualidade de vida (Essvein *et al.*, 2018).

Desta forma, investir na qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância não apenas promove a saúde individual da criança, mas também pode ter conseqüências em longo prazo na saúde pública. Prevenir a cárie dentária desde cedo pode reduzir os custos associados ao tratamento de doenças bucais no futuro, além de contribuir para a redução das taxas de absenteísmo escolar e melhorar a qualidade de vida das crianças. Portanto, é

essencial que os sistemas de saúde e as políticas públicas priorizem o acesso equitativo a serviços odontológicos de excelência, especialmente para populações vulneráveis. Ademais, para que os serviços de saúde bucal funcionem com as competências a que se propõem, faz-se necessário que instrumentos avaliativos sejam utilizados para favorecer a qualidade do serviço e o acesso à assistência, como sugerem Baldani *et al.* (2017).

A partir desse pressuposto, foram desenvolvidos diferentes modelos de avaliação estruturados de acordo com fontes teóricas, pesquisas preliminares e experiência de avaliadores e gestores, como o modelo criado por Colussi e Calvo (2011), que teve como objetivo avaliar a qualidade da atenção odontológica em municípios catarinenses. O instrumento desenvolvido foi eficaz na identificação de áreas em que era necessário e aperfeiçoamentos nas práticas de saúde bucal, além do incentivo ao registro de dados (Colussi; Calvo, 2011). No entanto, o modelo desenvolvido por esses autores tem aspectos que diferem substancialmente do proposto por esta tese, tais como: participantes da pesquisa ser os gestores municipais, incluir apenas os serviços odontológicos e não abordar especificamente a faixa etária que compreende a primeira infância.

Desenvolver instrumentos de avaliação adequados é fundamental para garantir que os resultados sejam precisos, confiáveis e significativos. Isso requer um processo cuidadoso de concepção, teste e validação dos instrumentos utilizados para coletar dados. Luo, Liu e Wong (2018) ainda afirmam que a capacidade de personalizar os instrumentos de avaliação permite que os profissionais de saúde obtenham informações relevantes e acionáveis para orientar o tratamento e melhorar os resultados para os pacientes.

Martins *et al.* (2016) acrescentam que o desenvolvimento contínuo de instrumentos de avaliação ajuda a impulsionar a inovação no campo da saúde, permitindo a incorporação de novas descobertas científicas, tecnologias e abordagens de tratamento. Ao adaptar os instrumentos de avaliação às últimas evidências e melhores práticas, os profissionais de saúde podem garantir que estão fornecendo o mais alto nível de cuidado aos seus pacientes.

A validação do conhecimento através da revisão extensiva da literatura científica envolveu consulta a especialistas e foi realizada através da técnica de Grupo Nominal (TGN) adaptado, em razão de as reuniões em grupo terem acontecido na modalidade virtual. Feito que possibilitou a participação de vários profissionais, de distintas localidades do país, durante o contexto delicado da pandemia de COVID-19. A

abordagem de consenso utilizada, facilitou a geração de ideias sob avaliação crítica interdisciplinar.

A metodologia abordada pelo TGN é importante para trabalhos que utilizam pesquisas com grupo bem estruturadas e que permitem aos pesquisadores a análise, classificação e avaliação das necessidades acerca de determinado problema, sem interferências. Dentre as vantagens que o TGN pode fornecer, destacam-se: tempo otimizado, com alto rendimento de dados obtidos em curto período; a reunião de especialistas com diferentes *expertises*, o que permite a tomada de decisões baseada em experiências e conhecimento especializado; o baixo custo; além da facilidade de acesso pela adaptação do TGN para o modo virtual (Gusmão *et al.*, 2024).

É relevante ressaltar que, durante as reuniões *on-line* do TGN, os especialistas participaram com entusiasmo até a saturação da discussão dos temas propostos. Isso contribuiu para o desenvolvimento do modelo teórico concludente e da matriz de indicadores, os quais foram formulados de maneira consistente, com a precisão necessária para o escopo do estudo.

Durante a fase de validação de conteúdo, a contribuição dos especialistas enfatizou a importância de excluir ou inserir indicadores, bem como de simplificar a linguagem dos itens. Dessa forma, buscou-se atender, ou, pelo menos, considerar, todos os valiosos comentários dos participantes para os ajustes necessários, visando a aprimorar a compreensão dos futuros participantes da pesquisa.

Gusmão e colaboradores (2024) apontam ainda que um dos principais benefícios dessa abordagem colaborativa é a diversidade de perspectivas ofertadas pelos diversos profissionais e suas diferentes áreas de atuação. Isso permite que o grupo tenha acesso à ampla gama de informações e abordagens para o problema em pauta.

Ademais, a interação entre esses profissionais também favorece o estímulo à obtenção de ideias criativas e soluções inovadoras. O problema é analisado por diferentes perspectivas, permitindo que o grupo alcance um consenso robusto nas tomadas de decisão e garantindo que as soluções propostas considerem todos os aspectos relevantes do problema.

Os resultados obtidos através da técnica de consenso ampliaram e aprofundaram as dimensões consideradas para caracterizar o construto. Essa versão do instrumento tornou-se preparada para o próximo passo do trabalho: a validação de conteúdo por profissionais médicos, dentistas e enfermeiros.

A concepção do modelo teórico-lógico compreendeu a associação da multifatorialidade dos processos envolvidos na obtenção da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância, já que os diversos fatores causais e decorrentes da cárie em crianças com até cinco anos de idade estão associados. Os componentes, recursos, atividades, produtos, resultados, atributos da atenção primária e pilares da qualidade apresentam íntima correlação entre si e com as condições relacionadas à cárie, que ainda é a doença de maior impacto e prevalência na população estudada.

O modelo teórico-lógico se constitui como ferramenta que favorece a compreensão, da concepção à organização, das ações que integram políticas e programas, bem como, construtos que fundamentam os resultados esperados. Dias e colaboradores (2022) reforçam que esse modelo fornece estrutura conceitual sólida e orientações claras de modo a garantir a efetividade e relevância dos instrumentos criados, com bases que garantam a captura das variáveis e dos conceitos relevantes para a avaliação da saúde (Dias *et al.*, 2022).

Para Oliveira e Teixeira (2013), ao adotar um modelo teórico, os desenvolvedores de instrumentos podem garantir que os dados coletados sejam consistentes com a teoria subjacente e alinhados com os objetivos específicos da gestão em saúde. Isso permite uma interpretação mais precisa dos resultados, com consequente tomada de decisão mais fundamentada pelos profissionais de saúde e gestores de políticas. Ao considerar cuidadosamente os determinantes da saúde, os fatores de risco e os indicadores de desempenho relevantes, os autores de instrumentos podem garantir que a ferramenta capture uma imagem completa e precisa da situação de saúde em questão. Além disso, ajuda a identificar lacunas no conhecimento e áreas que requeiram mais pesquisas, orientando o desenvolvimento de materiais mais abrangentes e precisos (Oliveira; Teixeira, 2013).

A etapa descritiva das variáveis sociodemográficas apresentou a participação de profissionais mais jovens, do sexo feminino, dentistas e com vínculo empregatício através de contrato temporário. Este resultado foi semelhante ao observado por Aguiar *et al.* (2017), que através de uma pesquisa descritiva, registraram que a maioria dos profissionais que trabalhava na atenção básica era do sexo feminino, com idade entre 21 e 40 anos, e com egresso nas ESF por processos seletivos. Segundo os autores, a profissão no Brasil vem passando por uma feminilização desde 1980, processo que está relacionado especialmente devido a fatores econômicos e culturais.

Ao analisar a distribuição das respostas dos profissionais por dimensão, foi possível constatar que, quanto à dimensão “Atenção no Primeiro Contato”, a maior parte dos profissionais relatou atender diariamente crianças com até cinco anos de idade e sempre considerar as condições sociais e os hábitos para determinar seu acompanhamento às crianças. Estudo ecológico, a partir de análises descritivas com dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB em nível nacional, nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Brasil, foi possível observar que as ações de primeiro contato são realizadas em todo o país pela maioria das ESB. Estas ações se relacionam ao aumento do acesso da população com base em critérios de risco e vulnerabilidade (Fagundes *et al.*, 2018).

No que tange à dimensão “Longitudinalidade”, a maioria dos profissionais considera que o tempo da consulta das crianças é suficiente para realizar a escuta qualificada e participa das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura. Essas condutas são preconizadas pelas legislações nacionais e evidenciadas como medidas de atenção da ESF. Abreu *et al.* (2018) evidenciaram, em estudo transversal utilizando dados de entrevistas de equipes participantes do PMAQ-AB, que os usuários faziam uma associação positiva quando o atendimento era realizado pelo mesmo profissional, sendo um fator que influenciava o prosseguimento dos cuidados de saúde e fundamental para manter a qualidade dos serviços.

Quanto aos itens da dimensão “Integralidade”, tem-se que a maior proporção dos profissionais classifica de maneira muito determinante a saúde bucal e sempre registra em prontuários os seus atendimentos. De acordo com Fagundes e equipe (2018), esta dimensão ainda é pouco realizada no Brasil, visto que se faz necessária uma rede de serviços articulados com diferentes níveis de complexidade e competências, incompatíveis com em grande parte das ESB.

Nas respostas sobre a dimensão “Coordenação”, 53,3% dos profissionais relataram que sua equipe sempre realiza reuniões sobre ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal das crianças na primeira infância. Apesar disso, no trabalho de Fontana, Lacerda e Machado (2016), feito através de pesquisa avaliativa, esta foi uma das dimensões com o pior resultado, com apenas 17% dos municípios investigados cumprindo os requisitos da “Coordenação”. Os autores reforçam, ainda, que esta dimensão é importante para tornar o processo de trabalho em equipe um projeto contínuo.

Cruz e colaboradores (2022) avaliaram a “Coordenação” comparando-a ao PMAQ-AB e observaram evolução nessa dimensão; como consequência, houve aumento do acesso pela expansão da EqSF, melhoria da qualidade dos atendimentos, maior capacitação dos profissionais em âmbito multidisciplinar, entre outros fatores.

Quanto aos indicadores das dimensões “Orientação Familiar e Comunitária” e “Competência Cultural”, 63,3% dos profissionais demonstraram que “às vezes” os responsáveis pelas crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas. O trabalho de Daschevi e equipe (2015) evidenciou, a partir de pesquisa descritiva de natureza quantitativa, por meio do uso do PCATool-Brasil para Pacientes Crianças, que a participação dos cuidadores ou pais das crianças em tratamento na AB apresentou escore relativamente baixo. Isto se justifica pelo fato de que as famílias ainda não serem totalmente incorporadas na assistência à saúde; portanto, fazem-se necessárias melhorias nas ações que priorizam a inclusão dos familiares e mais enfoque na abordagem, considerando os respectivos estilos de vida.

Para esta pesquisa, foram empregados documentos revisados e publicados de acordo com a diretriz COSMIN, altamente recomendada. Esses documentos foram valiosos para se fazerem os ajustes requeridos nas fases de validação de conteúdo, confiabilidade e validação estrutural do instrumento. A confiabilidade do QSSBI-P foi classificada como ótima, considerando-se a complexidade do objeto de estudo e os resultados da análise dos dados.

Os resultados obtidos demonstram a adequação e a representatividade desse estudo em conformidade com os parâmetros estabelecidos pelo COSMIN e por teóricos como Streiner e Norman (1995). Isso é evidente nas diretrizes, especificamente de validação de conteúdo, confiabilidade e validade estrutural, nas quais o instrumento empregado demonstrou-se válido, eficaz e consistente. Os índices de confiabilidade reforçam e confirmam a importância e a qualidade da metodologia empregada, assegurando a relevância dos achados e a precisão dos dados coletados.

Visando otimizar a validade da escala e sua capacidade de mensurar de maneira precisa o construto em questão, procedeu-se com a exclusão de itens cuja Correlação Item-Total Corrigida não correspondia aos parâmetros pretendidos. Tal medida resultou no incremento significativo no coeficiente do *Alpha de Cronbach*, assim como na melhoria da consistência interna dos 48 itens restantes na amostra em análise.

Na dimensão “Atenção no Primeiro Contato”, foram removidas três perguntas. Duas delas estavam relacionadas ao indicador “Porta de entrada para o atendimento

odontológico” e deveriam ser respondidas apenas pelos dentistas: “Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre zero e cinco anos de idade, com qual frequência elas vão à consulta odontológica por terem sido encaminhadas por outros profissionais de saúde desta Unidade?”; e, “Você pode nos informar a principal razão pela qual atende crianças na faixa etária entre zero e cinco anos de idade nesta Unidade de Saúde?”.

Pomini *et al.* (2017) realizaram estudo transversal a partir de projeto de extensão universitária sobre educação em saúde bucal a gestantes e durante a primeira infância. Os autores evidenciaram a importância das ações voltadas ao cuidado com a saúde bucal de crianças na faixa etária de zero a cinco anos realizadas na Atenção Básica, considerando o trabalho multiprofissional, com integralidade de toda a equipe de saúde. Além disso, os autores apontam a necessidade do fornecimento, pelos médicos e enfermeiros, de informações precisas aos pais e responsáveis das crianças sobre a necessidade das visitas rotineiras ao dentista, bem como dos cuidados com a cronologia da erupção dos dentes, com a higiene e sobre a importância do aleitamento materno, dentre outros fatores que promovam a saúde bucal na primeira infância (Pomini *et al.*, 2017).

Cavalcanti, Araújo Filho e Saboia (2017) reforçam ainda que, embora o dentista seja o principal profissional da área de saúde a realizar prevenção e tratamento relacionados à saúde bucal, médicos e enfermeiros também devem colaborar para a promoção do cuidado integral em ações de prevenção em saúde bucal na infância. Conduta interdisciplinar crucial para garantir a saúde bucal e o desenvolvimento adequado da dentição desde os primeiros anos de vida.

Reis, Luvison e Faustino-Silva (2015) afirmaram que existem várias razões pelas quais as crianças nessa faixa etária devem ser atendidas pelo dentista regularmente. Visitas regulares ao dentista permitem a identificação precoce de cáries e a implementação de medidas preventivas. Ademais, auxiliam no monitoramento do desenvolvimento da dentição; na educação em saúde bucal, em que os pais e cuidadores recebem orientações sobre cuidados bucais adequados para crianças; e na promoção de experiência agradável no dentista, para reduzir o medo e a ansiedade associados às consultas dentárias, promovendo uma relação positiva com a odontologia ao longo da vida.

A terceira questão excluída da dimensão “Atenção no Primeiro Contato” está associada ao indicador “Diagnóstico de marcadores de risco clínico, de falta de higiene

bucal e cárie dentária”: “Com qual frequência você consegue realizar o controle de marcadores de risco clínico, de falta de higiene e/ou de falta de higiene bucal e cárie dentária nas crianças com idade entre zero e cinco anos que são assistidas nesta Unidade de Saúde?”. A exclusão dessa pergunta deixa uma lacuna no reconhecimento de tendências, áreas de maior prevalência de doenças bucais e populações em maior risco, o que orientaria a alocação de recursos e o desenvolvimento de programas de saúde bucal eficazes, bem como a identificação significativa de doenças bucais pelos dentistas nos indicadores de saúde bucal, sendo visto, então, ser um questionamento necessário.

Segundo Machiulskiene e colaboradores (2019), os marcadores ou indicadores do risco de cáries estão associados ao aumento da probabilidade de surgimento da cárie, não sendo, necessariamente, relacionados diretamente à doença. Isto indica que a incidência anterior de cárie no paciente não necessariamente será um indicador da doença. Ainda assim, é forte preditor da ocorrência da doença no futuro e fornece informações precisas sobre o estado de saúde bucal de um indivíduo e orienta os profissionais a realizarem um plano de tratamento adequado, com medidas preventivas e educativas direcionadas a ajudar o paciente a melhorar sua saúde oral e prevenir futuros problemas.

Indicadores relacionados à higiene oral também são importantes no diagnóstico da doença e na formulação de políticas de saúde bucal, bem como na elaboração de regulamentações destinadas a promover a prevenção e o tratamento de doenças dentárias. Kirthiga e colaboradores (2019) observaram em seu estudo que os hábitos de higiene bucal, especialmente quando os pais ou responsáveis negligenciavam a escovação das crianças, apresentavam-se como um dos riscos mais relevantes para o surgimento de cáries na primeira infância.

Na dimensão “Longitudinalidade”, nenhum dos quatro indicadores propostos — com seis perguntas no total associadas a eles — foi retirado.

A “Longitudinalidade” expressa-se em um ambiente de troca mútua entre a equipe de saúde, família e indivíduos, constituindo-se como um vínculo de continuidade e consistência dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2006). Isso significa o constante monitoramento do desenvolvimento oral da criança pela equipe de saúde bucal e a identificação precoce dos problemas dentários, com intervenção oportuna para prevenir o seu agravamento.

Ademais, é estabelecida uma relação de confiança, a partir da dimensão “Longitudinalidade”, o que favorece e facilita o processo de tratamento na saúde bucal.

Oliveira e Pereira (2013) reforçam, ainda, que, dada a importância da “Longitudinalidade” na saúde, esse vínculo entre profissionais de saúde e usuários deve compreender características como o alcance do entendimento mútuo e a tranquilidade na comunicação dos usuários com os profissionais ao retratarem sua vida e problemas de saúde. Com isto, é possível alcançar diagnósticos e tratamentos mais precisos.

Em relação à dimensão “Integralidade”, os dados analisados apontaram a necessidade de remoção de uma pergunta do indicador “Inserção estrutural e participativa da rede de cuidados com gestantes e crianças com até cinco anos de idade” — “Considerando a possibilidade de se comunicar com os profissionais da sua Unidade de Saúde para tratar da atenção às crianças menores de cinco anos de idade, como você classificaria a integração entre os colegas?” — e outra do indicador “Especialista apto para assistência a essa população” — “Qual percentual de crianças com idade entre zero e cinco anos, em média, você resolveu encaminhar a um especialista?”.

A atenção integral tem como finalidade formar uma rede articulada para que os problemas enfrentados pelos indivíduos sejam abordados de forma ampla e solucionados em todos os níveis de assistência, de forma articulada e ágil (Oliveira; Pereira, 2013). Ao trabalharem em conjunto nas UBS, profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e dentistas podem oferecer uma gama mais ampla de serviços, incluindo atenção primária, promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições agudas e crônicas.

O estudo sobre “Integralidade” apresentado pela OMS (2010) evidencia a importância da integração dentro do sistema de saúde. Esse estudo fornece a estrutura necessária para monitorar aspectos críticos, como acessibilidade, qualidade e coordenação dos cuidados em saúde. Adicionalmente, foi apontada, no presente trabalho, a necessidade dos serviços de saúde se integrem, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado, especialmente em áreas urbanas, além da melhoria de rondas de censos, pesquisas e avaliações mais aprofundadas para garantir a qualidade do serviço.

No entanto, apesar da importância da integração interprofissional, estudos indicam que os profissionais de saúde muitas vezes se sentem pouco preparados ou confiantes para atender crianças, especialmente quando se trata de cuidados odontológicos. Isso pode ser atribuído a uma série de fatores, incluindo a falta de formação específica em odontopediatria durante a formação profissional, a escassez de recursos e infraestrutura adequados para o atendimento odontológico infantil nas UBS e a ausência de protocolos claros de encaminhamento e colaboração entre os profissionais de saúde. Almeida e

equipe (2015) afirmam que, devido ao caráter tecnicista do curso de Odontologia, muitos alunos não desenvolvem habilidades necessárias para assistir o paciente pediátrico, fazendo com que não se sintam aptos ao atendimento deste público.

Para superar esses desafios e melhorar a integração dos profissionais de saúde nas UBS no que concerne ao atendimento infantil, é fundamental investir em educação continuada e treinamento específico em saúde bucal e cuidados infantis para todos os profissionais de saúde envolvidos. Além disso, é importante estabelecer diretrizes claras e protocolos de encaminhamento entre os diferentes profissionais, garantindo uma abordagem coordenada e colaborativa para a atenção às crianças.

Além disso, a disponibilidade de recursos adequados — como materiais educativos para pais e cuidadores, equipamentos odontológicos adaptados para crianças e espaços de atendimento infantil amigáveis — pode facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a experiência do paciente pediátrico nas UBS.

Os serviços de atenção à saúde interagem na intersecção entre os atendimentos primário, secundário e terciário, de forma a cumprir o princípio da integralidade das ações. Na área da saúde bucal, a PNSB trouxe inovações, com ampliação do acesso à atenção primária e secundária para melhor ofertar os serviços entre os níveis básico e especializado. Em estudo de caso qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido por Austregésilo e colaboradores (2015), foi demonstrado que, nas redes de atenção à saúde, visando ao cumprimento de todos os objetivos, não existe hierarquia entre os níveis, apenas a poliarquia, uma rede horizontal de atenção à saúde, em que não há ordens, nem graus de importância entre eles. Por outro lado, os autores também registram que ainda existem dificuldades e certa complexidade na execução desta poliarquia, sendo necessário, portanto, mais investimentos acerca da interface da atenção entre os três níveis (Austregésilo *et al.*, 2015).

Diante do exposto, demonstra-se a importância de perguntas direcionadas à integração dos profissionais entre os níveis da atenção; foram elas: “Das crianças com idade entre zero e cinco anos que foram encaminhadas ao especialista, quantas voltaram e foram atendidas por você?”; e “Considerando a possibilidade de se *comunicar* com os profissionais de *outras Unidades de Saúde* para tratar da atenção às crianças menores de cinco anos de idade, como você classificaria a *integração* entre os colegas?”.

Estes questionamentos favorecem o entendimento e a avaliação da qualidade do serviço ofertado nos diferentes níveis de atenção e a verificação da existência de interface para os níveis e comunicação entre os profissionais.

A dimensão “Coordenação” foi a única com indicador suprimido da matriz — “Tempo entre a data do agendamento e a da consulta” —, o qual estava representado por duas questões: “Quanto às crianças na faixa etária entre zero e cinco anos de idade nesta Unidade de Saúde, você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta?”; e, “Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre zero e cinco anos de idade nesta Unidade de Saúde, qual seria o percentual, em média, de atendimento a crianças que não foram previamente agendadas?”.

A Portaria nº 1631/2015 aprova critérios e parâmetros voltados ao planejamento e à programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS e relacionados à proporção de atendimentos de: 62,7% para consultas médicas na AB, 22,3% para atendimento em especialidade e 15% para os serviços de urgência. Ainda que haja esforços por parte dos gestores, observam-se falhas na logística de atendimento aos usuários no SUS, que resultam em prejuízos aos serviços e aumento das filas e do tempo de espera para marcação de consultas (Baptista *et al.*, 2021).

Como observado por Faria e colaboradores (2021), quando os intervalos entre a marcação da consulta e o atendimento são muito longos, ocorre o absenteísmo dos pacientes, com consequências negativas devido ao agravamento das condições de saúde e ao aumento na procura de atendimento nas unidades de emergência.

Essvein e colaboradores (2018) ainda constataram que o comparecimento de crianças na faixa etária entre zero e cinco anos é mais provável quando houve o agendamento programado. Isto se justifica pelo fato de crianças nessa faixa etária aceitarem melhor as consultas educativas e/ou preventivas do que os atendimentos de tratamentos curativos, que envolvem mais dor e, conseqüente, resistência às próximas consultas.

A supressão do indicador “Tempo entre a data do agendamento e a da consulta” pode ser um indicativo de que o foco exclusivo no tempo de espera não necessariamente capturaria a completa experiência do paciente ou refletiria outros aspectos importantes da qualidade do cuidado, como a comunicação eficaz, a coordenação do tratamento e a satisfação do paciente. Ainda assim, trata-se de variável relevante para a avaliação da qualidade do serviço de saúde bucal ofertado e pode implicar na satisfação da criança e na resolução do problema de saúde em questão.

Outro questionamento excluído vinculado à dimensão “Coordenação” foi: “Com qual frequência sua equipe de saúde estabelece e controla as condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?”, do indicador “Estabelecimento de condições traçadoras”.

As Equipes de Saúde da Família desempenham papel crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças na AB, especialmente em áreas onde o acesso aos serviços de saúde é limitado. Os profissionais dessas equipes promovem educação e intervenção na saúde dos pacientes através de ações e informando ou tratando de acordo com as necessidades (Alves; Pinchemel, 2021).

Aguiar e equipe (2017) enfatizaram a importância desses profissionais para garantir a integralidade do cuidado e ampliação do acesso às ações de saúde. Os autores também mostraram resultados semelhantes aos apresentados no presente trabalho, com a maioria dos dentistas que faz parte da ESF sendo do sexo feminino e apontando as dificuldades enfrentadas por elas. Por isto, reforçaram ainda a premissa de que existe a necessidade da implementação de currículos e programas de capacitação que direcionem melhor os profissionais aos problemas e desafios das comunidades onde estão inseridos, para que sejam ofertados ações e serviços de saúde que atendam, de maneira ainda mais eficiente, às necessidades da população.

Na dimensão “Orientação Familiar e Comunitária”; e, “Competência Cultural” apenas uma pergunta foi eliminada da escala: “Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência dos hábitos e crenças dos responsáveis pelas crianças menores de cinco anos na sua assistência a essas crianças?”, do indicador “Compreensão pelos pais das orientações médicas e odontológicas”.

Os hábitos adotados por pais e responsáveis impactam diretamente os costumes que as crianças terão, sejam eles relacionados à higiene, à alimentação e aos demais estilos de vida. Segundo Texeira e colaboradores (2020), em trabalho com aplicação de questionários aos pais e responsáveis de crianças de escolas públicas em Minas Gerais, a maioria dos participantes do estudo reconhecia a importância da higiene bucal e da alimentação saudável. Por outro lado, outros questionamentos referentes ao assunto não eram do conhecimento de todos, como o uso frequente do fio dental, a quantidade de pasta de dente a ser adicionada na escova e a incidência de cáries relacionadas ao consumo de açúcar. O estudo também apontou que os entrevistados buscavam o atendimento

odontológico para processos curativos e poucos entendiam a importância da busca por consultas preventivas.

Por isso, enfatiza-se que os cuidados bucais na primeira infância devem ser de comprometimento total dos pais e responsáveis, fazendo-se necessário também que os profissionais de saúde reconheçam a importância desses aspectos na saúde das crianças, buscando conscientizá-los e educá-los acerca desses cuidados, durante as consultas odontológicas.

Apesar de se ter adotado o critério de exclusão das perguntas com ICC igual ou inferior a 0,20 para melhorar o índice do *Alpha de Cronbach* — e, conseqüentemente, a correlação entre os itens —, devido à sua relevância nos domínios abordados pelo instrumento, decidiu-se preservar para as análises seguintes e para a segunda versão da escala duas questões que refletem o engajamento ativo do profissional na prestação de cuidados de saúde à população em estudo. Uma delas está vinculada à dimensão “Atenção no Primeiro Contato” e ao indicador “Profissionais envolvidos na assistência a gestantes e crianças”: “Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre zero e cinco anos de idade nesta Unidade de Saúde?”.

A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, afirma em seu art. 10º que os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância teriam acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança (Brasil, 2016).

O art. 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, contempla no inciso VIII: “especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil” (Brasil, 1990).

Estas leis garantem que mesmo os profissionais que não possuem especialização ou capacitação para atender ao paciente pediátrico devem buscar o conhecimento e a formação necessários para fornecer cuidados abrangentes e integrados a todas as faixas etárias. Os profissionais de saúde que atendem na AB devem estar capacitados para reconhecer e abordar as necessidades primordiais das crianças, incluindo o desenvolvimento infantil, as imunizações, a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Essvein e colaboradores (2018) apontam que os profissionais que apresentavam formação complementar como especialização, mestrado e doutorado, eram responsáveis por mais atendimentos odontológicos em crianças. Os autores ressaltam que o currículo básico das graduações em Odontologia tem passado por reformas para melhor preparar alunos egressos a atender as necessidades do SUS. Esse estudo ainda reforça que a oferta de cursos de educação permanente aos profissionais da AB é uma ferramenta importante para a valorização profissional e para que eles sintam maior satisfação com o trabalho prestado (Essvein *et al.*, 2018).

A outra pergunta mantida na escala com ICC 0,189 é do componente “Coordenação” e do indicador “Gerenciamento e vigilância ativa dos programas de prevenção e da progressão da cárie em crianças”: “Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?”.

As atividades de vigilância em saúde voltadas ao combate da cárie são preconizadas em algumas legislações nacionais. Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a PNAB e estabelece diretrizes para a organização da Atenção Básica. Afirma que deve existir interação concreta entre as ações da AB e as da Vigilância em Saúde para assegurar a identificação das necessidades da população e o planejamento de medidas clínicas e sanitárias. Essa portaria ainda considera importante a integração existente entre a AB e a Vigilância em Saúde, objetivando planejar e avaliar questões de saúde pública que permitam à população a prevenção de doenças e de riscos de agravos, favorecendo a manutenção da saúde e do bem-estar geral (Ministério da Saúde, 2017).

Devido à característica multifatorial da cárie, são necessárias diferentes atuações para que a doença seja antecipada e evitada. De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil, 2006), as ações de vigilância visam ao controle dos fatores associados à doença, como as condições socioeconômicas da população. Dentre essas investidas, destacam-se a oportunidade de acesso ao tratamento e à água fluoretada, além da vigilância da população sobre os sinais da doença, como manchas e cavidades.

A Política Nacional de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2004) centraliza em um de seus pressupostos sobre a atuação da Vigilância em Saúde, com métodos constantes elaborados a partir da avaliação e, do acompanhamento dos riscos, danos e fatores que determinam o estado de saúde, promovendo a colaboração entre diferentes setores, com implementação de intervenções setoriais.

Também foi observado — após a análise das variáveis sociodemográficas e de formação profissional, com a escala de avaliação da qualidade da saúde bucal na primeira infância categorizada em qualidade baixa, qualidade média e qualidade alta — que os profissionais mais velhos e aqueles que possuem alguma especialidade tendem a avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal de maneira mediana.

Devido à complexidade e originalidade do construto acima citado, não foi possível, até o momento, encontrar trabalhos que referenciem o mesmo dado para fins comparativos. Isto mencionado, pode-se inferir que trata-se de um resultado inédito e importante para evidenciar a necessidade do incentivo à educação permanente dos profissionais.

Assim sendo, os testes das respostas dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros das unidades de saúde ao instrumento QSSBI-P promoveram as modificações que resultaram na segunda versão desta escala, aperfeiçoada e com excelentes parâmetros, como ICC de 0,895 e *Alpha de Cronbach* igual a 0,895. A partir de então, a variação dos valores de resposta aos itens, que dependem da sua respectiva soma, passou a ser 48 o mínimo (melhor avaliação) e 192 o máximo (pior avaliação). A proposta do QSSBI-P é que ele seja implementado como ferramenta de avaliação interna e externa, em unidades de saúde e em uma escala ampla e rotineira. Essa implementação exigirá um processo contínuo de avaliação e reavaliação, o que pode resultar na necessidade de aumentar o número de profissionais envolvidos na rede de suporte. No entanto, o QSSBI-P pode ser adotado em larga escala pelos órgãos públicos como mecanismo seguro para a avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com até cinco anos de idade, já que demonstrou, desde sua concepção, capacidade de atender aos padrões de validação recomendados para instrumentos dessa natureza.

Por outro lado, e a partir da análise crítica dos resultados obtidos, surgem reflexões na perspectiva das limitações desta pesquisa e sugestões a serem consideradas e avaliadas. O reteste para mensurar a reprodutibilidade não foi executado e o tamanho amostral superior a cem participantes proporcionaria medidas estatísticas mais robustas. Porém, os ótimos parâmetros analíticos calculados apontam a validação do QSSBI-P. Além disso, durante a elaboração do QSSBI-U, buscou-se representar a perspectiva do usuário de acordo com o que havia sido construído sob a ótica dos profissionais. Entretanto, as etapas de validação com os usuários, bem como as análises que envolvem as validações, ainda não foram realizadas. Serão os novos desafios para estudos futuros. Devido à ausência de

pesquisas que abordem diretamente o conteúdo do estudo apresentado nesta tese, foram expostos trabalhos com teorias e evidências correlatas. Não obstante, é válido ressaltar a importância do presente estudo pela presença de dados inéditos, fomentando a expansão de conhecimentos acerca do tema abordado, além de incentivar a realização de mais estudos acerca desse objeto de estudo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese apresenta o desafio inerente ao desenvolvimento de um instrumento específico para avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância na perspectiva dos usuários e outro com o mesmo objetivo na perspectiva dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, além de realizar a validação deste último, elaborado com a colaboração de profissionais da atenção primária, identificando, assim, um objeto de estudo complexo e ainda em fase de aperfeiçoamento sólido na literatura científica.

Assim, os resultados desta pesquisa revelam que os indicadores da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância são capazes de analisar alterações na Atenção no Primeiro Contato, na Longitudinalidade, na Integralidade, na Coordenação, na Orientação Familiar e Comunitária e na Competência Cultural das unidades básicas de saúde, e isso possibilita a detecção de eventos incomuns que requerem análise minuciosa nos serviços, transformando-se em uma ferramenta de vigilância em saúde que orienta os gestores na tomada de decisões, como também reorientar a formação e atuação dos profissionais ao revisar suas práticas na perspectiva interprofissional na assistência integral da saúde da criança, nos primeiros anos de vida, com ênfase na saúde bucal.

No que diz respeito à elaboração dos instrumentos de avaliação da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre 0 e 5 anos, a análise da qualidade desempenha papel crucial nos procedimentos de julgamento em saúde, servindo como conexão entre a saúde bucal vista sob uma perspectiva epidemiológica e o escopo da pesquisa quanto a avaliação da atenção à primeira infância. Ao conduzir uma pesquisa abrangente na literatura, combinada com a validação rigorosa de conteúdo, construto, consistência interna, confiabilidade e critério, além da aderência aos parâmetros de qualidade estabelecidos pela diretriz COSMIN e aos fundamentos de teóricos como Streiner e Norman (1995), evidencia-se a confiabilidade do processo. Além disso, outra característica extremamente relevante do QSSBI-P e do QSSBI-U é terem o delineamento multiprofissional e integrativo desde a construção de seus princípios.

Os instrumentos de avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na primeira infância destacam a interdependência entre os Pilares da Qualidade de Donabedian, os Atributos da Atenção Primária de Starfield e outros elementos do modelo teórico-lógico, bem como da matriz de indicadores proposta nesta tese.

Durante a validação de conteúdo com especialistas de diversas formações e níveis acadêmicos, por meio de contribuições significativas e relevantes, o modelo teórico-

lógico foi validado e o nível de detalhamento dos itens da matriz de indicadores foi aprimorado, o que posteriormente originou instrumentos que abordam, em uma única ferramenta, a atenção de médicos, dentistas e enfermeiros às crianças com até cinco anos de idade.

Essa multiprofissionalidade e essa integralidade foram mantidas durante a aplicação do QSSBI-P, já que o instrumento foi respondido por todos os profissionais alvo da ferramenta, o que demonstrou excelente consistência interna, através de fortes índices como *Alpha de Cronbach* e ICC.

Com base nos resultados obtidos, é possível elaborar diversos estudos, levando em conta as etapas sequenciais de validação planejadas para a próxima fase da pesquisa, que pretende alcançar mais profissionais com o QSSBI-P, bem como aplicar o QSSBI-U ao público-alvo, incluindo estudos longitudinais com os dois instrumentos.

Ademais, é relevante analisar o potencial de redução de custos para o sistema de saúde quando este é associado a programas de qualidade na atenção à saúde na infância. A coordenação intersetorial necessária para esse propósito deve ser meticulosamente planejada e examinada para se analisarem as potenciais reduções de custo em curto e longo prazos, resultantes de uma possível implementação dos instrumentos como mais uma ferramenta de monitoramento dos sistemas de saúde.

Diante de todo o exposto, o QSSBI-P se sobressai como um instrumento válido de triagem e avaliação, possibilitando uma abordagem mais sistemática e integrada no atendimento à saúde infantil nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, seu uso poderá ajudar a padronizar os processos de avaliação e monitoramento, tornando mais fácil comparar dados de diferentes regiões, além de promover incremento na qualidade dos serviços de saúde fornecidos às crianças na primeira infância.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. X. *et al.* Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 27, e2017111, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2018.v27n3/e2017111>> Acesso em: 18 dez. 2023.

AGUIAR, D. A. T. *et al.* Perfil de atuação dos cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, Espírito Santo, v. 19, n. 3, p. 135-141, 2017.

ALKIN, M. C.; CHRISTIE, C. A.; VO., A. T. **Evaluation theory. Evaluation Roots: A Wider Perspective of Theorists' Views and Influences**. Sage Publication, Los Angeles, 2 ed., p. 386, 2012.

ALMEIDA, F. M. *et al.* Características relevantes para o estabelecimento da confiança no odontopediatra. **Odontologia Clínico-Científica (On-line)**, Recife, v. 14, n. 3, p. 695-698, 2015. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v14n3/a04v14n3.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2023.

ALVES, A. P. S. *et al.* Eficácia de um programa público de promoção de saúde bucal em crianças. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 94, p. 518-524, 2018.

ALVES, H. R. C.; PINCHEMEL, E. N. B. Atendimento odontopediátrico na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura/Pediatric dental care in the family health strategy. **ID on line. Revista de Psicologia**, Ceará, v. 15, n. 56, p. 357-366, 2021. Disponível em <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3126/4943>> Acesso em: 18 abr. 2022.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *In*: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2023. p. 301-307.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on oral health care programs for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. *In*: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2023. p. 81-84.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on the dental home. *In*: AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2021. p. 3-44. Disponível em: <https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_dentalhome.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. **Pediatric dentistry**, v. 35, n. 5, p. 148–156, 2013.

ANDRADE, K. K. S. *et al.* Qualidade dos instrumentos que avaliam Atividade e Participação de pessoas com distrofia muscular: uma revisão sistemática de medidas de resultado relatadas pelos pacientes. **Developmental Medicine & Child Neurology**, Londres, v. 64, n. 12, e5-e14, 2022.

ARAÚJO, L. F. *et al.* Cárie precoce da infância: uma visão atual em odontopediatria. **Revista Uningá**, Paraná, v. 55, n. S3, p. 106-114, 2018.

BAHADORI, M. *et al.* Factors affecting dental service quality. **International journal of health care quality assurance**, Reino Unido, v. 28, n. 7, p. 678-689, 2015. Disponível em: <<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJHCQA-12-2014-0112/full/html>> Acesso em: 22 set. 2023.

BAPTISTA, S. C. P. D. *et al.* O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e20200380, 2021.

BARA, V. M. F. *et al.* Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 330-335, 2015.

BARROS, S. G. *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação de políticas de saúde bucal no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 207-222, 2019.

BASTOS, M. L. *et al.* The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. **PloS one**, Califórnia, v. 12, n. 8, e0182336, 2017.

BATISTA, L. E. *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, e190151, 2020.

BERNARDES, A. L. B.; DIETRICH, L.; FRANÇA, M. M. C. F. A cárie precoce na infância ou cárie de primeira infância: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 10, n. 14, e268101422093-e268101422093, 2021.

BOWLING, A. Measuring health - a review of quality of life measurement scales. *In*: BOWLING, A. **Theory of measurement**. 2 ed. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1997. p. 9-15.

BRAGA, C. S. *et al.* Tratamento integrado Ortodôntico e Odontopediátrico. **Uningá Review**, Paraná, v. 24, n. 3, 2015.

BRASIL. **Decreto nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Marco Legal da Primeira Infância. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm>. Acesso em: 05 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10608034/artigo-88-da-lei-n-8069-de-13-de-julho-de-1990>>. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.839, de 27 de dezembro de 2018. Institui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Define a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68-72. 22 set. 2017.

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: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica, Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. n. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, Saúde da Criança**: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012. n. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012.

BRIZON, V. C. *et al.* Indicadores socioeconômicos associados à cárie dentária: uma revisão crítica. **Unimontes Científica**, Minas Gerais, v. 16, n. 1, p. 79-91, 2015.

CANGUSSU, M. C. *et al.* Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador-BA. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, p. 57-65, 2016.

CARDOSO, A. V. L. *et al.* Use and resolubility of the oral health public services offered to children in a large municipality. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 66, p. 60-69, 2018.

- CARDOSO, C. R.; PASSOS, D.; RAIMONDI, J. V. Compreendendo a cárie dental. **Rev. Salusvita (Online)**, Maranhão, v. 36, n. 4, p. 1153-1168, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1022171>> Acesso em: 13 ago. 2022.
- CARMO, W. D. A importância do pré-natal odontológico. **Revista Cathedral**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 3, p. 145-156, 2020. Disponível em: <<http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/198/62>> Acesso em: 05 set. 2021.
- CARREIRO, D. L. *et al.* Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1021-1032, 2019.
- CASTILHO, C. O. S. *et al.* Cárie na primeira infância e o impacto na qualidade de vida. **Revista Pró-UniversUS**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-88, 2023. Disponível em: <<https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3375/2058>> Acesso em: 09 dez. 2023.
- CAVALCANTE, P. S.; ARAÚJO FILHO, P. A.; SABOIA, T. M. Saúde bucal na primeira infância: percepções dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, Paraná, v. 20, n. 4, 2017.
- CAYETANO, M. H. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história, aprendizados e futuro. **Universitas Odontológica**, Colômbia, v. 38, n. 80, 2019. Disponível em: <<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25629/2017>> Acesso em: 07 jul. 2022.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1791-1803, 2017.
- CHECCHI, M. H. R., *et al.* Compilação dos inquéritos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil de 1986 a 2015: principais aspectos metodológicos. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 10, n. 8, e53410817614-e53410817614, 2021.
- CHEN, J. *et al.* Oral health policies to tackle the burden of early childhood caries: a review of 14 countries/regions. **Frontiers in Oral Health**, Laussane, p. 30, 2021.
- CHEN, K. J. *et al.* Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: a systematic review. **Journal of investigative and clinical dentistry**, New Jersey, v. 10, n. 1, e12376, 2019.
- CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em: 30 jan. 2024.

COELHO, V. F. D.; COELHO, L. V. D.; COSTA, A. M. G. Técnicas de manejo em Odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 10, n. 11, e414101119489-e414101119489, 2021.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica / An evaluation model for oral health in primary care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-1745, 2011.

COMASSETTO, M. O. *et al.* Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 953-961, 2019.

COSTA, I. L. C. *et al.* Medo infantil frente ao tratamento odontológico: uma revisão da literatura. **Diálogos em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2021.

CRESCENTE, L. G.; GEHRKE, G. H.; SANTOS, C. M. Mudanças da prevalência de dentes permanentes cariados no Brasil e em países de renda média-alta nos anos 1990 e 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1181-1190, 2022.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

CUNHA, R. O.; LEITE, I. C. G. Fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos no BRASIL: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, Paraíba, v. 8, n. 3, 2022.

CURI, D. S. C.; FIGUEIREDO, A. C. L.; JAMELLI, S. R. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1561-1576, 2018.

DAINEZI, V. B. *et al.* Reabilitação estética e funcional na primeira infância: relato de caso. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 387-393, 2015.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2961-2973, 2016.

DASCHEVI, J. M. *et al.* Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Paraná, v. 36, n. 1, p. 31-38, 2015.

DESLANDES, S. F.; LEMOS, M. P. Participatory development of descriptors for evaluation of violence and accident prevention centers in Brazil. **Revista panamericana de salud publica**, Washington, v. 24, n. 6, p. 441-448, 2008.

DHAR, V. *et al.* Nonpharmacological Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. **Pediatric Dentistry**, Illinois, v. 45, n. 5, p. 385-410, 2023.

- DIAS, T. K. S.; FERREIRA, G. C.; ALMEIDA, L. H. S. Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos. **Revista Uningá**, Paraná, v. 56, n. S3, p. 192-201, 2019.
- DIAS, M. S. A. *et al.* Construção de modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, e00228721, 2022.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York, Oxford University Press, 2002.
- ELAMIN, A.; GAREMO, M.; GARDNER, A. Dental caries and their association with socioeconomic characteristics, oral hygiene practices and eating habits among preschool children in Abu Dhabi, United Arab Emirates—the NOPLAS project. **BMC oral health**, Londres, v. 18, p. 1-9, 2018.
- EVANGELHO SEGUNDO SÃO MARCOS. *In*: A BÍBLIA: Tradução Ecumênica. São Paulo: Paulinas, 2002. 9:36-37.
- FAGUNDES, D. M. *et al.* Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, 2018.
- FAGUNDES, N. C. *et al.* Construindo uma proposta de avaliação de estágios curriculares na rede SUS-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, p. 87-91, 2007.
- FERNANDES, J. K. B. *et al.* Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, e00021115, 2016.
- FERREIRA NETO, J.; FAM, B. M.; SILVA, K. L. Práticas de avaliação na gestão da Atenção Básica à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, e320112, 2022.
- FERREIRA, H. A. C. M.; OLIVEIRA, A. M. G. Ansiedade entre crianças e seus responsáveis perante o atendimento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 6-17, 2017.
- FERREIRA, J. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 39, n. 1, p. 63-73, 2021.
- FISHER-OWENS, S. A.; MERTZ, E. Preventing oral disease: alternative providers and places to address this commonplace condition. **Pediatric Clinics**, Estados Unidos da América, v. 65, n. 5, p. 1063-1072, 2018.
- FONSECA, E. P.; FONSECA, S. G. O.; MENEZES, M. C. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. **ABCS Health Sciences**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2017.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 64-80, 2016.

FRANÇA, M. A. S. A. *et al.* Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, e2018406, 2020.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 131-143, 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **O município e a criança de até 6 anos**: direitos cumpridos, respeitados e protegidos. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2005.

FURRATI, C. *et al.* Adaptação do item Integralidade do PCATool-saúde da criança à saúde bucal: construção de consenso através de grupo focal. **Brazilian Journal of Development**, Minas Gerais, v. 6, n. 7, 50852-50865, 2020.

FURTADO, J. P. *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, e00087917, 2018.

GAGNIER, J. J. *et al.* COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. **Quality of Life Research**, Heidelberg, v. 30, p. 2197-2218, 2021.

GBD 2017 ORAL DISORDERS COLLABORATORS *et al.* Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease 2017 study. **Journal of Dental Research**, Califórnia, v. 99 n. 4, p. 362-373, 2020.

GHANBARZADEGAN, A. *et al.* Inequalities in utilization and provision of dental services: a scoping review. **Systematic reviews**, Londres, v. 10, n. 1, p. 222, 2021.

GOLDMAN, J. *et al.* Interprofessional and multiprofessional approaches in quality improvement education. **Advances in Health Sciences Education**, Heidelberg, v. 26, p. 615-636, 2022.

GONÇALVES, R. N. *et al.* Correlação entre indicadores de desenvolvimento municipal e de saúde bucal em uma mesorregião metropolitana do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, e31010226, 2023.

GORDON, S. H. *et al.* Qualitative perspectives of primary care providers who treat Medicaid managed care patients. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 18, p. 1-8, 2018.

GOVINDASAMY, R. *et al.* Knowledge, awareness, and practice among gynecologists, medical practitioners and dentists in Madurai regarding association between periodontitis and pregnancy outcomes. **Journal of Indian Society of Periodontology**, Índia, v. 22, n. 5, p. 447, 2018.

GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. Painel de monitoramento municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, p. 585-594, 2016.

GRZESIAK-GASEK, I.; KACZMAREK, U. Retrospective Evaluation of the Relationship Between the First Dental Visit and the Dental Condition of Six-and Seven-Year-Old Children. **Advances in Clinical and Experimental Medicine**, Lublin, v. 25, n. 4, p. 767-773, 2016.

GUIMARÃES, K. A. *et al.* Gestação e Saúde Bucal: importância do pré-natal odontológico. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 10, n. 1, e56810112234-e56810112234, 2021.

GUSMÃO, V. C. L. *et al.* Adapta o da Técnica de Grupo Nominal para versão virtual: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 58, e20230298, 2024.

HADDERS-ALGRA, M. Social and biological determinants of growth and development in underprivileged societies. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. 217-219, 2016.

HARNAGEA, H. *et al.* Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. **BMJ open**, Londres, v. 7, n. 9, e016078, 2017.

HERNDON, J. B. *et al.* Developing and testing pediatric oral healthcare quality measures. **Journal of Public Health Dentistry**, New Jersey, v. 75, n. 3, p. 191-201, 2015.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **The Lancet**, Amsterdã, v. 392, n. 10156, p. 1461-1472, 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Advancing Oral Health in America**. Washington: The National Academies Press, 2011. Disponível em: <<https://www.hrsa.gov/sites/default/files/publichealth/clinical/oralhealth/advancingoralhealth.pdf>>. Acesso em: nov. de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2022**. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/vitoria-de-santo-antao/panorama>>. Acesso em: 28 jan. 2024.

JARDIM, A. P. V. P. *et al.* A saúde bucal infantil: a percep o de profissionais da saúde, da educa o e dos pais ou dos responsáveis da região metropolitana de Belo

Horizonte. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 11, n. 3, e28211326316-e28211326316, 2022.

JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. **BMJ: British Medical Journal**, Londres, v. 311, n. 7001, p. 376-380, 1995.

KAMIŃSKA, A. *et al.* The dependence of dental caries on oral hygiene habits in preschool children from urban and rural areas in Poland. **Ann Agric Environ Med**, Polônia, v. 23, n. 4, p. 660-665, 2016.

KANAGARATNAM, S.; SCHLUTER, P. J. A review of early childhood caries, risk factors and preventive strategies. **New Zealand Dental Journal**, Wellington, v. 115, n. 4, p. 132-150, 2019.

KIM, A. *et al.* Caries Prevalence in Korean Children and Adolescents from 2000 to 2012. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Illinois, v. 41, n. 1, p. 32-37, 2017.

KIRTHIGA, M. *et al.* Risk factors for early childhood caries: a systematic review and meta-analysis of case control and cohort studies. **Pediatric Dentistry**, Illinois, v. 41, n. 2, p. 95-112, 2019.

KRANZ, A. M.; PREISSER, J. S.; ROZIER, R. G. Effects of physician-based preventive oral health services on dental caries. **Pediatrics**, Illinois, v. 136, n. 1, p. 107-114, 2015.

KUSMA, S. Z. **Avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde: validação de uma ferramenta.** 2011. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.

LEME, P. A. T.; SEIFFERT, O. M. L. B. Indicadores no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal: uma revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, 2021.

LEMOS, L. V. *et al.* Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 6-10, 2014.

LIMA, A. C. M. G.; NICHATA, L. Y. I.; BONFIM, D. Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, 2019.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 52-66, 2018.

LIMA, T. B. B. *et al.* Acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande/Paraíba: um estudo de série temporal. **Arquivos em Odontologia**, Minas Gerais, v. 56, 2020.

LORENA SOBRINHO, J. E. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 136-146, 2015.

LUCAS, N. *et al.* State-level differences in the oral health of Australian preschool and early primary school-age children. **Australian Dental Journal**, New South Wales, v. 56, n. 1, p. 56-62, 2011.

LUCENA, E. H. G. *et al.* Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 99, 2020.

LUO, J. Y. N.; LIU, P. P.; WONG, M. C. M. Patients' satisfaction with dental care: a qualitative study to develop a satisfaction instrument. **BMC Oral Health**, Londres, v. 18, p. 1-10, 2018.

MACHADO, F. C. A.; SOUZA, G. C. A.; NORO, L. R. A. Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 187-202, 2018.

MACHIULSKIENE, V. *et al.* Terminology of dental caries and dental caries management: consensus report of a workshop organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. **Caries Research**, Basel, v. 54, n. 1, p. 7-14, 2019.

MANTON, D. J. Child dental caries – a global problem of inequality. **eClinicalMedicine**, Amsterdã, v. 1, p. 3-4, 2018.

MARTINS, L. G. T. *et al.* Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.

MARTINS, R. C. *et al.* Relationship between primary and secondary dental care in public health services in Brazil. **PLoS One**, Califórnia, v. 11, n. 10, e0164986, 2016.

MATHUR, V. P.; DHILLON, J. K. Dental caries: a disease which needs attention. **The Indian Journal of Pediatrics**, Nova Délhi, v. 85, p. 202-206, 2018.

MIS, N. F. *et al.* Sugar in infants, children and adolescents: a position paper of the European society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition committee on nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, Pennsylvania, v. 65, n. 6, p. 681-696, 2017.

MOKKINK, L. B. *et al.* COSMIN risk of bias checklist for systematic reviews of patient-reported outcome measures. **Quality of Life Research**, Heidelberg, v. 27, p. 1171-1179, 2018.

MOKKINK, L. B. *et al.* COSMIN methodology for systematic reviews of patient-reported outcome measures (PROMs). **Springer Nature**, Heidelberg, v. 78, n. 1, p. 6-3, 2018.

- MONTEIRO, I. S.; MOREIRA, R. S.; FARIAS, S. F. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal na estratégia saúde da família de Recife, Pernambuco, 2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 387-406, 2022.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-24, 2018.
- NEVES, M. *et al.* Primary care dentistry in Brazil: from prevention to comprehensive care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, Pennsylvania, v. 40, n. 2 Suppl, p. S35, 2017.
- NG, M. W. Quality Improvement Efforts in Pediatric Oral Health. **CDA JOURNAL**, Califórnia, v. 44, n. 4, 2016.
- NÓBREGA, A. V. *et al.* Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de pré-escolares mensurado pelo questionário PedsQL. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 4031-4042, 2019.
- OLATOSI, O. O. *et al.* The prevalence of early childhood caries and its associated risk factors among preschool children referred to a tertiary care institution. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, Abuja, v. 18, n. 4, p. 493-501, 2015.
- OLIVEIRA, C. L. *et al.* Percepções e saberes da equipe de saúde e de familiares de crianças menores de dois anos sobre a atenção em saúde bucal infantil na Atenção Primária a Saúde. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 61-77, 2019.
- OLIVEIRA, F. A. *et al.* Competências familiares relacionadas à prevenção e tratamento das doenças nas crianças de até seis anos. **Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 11, n. 2, p. 257-265, 2018.
- OLIVEIRA, S. R. A.; TEIXEIRA, C. F. Avaliação da regionalização do SUS: construção do modelo teórico-lógico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 1, p. 236-236, 2013.
- PENSO, J. M. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde utilizando o instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, São Paulo, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.
- PEREIRA, C. C. *et al.* Impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças. **Journal of Dentistry & Public Health**, Índia, v. 12, n. 2, p. 81-88, 2021.
- PEREIRA, R. M. *et al.* Saberes e práticas de médicos e enfermeiros relativos ao pré-natal odontológico. **Journal of Management & Primary Health Care**, São Paulo, v. 10, 2019.

PERRY, J.; LINSLEY, S. The use of the nominal group technique as an evaluative tool in the teaching and summative assessment of the inter-personal skills of student mental health nurses. **Nurse Education Today**, Amsterdã, v. 26, n. 4, p. 346-353, 2006.

PIOVESAN, C. *et al.* Individual and contextual factors influencing dental health care utilization by preschool children: a multilevel analysis. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 31, 2017.

PIRES, D. E. P. de *et al.* Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Santa Catarina, v. 28, 2019.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 273-284, 2015.

POMINI, M. C. *et al.* Educação em saúde bucal a gestantes, puérperas e primeira infância: relato de atividade de extensão. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, Minas Gerais, v. 8, n. 3, p. 143-148, 2017.

POTTER, M.; GORDON, S.; HAMER, P. The nominal group technique: a useful consensus methodology in physiotherapy research. **New Zealand Journal of Physiotherapy**, Wellington, v. 32, p. 126-130, 2004.

PRADO, I. M. *et al.* Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: A systematic review of randomized controlled trials. **International Journal of Paediatric Dentistry**, New Jersey, v. 29, n. 5, p. 650-668, 2019.

PREFEITURA DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO. **Conjunto de dados**: Unidades de Saúde. Disponível em: <<https://vitoriadesantoantao.pe.portaldeservicos.app/guia-deservicos/saude/ateno-primaria--sade-aps>>. Acesso em: 28 jan. 2024.

PREFEITURA DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO. **Projeto Conheça Vitória**. Disponível em: <<https://www.prefeituradavitoria.pe.gov.br/portal/index.php/a-cidade/>>. Acesso em: 28 jan. 2024.

PRINSEN, C. A. C *et al.* COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. **Quality of Life Research**, Heidelberg, v. 27, p. 1147-1157, 2018.

PUCCA JR, G. A. *et al.* Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, Califórnia, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

REIS, M. L.; LUVISON, I. R.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura na APS. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 2, 2015.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 56-64, 2015.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, p. 95-110, 2019.

RICE, M. *et al.* Healthy municipalities, cities and communities in Latin America: strong histories, committed futures. *In*: LEEUW, E.; SIMOS, J. **Healthy Cities: the theory, policy, and practice of value-based urban planning**. Springer-Verlag, New York, 2017. p. 151-213.

RIGO, L.; DALAZEN, J.; GARBIN, R. R. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, p. 219-225, 2016.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 87-111, 2016.

ŠAČIĆ, L. *et al.* The prevalence and severity of early childhood caries in preschool children in the Federation of Bosnia and Herzegovina. **Acta Medica Academica**, Sarajevo, v. 45, n. 1, p. 19, 2016.

SALES, M. J. T. *et al.* Development and validation of a Questionnaire (QSPC-Q) for assessment of quality and strengthening of primary care in Brazil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Submetido à publicação.

SANTOS, D. M. A. *et al.* Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 30, 2021.

SANTOS, S. P. *et al.* Práticas alimentares e cárie dentária-uma abordagem sobre a primeira infância. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 12-18, 2016.

SCARPARO, A. *et al.* Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal–Programa Brasil Sorridente–sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 409-415, 2015.

SCHERER, C. I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 233-246, 2018.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 98, 2016.

SCHWENDLER, A.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; ROCHA, C. F. Oral Health in the Children's Preventive Health Care Initiative: indicators and goals in a Primary Health Care Service. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 201-207, 2017.

SHIMPI, N. *et al.* Medical providers' oral health knowledgeability, attitudes, and practice behaviors: An opportunity for interprofessional collaboration. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, Amsterdã, v. 16, n. 1, p. 19-29, 2016.

SILVA, B. F. R. *et al.* Conscientização do cirurgião dentista sobre a importância do pré-natal odontológico. **E-Acadêmica**, Santa Catarina, v. 2, n. 3, e182369-e182369, 2021.

SILVA, D. R., *et al.* Experiência de cárie e fatores associados entre escolares das zonas urbana e rural: um estudo piloto. **Arch. Health Invest**, Havana, p. 364-368, 2018.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 54-61, 2016.

SILVEIRA FILHO, A. D. *et al.* Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, p. 851-865, 2016.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 289-301, 2018.

SOUSA, C. E. G. C. A equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família – ESF: Revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, São Paulo, v. 1, n. 22, 2021.

SOUZA, G. C. A.; RONCALLI, A. G. Perda do primeiro molar permanente e necessidade de tratamento endodôntico aos 12 anos no Brasil. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 9-23, 2019.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência do consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005, p. 65-102.

SOUZA MORAIS, R. L. *et al.* Primeira infância e pobreza no Brasil: uma análise integrada a partir de indicadores em saúde, educação e desenvolvimento social. **Revista de Políticas Públicas**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2015.

SPANIOL, A. M. *et al.* Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. **BMC Public Health**, Londres, v. 20, p. 1-9, 2020.

STARFIELD, B. *et al.* **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1. ed. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. *et al.* **Primary care: balancing health needs, services, and technology.** New York, Oxford University Press, 1998.

STREINER, D. L.; NORMAN, G.R. **Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use.** 2 ed. New York: Oxford University Press, 1995.

TERWEE, C. B. *et al.* COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. **Quality of Life Research**, Heidelberg, v. 27, p. 1159-1170, 2018.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES ORAL HEALTH COORDINATING COMMITTEE. U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Strategic Framework, 2014-2017. **Public Health Reports**, Washington, v. 131, n. 2, p. 242-257, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765973/>>. Acesso em: 09 nov. 2020.

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

VAMOS, C. A. *et al.* Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, New Jersey v. 43, n. 5, p. 385-396, 2015.

VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, p. 157-158, 2015.

VITORIANO, E.; RULLI, F. T.; PRADO, G. C. P. A importância do cirurgião-dentista no atendimento à gestante. **Revista Saúde Multidisciplinar**, Paraná, v. 10, n. 2, 2021.

WAGNER, Y.; HEINRICH-WELTZIEN, R. Midwives' oral health recommendations for pregnant women, infants and young children: results of a nationwide survey in Germany. **BMC Oral Health**, Londres, v. 16, p. 1-8, 2016.

WOODS, D. Interprofessional teamwork for multi-professional practice: Does it work in primary care?. **Practice Nursing**, Liverpool, v. 29, n. 2, p. 88-93, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods.** Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003:** continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO, 2003.

YOSHIMITANAKA, O. *et al.* Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 34-45, 2015.

ZHANG, X. *et al.* Prevalence and care index of early childhood caries in mainland China: evidence from epidemiological surveys during 1987–2013. **Scientific Reports**, Londres, v. 6, p. 18897, 2016.

ZINA, L. G. *et al.* Estudo de avaliabilidade da atenção especializada em saúde bucal no sistema público de saúde brasileiro. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 11, n. 3, e52111326158-e52111326158, 2022.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P) – 1ª VERSÃO



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Profissionais (QSSBI-P) Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde Bucal na Primeira Infância – Na Perspectiva dos Profissionais

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa porque é profissional de saúde e trabalha em uma Unidade Básica de Saúde.

Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre 0 e 5 anos nas Unidades Básicas de Saúde. Para isso, tem como referencial teórico o modelo sistêmico de avaliação dos serviços de saúde de Donabedian e os princípios da Atenção Primária à Saúde de Starfield. Suas respostas nos ajudarão a compreender melhor a dinâmica e a prática das Equipes de Saúde da Família e, em especial, aquelas que estão envolvidas com a atenção na primeira infância.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e os resultados serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado, assim, o sigilo sobre a sua participação.

Precisamos de um pouco do seu tempo para que responda as perguntas seguintes, para as quais não existe resposta certa ou errada. Gostaríamos apenas que fosse o mais fidedigno possível.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco/CEP-UFPE, respeitando todas as diretrizes da resolução nº 466/2012, e você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ciência e assinatura.

Desde já, a equipe da pesquisa “Qualidade da Atenção à Saúde Bucal na Primeira Infância” agradece sua participação nesta etapa do estudo e fica à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Seleção do Profissional

Data da entrevista: ____/____/____

Você trabalhou nesta Unidade nos últimos 6 meses?

(1)
Sim.(2)
Não.

Município onde a Unidade de Saúde em que você trabalha está localizada:

Nome da Unidade de Saúde em que você trabalha:

tempund

munund

nomund

Dados Sociodemográficos**1. Sexo:**(1)
Feminino.(2)
Masculino.**2. Idade (em anos):**

3. Estado civil:(1)
Solteiro(a).(2)
Casado(a).(3)
Divorciado(a).(4)
Viúvo(a).(9)
Outro.**4. Qual a sua profissão?**(1)
Médico(a).(2)
Dentista.(3)
Enfermeiro(a).**5. Tipo de vínculo empregatício:**(1)
Contrato.(2)
Concurso.(3)
Residente.(9)
Outro.**6. Anos (completos) de formado na graduação:**

1 sexop

2 idadp

3 estcivp

4 profis

5 vinculo

6 tempgrad

7. Você possui alguma especialidade?

(1) (2)
Sim. Não.

7
espec

**8. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “Não”, PULAR ESTA QUESTÃO)
Se possui alguma especialidade, por favor descreva-a aqui:**

8
tipoespe

Responda as próximas perguntas de acordo com a sua rotina de atendimento nesta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses.

9. Com qual frequência você atende gestantes nesta Unidade de Saúde?

(1) (2) (3) (4) (9)
Atendo diariamente. Atendo mensalmente. Delego para outros colegas o atendimento dessa população. Não sei/Não lembro.
entre uma semana e um mês.

9
gestante**10. Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?**

(1) (2) (3) (4) (9)
Atendo diariamente. Atendo mensalmente. Delego para outros colegas o atendimento dessa população. Não sei/Não lembro.
entre uma semana e um mês.

10
criança

11. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “Delego para outros colegas o atendimento dessa população”, PULAR as questões 11 a 34) Quanto às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta?

(1) (2) (3) (4) (9)
No intervalo de uma semana. No intervalo entre uma e duas semanas. No intervalo entre duas e quatro semanas. No intervalo mínimo de três meses. Não sei/Não lembro.

11
tempo

12. Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, qual seria o percentual, em média, de atendimento a crianças que não foram previamente agendadas?

(1) (2) (3) (4) (9)
Maior que 50%. Entre 50% e 30%. Entre 30% e 10%. Menos de 10%. Não sei/Não lembro.

12
percentual

13. Dentre as crianças na primeira infância que você atende nesta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual seria o percentual, em média, dos pacientes que retornam para você?

(1) De 80% a 100%. (2) De 50% a 80%. (3) De 30% a 50%. (4) Menos de 30%. (9) Não sei/Não lembro.

13
retorno

14. Com qual frequência você considera que o tempo da sua consulta nesta Unidade de Saúde é suficiente para realizar a escuta qualificada durante os atendimentos das crianças com idade entre 0 e 5 anos?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sei/Não lembro.

14
escuta

15. Qual percentual do seu tempo de consulta às crianças com idade entre 0 e 5 anos nesta Unidade de Saúde é dedicado à escuta qualificada?

(1) De 80% a 100% do tempo. (2) De 50% a 80% do tempo. (3) De 30% a 50% do tempo. (4) Menos de 30% do tempo. (9) Não sei/Não lembro.

15
dedicado

16. Você poderia dizer com qual frequência registra em prontuários os atendimentos das crianças menores de 5 anos de idade executados nesta Unidade de Saúde?

(1) Sempre registro. (2) Às vezes registro. (3) Raramente registro. (4) Nunca registro. (9) Não sei/Não lembro.

16
prontuario

17. Qual percentual dos atendimentos para crianças com idade entre 0 e 5 anos de idade você registrou na caderneta da criança?

(1) De 80% a 100%. (2) De 50% a 80%. (3) De 30% a 50%. (4) Menos de 30%. (9) Não sei/Não lembro.

17
caderneta

18. Você consegue nos informar com qual frequência considera as condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde para determinar o seu acompanhamento nesta Unidade de Saúde às crianças com 0 a 5 anos de idade?

(1) Sempre considero. (2) Às vezes considero. (3) Raramente considero. (4) Nunca considero. (9) Não sei/Não lembro.

18
moradia

19. Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência dos hábitos e crenças dos responsáveis pelas crianças menores de 5 anos na sua assistência a essas crianças?

(1) De forma muito determinante. (2) De forma determinante. (3) Pouco determinante. (4) Não considero determinante. (9) Não sei/Não lembro.

19
habitots

20. Você consegue nos informar com qual frequência você consegue abordar a importância da saúde bucal na primeira infância com os responsáveis pelos menores de 5 anos de idade durante as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?

(1) Sempre abordo. (2) Às vezes abordo. (3) Raramente abordo. (4) Nunca abordo. (9) Não sei/Não lembro.

20
importancia

21. Em que medida você considera que o conhecimento das condições de higiene e saúde bucal do paciente impacta na sua prática clínica durante o atendimento nesta Unidade de Saúde de crianças com idade entre 0 e 5 anos?

(1) De forma muito determinante. (2) De forma determinante. (3) Pouco determinante. (4) Não considero determinante. (9) Não sei/Não lembro.

21
conhecimento

22. Com qual frequência você consegue realizar o controle de marcadores de risco clínico, de falta de higiene e/ou de falta de higiene bucal e cárie dentária nas crianças com idade entre 0 e 5 anos que são assistidas nessa Unidade de Saúde?

(1) No intervalo de uma semana. (2) No intervalo entre uma e duas semanas. (3) No intervalo entre duas e quatro semanas. (4) No intervalo mínimo de três meses. (9) Não sei/Não lembro.

22
marcador

23. Nos últimos 6 meses, o quão frequentemente você encaminhou crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?

(1) Sempre encaminho. (2) Às vezes encaminho. (3) Raramente encaminho. (4) Nunca encaminho. (9) Não sei/Não lembro.

23
encaminhar

24. Você pode nos informar a principal razão pela qual encaminha crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?

(1) Tratamento preventivo (exemplos: condutas preventivas para cárie, medidas preventivas para hábitos bucais deletérios, orientações e acompanhamento da erupção dentária, instruções sobre amamentação). (2) Tratamento de promoção de saúde (exemplos: tratamentos educativos, controle e motivação para hábitos saudáveis e tratamentos com fluoretos). (3) Tratamento curativo (exemplos: tratamentos para cárie, intervenções para sucção digital e uso de bicos, recursos para o atraso da erupção dentária, procedimentos para a anquiloglossia e tratamentos para maloclusão). (4) Urgência (exemplos: odontalgia, trauma dentário). (9) Não sei/Não lembro/Não se aplica.

24
razao

25. Considerando as crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade que você encaminha para consulta ao dentista, com qual frequência os responsáveis relatam não terem conseguido seguir essa orientação?

(1) Sempre relatam. (2) Às vezes relatam. (3) Raramente relatam. (4) Nunca relatam. (9) Não sei/Não lembro/Não se aplica.

25
orientacao

26. Caso os responsáveis relatem não terem seguido sua orientação de procurar um atendimento odontológico para a criança na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, você pode nos informar a principal razão para isso ter acontecido?

(1) Falta de vagas disponíveis na UBS mais próxima. (2) Falta de tempo por parte do responsável/ Esquecimento. (3) Desconsideração da importância da recomendação. (4) Falha na marcação da consulta. (9) Não sei/Não lembro/Não se aplica.

26
atendimento

27. Qual percentual de crianças com idade entre 0 e 5 anos, em média, você resolveu encaminhar a um especialista?

(1) De 80% a 100%. (2) De 50% a 80%. (3) De 30% a 50%. (4) Menos de 30%. (9) Não sei/Não lembro.

27
especialista

28. Das crianças com idade entre 0 e 5 anos que foram encaminhadas ao especialista, quantas voltaram e foram atendidas por você?

(1) De 80% a 100%. (2) De 50% a 80%. (3) De 30% a 50%. (4) Menos de 30%. (9) Não sei/Não lembro.

28
voltaram

29. Quando se faz necessário, com qual frequência você consegue apoio dos seus colegas para atender as crianças com até 5 anos de idade?

(1) Sempre atendemos juntos. (2) Às vezes atendemos juntos. (3) Raramente atendemos juntos. (4) Nunca atendemos juntos. (9) Não sei/Não lembro.

29
apoio

30. Com qual frequência você considera que você e seus colegas conseguem transmitir orientações de saúde alinhadas e convergentes para as gestantes e os responsáveis pelas crianças menores de 5 anos de idade?

(1) Sempre conseguimos. (2) Às vezes conseguimos. (3) Raramente conseguimos. (4) Nunca conseguimos. (9) Não sei/Não lembro.

30
alinhadas

31. Com qual frequência você observa que os responsáveis pelas crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?

(1) Sempre conseguem. (2) Às vezes conseguem. (3) Pouco conseguem. (4) Nunca conseguem. (9) Não sei/Não lembro.

31
observa

32. Considerando a possibilidade de se *comunicar* com os profissionais da *sua Unidade de Saúde* para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a *integração* entre os colegas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito decisiva.	De forma decisiva.	Integrações esporádicas.	Nenhuma integração.	Não sei/Não lembro.

32
comunicar

33. Considerando a possibilidade de se *comunicar* com os profissionais de *outras Unidades de Saúde* para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a *integração* entre os colegas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito decisiva.	De forma decisiva.	Integrações esporádicas.	Nenhuma integração.	Não sei/Não lembro.

33
integracao

34. Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência da *cultura da comunidade* na qual a criança com idade entre 0 e 5 anos está inserida no desenvolvimento das *atividades de promoção e prevenção* para cárie na primeira infância praticadas nos seus atendimentos?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito determinante.	De forma determinante.	Pouco determinante.	Não considero determinante.	Não sei/Não lembro.

34
cultura

35. Você pode nos dizer a frequência com que a *equipe da sua Unidade de Saúde* realiza ações de promoção e prevenção específicas para *crianças com idade entre 0 e 5 anos* (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
No intervalo de uma semana.	No intervalo entre uma e duas semanas.	No intervalo entre duas e quatro semanas.	No intervalo mínimo de três meses.	Não sei/Não lembro.

35
acoes

36. Com qual frequência *você* participa das ações de promoção e prevenção específicas para *crianças com idade entre 0 e 5 anos* (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) *desempenhadas por sua Unidade de Saúde*?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

36
promocao

37. Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?

- | | | | | |
|-----------------------------|--|---|------------------------------------|---------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (9) |
| No intervalo de uma semana. | No intervalo entre uma e duas semanas. | No intervalo entre duas e quatro semanas. | No intervalo mínimo de três meses. | Não sei/Não lembro. |

37
equipe

38. Com qual frequência você participa das ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?

- | | | | | |
|-------------------|---------------------|------------------|--|---------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (9) |
| Sempre participo. | Às vezes participo. | Pouco participo. | Delego essa atividade para outros colegas da equipe. | Não sei/Não lembro. |

38
responsaveis

39. Como você classifica sua participação nas estratégias de acolhimento às crianças com idade entre 0 e 5 anos de idade que são assistidas nesta Unidade de Saúde?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (9) |
| De forma muito decisiva. | De forma decisiva. | Participações esporádicas. | Nenhuma participação. | Não sei/Não lembro. |

39
acolhimento

40. Qual percentual do seu tempo é dedicado a realizar busca ativa de crianças que estão na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?

- | | | | | |
|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (9) |
| De 80% a 100% do tempo. | De 50% a 80% do tempo. | De 30% a 50% do tempo. | Menos de 30% do tempo. | Não sei/Não lembro. |

40
faixa

41. Você poderia nos dizer com qual frequência você participa de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios cuja temática seja a saúde na primeira infância?

- | | | | | |
|-------------------|---------------------|------------------|------------------|---------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (9) |
| Sempre participo. | Às vezes participo. | Pouco participo. | Nunca participo. | Não sei/Não lembro. |

41
palestras

42. Como você classifica a disponibilização de tempo pela Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para participar de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (9) |
| De forma muito satisfatória. | De forma satisfatória. | De forma pouco satisfatória. | De forma insatisfatória. | Não sei/Não lembro. |

42
coordenacao

43. Com qual frequência a equipe da sua Unidade de Saúde realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre são realizadas.	Às vezes são realizadas.	Pouco são realizadas.	Nunca são realizadas.	Não sei/Não lembro.

43
reunioes

44. Como você classifica sua participação nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária) promovidas pela equipe da sua Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito decisiva.	De forma decisiva.	Pouca participação.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

44
classifica

45. Você pode nos informar com qual frequência você participa de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como creches, igrejas e centros comunitários?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

45
participa

46. Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à assistência à saúde da criança na primeira infância?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

46
politica

47. Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à Coordenação e/ou Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

47
atencao

48. Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à sua comunidade para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

48
junto

49. Com qual frequência você participa de atividades multiprofissionais de vigilância à saúde de crianças na primeira infância?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

49
vigilancia

50. Com qual frequência você participa das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura na sua Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Raramente participo.	Delego para outros colegas esse tipo de atendimento.	Não sei/Não lembro.

50
prenatal

51. Como você classifica a importância da saúde bucal durante os 5 primeiros anos de vida de uma criança?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito determinante.	De forma determinante.	Pouco determinante.	Não considero determinante.	Não sei/Não lembro.

51
primeiros

52. Você saberia nos informar, em termos percentuais, quantas crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade conseguem ser atendidas pelo dentista da sua Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De 80% a 100%.	De 50% a 80%.	De 30% a 50%.	Menos de 30%.	Não sei/Não lembro.

52
dentistas

53. Como você classificaria o quantitativo de profissionais da sua Unidade de Saúde que atuam na atenção às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?

(1) Atende plenamente as necessidades de assistência a essa população.	(2) Atende apenas as necessidades básicas dessa população.	(3) Atende os casos emergenciais.	(4) Os profissionais desta Unidade de Saúde não realizam assistência a essa população.	(9) Não sei/Não lembro.
---	---	--------------------------------------	---	----------------------------

53
quantitativo

54. Como você classifica a implementação e execução das atividades para crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade na sua Unidade de Saúde?

(1) Atende as referências de saúde em sua totalidade.	(2) Atende parcialmente as referências de saúde.	(3) Atende minimamente as referências de saúde.	(4) Não atende as referências de saúde.	(9) Não sei/Não lembro.
--	---	--	--	----------------------------

54
execução

55. Você pode nos dizer o tempo médio que uma gestante espera para realizar a primeira consulta (pré-natal, puerpério) na sua Unidade de Saúde?

(1) No intervalo de uma semana.	(2) No intervalo entre uma e duas semanas.	(3) No intervalo entre duas e quatro semanas.	(4) No intervalo mínimo de três meses.	(9) Não sei/Não lembro.
------------------------------------	---	--	---	----------------------------

55
puerperio

56. Você pode nos dizer o tempo médio que uma criança espera para realizar a primeira consulta (puericultura) na sua Unidade de Saúde?

(1) No intervalo de uma semana.	(2) No intervalo entre uma e duas semanas.	(3) No intervalo entre duas e quatro semanas.	(4) No intervalo mínimo de três meses.	(9) Não sei/Não lembro.
------------------------------------	---	--	---	----------------------------

56
puericultura

57. Você saberia nos informar quanto tempo uma criança com até 5 anos de idade aguarda na recepção para ser atendida na sua Unidade de Saúde?

(1) Entre 10 e 20 minutos.	(2) Entre 20 e 30 minutos.	(3) Entre 30 minutos e 1 hora.	(4) Mais de 1 hora.	(9) Não sei/Não lembro.
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------	----------------------------

57
recepção

58. Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados; consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) da sua Unidade de Saúde para realizar a atenção às crianças menores de 5 anos de idade?

(1) Atende as necessidades em sua totalidade.	(2) Atende parcialmente.	(3) Atende minimamente as necessidades.	(4) Não atende as necessidades.	(9) Não sei/Não lembro.
--	-----------------------------	--	------------------------------------	----------------------------

58
física

As próximas perguntas são destinadas apenas para os(as) Dentistas. Continue de acordo com a sua rotina de atendimento nesta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses.

59. Se você realiza atendimento a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, com qual frequência elas vão à consulta odontológica por terem sido encaminhadas por outros profissionais de saúde desta Unidade?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sei/Não lembro/Não se aplica.

59
outros

60. Você pode nos informar a principal razão pela qual atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Tratamento preventivo (exemplos: condutas preventivas para cárie, medidas preventivas para hábitos bucais deletérios, orientações e acompanhamento da erupção dentária, instruções sobre amamentação).	Tratamento de promoção de saúde (exemplos: tratamentos educativos, controle e motivação para hábitos saudáveis e tratamentos com fluoretos).	Tratamento curativo (exemplos: tratamentos para cárie, intervenções para sucção digital e uso de bicos, recursos para o atraso da erupção dentária, procedimentos para a anquiloglossia e tratamentos para maloclusão).	Urgência (Exemplo: odontalgia, trauma dentário).	Não sei/Não lembro/Não se aplica.

60
atende

61. Qual seria o percentual, em média, de atendimentos a crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De 80% a 100%.	De 50% a 80%.	De 30% a 50%.	Menos de 30%.	Não sei/Não lembro.

61
media

62. Com qual frequência sua equipe de saúde estabelece e controla as condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) na comunidade que você assiste?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sei/Não lembro.

62
controla

63. Como você classifica sua participação nas ações de estabelecimento e controle das condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) **na comunidade que você assiste?**

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito decisiva.	De forma decisiva.	Participações esporádicas.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

63
comunidade

64. Qual a influência da *cultura da comunidade* no planejamento do *tratamento* de cárie na primeira infância das crianças assistidas nesta Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito determinante.	De forma determinante.	Pouco determinante.	Não considero determinante.	Não sei/Não lembro.

64
planejamento

65. Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

65
carie

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE
BUCAL INFANTIL – USUÁRIOS (QSSBI-U)**



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



QUESTIONÁRIO

**Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde Bucal na Primeira Infância
– Na Perspectiva dos Usuários**

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa porque seu/sua filho(a) (ou a criança sob sua responsabilidade) é assistido(a) por profissionais de saúde que trabalham em Unidades Básicas de Saúde.

Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre 0 e 5 anos nas Unidades Básicas de Saúde.

Precisamos de um pouco do seu tempo para que responda as perguntas seguintes, para as quais não existe resposta certa ou errada. Gostaríamos apenas que fosse o mais sincero possível. Essas respostas serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação, e serão utilizadas apenas para fins científicos.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco/CEP-UFPE, respeitando todas as diretrizes da resolução nº 466/2012, e você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ciência e assinatura.

Desde já, a equipe da pesquisa “Qualidade da Atenção à Saúde Bucal na Primeira Infância” agradece sua participação nesta etapa do estudo e fica à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Seleção do Usuário

Data da entrevista: ____/____/____

Seu/Sua filho(a) (ou a criança sob sua responsabilidade) recebeu atendimento nesta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses?

(1) Sim.

(2) Não.

Município onde a Unidade de Saúde em que seu/sua filho(a) (ou a criança sob sua responsabilidade) recebeu atendimento está localizada:

recatend

município

Nome da Unidade de Saúde em que seu/sua filho(a) (ou a criança sob sua responsabilidade) recebeu atendimento:

unidade

Dados Sociodemográficos

1. Grau de parentesco do(a) responsável pela criança:

(1) (2) (3) (4) (9)
Mãe. Pai. Avó/Avô. Tia/Tio. Outro grau de parentesco.

1
parentesco

2. Sexo do(a) responsável pela criança:

(1) (2)
Feminino. Masculino.

2
sexoresp

3. Idade (em anos) do(a) responsável pela criança:

3
idadresp

4. Estado civil do(a) responsável pela criança:

(1) (2) (3) (4) (9)
Solteiro(a). Casado(a). Divorciado(a). Viúvo(a). Outro.

4
estresp

5. Grau de escolaridade (completo) do(a) responsável pela criança:

(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Pós-graduação. Superior. Médio. Fundamental. Pré-escola. Sem escolaridade.

5
escresp

6. Com qual frequência você é o(a) responsável por acompanhar a criança nos atendimentos nesta Unidade de Saúde?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

6
freqacom

7. Fonte de renda/empregatícia do(a) chefe de família da criança:

(1) (2) (3) (4) (5)
Agricultura. Pesca. Indústria. Comércio. Autônomo.

(6) (7) (8) (10) (9)
Setor Público. Setor Privado. Recebe apenas o apoio de Programas Sociais. Sem fonte de renda no momento. Não sabe/Não lembra.

7
fonteren

8. Renda média mensal da família da criança:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(9)
Abaixo de 1 salário- mínimo.	Entre 1-2 salários- mínimos.	Entre 2-3 salários-mínimos.	Entre 3-5 salários- mínimos.	Acima de 5 salários- mínimos.	Não sabe/Não lembra.

8
renda**9. Sexo da criança:**

(1)	(2)
Feminino.	Masculino.

9
sexocrian**10. Idade (em anos) da criança:**

10
idadcria

As perguntas desse formulário estão direcionadas de acordo com a rotina de atendimento do(a) SEU/SUA FILHO(A) (OU CRIANÇA SOB SUA RESPONSABILIDADE) nesta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses. Por favor, responda sempre lembrando como foi a experiência com o cuidado de saúde DELE(A).

11. Com qual frequência você (ou a mãe da criança) recebeu atendimento nesta Unidade de Saúde quando estava gestante?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sabe/Não lembra.

11
freqgest**12. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “*Nunca*”, PULAR ESTA QUESTÃO) Durante o período da gestação, quais profissionais desta Unidade de Saúde atenderam você (ou a mãe da criança)?**

(1)	(2)	(3)	(4)
Médico(a), Enfermeiro(a) e Dentista.	Médico(a) e Enfermeiro(a).	Médico(a) e Dentista.	Enfermeiro(a) e Dentista.
(5)	(6)	(7)	(9)
Apenas Médico(a).	Apenas Enfermeiro(a).	Apenas Dentista.	Não sabe/Não lembra.

12
pergest**13. Com qual frequência sua criança recebe atendimento nesta Unidade de Saúde?**

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sabe/Não lembra.

13
freqcria

14. Quais profissionais desta Unidade de Saúde já atenderam sua criança?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| (1)
Médico(a),
Enfermeiro(a) e
Dentista. | (2)
Médico(a) e
Enfermeiro(a). | (3)
Médico(a) e Dentista. | (4)
Enfermeiro(a) e Dentista. |
| (5)
Apenas
Médico(a). | (6)
Apenas
Enfermeiro(a). | (7)
Apenas Dentista. | (9)
Não sabe/Não lembra. |

14
profissionais**15. Você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta da sua criança com o(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde?**

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|-----------------------------|
| (1)
No intervalo de
uma semana. | (2)
No intervalo entre
uma e duas
semanas. | (3)
No intervalo entre duas
e quatro semanas. | (4)
No intervalo
mínimo de
três meses. | (9)
Não sabe/Não lembra. |
|---------------------------------------|---|---|---|-----------------------------|

15
tempo**16. Você poderia nos dizer se sua criança é atendida por qualquer profissional desta Unidade de Saúde sempre que precisa, independentemente de estar agendada ou não?**

- | | | | | |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| (1)
Sempre. | (2)
Às vezes. | (3)
Raramente. | (4)
Nunca. | (9)
Não sabe/Não lembra. |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|

16
precisa**17. Sua criança é atendida pelos mesmos profissionais nesta Unidade de Saúde?**

- | | | | | |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| (1)
Sempre. | (2)
Às vezes. | (3)
Raramente. | (4)
Nunca. | (9)
Não sabe/Não lembra. |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|

17
mesmos**18. Com qual frequência você considera que os profissionais de saúde desta Unidade o(a) escutam e conversam com respeito e atenção durante as consultas com sua criança?**

- | | | | | |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| (1)
Sempre. | (2)
Às vezes. | (3)
Raramente. | (4)
Nunca. | (9)
Não sabe/Não lembra. |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|

18
escutam**19. Você percebe que os dados de saúde da sua criança são registrados pelos profissionais de saúde desta Unidade em um prontuário durante as consultas?**

- | | | | | |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| (1)
Sempre. | (2)
Às vezes. | (3)
Raramente. | (4)
Nunca. | (9)
Não sabe/Não lembra. |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|

19
prontuario**20. Você percebe que os dados de saúde da sua criança são registrados pelos profissionais de saúde desta Unidade na caderneta da criança durante as consultas?**

- | | | | | |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| (1)
Sempre. | (2)
Às vezes. | (3)
Raramente. | (4)
Nunca. | (9)
Não sabe/Não lembra. |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|

20
caderneta**21. Você acha que suas condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde influenciam na prioridade de atendimento à sua criança?**

- | | | | | |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| (1)
Sempre. | (2)
Às vezes. | (3)
Raramente. | (4)
Nunca. | (9)
Não sabe/Não lembra. |
|----------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|

21
condicoes

22. Com qual frequência seus hábitos e crenças influenciam no tratamento da sua criança pelo(a) médico(a), dentista e/ou enfermeiro(a) desta Unidade de Saúde?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

22
crenças

23. O(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde já abordaram alguma vez a saúde bucal enquanto atendiam sua criança?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

23
abordaram

24. Você já teve seu conhecimento sobre saúde bucal questionado por algum dos profissionais de saúde que atendem sua criança nesta Unidade de Saúde?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

24
conhecimen

25. Você foi informado(a) sobre alguma medida para o controle da cárie na infância durante os atendimentos da sua criança nesta Unidade de Saúde?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

25
controle

26. Com qual frequência o(a) médico(a) ou o(a) enfermeiro(a) desta Unidade de Saúde encaminha sua criança para ir ao dentista?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

26
encaminhou

27. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “Nunca”, PULAR as questões 27 a 30) Com qual frequência essas consultas odontológicas foram realizadas pelo(a) dentista desta Unidade de Saúde?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

27
odonto

28. Você pode nos informar a principal razão pela qual sua criança foi encaminhada para consulta com o(a) dentista?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	28 razao
Tratamento preventivo (exemplos: maneiras para prevenir cárie, medidas para evitar hábitos prejudiciais à saúde bucal, orientações sobre e acompanhamento do “surgimento” dos dentes, instruções sobre amamentação).	Tratamento de promoção de saúde (exemplos: tratamentos educativos, controle e motivação para hábitos saudáveis e tratamentos com flúor).	Tratamento curativo (exemplos: tratamentos para cárie, intervenções para os hábitos de “chupar dedo” e uso de chupeta e mamadeira, procedimentos para atraso no “surgimento” dos dentes, procedimentos para “língua presa” e tratamentos para “mal posicionamento dos dentes”).	Emergência (exemplos: “dor de dente”, trauma dentário).	Não sabe/Não lembra.	_____

29. Com qual frequência o(a) médico(a) ou o(a) enfermeiro(a) desta Unidade de Saúde encaminha a sua criança para ir ao dentista e você não segue a orientação?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	29 seguiu
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sabe/Não lembra.	_____

30. Você pode nos informar a principal razão de não ter seguido a orientação de procurar atendimento com dentista para a sua criança?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	30 orientacao
Falta de vagas disponíveis na UBS mais próxima.	Falta de tempo por parte do responsável/ Esquecimento.	Desconsideração da importância da recomendação.	Falha na marcação da consulta.	Não sabe/Não lembra/Não se aplica.	_____

31. Sua criança já foi encaminhada a um especialista pelos profissionais desta Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	31 especialista
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sabe/Não lembra.	_____

32. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “Nunca”, PULAR ESTA QUESTÃO) Com qual frequência, após a consulta com o especialista, você voltou para realizar o atendimento da sua criança com os profissionais desta Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	32 voltou
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sabe/Não lembra.	_____

33. Com qual frequência você considera que o(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s passam para você orientações semelhantes sobre a saúde da sua criança?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

33
semelhante

34. Você pode nos informar com qual frequência você consegue seguir as orientações de saúde para sua criança passadas pelo(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

34
seguir

35. Você consegue nos dizer com qual frequência você verifica os profissionais desta Unidade de Saúde conversando, se comunicando e/ou trabalhando juntos (como, por exemplo: ligações, mensagens, encaminhamentos, atendimentos em conjunto) para o atendimento da sua criança?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

35
juntos

36. Você consegue nos dizer com qual frequência você verifica os profissionais desta Unidade de Saúde conversando, se comunicando e/ou trabalhando com profissionais de outras Unidades (como, por exemplo: ligações, mensagens, encaminhamentos, atendimentos em conjunto) para o atendimento da sua criança?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

36
conversa

37. Com qual frequência os costumes da sua comunidade influenciam na realização das atividades de promoção e prevenção para cárie em crianças com até 5 anos de idade?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

37
costumes

38. Você pode nos dizer a frequência com que a equipe desta Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

38
promocao

39. Considerando as ações de promoção e prevenção específicas para crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) desempenhadas pela equipe desta Unidade de Saúde, com qual frequência você participa delas?

(1) (2) (3) (4) (9)
Sempre. Às vezes. Raramente. Nunca. Não sabe/Não lembra.

39
participa

40. Você pode nos dizer a frequência com que a equipe desta Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

40
prevencao

41. Considerando as ações de promoção e prevenção específicas para gestantes e responsáveis por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por esta Unidade de Saúde, com qual frequência você participa delas?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

41
especificas

42. Com qual frequência você verifica o(a) médico(a), enfermeiro(a) e/ou dentista desta Unidade de Saúde participando do momento de acolhimento à sua criança?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

42
acolhimento

43. Você já recebeu visita na sua casa do(a) médico(a), enfermeiro(a) e/ou dentista desta Unidade de Saúde?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

43
visita

44. Com qual frequência a equipe desta Unidade de Saúde realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

44
reunioes

45. Considerando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplo: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária), **como você classifica sua participação nelas?**

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

45
recuperacao

46. Você pode nos informar com qual frequência o(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s desta Unidade de Saúde participam de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como creches, igrejas e centros comunitários?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

46
creches

47. Com qual frequência você e/ou sua criança participa(m) de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal em locais como creches, igrejas e centros comunitários?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

47
igrejas

48. Com qual frequência você verifica o(a) médico(a), enfermeiro(a) e/ou dentista participando das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura nesta Unidade de Saúde?

(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sabe/Não lembra.

48
prenatal

49. Como você classifica a importância da saúde bucal durante os 5 primeiros anos de vida de uma criança?

(1) Extremamente importante. (2) Importante. (3) Pouco importante. (4) Sem importância. (9) Não sabe/Não lembra.

49
importancia

50. Você acha suficiente o número de profissionais nesta Unidade de Saúde para o atendimento da sua criança?

(1) Atende plenamente as necessidades. (2) Atende apenas as necessidades básicas. (3) Atende os casos emergenciais. (4) Os profissionais desta Unidade de Saúde não atendem as crianças. (9) Não sabe/Não lembra.

50
suficiente

51. Você pode nos dizer o tempo médio que uma gestante espera para realizar a primeira consulta (pré-natal, puerpério) nesta Unidade de Saúde?

(1) No intervalo de uma semana. (2) No intervalo entre uma e duas semanas. (3) No intervalo entre duas e quatro semanas. (4) No intervalo mínimo de três meses. (9) Não sabe/Não lembra.

51
puerperio

52. Você pode nos dizer o tempo médio que sua criança espera para realizar a primeira consulta (puericultura) nesta Unidade de Saúde?

(1) No intervalo de uma semana. (2) No intervalo entre uma e duas semanas. (3) No intervalo entre duas e quatro semanas. (4) No intervalo mínimo de três meses. (9) Não sabe/Não lembra.

52
puericultura

53. Você pode nos dizer quanto tempo sua criança passa aguardando na recepção para ser atendida pelo(a)s médico(a)s, dentistas e/ou enfermeiro(a)s nesta Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Entre 10 e 20 minutos.	Entre 20 e 30 minutos.	Entre 30 minutos e 1 hora.	Mais de 1 hora.	Não sabe/Não lembra.

53
aguardando

54. Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados, consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) **desta Unidade de Saúde?**

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Atende as necessidades em sua totalidade.	Atende parcialmente as necessidades.	Atende minimamente as necessidades.	Não atende as necessidades.	Não sabe/Não lembra.

54
estrutura

55. Se sua criança é atendida por um(a) dentista desta Unidade de Saúde, com qual frequência ela vai à consulta odontológica por ter sido encaminhada por outros profissionais de saúde desta mesma Unidade?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre.	Às vezes.	Raramente.	Nunca.	Não sabe/Não lembra.

55
outros

56. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “*Nunca*”, PULAR ESTA QUESTÃO) Se sua criança é acompanhada por um(a) dentista desta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual o principal motivo das consultas?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Tratamento preventivo (exemplos: maneiras para prevenir cárie, medidas para evitar hábitos prejudiciais à saúde bucal, orientações sobre e acompanhamento do “surgimento” dos dentes, instruções sobre amamentação).	Tratamento de promoção de saúde (exemplos: tratamentos educativos, controle e motivação para hábitos saudáveis e tratamentos com flúor).	Tratamento curativo (exemplos: tratamentos para cárie, intervenções para os hábitos de “chupar dedo” e uso de chupeta e mamadeira, procedimentos para atraso no “surgimento” dos dentes, procedimentos para “língua presa” e tratamentos para “mal posicionamento dos dentes”).	Urgência (exemplos: “dor de dente”, trauma dentário).	Não sabe/Não lembra.

56
motivo

57. Se sua criança é acompanhada por um dentista desta Unidade de Saúde, com qual frequência os costumes da sua comunidade influenciam no tratamento de cárie?

(1)
Sempre.

(2)
Às vezes.

(3)
Raramente.

(4)
Nunca.

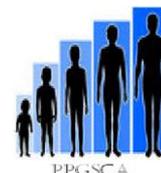
(9)
Não sabe/Não lembra.

57
tratamento

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12) QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Carolina Thaiza Costa Pazos, com o endereço Rua Professor Pedro Augusto Carneiro Leão, 585, BL E-10, Apt 103, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51160-210 – Telefone: (81)99670-6072 (inclusive ligações a cobrar) – email: carolthaiza@gmail.com. E está sob a orientação de Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes – Telefone: 2126-8105, e-mail paulosaviogoes@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa porque é profissional de saúde e trabalha em uma Unidade Básica de Saúde do município do Recife – Pernambuco (PE).

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre 0 e 5 anos, nas Unidades Básicas de Saúde.

A coleta das informações será através da aplicação de um questionário e entrevista sobre suas atividades profissionais nas Unidades Básicas de Saúde. Esse procedimento será realizado apenas uma vez e terá um tempo de duração entre 10 a 30 minutos.

Como benefícios, a presente pesquisa possibilitará maior conhecimento sobre a atenção à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos de idade. Tal conhecimento contribuirá para o melhor planejamento de políticas públicas sociais em saúde, visando melhorias na assistência, condições de saúde e qualidade de vida dessa população.

Já os riscos aos respondentes que tomarão parte do estudo serão mínimos, pois não há nenhuma forma de intervenção. O pequeno risco de constrangimento aos participantes pode acontecer por existirem questões assistenciais a serem abordadas. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão realizadas fora do ambiente de trabalho, sem a presença de membros da equipe assistencial e o participante pode se negar a responder

qualquer pergunta que o deixe embaraçado ou constrangido. Também serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, gravações, entrevistas e questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12) QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Carolina Thaiza Costa Pazos, com o endereço Rua Professor Pedro Augusto Carneiro Leão, 585, BL E-10, Apt 103, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51160-210 – Telefone: (81)99670-6072 (inclusive ligações a cobrar) – email: carolthaiza@gmail.com. E está sob a orientação de Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes – Telefone: 2126-8105, e-mail paulosaviogoes@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa porque é responsável, maior de 18 anos de idade, por uma criança, com idade entre 0 e 5 anos, que foi assistida em uma Unidade Básica de Saúde, no último ano.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre 0 a 5 anos, nas Unidades Básicas de Saúde.

A coleta das informações será através da aplicação de um questionário e entrevista sobre a prestação dos serviços de saúde à criança a qual o(a) senhor(a) é responsável nas Unidades Básicas de Saúde. Esse procedimento será realizado apenas uma vez e terá um tempo de duração entre 10 a 30 minutos.

Como benefícios, a presente pesquisa possibilitará maior conhecimento sobre a atenção à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos de idade. Tal conhecimento contribuirá para o melhor planejamento de políticas públicas sociais em saúde, visando melhorias na assistência, condições de saúde e qualidade de vida dessa população.

Já os riscos aos respondentes que tomarão parte do estudo serão mínimos, pois não há nenhuma forma de intervenção. O pequeno risco de constrangimento aos participantes pode acontecer por existirem questões assistenciais a serem abordadas. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão realizadas fora do ambiente da assistência, sem a presença de membros da equipe assistencial e o participante pode se negar a responder

qualquer pergunta que o deixe embaraçado ou constrangido. Também serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, gravações, entrevistas e questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção da assistência a saúde.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE IMPOSSIBILITADOS DE
ASSINAR**



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS
DOS SERVIÇOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Carolina Thaiza Costa Pazos, com o endereço Rua Professor Pedro Augusto Carneiro Leão, 585, BL E-10, Apt 103, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51160-210 – Telefone: (81)99670-6072 (inclusive ligações a cobrar) – email: carolthaiza@gmail.com. E está sob a orientação de Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes – Telefone: 2126-8105, e-mail paulosaviogoes@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa porque é responsável, maior de 18 anos de idade, por uma criança, com idade entre 0 e 5 anos, que foi assistida em uma Unidade Básica de Saúde, no último ano.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre 0 a 5 anos, nas Unidades Básicas de Saúde.

A coleta das informações será através da aplicação de um questionário e entrevista sobre a prestação dos serviços de saúde à criança a qual o(a) senhor(a) é responsável nas Unidades Básicas de Saúde. Esse procedimento será realizado apenas uma vez e terá um tempo de duração entre 10 e 30 minutos.

Como benefícios, a presente pesquisa possibilitará maior conhecimento sobre a atenção à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos de idade. Tal conhecimento contribuirá para o melhor planejamento de políticas públicas sociais em saúde, visando melhorias na assistência, condições de saúde e qualidade de vida dessa população.

Já os riscos aos respondentes que tomarão parte do estudo serão mínimos, pois não há nenhuma forma de intervenção. O pequeno risco de constrangimento aos participantes pode acontecer por existirem questões assistenciais a serem abordadas. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão realizadas fora do ambiente da assistência, sem

a presença de membros da equipe assistencial e o participante pode se negar a responder qualquer pergunta que o deixe embaraçado ou constrangido. Também serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, gravações, entrevistas e questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA** como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção da assistência a saúde.

Local e data _____

A rogo de _____, que é (deficiente visual ou impossibilitado de assinar), eu _____ assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE F – INSTRUMENTO QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – PROFISSIONAIS (QSSBI-P) – 2ª VERSÃO



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



Qualidade do Serviço de Saúde Bucal Infantil – Profissionais (QSSBI-P)

Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde Bucal na Primeira Infância

– Na Perspectiva dos Profissionais

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa porque é profissional de saúde e trabalha em uma Unidade Básica de Saúde.

Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre 0 e 5 anos nas Unidades Básicas de Saúde. Para isso, tem como referencial teórico o modelo sistêmico de avaliação dos serviços de saúde de Donabedian e os princípios da Atenção Primária à Saúde de Starfield. Suas respostas nos ajudarão a compreender melhor a dinâmica e a prática das Equipes de Saúde da Família e, em especial, aquelas que estão envolvidas com a atenção na primeira infância.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e os resultados serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado, assim, o sigilo sobre a sua participação.

Precisamos de um pouco do seu tempo para que responda as perguntas seguintes, para as quais não existe resposta certa ou errada. Gostaríamos apenas que fosse o mais fidedigno possível.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco/CEP-UFPE, respeitando todas as diretrizes da resolução nº 466/2012, e você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ciência e assinatura.

Desde já, a equipe da pesquisa “Qualidade da Atenção à Saúde Bucal na Primeira Infância” agradece sua participação nesta etapa do estudo e fica à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Seleção do Profissional

Data da entrevista: ____/____/____

Você trabalhou nesta Unidade nos últimos 6 meses?

(1)
Sim.(2)
Não.

Município onde a Unidade de Saúde em que você trabalha está localizada:

Nome da Unidade de Saúde em que você trabalha:

Dados Sociodemográficos

1. Sexo:

(1)
Feminino.(2)
Masculino.

2. Idade (em anos):

3. Estado civil:

(1) Solteiro(a). (2) Casado(a). (3) Divorciado(a). (4) Viúvo(a). (9) Outro.

4. Qual a sua profissão?

(1)
Médico(a).(2)
Dentista.(3)
Enfermeiro(a).

5. Tipo de vínculo empregatício:

(1)
Contrato.(2)
Concurso.(3)
Residente.(9)
Outro.

6. Anos (completos) de formado na graduação:

tempund

munund

nomund

1 sexop

2 idadp

3 estcivp

4 profis

5 vinculo

6 tempgrad

7. Você possui alguma especialidade?

- (1) (2)
Sim. Não.

7
espec
_____**8. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “Não”, PULAR ESTA QUESTÃO)****Se possui alguma especialidade, por favor descreva-a aqui:**
_____8
tipoespe
_____**Responda as próximas perguntas de acordo com a sua rotina de atendimento nesta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses.****9. Com qual frequência você atende gestantes nesta Unidade de Saúde?**

- (1) (2) (3) (4) (9)
Atendo Atendo entre uma Delego para outros Não sei/Não lembro.
diariamente. semana e um mensalmente. colegas o atendimento
mês. dessa população.

9
gestante
_____**10. Com qual frequência você atende crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde?**

- (1) (2) (3) (4) (9)
Atendo Atendo entre uma Delego para outros Não sei/Não lembro.
diariamente. semana e um mensalmente. colegas o atendimento
mês. dessa população.

10
crianca
_____**11. (SE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR FOI “Delego para outros colegas o atendimento dessa população”, PULAR as questões 11 a 34) Quanto às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade nesta Unidade de Saúde, você pode nos dizer o tempo médio entre a marcação e o dia da consulta?**

- (1) (2) (3) (4) (9)
No intervalo No intervalo entre No intervalo No intervalo mínimo Não sei/Não lembro.
de uma uma e duas entre duas e de três meses.
semana. semanas. quatro semanas.

11
tempo
_____**12. Dentre as crianças na primeira infância que você atende nesta Unidade de Saúde, você consegue nos informar qual seria o percentual, em média, dos pacientes que retornam para você?**

- (1) (2) (3) (4) (9)
De 80% a De 50% a 80%. De 30% a 50%. Menos de 30%. Não sei/Não lembro.
100%.

12
retorno

<p>13. Com qual frequência você considera que o tempo da sua consulta nesta Unidade de Saúde é suficiente para realizar a escuta qualificada durante os atendimentos das crianças com idade entre 0 e 5 anos?</p>	<p>13 escuta</p> <hr/>
<p>(1) Sempre. (2) Às vezes. (3) Raramente. (4) Nunca. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>14 dedicado</p> <hr/>
<p>14. Qual <u>percentual do seu tempo de consulta</u> às crianças com idade entre 0 e 5 anos nesta Unidade de Saúde é dedicado à escuta qualificada?</p>	<p>15 prontuario</p> <hr/>
<p>(1) De 80% a 100% do tempo. (2) De 50% a 80% do tempo. (3) De 30% a 50% do tempo. (4) Menos de 30% do tempo. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>16 caderneta</p> <hr/>
<p>15. Você poderia dizer com qual frequência registra em prontuários os atendimentos das crianças menores de 5 anos de idade executados nesta Unidade de Saúde?</p>	<p>17 moradia</p> <hr/>
<p>(1) Sempre registro. (2) Às vezes registro. (3) Raramente registro. (4) Nunca registro. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>18 importancia</p> <hr/>
<p>16. Qual percentual dos atendimentos para crianças com idade entre 0 e 5 anos de idade você registrou na caderneta da criança?</p>	<p>19 conhecime</p> <hr/>
<p>(1) De 80% a 100%. (2) De 50% a 80%. (3) De 30% a 50%. (4) Menos de 30%. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<hr/>
<p>17. Você consegue nos informar com qual frequência considera as <u>condições de moradia, hábitos alimentares, relatos de higiene e cuidados com a saúde</u> para determinar o seu acompanhamento nesta Unidade de Saúde às crianças com 0 a 5 anos de idade?</p>	
<p>(1) Sempre considero. (2) Às vezes considero. (3) Raramente considero. (4) Nunca considero. (9) Não sei/Não lembro.</p>	
<p>18. Você consegue nos informar com qual frequência você consegue abordar a importância da saúde bucal na primeira infância com os responsáveis pelos menores de 5 anos de idade durante as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?</p>	
<p>(1) Sempre abordo. (2) Às vezes abordo. (3) Raramente abordo. (4) Nunca abordo. (9) Não sei/Não lembro.</p>	
<p>19. Em que medida você considera que o conhecimento das <u>condições de higiene e saúde bucal</u> do paciente impacta na sua prática clínica durante o atendimento nesta Unidade de Saúde de crianças com idade entre 0 e 5 anos?</p>	
<p>(1) De forma muito determinante. (2) De forma determinante. (3) Pouco determinante. (4) Não considero determinante. (9) Não sei/Não lembro.</p>	

<p>20. Nos últimos 6 meses, o quão frequentemente você encaminhou crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?</p>					20 encaminhar
(1) Sempre encaminho.	(2) Às vezes encaminho.	(3) Raramente encaminho.	(4) Nunca encaminho.	(9) Não sei/Não lembro.	_____
<p>21. Você pode nos informar a principal razão pela qual encaminha crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade para consulta ao dentista?</p>					21 razao
(1) Tratamento preventivo (exemplos: condutas preventivas para cárie, medidas preventivas para hábitos bucais deletérios, orientações e acompanhamento da erupção dentária, instruções sobre amamentação).	(2) Tratamento de promoção de saúde (exemplos: tratamentos educativos, controle e motivação para hábitos saudáveis e tratamentos com fluoretos).	(3) Tratamento curativo (exemplos: tratamentos para cárie, intervenções para sucção digital e uso de bicos, recursos para o atraso da erupção dentária, procedimentos para a anquiloglossia e tratamentos para maloclusão).	(4) Urgência (exemplos: odontalgia, trauma dentário).	(9) Não sei/Não lembro/Não se aplica.	_____
<p>22. Considerando as crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade que você encaminha para consulta ao dentista, com qual frequência os responsáveis relatam <u>não terem conseguido</u> seguir essa orientação?</p>					22 orientacao
(1) Sempre relatam.	(2) Às vezes relatam.	(3) Raramente relatam.	(4) Nunca relatam.	(9) Não sei/Não lembro/Não se aplica.	_____
<p>23. Caso os responsáveis relatem <u>não terem seguido</u> sua orientação de procurar um atendimento odontológico para a criança na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade, você pode nos informar a principal razão para isso ter acontecido?</p>					23 atendimento
(1) Falta de vagas disponíveis na UBS mais próxima.	(2) Falta de tempo por parte do responsável/ Esquecimento.	(3) Desconsideração da importância da recomendação.	(4) Falha na marcação da consulta.	(9) Não sei/Não lembro/Não se aplica.	_____

<p>24. Das crianças com idade entre 0 e 5 anos que foram encaminhadas ao especialista, quantas voltaram e foram atendidas por você?</p>	<p>24 voltaram</p>
<p>(1) De 80% a 100%. (2) De 50% a 80%. (3) De 30% a 50%. (4) Menos de 30%. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>_____</p>
<p>25. Quando se faz necessário, com qual frequência você consegue apoio dos seus colegas para atender as crianças com até 5 anos de idade?</p>	<p>25 apoio</p>
<p>(1) Sempre atendemos juntos. (2) Às vezes atendemos juntos. (3) Raramente atendemos juntos. (4) Nunca atendemos juntos. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>_____</p>
<p>26. Com qual frequência você considera que <u>você e seus colegas</u> conseguem transmitir orientações de saúde alinhadas e convergentes para as gestantes e os responsáveis pelas crianças menores de 5 anos de idade?</p>	<p>26 alinhadas</p>
<p>(1) Sempre conseguimos. (2) Às vezes conseguimos. (3) Raramente conseguimos. (4) Nunca conseguimos. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>_____</p>
<p>27. Com qual frequência você observa que os responsáveis pelas crianças na primeira infância conseguem seguir suas orientações após as consultas realizadas nesta Unidade de Saúde?</p>	<p>27 observa</p>
<p>(1) Sempre conseguem. (2) Às vezes conseguem. (3) Pouco conseguem. (4) Nunca conseguem. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>_____</p>
<p>28. Considerando a possibilidade de se <u>comunicar</u> com os profissionais de <u>outras Unidades de Saúde</u> para tratar da atenção às crianças menores de 5 anos de idade, como você classificaria a <u>integração</u> entre os colegas?</p>	<p>28 integracao</p>
<p>(1) De forma muito decisiva. (2) De forma decisiva. (3) Integrações esporádicas. (4) Nenhuma integração. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>_____</p>
<p>29. Considerando a população assistida nesta Unidade de Saúde, você consegue nos dizer qual a influência da <u>cultura da comunidade</u> na qual a criança com idade entre 0 e 5 anos está inserida no desenvolvimento das <u>atividades de promoção e prevenção</u> para cárie na primeira infância praticadas nos seus atendimentos?</p>	<p>29 cultura</p>
<p>(1) De forma muito determinante. (2) De forma determinante. (3) Pouco determinante. (4) Não considero determinante. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>_____</p>

<p>30. Você pode nos dizer a frequência com que a <u>equipe da sua Unidade de Saúde</u> realiza ações de promoção e prevenção específicas para <u>crianças com idade entre 0 e 5 anos</u> (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais)?</p> <p>(1) No intervalo de uma semana. (2) No intervalo entre uma e duas semanas. (3) No intervalo entre duas e quatro semanas. (4) No intervalo mínimo de três meses. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>30 acoes</p> <hr/>
<p>31. Com qual frequência <u>você</u> participa das ações de promoção e prevenção específicas para <u>crianças com idade entre 0 e 5 anos</u> (exemplos: realização das consultas de acompanhamento; orientações para o calendário de imunização; prevenção de acidentes; posição para dormir; prevenção de infecção viral respiratória; aleitamento materno; aconselhamento em relação aos hábitos alimentares; aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?</p> <p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>31 promocao</p> <hr/>
<p>32. Com qual frequência a <u>equipe</u> da sua Unidade de Saúde realiza ações de promoção e prevenção específicas para <u>gestantes e responsáveis</u> por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê)?</p> <p>(1) No intervalo de uma semana. (2) No intervalo entre uma e duas semanas. (3) No intervalo entre duas e quatro semanas. (4) No intervalo mínimo de três meses. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>32 equipe</p> <hr/>
<p>33. Com qual frequência <u>você</u> participa das ações de promoção e prevenção específicas para <u>gestantes e responsáveis</u> por crianças menores de 5 anos de idade (exemplos: calendário de consultas; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; orientação alimentar; amamentação; pré-natal odontológico; saúde bucal do bebê) desempenhadas por sua Unidade de Saúde?</p> <p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>33 responsaveis</p> <hr/>
<p>34. Como você classifica <u>sua</u> participação nas estratégias de acolhimento às crianças com idade entre 0 e 5 anos de idade que são assistidas nesta Unidade de Saúde?</p> <p>(1) De forma muito decisiva. (2) De forma decisiva. (3) Participações esporádicas. (4) Nenhuma participação. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>34 acolhimento</p> <hr/>

<p>35. Qual percentual do seu tempo é dedicado a realizar busca ativa de crianças que estão na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?</p> <p>(1) De 80% a 100% do tempo. (2) De 50% a 80% do tempo. (3) De 30% a 50% do tempo. (4) Menos de 30% do tempo. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>35 faixa</p> <hr/>
<p>36. Você poderia nos dizer com qual frequência você participa de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios cuja temática seja a saúde na primeira infância?</p> <p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Nunca participo. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>36 palestras</p> <hr/>
<p>37. Como você classifica a <u>disponibilização de tempo</u> pela <u>Coordenação e/ou Secretaria de Saúde</u> para participar de atividades como palestras, cursos, congressos e simpósios?</p> <p>(1) De forma muito satisfatória. (2) De forma satisfatória. (3) De forma pouco satisfatória. (4) De forma insatisfatória. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>37 coordenacao</p> <hr/>
<p>38. Com qual frequência a equipe da <u>sua Unidade de Saúde</u> realiza reuniões cuja temática são as ações de prevenção, promoção e recuperação da <u>saúde bucal</u> de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária)?</p> <p>(1) Sempre são realizadas. (2) Às vezes são realizadas. (3) Pouco são realizadas. (4) Nunca são realizadas. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>38 reunioes</p> <hr/>
<p>39. Como <u>você</u> classifica sua participação nas ações de prevenção, promoção e recuperação da <u>saúde bucal</u> de crianças com idade entre 0 e 5 anos (exemplos: aconselhar os responsáveis sobre a importância de sua própria saúde bucal; incentivar o estabelecimento de uma clínica odontológica que inclua histórico médico, exame odontológico e orientações prévias; fornecer informações preventivas sobre cárie; avaliar o risco de cárie para facilitar a prevenção adequada; informar os responsáveis sobre hábitos orais não nutritivos, dentição, crescimento e desenvolvimento, trauma orofacial, anquiloglossia e erupção dentária), promovidas pela equipe da sua Unidade de Saúde?</p> <p>(1) De forma muito decisiva. (2) De forma decisiva. (3) Pouca participação. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	<p>39 classifica</p> <hr/>

<p>40. Você pode nos informar com qual frequência você participa de atividades de prevenção e promoção em <u>saúde bucal</u> para crianças menores de 5 anos de idade e/ou seus responsáveis em locais como <u>creches, igrejas e centros comunitários</u>?</p>	40 participa <hr/>
<p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	
<p>41. Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à <u>Coordenação e/ou Secretaria de Saúde</u> para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à <u>assistência</u> à saúde da criança na primeira infância?</p>	41 politica <hr/>
<p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	
<p>42. Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à <u>Coordenação e/ou Secretaria de Saúde</u> para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio à <u>atenção à saúde bucal</u> da criança na primeira infância?</p>	42 atencao <hr/>
<p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	
<p>43. Você poderia nos informar com qual frequência você participa de reuniões e atividades junto à <u>sua comunidade</u> para o <u>desenvolvimento de políticas e programas</u> de apoio à atenção à saúde bucal da criança na primeira infância?</p>	43 junto <hr/>
<p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	
<p>44. Com qual frequência você participa de atividades multiprofissionais de vigilância à saúde de crianças na primeira infância?</p>	44 vigilancia <hr/>
<p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Pouco participo. (4) Delego essa atividade para outros colegas da equipe. (9) Não sei/Não lembro.</p>	
<p>45. Com qual frequência você participa das consultas de <u>pré-natal, puerpério e puericultura</u> na sua Unidade de Saúde?</p>	45 prenatal <hr/>
<p>(1) Sempre participo. (2) Às vezes participo. (3) Raramente participo. (4) Delego para outros colegas esse tipo de atendimento. (9) Não sei/Não lembro.</p>	

46. Como você classifica a importância da saúde bucal durante os 5 primeiros anos de vida de uma criança?					46 primeiros
(1) De forma muito determinante.	(2) De forma determinante.	(3) Pouco determinante.	(4) Não considero determinante.	(9) Não sei/Não lembro.	_____
47. Você saberia nos informar, em termos percentuais, quantas crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade conseguem ser atendidas pelo dentista da sua Unidade de Saúde?					47 dentistas
(1) De 80% a 100%.	(2) De 50% a 80%.	(3) De 30% a 50%.	(4) Menos de 30%.	(9) Não sei/Não lembro.	_____
48. Como você classificaria o quantitativo dos profissionais da sua Unidade de Saúde que atuam na atenção às crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade?					48 quantitativo
(1) Atende plenamente as necessidades da assistência a essa população.	(2) Atende apenas as necessidades básicas dessa população.	(3) Atende os casos emergenciais.	(4) Os profissionais desta Unidade de Saúde não realizam assistência a essa população.	(9) Não sei/Não lembro.	_____
49. Como você classifica a implementação e execução das atividades para crianças na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade na sua Unidade de Saúde?					49 execucao
(1) Atende as referências de saúde em sua totalidade.	(2) Atende parcialmente as referências de saúde.	(3) Atende minimamente as referências de saúde.	(4) Não atende as referências de saúde.	(9) Não sei/Não lembro.	_____
50. Você pode nos dizer o tempo médio que uma <u>gestante</u> espera para realizar a <u>primeira consulta</u> (<u>pré-natal, puerpério</u>) na sua Unidade de Saúde?					50 puerperio
(1) No intervalo de uma semana.	(2) No intervalo entre uma e duas semanas.	(3) No intervalo entre duas e quatro semanas.	(4) No intervalo mínimo de três meses.	(9) Não sei/Não lembro.	_____
51. Você pode nos dizer o tempo médio que uma <u>criança</u> espera para realizar a <u>primeira consulta</u> (<u>puericultura</u>) na sua Unidade de Saúde?					51 puericultura
(1) No intervalo de uma semana.	(2) No intervalo entre uma e duas semanas.	(3) No intervalo entre duas e quatro semanas.	(4) No intervalo mínimo de três meses.	(9) Não sei/Não lembro.	_____

52. Você saberia nos informar quanto tempo uma criança com até 5 anos de idade aguarda na recepção para ser atendida na sua Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Entre 10 e 20 minutos.	Entre 20 e 30 minutos.	Entre 30 minutos e 1 hora.	Mais de 1 hora.	Não sei/Não lembro.

52
recepcao

53. Como você classificaria a estrutura física (exemplos: sala de espera; consultórios separados; consultórios com boa ventilação, sem infiltrações e umidade; presença de sanitários em boas condições; presença de equipamentos para execução dos procedimentos) **da sua Unidade de Saúde para realizar a atenção às crianças menores de 5 anos de idade?**

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Atende as necessidades em sua totalidade.	Atende parcialmente.	Atende minimamente as necessidades.	Não atende as necessidades.	Não sei/Não lembro.

53
fisica

As próximas perguntas são destinadas apenas para os(as) Dentistas. Continue de acordo com sua rotina de atendimento nesta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses.

54. Como você classifica sua participação nas ações de estabelecimento e controle das condições de risco de cárie na primeira infância (fatores de risco sociais/comportamentais/médicos; fatores de risco clínicos; fatores de proteção; indicadores de doenças) **na comunidade que você assiste?**

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito decisiva.	De forma decisiva.	Participações esporádicas.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

54
comunidade

55. Qual a influência da cultura da comunidade no planejamento do tratamento de cárie na primeira infância das crianças assistidas nesta Unidade de Saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
De forma muito determinante.	De forma determinante.	Pouco determinante.	Não considero determinante.	Não sei/Não lembro.

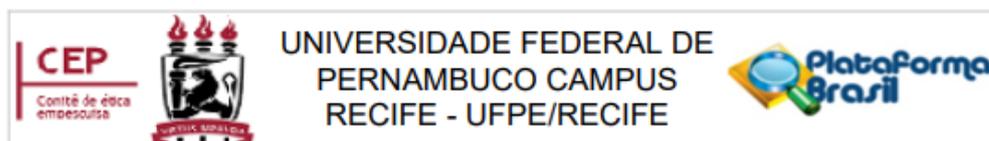
55
planejamento

56. Com qual frequência você participa de atividades de vigilância à cárie na primeira infância?

(1)	(2)	(3)	(4)	(9)
Sempre participo.	Às vezes participo.	Pouco participo.	Delego essa atividade para outros colegas da equipe.	Não sei/Não lembro.

56
carie

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Qualidade da Atenção à Saúde Bucal na Primeira Infância

Pesquisador: Carolina Thaiza Costa Pazos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 92229818.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

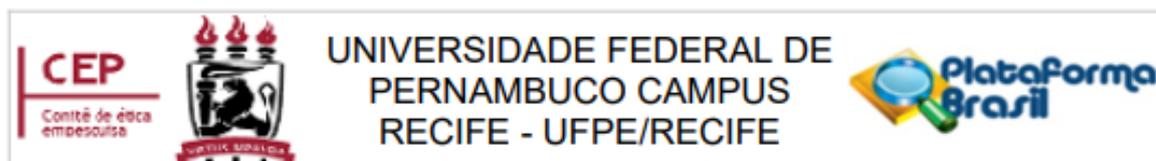
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.877.224

Apresentação do Projeto:

A melhora global da situação de saúde bucal não tem atingido a população nas mesmas proporções. Nas crianças em idade pré-escolar, o índice que mede o número de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod), parece estável ou aponta o aumento da prevalência da doença, especialmente quando as comparações de resultados são procedidas na idade-índice de cinco anos. No Brasil, 27% dos pré-escolares com idade entre 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças aos cinco anos de idade, e entre elas 80% dos dentes não são tratados. Esses dados mostram o não cumprimento da meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2010, que estabelece uma prevalência de 90% de crianças livres de cárie aos cinco anos. Como medida essencial para vencer e evitar essas barreiras, as diretrizes nacionais e internacionais sobre os cuidados da saúde bucal na primeira infância são unânimes em recomendar a atenção multiprofissional, priorizando ações preventivas desempenhadas na atenção primária. Porém, ao passo que são raros os estudos que avaliam a atenção odontológica nesses serviços, não são incomuns as evidências dos problemas no cuidado integral à saúde da criança na atenção primária. Outra forma para melhorar a atenção à saúde bucal dessas crianças está na avaliação dos serviços. A Qualidade de Atenção Primária à Saúde (APS), está relacionada aos atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção orientação familiar e comunitária, e competência cultural. Desse modo, o processo avaliativo pode fortalecer

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.877.224

capacidades para a ação, oportunizar reflexões, discussões coletivas e aprendizagens de indivíduos e grupos envolvidos, assumindo assim uma dimensão política e um fim social. No entanto, é uma área que necessita de avanços, principalmente na Odontologia, onde há uma preocupação maior no sentido de controlar as ações, mas muito pouco se avançou no sentido de avaliar os serviços prestados pelo SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre zero e cinco anos, nas Unidades Básicas de Saúde.

Objetivo Secundário:

1. Elaborar um modelo teórico para avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre zero e cinco anos;
2. Desenvolver e validar um instrumento para avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre zero e cinco anos;
3. Verificar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças com idade entre zero e cinco anos; 4. Testar a associação da qualidade da atenção primária em saúde bucal das crianças com idade entre zero e cinco anos em função das características da unidade de saúde.

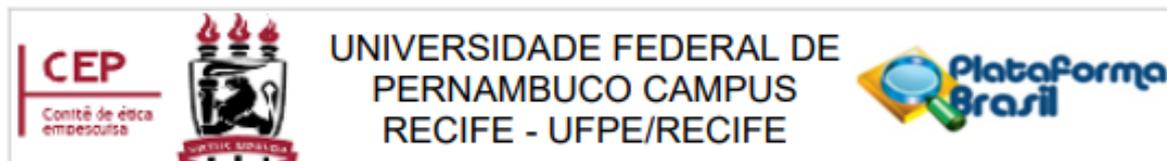
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo poderá trazer como risco algum constrangimento em responder ao questionário, mas esse será minimizado pelo respeito às vontades próprias dos participantes e suas especificidades. Assim como, as entrevistas serão realizadas fora do ambiente da UBS, sem a presença de membros da equipe assistencial, e o participante pode se negar a responder qualquer pergunta que o deixe embaraçado ou constrangido. Também serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados. Informaremos ainda, aos participantes, que não haverá nenhuma consequência em relação ao seu atendimento e tratamentos na Unidade de Saúde local nem em outro nível de atenção.

Benefícios: Em relação aos benefícios, a presente pesquisa possibilitará maior conhecimento sobre a atenção à saúde bucal das crianças de zero a cinco anos de idade. Tal conhecimento contribuirá para o melhor planejamento de políticas públicas sociais em saúde, visando melhorias na assistência, condições de saúde e qualidade de vida dessa população.

Neste protocolo os Riscos estão corretamente previstos e minimizados. Os Benefícios são Indiretos e estão em acordo com os Objetivos e Metodologia propostos.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.877.224

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda ao um protocolo já aprovado pelo Comitê de Ética da UFPE (CAAE 92229818.1.0000.5208 – parecer nº 2.878.034) para atualização de Cronograma. Será um estudo de desenho híbrido, desenvolvido em duas etapas: na primeira, será realizado um estudo de desenvolvimento e validação de dois instrumentos para avaliação da qualidade de saúde bucal na primeira infância. Na segunda etapa, será realizada a avaliação dessa QUALIDADE em crianças, com idade entre zero e cinco anos, aplicando um instrumento (tipo questionário) aos profissionais de saúde e outro (também tipo questionário) nos usuários responsáveis por menores da faixa etária em questão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Recife – Pernambuco. A população amostral está estimada em 2034 participantes divididos em dois grupos: 1- 339 cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros que atuam em UBS, gerente regional de saúde pública, gestores locais de saúde bucal, coordenador de saúde bucal municipal, coordenador de Unidade de Saúde da Família. 2 - 1.695 usuários dos serviços, responsáveis por menores de zero até cinco anos de idade. Apresenta Critérios, bem definidos, de Inclusão e Exclusão para os participantes. Para corroborar com a validação dos instrumentos através de análises comparativas, será realizado um Teste Piloto aplicando à população desse estudo, os instrumentos para pacientes crianças (em seus responsáveis), para profissionais médicos e enfermeiros versão extensa, e para profissionais dentistas. Os dados serão tabulados em planilha do Programa Microsoft Excel Office – Versão 2007, e serão transportados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0 (SPSS para Windows, versão 21.0, EUA, para obtenção dos cálculos estatísticos. Cada etapa de validação dos instrumentos terá análises específicas. Serão avaliadas medidas de tendência central e dispersão dos dados, os quais serão apresentados em tabelas de frequências. A parte analítica dependerá da normalidade dos dados. Em todas as análises será utilizado o nível de significância de 0,05%.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos Obrigatórios estão de acordo com as exigências do CEP/UFPE.

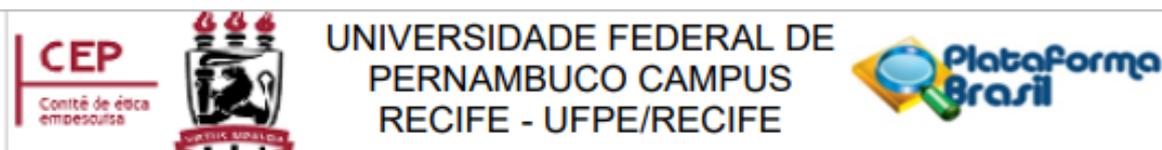
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.877.224

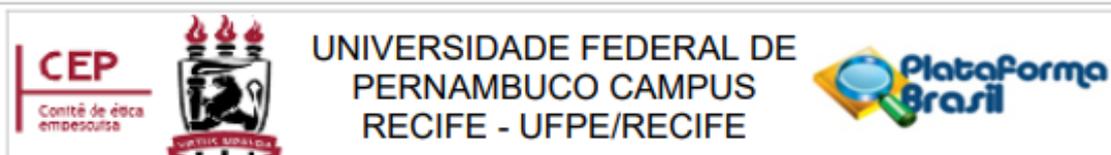
Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2079961 E1.pdf	25/01/2023 15:48:45		Aceito
Outros	historico_20173035823.pdf	25/01/2023 15:47:04	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_CEP_Carolina_Pazos_Alt eracoes_Destacadas.doc	25/01/2023 15:45:44	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA_Carolina Thaiza Costa Pazos.docx	25/01/2023 15:43:30	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	CartaRespostaAsPendencias.doc	21/08/2018 12:49:39	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	AnuenciaRecife200818.pdf	21/08/2018 12:48:47	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_CEP_Carolina_Pazos_alt erado.doc	21/08/2018 12:47:49	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_AOS_USUARIOS_DOS_SERVICOS_DAS_UNIDADES_BÁSICAS DE SAUDE NAO PODE ASSI	26/06/2018 10:48:41	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_AOS_USUARIOS_DOS_SERVICOS_DAS_UNIDADES_BÁSICAS DE SAUDE.doc	26/06/2018 10:48:29	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_AOS_PROFÍSSIONAIS DE SAUDE.doc	26/06/2018 10:47:35	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/06/2018 08:54:54	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade.jpg	19/06/2018 21:16:55	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	Declaracao_do_doutorado_Carolina_Pazos.pdf	19/06/2018 21:13:41	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Nilcema_Figueiredo.pdf	19/06/2018 21:07:22	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Paulo_Savio_Angeiras_de_Goe	19/06/2018 21:04:57	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.877.224

Outros	s.pdf	19/06/2018 21:04:57	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_L attes_Carolina_Thaiza_Costa_Pazos.pdf	19/06/2018 21:00:06	Carolina Thaiza Costa Pazos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 06 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br