



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLAUDIA DA PAZ PINHEIRO

**PROJETO VALE SORRISO: CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E EXPERIÊNCIAS DE
CUIDADO DE CRIANÇAS EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

TERESINA

2019

CLAUDIA DA PAZ PINHEIRO

**PROJETO VALE SORRISO: CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E EXPERIÊNCIAS DE
CUIDADO DE CRIANÇAS EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Marcoeli Silva de Moura
Coorientador: Prof. Dr. Fábio Solon Tajra
Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

TERESINA
2019

CLAUDIA DA PAZ PINHEIRO

PROJETO VALE SORRISO: CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E EXPERIÊNCIAS DE
CUIDADO DE CRIANÇAS EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Banca Examinadora

Profa. Dra. Marcoeli Silva de Moura
Universidade Federal do Piauí – Presidente

Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety
Centro Universitário Uninovafapi - 1º Examinador

Profa. Dra. Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Universidade Federal do Piauí – 2º Examinador

Profa. Dra. Cacilda Castelo Branco Lima
Universidade Federal do Piauí – Suplente

Aprovado em: ____ de _____ de 2019.

TERESINA (PI)

AGRADECIMENTOS

Gratidão é o sentimento que toma conta de mim neste momento. Grata, especialmente, ao Criador de tudo, por permitir todas essas vivências. Toda glória à Ele!

Aos orientadores, nem nos meus melhores sonhos poderia imaginar tamanho aprendizado. Ao Dr. Fábio, ser singular, sua orientação generosa foi terapêutica. À professora Dra. Marcoeli, me faltam palavras para tanta gratidão, quanta paciência, presteza e perfeição nas suas contribuições. À Dra. Cacilda pela disponibilidade em dar luz aos nossos dados. Profissionais do mais alto nível aliado à uma delicadeza motivadora.

A todos os professores do Mestrado, especialmente os Doutores Fernando Guedes, Jaqueline Carvalho e Telma Araújo, por tanta parceria e apoio, fundamentais não só na facilitação do aprendizado, mas por nos levarem a reflexões tão necessárias nesse processo.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, especialmente à minha UFPI.

Aos colegas do Mestrado por terem sido suporte e por protagonizarem momentos inesquecíveis, especialmente à Adriana, Rodrigo e Dalila. Levo todos no coração. Nossas construções foram valiosas.

Às crianças e mães participantes desse estudo por permitirem a criação de um vínculo tão especial e fundamental no exercício do cuidado.

À minha mãe, que privilégio ter você por perto, nunca serei capaz de retribuir todo amor e dedicação que você merece. Aos meus irmãos, que sei, torcem por mim.

Ao Carlos César, um amor em construção constante, desafiador, mas, igualmente, fundamental nesse percurso.

Às minhas Maria Augusta e Nicole, filhas amadas. Incentivadoras, companheiras, razão de toda motivação e determinação na busca desta conquista. Amor que transborda. A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho. Sou só gratidão!

Amor é receber cuidado quando não se está doente.

Fabrcio Carpinejar

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEOD	Cariados, Extraídos e Obturados - Dente Decíduo
CPI	Cárie na Primeira Infância
CPOD	Cariados, Perdidos e Obturados - Dente Permanente
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGB	Programa Preventivo para Gestantes e Bebês
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PVS	Projeto Vale Sorriso
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHO	<i>World Health Organization</i>
RP	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança
DP	Desvio Padrão

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Perfil sociodemográfico e hábitos relacionados à saúde bucal das crianças participantes do Projeto Vale Sorriso. Teresina, Piauí, 2019.	30
Tabela 2 Associação da experiência de cárie dentária com características sociodemográficas e hábitos relacionados à saúde bucal das crianças participantes do Projeto Vale Sorriso. Teresina, Piauí, 2019.....	35
Tabela 3 Número e percentual de crianças participantes do Projeto Vale Sorriso livres de cárie na dentição decídua e permanente, distribuição do ceod e CPOD, e seus componentes de acordo com as faixas etárias. Teresina, Piauí, 2019.	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Programas odontológicos de atenção materno infantil no Brasil.	42
--	----

RESUMO

Introdução: O cuidado com a saúde bucal da população tem repercussão na saúde integral e, conseqüentemente, na qualidade de vida de toda a sociedade. A melhoria da saúde se dá por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação. **Objetivo:** Analisar a condição de saúde bucal e as experiências de cuidado de crianças participantes do Projeto Vale Sorriso no município de Teresina, Piauí. **Método:** Estudo do tipo método misto explanatório sequencial, que foi desenvolvido em duas dimensões: quantitativa e qualitativa. A coleta de dados ocorreu de dezembro/2018 a julho/2019. Na dimensão quantitativa, foi realizado estudo transversal, no qual foram considerados exames clínicos de 235 crianças que participaram de atividades educativo/preventivas do Projeto Vale Sorriso. Foi realizada regressão de Poisson com variância robusta bivariada e multivariada ($p < 0,05$). Na dimensão qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove mães participantes, selecionadas a partir da dimensão anterior. A análise esteve fundamentada na hermenêutica de Paul Ricoeur, sem a utilização de software profissional. **Resultados:** Os valores dos índices ceod/CPOD das crianças participantes do projeto estiveram no intervalo entre 0 a 1,1, considerados pela Organização Mundial de Saúde como muito baixos. A experiência de cárie dentária das crianças participantes do projeto ($N=179$) esteve associada ao sexo ($p=0,020$), escolaridade da mãe ($p < 0,001$) e assiduidade ao projeto ($p=0,027$). Da análise temática, formularam-se três unidades de significado que evidenciaram a compreensão das experiências de cuidado em saúde bucal: 'construindo o conceito de cuidado em saúde bucal', 'acesso às ações e serviços de saúde bucal' e 'experiências no Projeto Vale Sorriso'. **Conclusão:** A atenção odontológica precoce, como parte da Atenção Básica, foi capaz de controlar a cárie dentária em uma população assistida dentro da Estratégia Saúde da Família. A maioria das crianças com dentição decídua ou mista estava livre da doença. As experiências de cuidado observadas nas narrativas foram além do risco biológico, evidenciando forte dimensão moral, como respeito e amor incondicional aos filhos.

Palavras-chave: Cuidado. Serviços de saúde. Cárie.

ABSTRACT

Introduction: Caring for the oral health of the population has an impact on integral health and, consequently, on the quality of life of the whole society. Health improvement is achieved through promotion, prevention and recovery actions, including education. **Objective:** To analyze the oral health condition and care experiences of children participating in the Vale Sorriso Project in the municipality of Teresina, Piauí. **Method:** A sequential explanatory mixed method study, developed in two dimensions: quantitative and qualitative. Data collection took place from December 2018 to July 2019. In the quantitative dimension, a cross-sectional study was carried out in which 235 children who participated in Vale Sorriso Project, were considered. Poisson regression with robust bivariate and multivariate variance was performed. In the qualitative dimension, semi-structured interviews were conducted with nine mothers participating, selected from the previous dimension. The analysis was based on Paul Ricoeur's hermeneutics without the use of professional software. **Results:** The dmft / DMFT index values of the children participating in the project ranged from 0 to 1.1, considered by the *World Health Organization* to be very low. The dental caries experience of the children participating in the project (N = 179) was associated with the child's gender ($p = 0.020$), mother's education ($p < 0.001$) and project attendance ($p = 0.027$). From the thematic analysis, three meaning units that evidenced the understanding of oral health care experiences were formulated: 'building the concept of oral health care', 'access to oral health actions and services' and 'experiences in the Vale Sorriso Project'. **Conclusion:** Early dental care as part of primary care was able to control dental caries in an assisted population within the Family Health Strategy. Most children with deciduous or mixed dentures were free of the disease. The care experiences observed in the narratives went beyond biological risk, showing a strong moral dimension, as respect and unconditional love for children.

Keywords: Care. Health services. Dental cavity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 HIPÓTESE DO ESTUDO	15
1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	15
1.2.1 GERAL	15
1.2.2 ESPECÍFICOS	15
1.2.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	15
2 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	17
2.1 O CUIDADO EM SAÚDE	17
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	17
2.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA NA INFÂNCIA E PROGRAMAS DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA MATERNO-INFANTIL.....	19
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 DIMENSÃO 1: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DEMOGRÁFICO, DETERMINAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CÁRIE E ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E HÁBITOS DE VIDA/COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO PROJETO VALE SORRISO.....	22
3.1.1 TIPO DE ESTUDO	22
3.1.2 LOCAL DO ESTUDO	22
3.1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
3.1.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	23
3.1.5 COLETA DE DADOS	23
3.1.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.2 DIMENSÃO 2: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL A PARTIR DAS NARRATIVAS DE PAIS E RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DO PROJETO VALE SORRISO.....	25
3.2.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	25
3.2.4 PRODUÇÃO DOS DADOS	26
3.2.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	27

3.4 RISCOS.....	27
3.5 BENEFÍCIOS.....	28
4 RESULTADOS	29
4.1 DIMENSÃO 1	29
4.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À FASE QUALITATIVA	40
5 DISCUSSÃO	41
5.1 DIMENSÃO 1	41
5.2 DIMENSÃO 2	47
5.2.1 CONSTRUINDO O CONCEITO DE CUIDADO EM SAÚDE	47
5.2.2. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL.....	51
5.2.3 EXPERIÊNCIA DAS MÃES NO PROJETO VALE SORRISO	54
6 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	64
APÊNDICE B.....	65
APÊNDICE C	67
ANEXO A – FICHA CLÍNICA.....	69
ANEXO B – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PPGB.....	70
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA - PIAUÍ	71
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	72

1 INTRODUÇÃO

Tanto no campo do conhecimento quanto no âmbito das práticas, o processo Saúde-Doença-Cuidado tem subsidiado a compreensão e formulação de modelos e formas de intervenção. A discussão e operacionalização do cuidado em saúde constituem-se um grande desafio na medida em que a compreensão do seu significado depende de um conjunto de fatores que advém de princípios, expectativas individuais e valores sociais (FEKETE, 2000). O conceito de cuidado no campo da saúde é polissêmico e, atravessado pelas concepções de saúde e doença, é um objeto complexo, não linear, plural, emergente, multifacetado, alvo de diversas miradas e fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares de ciência (ALMEIDA FILHO, 2000).

O cuidado com a saúde bucal da população tem repercussão na saúde integral e, conseqüentemente, na qualidade de vida de toda a sociedade. A melhoria da saúde se dá por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação, abrangendo, também, a educação. O envolvimento da população em todas essas etapas é essencial, pois a efetividade das práticas em saúde passa pela conscientização do seu importante papel na continuidade desse processo (PARRO, 2016).

Considerando a Atenção Básica (AB) como porta de entrada das crianças no sistema de saúde, entende-se que é atribuição essencial das Unidades Básicas de Saúde propor medidas educativo-preventivas em busca da promoção da saúde bucal (SCHWENDELER, 2017). A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de zero a cinco anos deve-se dar, no máximo, a partir dos seis meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, recomenda que ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional, e não desenvolvida isoladamente pelo cirurgião-dentista (SCHWENDELER, 2017; BRASIL, 2004).

A qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em relação à abordagem da saúde bucal como parte do cuidado integral à saúde materno-infantil, constitui-se um grande desafio ao fortalecimento da AB, à saúde bucal coletiva e à consolidação

do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo com os avanços observados na saúde bucal, existe, ainda, um longo caminho a ser percorrido, no sentido de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade das ações desse campo, como pressupõe o ideal do SUS. Acredita-se que a questão da integralidade representa um desafio aos profissionais da saúde, porque propõe um rompimento com formas estabelecidas de se construir o cuidado, uma vez que há um confronto quanto a padrões de intervenção odontológica que fazem parte das crenças e/ou tradições (PRESTES, 2013).

A Odontologia, dentro da ESF, se depara, cotidianamente, com vários problemas que revelam a necessidade de mais propostas de promoção da saúde, dentre eles, sobressai-se a Cárie na Primeira Infância (CPI), que se apresenta como um grave problema de saúde pública, e os determinantes de risco, crenças, atitudes e fatores relacionados à oferta de serviços para esta faixa etária ainda são insuficientemente explorados. A instalação precoce de cárie em crianças de pouca idade adquire características destrutivas próprias, configurando um padrão inadequado de desenvolvimento físico, podendo afetar, inclusive, o convívio social. Portanto, compreender o processo saúde-doença bucal requer articular o aspecto biológico aos processos econômicos e culturais do grupo envolvido (CABRAL, 2017).

Partindo desses pressupostos, foi implantado, em 2011, o projeto "Vale Sorriso" em uma equipe de Saúde da Família na UBS do Planalto Uruguai, zona urbana de Teresina, Piauí, baseado no "Programa Preventivo para Gestantes e Bebês" (PPGB), projeto de extensão exitoso da Universidade Federal do Piauí (UFPI), desenvolvido na cidade de Teresina, desde 1997, cujas metas são centradas na recuperação e manutenção da saúde bucal de gestantes e crianças na faixa etária de 0 a 36 meses (MOURA *et al.*, 2009). O atendimento inicia-se com uma ação educativa na qual são abordados temas relacionados aos cuidados com a saúde bucal do bebê, aspectos de como fazer a higienização e o que usar em cada fase de desenvolvimento da dentição. Tem-se, como objetivo, sensibilizar os cuidadores para o grande benefício que essas ações trarão para a vida da criança.

Diante da realidade apresentada, definiu-se como objeto deste estudo: compreensão do cuidado em saúde a partir das experiências em serviço de saúde

bucal em uma equipe da ESF de Teresina, Piauí. Sugeriu-se como indagações para guiar esta pesquisa: qual a condição de saúde bucal das crianças inseridas em um programa de atividades educativo/preventivas voltadas para primeira infância dentro de uma equipe da ESF? Como os pais e responsáveis experienciaram o cuidado em saúde bucal dessas crianças?

1.1 HIPÓTESE DO ESTUDO

A participação em atividades educativo/preventivas de saúde bucal, de forma precoce, cujo eixo norteador seja o cuidado, pode influenciar positivamente a saúde bucal dos sujeitos envolvidos.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.2.1 Geral

Analisar a condição de saúde bucal e as experiências de cuidado de crianças participantes do Projeto Vale Sorriso no município de Teresina, Piauí.

1.2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes do "Projeto Vale Sorriso";
- Determinar a prevalência de cárie das crianças atendidas no "Projeto Vale Sorriso";
- Verificar a associação da experiência de cárie com características sociodemográficas e características relativas a hábitos de vida/comportamento das crianças examinadas;
- Compreender as experiências de cuidado em saúde bucal a partir das narrativas dos cuidadores das crianças participantes do Projeto "Vale Sorriso".

1.2.3 Justificativa e relevância do estudo

Analisar a condição de saúde bucal e as experiências de cuidado de crianças participantes do Projeto Vale Sorriso apresenta-se pertinente em virtude de terem sido evidenciados, na literatura utilizada e em pesquisas de base populacional, uma mudança no perfil epidemiológico da cárie dentária, principalmente em crianças, e que a redução não foi significativa nem uniforme. Esta doença tem estreita relação com o perfil socioeconômico e cultural da população e suas consequências vão além do aspecto biológico, interferindo, significativamente, no desenvolvimento físico e social.

O contato com essa temática fez parte da vivência profissional da pesquisadora em todas as equipes da ESF que atuou. Apenas a observação empírica já evidenciou a grande quantidade de crianças com índices alarmantes de cárie e que, muitas vezes, ora por falta de informação dos cuidadores, ora por falta de acesso aos serviços, tinham, como única alternativa, abordagens mutiladoras.

O presente trabalho se justifica pela necessidade de avaliação constante do cuidado dentro dos serviços de saúde bucal no município de Teresina, PI, pois, embora diversas publicações apontem para a importância de atividades de promoção da saúde voltadas para a primeira infância, o que se observa é o pequeno envolvimento dos profissionais da Odontologia nessas ações. Pretende-se, com isso, dar suporte ao processo decisório no âmbito desses serviços por meio da identificação de problemas, reorientação de ações desenvolvidas, incorporação de práticas na rotina dos profissionais e a mensuração dos efeitos.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 O CUIDADO EM SAÚDE

A difícil procura pela conceituação do cuidado em saúde proporciona novos diálogos no campo do conhecimento, saberes e práticas, evidenciando a complexidade desse fenômeno social e humano, demonstrando ser pouco sistematizado e passível de várias perspectivas de compreensão. Segundo Waldow (2011), o cuidado é percebido como um modo de ser, sem ele, deixa-se de ser humano, e seu aspecto fundamental é o deslocamento do interesse da nossa realidade para a do outro.

O termo cuidado em saúde, segundo Fekete (2000), que é corroborada por Filho (1997), tem interpretação pouco precisa e constitui-se em um grande desafio, sendo que a compreensão do seu significado depende de um conjunto de fatores, os quais se originam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais. Com base na opinião dos autores, é possível compreender o cuidado como uma gama de atos, comportamentos e atitudes bem particulares, sendo, dessa forma, o motivo pelo qual encontra tamanha variedade de significações.

Trazendo a saúde bucal como tema indissociável da saúde geral e como um direito à cidadania, Parro (2016) considera que o cuidado com a saúde bucal da população tem repercussão na saúde integral e, conseqüentemente, na qualidade de vida de toda a sociedade. Salaria, também, que a melhoria da saúde se dá por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação, abrangendo, também, a educação. Dentro desse contexto, enfatiza que o envolvimento da população, em todas essas etapas, é essencial, pois a efetividade das práticas em saúde passa pela conscientização do seu importante papel na continuidade desse processo.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

A Estratégia Saúde da Família (ESF) nasceu em dezembro de 1993, fundamentada em algumas experiências municipais que já estavam em andamento

no país. Surge como uma proposta ousada, objetivando o rompimento com o pragmatismo da dita vigilância à doença. Começou aí o diálogo com Estados, municípios e técnicos do Ministério da Saúde em busca de estratégias capazes de contribuir para reorganização e fortalecimento da Atenção Básica como primeiro nível de atenção à saúde no SUS mediante ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas e serviços nos territórios, o mais perto possível, de cada família brasileira (BRASIL,2010).

O Ministério da Saúde, considerando a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, publicou a portaria GM/MS nº 1444, em dezembro de 2000, que inseriu a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF (BRASIL, 2000). Esta inserção representou a possibilidade de construção de um espaço de práticas voltadas para o cuidado da população a fim de dar respostas às suas demandas, ampliando o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (BRASIL,2000).

A inclusão da Equipe de Saúde bucal no PSF representou um avanço na obtenção da qualidade de vida dos usuários, mas a contínua busca por estratégias que promovam a integralidade e a efetividade das ações é fator essencial (OKUYAMA,2017).

A partir de 2004, foram elaboradas, pelo Ministério da Saúde, "Diretrizes da Política Nacional de saúde Bucal". Estas diretrizes sugerem uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, e o desenvolvimento de ações voltadas para linhas do cuidado, como, por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Essa proposta visa a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL,2008).

A implementação da PNSB, lançada em 2004 e intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na inversão do foco da atenção em saúde bucal, visando à construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime. Orienta organizar o ingresso de crianças de 0 a 5 anos no sistema, no máximo a partir de 6 meses,

devendo ser realizado em um contexto multidisciplinar. Nessa fase, a educação em saúde é de extrema importância, visto que o crescimento e o desenvolvimento das mesmas têm forte influência do meio em que vivem. Por esta razão, as ações direcionadas ao atendimento de crianças devem priorizar a promoção da saúde, considerando uma abordagem inclusiva, buscando diminuir, dessa forma, os agravos das doenças bucais (BRASIL,2004).

2.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA NA INFÂNCIA E PROGRAMAS DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA MATERNO-INFANTIL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fixa metas decenais para estimular países em desenvolvimento a adotarem medidas para melhorar seus indicadores em saúde bucal (LOSSO,2009). A meta para 2000 era que 50% das crianças de 5 anos de idade estivessem livres de cárie e, para 2010, este índice seria de 90%, o que não foi alcançado em nenhuma das macrorregiões do Brasil (FDI,1982; BRASIL,2004; HOBDELL,2000).

Com a inclusão da faixa etária de 18 a 36 meses pelo Ministério da Saúde em 2003, no levantamento epidemiológico nacional sobre saúde bucal (SB Brasil 2004), os dados revelaram que em torno de 27% das crianças analisadas apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que, na idade índice de 5 anos, quase 60% das crianças apresentaram a doença (BRASIL, 2004).

No levantamento de 2010, apesar de o Brasil ter ficado ao lado dos países com baixa prevalência de cárie dentária aos 12 anos, o país não obteve sucesso nos resultados conseguidos para as crianças na idade índice de cinco anos. Nessa faixa etária, 53% das crianças apresentaram cárie e possuíam, em média, 2,4 dentes afetados. O fato é que a doença continua sem tratamento e a diminuição observada, comparando os dois levantamentos, foi pouco expressiva (BRASI, 2011).

Esses dados vêm afirmar que a assistência odontológica a crianças nesta faixa etária no Brasil ainda não é prioridade e que há a necessidade de se estabelecer rotinas de atividades preventivas, especialmente na Estratégia Saúde da Família, na tentativa de minimizar os efeitos mutilantes, principalmente da cárie dentária.

A instalação de Cárie na Primeira Infância apresenta características específicas, trazendo consequências indesejáveis, como dor e infecção, entre outras. Essas, por conseguinte, podem ordenar um padrão inadequado de desenvolvimento físico e emocional da criança. Dessa forma, compreender o processo saúde-doença bucal, especificamente a cárie dental, exige ampliar o olhar para além de qualquer reducionismo, articulando a instância do biológico aos processos econômico-sociais e culturais nos quais ela está inserida (CABRAL, 2017).

A importância da introdução precoce da educação em saúde na vida do indivíduo, com a finalidade de evitar a aquisição de hábitos prejudiciais e, conseqüentemente, a instalação da doença, é enfatizada por inúmeros autores. Rank *et al.* (2014) avaliaram a eficácia do Programa de Saúde Bucal em bebês na cidade de Gurupi, no Tocantins, após quatro anos de implantação. Avaliaram 60 crianças de 3 anos de idade de ambos os sexos, dividindo-as em três grupos: G1: participantes do programa, G2: crianças que deixaram de participar e G3: crianças que nunca participaram do programa. Foi aplicado questionário às mães e, logo após, as crianças foram submetidas a exame clínico para análise da doença cárie e condição gengival. Os resultados obtidos mostraram que as crianças que frequentaram regularmente o programa não apresentaram cárie, porém as crianças do G2 e G3 desenvolveram a doença em 35% e 70%, respectivamente. Os dados obtidos mostraram que o programa foi eficiente na prevenção de cárie, mesmo naquelas que não continuaram participando do programa, quando comparadas com aquelas que nunca participaram.

Moura *et al.* (2009) avaliaram a prevalência de cárie em crianças que participaram de um programa odontológico atendendo mães e crianças em Teresina, Piauí. Foram selecionadas 343 crianças de 3 a 6 anos de idade. As mães responderam ao questionário e as crianças foram examinadas. Com base nos resultados, os autores puderam concluir que quanto maior a frequência de participação no programa preventivo para gestantes e bebês mais baixo foi o índice de dentes cariados observado nas crianças assistidas.

A saúde bucal na primeira infância depende da qualidade e do acesso das mães às medidas educativas e preventivas, bem como do reforço constante na construção desse conhecimento. Vale ressaltar que a adoção de hábitos bucais

saudáveis deve ser estabelecida precocemente nas mães, os quais serão repassados à criança como forma de educação continuada (FELDENS *et al.*, 2012).

3 METODOLOGIA

O percurso metodológico utilizado neste estudo foi do tipo método misto. A ênfase nessa abordagem justificou-se pelo fato de que tanto as técnicas qualitativas quanto quantitativas apresentarem potencialidades e limitações. A vantagem da associação das mesmas consiste em retirar o melhor de cada uma, potencializando as possibilidades analíticas (PARANHOS, 2016). A estratégia utilizada foi a explanatória sequencial, na qual os dados quantitativos foram coletados e analisados em uma primeira etapa, seguida da coleta e análise de dados qualitativos desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais (CRESWELL, 2013). As subseções apresentadas a seguir foram, assim, organizadas em função da estratégia de pesquisa utilizada.

3.1 DIMENSÃO 1: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DEMOGRÁFICO, DETERMINAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CÁRIE E ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E HÁBITOS DE VIDA/COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO PROJETO VALE SORRISO

3.1.1 Tipo de Estudo

Este trabalho caracteriza-se como estudo transversal.

3.1.2 Local do Estudo

Esta pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde do Planalto Uruguai, localizada no bairro Vale Quem Tem, na zona urbana do município de Teresina-Piauí. O território da Equipe 105 da ESF dessa UBS, cujas crianças foram assistidas pelo projeto Vale Sorriso, é dividido em seis microáreas: Loteamento Planalto Uruguai, Vila Teresa Brito e Residencial Dom Avelar. Conta com seis Agentes Comunitários de Saúde e possui população adstrita de 1130 famílias (4334 indivíduos).

3.1.3 População e Amostra

A amostra foi censitária e determinada pela utilização dos registros clínicos das 235 crianças que participaram de atividades educativo/ preventivas do Projeto Vale Sorriso, que, até dezembro de 2018, já haviam completado três anos.

3.1.4 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídas todas as crianças cadastradas no Projeto Vale Sorriso, desde 2011, que já tivessem 36 meses, ou mais, até dezembro de 2018, cujos pais/responsáveis concordassem em participar. Foram excluídas aquelas que, por três tentativas, não foram localizadas, que apresentassem alguma doença incapacitante e, também, as que não mais residiam no endereço informado na ficha cadastral (ANEXO A).

3.1.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2018 a abril de 2019. Todas as crianças que participaram das atividades preventivas e que obedeciam aos critérios de elegibilidade foram convidadas a participar da pesquisa. As estratégias que foram utilizadas para o recrutamento ocorreram de quatro formas: (1) Agentes Comunitários de Saúde; (2) Encaminhamento do médico ou enfermeiro da equipe; (3) Por telefone da ficha cadastral e (4) Prontuário Eletrônico do SUS.

Os registros clínicos utilizados foram adaptados das fichas clínicas do PPGGB (ANEXO A). As atividades educativo/preventivas realizadas seguem o protocolo de atendimento do referido programa (ANEXO B). Nesses registros constam características sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade da mãe, início no projeto, número de irmãos, quem cuida da criança, quem indicou o projeto e microárea; e hábitos relacionados à saúde bucal: higiene da boca do bebê (frequência e quando começou), amamentação, hábitos de sucção não nutritiva, ingestão de

guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, biscoitos doces etc.), número de visitas ao projeto e experiência de cárie.

A coleta dos dados foi estruturada em dois momentos: para a caracterização do perfil dos participantes, foi realizada análise documental da ficha cadastral (ANEXO A). Para verificação da prevalência e severidade da cárie dentária, foi realizado exame clínico das crianças no consultório.

Os exames foram realizados no consultório odontológico da UBS Planalto Uruguai com o auxílio de espelho bucal e sonda exploradora, iluminada por refletor e em campo seco. Os participantes foram examinados pela autora do estudo e os dados foram registrados na ficha dos pacientes pela Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Em todas as crianças foi realizada profilaxia, com escova e creme dental, seguida da aplicação tópica de flúor. Aquelas que necessitassem de algum tipo de tratamento, esses foram realizados na mesma sessão do exame ou em outro momento, até que o tratamento fosse concluído.

A prevalência de cárie dentária foi mensurada pelo índice ceod (soma dos dentes cariados, extraídos por cárie e obturados) para dentição decídua e CPOD (soma dos dentes cariados, perdidos por cárie e obturados) para a dentição permanente.

3.1.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 20.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL 60606, EUA), ferramenta de tratamento de dados e análise estatística. O processamento dos dados e a análise estatística foram realizados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® para Windows, versão 20.0, Armonk, NY, USA: IBM Corp). Inicialmente, foi realizada a descrição de frequências absolutas e relativas das variáveis.

A experiência de cárie dentária foi considerada a variável dependente. Os aspectos sociodemográficos, tempo amamentação e hábitos de higiene bucal das crianças foram utilizados como variáveis independentes. Foi realizada regressão de Poisson, com variância robusta bivariada e multivariada. A magnitude da associação

foi avaliada pela razão de prevalência não ajustada e ajustada (RP) e intervalos de confiança (IC 95%). As variáveis com os valores de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo ajustado. Apenas as variáveis com um valor de $p < 0,05$ permaneceram no modelo final.

3.2 DIMENSÃO 2: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL A PARTIR DAS NARRATIVAS DE PAIS E RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DO PROJETO VALE SORRISO

3.2.1 Tipo de estudo

Dentro dessa dimensão, optou-se por realizar uma abordagem qualitativa, por privilegiar os sentidos e os afetos dos movimentos de uma comunidade (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). A ênfase a esse método se justifica pelo fato de que as representações observadas até aqui pertencerem a um universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2016).

3.2.2 Local do Estudo

Os encontros com os participantes para realização das entrevistas aconteceram na UBS do Planalto Uruguaí.

3.2.3 Participantes do Estudo

Tomando por base a coleta e análise dos dados quantitativos, foi realizada a escolha dos participantes desta etapa. Isso esteve relacionado com experiências de saúde e doença diversas na tentativa de diversificar a amostra. Assim, foram selecionados nove cuidadores para entrevista.

Vale mencionar que a pesquisa qualitativa não se fundamenta no critério numérico para garantir sua representatividade. Considera mais relevante os indivíduos sociais com maior vinculação com o problema investigado (MINAYO,

2016). Nesta pesquisa, foi utilizada uma amostra não probabilística ou "por conveniência", que, segundo Vergara (2007), deverá ser constituída pela seleção de participantes que o pesquisador considere representativos da população-alvo, sendo definida pela saturação da questão a ser analisada.

3.2.4 Produção dos dados

A técnica utilizada para coleta de dados qualitativos foi a entrevista semiestruturada, de natureza individual, em encontro único, face a face com os participantes, gravada, partindo de perguntas condutoras, elaboradas a partir dos objetivos do estudo. As perguntas foram elaboradas de forma clara e objetiva, de modo a evitar que as respostas e a interpretação da pesquisadora em relação às mesmas pudessem sofrer algum tipo de viés (Apêndice A). O roteiro foi percorrido obedecendo, também, à dinâmica estabelecida pelas próprias entrevistadas, favorecendo a possibilidade da livre verbalização. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos. Foram realizadas em blocos de três, associadas à transcrição e pré-análise e intercaladas pelo processo de imersão em campo. O período da coleta dos dados foi de maio a julho de 2019.

Cada participante foi identificado a partir de adjetivos que foram atribuídos de acordo com características mais marcantes, segundo a observação da pesquisadora: Amorosa, Descrente, Capaz, Franca, Dedicada, Jeitosa, Radiante, Laboriosa e Decidida.

Aliado a isso, foi produzido um diário de campo reflexivo (OLIVEIRA *et al.*, 2013), que contou com o registro descritivo das ações com notas, impressões, observações, primeiras teorizações, bem como as afetações do autor diante da experiência, os significados atribuídos e o resgate teórico fundamentado em autores.

3.2.5 Análise dos dados

De posse das narrativas e das anotações nos diários de campo, deu-se início à análise dos dados, sem utilização de *software* profissional. A análise se deu a partir

da hermenêutica de Paul Ricoeur (1976). Assim, foram seguidas algumas fases propostas pelo autor, como: leitura inicial, que permite a percepção dos primeiros significados; a leitura crítica, quando se aprofunda a leitura com o objetivo de interpretar e compreender os prováveis significados arraigados ao texto; e a apropriação, quando possibilita o apogeu da compreensão e assimilação da mensagem (RICOUER,1976; TERRA et al., 2009).

Após a realização de cada bloco de três, foi feita a transcrição, na íntegra, das narrativas e realizada a análise, operacionalizada a partir do texto escrito. Elaborou-se uma tabela com três colunas: a primeira foi preenchida com o texto da entrevista na íntegra; a segunda foi destinada aos recortes de fragmentos das narrativas após a realização da leitura inicial, onde começamos a elencar alguns significados observados no texto; na terceira coluna, com a leitura crítica, atribuiu-se as unidades de significação: ‘acesso às ações e serviços de saúde bucal’ e ‘experiências no Projeto Vale Sorriso’.

3.3 Aspectos Éticos

Enquanto projeto de pesquisa, a investigação cumpriu com os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil para a obtenção do consentimento informado dos participantes e garantia da preservação da confidencialidade dos dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (parecer 3.070.182- ANEXO D).

3.4 RISCOS

O presente estudo foi considerado uma investigação com riscos mínimos, já que não foi realizada nenhuma intervenção que pudesse afetar fisiológica ou socialmente os indivíduos participantes. Contudo, a metodologia utilizada para a coleta de dados poderia ocasionar algum desconforto de origem psíquica, uma vez que investigamos sobre o contato de usuários com os serviços de saúde bucal. Em

virtude de implicações legais e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas, além disso, as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado a fim de tornar o momento mais confortável para os participantes. Os mesmos foram informados verbalmente dos objetivos e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido / TCLE (APÊNDICE B) em duas vias e também Termo de Assentimento Livre e Esclarecido / TALE (APÊNDICE C) para as crianças, com texto acessível à sua faixa etária, permitindo-lhes entender, minimamente, o que seria realizado e quais os desconfortos de sua participação na pesquisa. A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, somente será realizada em trabalhos de caráter, exclusivamente, científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa), elaborados, somente, pelos pesquisadores.

3.5 BENEFÍCIOS

O principal benefício deste estudo é possibilitar o aperfeiçoamento do Programa Vale Sorriso e, conseqüentemente, o cuidado em saúde bucal de crianças assistidas pela Unidade Básica de Saúde do Planalto Uruguai, bem como servir de protocolo para as demais equipes de saúde bucal do município.

4 RESULTADOS

4.1 DIMENSÃO 1

Do total de 235 crianças que participaram do Projeto Vale Sorriso e completaram três anos em dezembro de 2018, 52 (23,83%) não mais residiam na área da pesquisa e quatro (1,7%) possuíam alguma doença incapacitante. Um total de 179 (76,17%) crianças compuseram a nossa amostra. As características sociodemográficas e hábitos relacionados à saúde bucal dessas crianças estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 Perfil sociodemográfico e hábitos relacionados à saúde bucal das crianças participantes do Projeto Vale Sorriso. Teresina, Piauí, 2019.

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	129	54,9
Feminino	106	45,1
Escolaridade da mãe (anos de estudo formal)		
≤ 8	29	12,3
> 8	206	87,7
Número de irmãos		
0 ou 1	178	75,7
> 1	57	24,3
Quem cuida da criança		
Mãe/Pai	213	90,6
Avó/Outros	22	9,4
Idade que iniciou no projeto (meses)		
≤ 12	126	53,6
> 12	109	46,4
Iniciou no projeto sem dentes		
Sim	93	39,6

Não	142	60,4
Número de visitas ao projeto		
≤ 2 vezes	197	83,8
> 2 vezes	38	16,2
Quem indicou a UBS?		
ACS	83	35,3
ESF	130	55,3
Outro	22	9,4
Microárea		
Próxima	67	28,5
Distante	168	71,5
Mãe foi ao dentista na gravidez		
Sim	84	35,7
Não	151	64,3
Amamentação exclusiva por 6 meses		
Sim	110	46,8
Não	125	53,2
Tempo total de amamentação (meses)		
Não mama	57	24,3
Até 6	153	65,1

6 – 12	21	8,9
12 a 24	4	1,7
Amamentação noturna		
Sim	218	92,8
Não	17	7,2
Qual tipo de amamentação noturna		
Não	17	7,2
Peito	163	69,4
Mamadeira	55	23,4
Limpa a boca do bebê?		
Sim	177	75,3
Não	58	24,7
Com que?		
Não limpa	58	24,7
Fralda com água	89	37,9
Escova com creme dental	88	37,4
Quantas vezes?		
Não limpa	58	24,7
1 vez	70	29,8
2 ou mais vezes	107	45,5

Quando começou?

Não limpa	58	24,7
Antes do 1º. Dente	121	51,5
6 a 12 meses	38	16,2
Mais de 12 meses	18	7,7

Número de escovações

Não escova	54	23,0
1x	75	31,9
2 ou mais vezes	106	45,1

Aceita escovar?

Não escova	54	23,0
Sim	98	41,7
Não	83	35,3

Ingestão de guloseimas

Livre demanda	140	59,6
Até 3 vezes semana	32	13,6
Raramente	63	26,8

Hábito de sucção não nutritiva

Sim	85	36,2
Não	150	63,8

Tipo de hábito de sucção não nutritiva

Não possui	150	63,8
Chupeta	56	23,8
Dedo	17	7,2
Língua	12	5,1
Total	235	100,0

Fonte: Pesquisa direta dos registros clínicos

A associação da experiência de cárie dentária com características sociodemográficas e hábitos relacionados à saúde bucal das crianças participantes do Projeto Vale Sorriso estão apresentadas na Tabela 2. Crianças do sexo feminino (RP = 1,84; IC95% = 1,10 – 3,09), que retornaram até duas vezes ao projeto (RP = 4,80; IC95% = 1,19 – 19,33) e cujas mães tinham menor escolaridade (RP = 2,28; IC95% = 1,45 – 3,57), apresentaram maior prevalência de experiência de cárie dentária do que crianças do sexo masculino, que visitaram mais de duas vezes ao projeto e cujas mães tinham maior escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2 Associação da experiência de cárie dentária com características sociodemográficas e hábitos relacionados à saúde bucal das crianças participantes do Projeto Vale Sorriso. Teresina, Piauí, 2019.

Característica	Experiência de cárie dentária					
	Ausente n (%)	Presente n (%)	RP não ajustada (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
Sexo						
Feminino	56 (68,3)	26 (31,7)	1,81 (1,06 – 3,09)	0,030	1,84 (1,10 – 3,09)	0,020
Masculino	80 (82,5)	17 (17,5)	1		1	
Escolaridade da mãe (anos de estudo formal)						
≤ 8	13 (50,0)	13 (50,0)	2,55 (1,55 – 4,21)	<0,001	2,28 (1,45 – 3,57)	<0,001
> 8	123 (80,4)	30 (19,6)	1		1	
Microárea						
Próxima	35 (83,3)	7 (16,7)	0,63 (0,30 – 1,32)	0,223		
Distante	101 (73,7)	36 (26,3)	1			
Idade que iniciou no projeto (meses)						
≤ 12	72 (77,4)	21 (22,6)	0,88 (0,52 – 1,49)	0,639		
> 12	64 (74,4)	22 (25,6)	1			
Iniciou no projeto sem dentes						

Não	79 (71,2)	32 (28,8)	1,78 (0,96 – 3,30)	0,066	-	-
Sim	57 (83,8)	11 (16,2)	1		-	
Número de visitas ao projeto						
≤ 2 vezes	104 (71,7)	41 (28,3)	4,81 (1,22 – 18,90)	0,025	4,80 (1,19 – 19,33)	0,027
> 2 vezes	32 (94,1)	2 (5,9)	1		1	
Mãe foi ao dentista na gravidez						
Sim	55 (80,9)	13 (19,1)	0,71 (0,40 – 1,26)	0,239		
Não	81 (73,0)	30 (27,0)	1			
Amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses						
Sim	68 (74,7)	23 (25,3)	1,11 (0,66 – 1,88)	0,690		
Não	68 (77,3)	20 (22,7)	1			
Tempo total de amamentação (meses)						
Não mama	26 (72,2)	10 (27,8)	0,56 (0,13 – 2,45)	0,437		
Até 6	96 (79,3)	25 (10,7)	0,41 (0,10 – 1,72)	0,226		
6 – 12	13 (65,0)	7 (35,0)	0,70 (0,15 – 3,17)	0,643		
12 a 24	1 (50,0)	1 (50,0)	1			
Limpa a boca do bebê?						

Sim	106 (75,6)	34 (24,3)	1,05 (0,55 – 2,00)	0,876
Não	30 (76,9)	9 (23,1)	1	
Quando começou?				
Não limpa	39 (76,9)	9 (23,1)	0,86 (0,31 – 2,39)	0,780
Antes do 1º. Dente	71 (74,7)	24 (25,3)	0,95 (0,38 – 2,35)	0,907
6 a 12 meses	24 (80,0)	6 (20,0)	0,75 (0,25 – 2,26)	0,609
Mais de 12 meses	11 (73,3)	4 (26,7)	1	
Número de escovações				
Não escova	29 (76,3)	9 (23,7)	1,01 (0,51 – 2,00)	0,985
1x	42 (75,0)	14 (25,0)	1,06 (0,59 – 1,92)	0,841
2 ou mais vezes	65 (76,5)	20 (23,5)	1	
Aceita higienizar?				
Não limpa	29 (76,3)	9 (23,7)	0,85 (0,43 – 1,71)	0,658
Sim	60 (78,9)	16 (21,1)	0,76 (0,42 – 1,37)	0,360
Não	47 (72,3)	18 (27,7)	1	
Ingestão de guloseimas				
Livre demanda	19 (73,1)	7 (26,9)	1	

Até 3 vezes semana	19 (73,1)	7 (26,9)	0,92 (0,43 – 1,99)	0,839
Raramente	83 (79,0)	22 (21,0)	0,72 (0,40 – 1,28)	0,261
Total	136 (76,0)	43 (24,0)		

RP: Razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança.

Tabela 3 Número e percentual de crianças participantes do Projeto Vale Sorriso livres de cárie na dentição decídua e permanente, distribuição do ceod e CPOD, e seus componentes de acordo com as faixas etárias. Teresina, Piauí, 2019.

Inicial*						Final**												
Idade (anos)	N (%)	Livres de cárie (%)	ceod μ (\pm DP)	c μ (\pm DP)	e	o	N (%)	Livres de cárie (%)	ceod μ (\pm DP)	C μ (\pm DP)	E	o μ (\pm DP)	N (%)	Livres de cárie (%)	CPOD μ (\pm DP)	C μ (\pm DP)	P	O
1 – 3	111 (100,0)	104 (93,7)	0,35 (1,80)	0,35 (1,80)	-	-												
3 – 6							100 (55,9)	86 (86,0)	0,66 (1,59)	0,43 (1,30)	-	0,23 (0,91)						
7 – 10													79 (44,1)	73 (92,4)	0,05 (0,22)	0,05 (0,22)	-	-

* Dados iniciais somente das 111 crianças com dentes, 68 crianças não tinham dentes irrompidos quando iniciaram no projeto.

** Dados finais das 179 crianças que retornaram nas visitas periódicas para acompanhamento ao projeto.

μ : média; DP: desvio=padrão; c: cariado; e: extraído; o: obturado; C: cariado; P: perdido; O: obturado.

4.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À FASE QUALITATIVA

Nessa seção, estão apresentadas as unidades de significado referentes à fase qualitativa do presente estudo. Embora o foco central fosse a saúde bucal das crianças, o substrato empírico foi obtido a partir das entrevistas com suas cuidadoras. Em consonância com o percurso metodológico, essas ocorreram após a coleta de dados quantitativos e foi limitada a entrevistas com mães de crianças com condições distintas de saúde bucal, isto é, algumas crianças que tivessem somente atendimentos odontológicos preventivos e outras que já haviam necessitado de atenção odontológica por motivos curativos, considerando assiduidade, ou não, ao Projeto Vale Sorriso.

Esse processo permitiu que fosse selecionado um grupo amostral de nove mães. A partir das narrativas foram registradas três unidades de significado: 'construindo o conceito de cuidado em saúde bucal', 'acesso às ações e serviços de saúde bucal' e 'experiências no Projeto Vale Sorriso'. Para efeito didático, cada categoria foi analisada separadamente.

5 DISCUSSÃO

5.1 DIMENSÃO 1

A alta prevalência de Cárie na Primeira Infância (CPI) em todo o mundo tem um grande impacto na saúde das crianças (PITTS, 2019). Dados de CPI, extraídos de 72 estudos mundiais entre 1998 e 2018, mostraram que a prevalência cresce com a idade, variando de 17% em crianças de um ano, 36% aos dois anos e 43% com três anos, indicando, além da alta prevalência, o considerável número de lesões não tratadas (TINANOFF et al., 2019). O tratamento requer ações curativas invasivas que, muitas vezes, acarreta desgaste profissional, familiar e do indivíduo (AAPD, 2018). Portanto, uma atenção especial deve ser dada à dentição decídua, por meio de ações voltadas para a promoção da saúde, com monitoramento periódico.

A alta prevalência de CPI pode estar associada ao perfil da rotina odontológica, caracterizada pela realização de ações eminentemente clínicas, com enfoque curativo, que se mostram insuficientes para responder às necessidades da população. A Política Nacional Saúde Bucal (PNSB) orienta que a organização das atividades da ESB deva acontecer de forma a garantir que 75% a 85% sejam voltadas para o atendimento clínico individual em consultório e 15% a 25% devem ser direcionadas a outras atividades - planejamento, capacitação e atividades coletivas. Essas últimas devem ser, preferencialmente, desempenhadas pelo pessoal auxiliar a fim de potencializar a atenção assistencial do cirurgião-dentista (BRASIL, 2004). Apreende-se desse contexto uma necessária e urgente reavaliação dessa dinâmica de trabalho.

Neste estudo, pôde-se observar que a atenção odontológica precoce, como parte da atenção básica, foi capaz de controlar a cárie dentária em uma população assistida dentro da Estratégia Saúde da Família. A maioria das crianças com dentição decídua ou mista estava livre da doença. Ações educativas simples, desenvolvidas no âmbito familiar, são capazes de controlar as doenças biofilme dental dependentes, entretanto, necessitam ser incluídas precocemente na rotina familiar (MOURA *et al.*, 2009).

A promoção da saúde vem ganhando espaço dentro das discussões de um modelo voltado para a Defesa da Vida, que tem, por alicerce, o despertar da consciência das pessoas sobre sua saúde (KUSMA et al, 2012). Entretanto, superar anos de descaso com a saúde bucal não é tarefa fácil e exige muito compromisso e determinação, mesmo porque as boas práticas dentro da promoção da saúde, muitas vezes, esbarram em sistematizações que dificultam essas ações.

Programas voltados para a atenção odontológica ao bebê não são recentes e seus resultados estão consolidados (Quadro 1). A maior parte desses programas não corresponde a iniciativas municipais, e, sim, atividades de extensão ligadas às universidades, todavia alguns de implantação recente sinalizam para um trabalho realizado dentro da Atenção Básica, o que representa um avanço na construção desse modelo mais integral e equânime no SUS.

Quadro 1 Programas odontológicos de atenção materno infantil no Brasil.

PROGRAMA	ANO DE IMPLANTAÇÃO	LOCAL	ONDE FUNCIONA	QUEM PARTICIPA
BEBÊ CLÍNICA-UEL	1986	Londrina-PR	Supercreche-centro de Londrina-PR, ligado à UEL	Crianças de 0 a 5 anos. Deveria ser inserida até no máximo 6 meses
BEBÊ CLÍNICA	1988	Cambé-PR primeira experiência clínica de atenção odontológica ao bebê na rede pública	Prefeitura municipal de Cambé-PR estruturada como uma extensão do programa desenvolvido pela UEL	O programa infantojuvenil contemplava crianças a partir de 24 meses até 21 anos
BEBÊ CLÍNICA – UFRGS	1990	Porto Alegre-RS	Universidade federal do rio grande do sul	Crianças de 0 a 36 meses
BEBÊ CLÍNICA-CAMPUS ARAÇATUBA-UNESP	1996	Araçatuba-SP	Faculdade de odontologia de Araçatuba (UNESP)	Crianças de 0 a 36 meses
PROGRAMA PREVENTIVO PARA GESTANTES E BEBÊS- PPGB/UFPI	1997	Teresina-PI	Instituto de Perinatologia do Piauí- projeto de extensão ligado à UFPI	Crianças de 0 a 36 meses
ODONTOBABY	1997	Balneário de Camboriú-SC	CEO e nos 26 núcleos de	Crianças desde o nascimento até

			educação infantil do município	no máximo 30 meses
PROJETO ODONTO BEBÊ-UFPA	2000	Belém-PA	Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará	Crianças de 0 a 36 meses
BEBÊ CLÍNICA –PR	2004	Ponta grossa-PR	Prefeitura municipal de ponta grossa-PR	Crianças de 0 a 36 meses
BEBÊ CLÍNICA ODONTOLÓGICA	2017	Fortaleza-CE	Posto de saúde Anastácio Magalhães (1ª unidade implantada)	Crianças de até 47 meses

A referência de Atenção Materno-infantil no Estado do Piauí é o PPGB e muitos são os efeitos positivos ao longo dos anos desde sua implantação. É fonte de várias pesquisas que comprovam suas inegáveis contribuições para a Odontologia (MOURA *et al.*, 2009, 2010,2017). A qualificação dos profissionais que por lá passam permite que esses atuem com segurança nos atendimentos a gestante e bebês (MOURA *et al.*, 2012).

A maioria das mães deste estudo não foi ao dentista durante a gravidez, evidenciando a necessidade urgente do fortalecimento do trabalho multidisciplinar voltado para a educação em saúde destinado a esse público. O Ministério da Saúde recomenda que a mãe, por ter o papel de influenciadora do cuidado no seu núcleo familiar, deva ser incluída em ações educativas e preventivas. Essas atividades, além de qualificarem sua saúde, irão prepará-las para introduzir bons hábitos desde a primeira infância. Diante disso, orienta que a equipe de saúde deva trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal. Deve-se garantir, ao menos, uma consulta odontológica durante esse período, com agendamento das demais conforme suas necessidades individuais (BRASIL, 2018). O enfoque da educação em saúde e da integralidade precisa contribuir para a extinção de mitos que permeiam a gestação e o atendimento odontológico, bem como para a transformação efetiva da gestante em agente educador promovendo a saúde das futuras gerações (PRESTES, 2013). Mas, infelizmente, o que se constata dentro da Atenção Básica é que médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas ainda constroem seus modelos de trabalho, em sua maioria, desconectados.

Neste estudo, a maioria as crianças iniciaram no projeto com menos de 12 meses. Essa característica é relevante porque quanto mais cedo se estabelecer esse contato com a ESB maior a possibilidade de se construir uma Odontologia coparticipativa e solidária, devido ao grande envolvimento dos pais com a criança nessa fase. A Política Nacional de Saúde Bucal também orienta a organização do ingresso de crianças de zero a cinco anos no sistema, no máximo, a partir de seis meses (BRASIL, 2004). Quanto mais precocemente as crianças forem introduzidas em programas preventivos, aumentam, consideravelmente, suas chances de não desenvolverem doenças bucais, atingindo números ainda melhores quando as mães são, ainda, gestantes (LEMOS *et al.*, 2014).

Apesar de iniciarem no programa antes de um ano de idade, a menor parte das crianças deste estudo iniciou no projeto sem dentes irrompidos. À época da implantação do Projeto Vale Sorriso, a atenção odontológica ao bebê, especialmente sem dentes, se constituía fato novo para os cuidadores daquela comunidade. As visitas ao dentista não estavam associadas a cuidados preventivos, mas a procedimentos curativos sempre associados à presença de dentes. Tal fato demonstrou a necessidade de se intensificar ações de educação, promoção e motivação em saúde, principalmente para os pais e cuidadores das crianças, auxiliando no estabelecimento de vínculo, autonomia e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida.

Uma porcentagem expressiva das crianças frequentadoras do projeto ingeria guloseimas em livre demanda e quase a totalidade apresentava amamentação noturna. A associação do consumo de açúcar com o risco à cárie é mais fraca na idade moderna, quando há exposição aos fluoretos. No entanto, há evidências que o uso noturno de mamadeira, especialmente quando é prolongado, pode estar associada à CPI, considerando-se, também, a redução do fluxo salivar nesse período, que é um importante fator de proteção contra a cárie (AAPD, 2018).

O desenvolvimento e a progressão da cárie dentária são influenciados por vários fatores sociodemográficos (POMINI, 2018). Dentre os aspectos estudados, destacam-se aqueles que contribuíram, de forma decisiva, para a ocorrência do evento em pauta na análise multivariada realizada. Sendo assim, houve relação

estatisticamente significativa entre experiência de cárie e as variáveis sexo da criança, escolaridade da mãe e assiduidade ao projeto.

No que se refere ao sexo, muitas pesquisas ressaltam os fatores que podem explicar a prevalência de cárie maior em meninas, incluindo: variações genéticas, fatores alimentares, flutuações hormonais, diferenças salivares e fatores sociais, todos influenciando a composição da microbiota bucal (FERRARO *et al.*, 2010, LUKACS, 2011). O *Lactococcus lactis* acidogênico é mais abundante em meninas com cárie ativa do que em meninos, indicando que esse microrganismo pode desempenhar um papel significativo na formação da microbiota cariogênica em meninas (ORTIZ *et al.*, 2019). Associado a esses fatores, os dentes das meninas geralmente irrompem mais cedo e, dessa forma, são mais precocemente expostos a um ambiente potencial de indução de cárie (FERRARO *et al.*, 2010).

A maior experiência de cárie dentária observada no presente estudo esteve associada ao nível de escolaridade dos pais. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam que quanto maior o nível de instrução, mais elevada a procura por consulta ao dentista, variando de 36,6% (sem instrução e com fundamental incompleto) a 67,4% (superior completo), associado também a bons hábitos de higiene (PNS, 2013). Um estudo realizado em crianças de creches particulares, públicas e filantrópicas de Salvador, as crianças cujas mães cursaram até o primeiro grau, parcial ou completo, apresentaram uma maior prevalência tanto de lesões cavitadas quanto de lesões incipientes, assim como de biofilme dental (CABRAL, 2017). Tais resultados demonstram o papel transformador que a educação exerce na vida das pessoas, sendo forte aliada na obtenção de sucesso nas práticas em saúde.

A assiduidade às consultas foi fator essencial para a melhoria nos níveis de saúde bucal das crianças desta amostra, relação essa observada em vários estudos (LEMOS *et al.*, 2008, 2014, PRESTES *et al.*, 2016). No momento dos retornos, são reforçadas orientações de prevenção, realizado novo exame clínico, seguido de procedimentos de acordo com a necessidade individual. Espaços de escuta, importantes para a avaliação das dificuldades e valorização das conquistas, são criados e demonstram-se fundamentais no estabelecimento de uma interação harmoniosa com o cuidador, possibilitando a continuidade da atenção. Essa variável

ter representado fator determinante na prevenção da cárie fortalece a ideia de que, para controlar o risco do desenvolvimento das doenças bucais, as consultas de retorno devem ser estimuladas, e isso requer um trabalho de reforço intenso de educação e motivação dos pais.

A Declaração de Bangkok, da *International Association of Pediatric Dentistry* (IAPD), tendo, como um de seus objetivos, a compreensão sobre intervenções para reduzir a CPI, recomenda a realização de estudos epidemiológicos de crianças de três e cinco anos para se verificar as necessidades preventivas e restauradoras e, assim, serem balizadores no planejamento das ações voltadas para a promoção da saúde (PITTS, 2019).

No presente estudo, os valores indicativos dos índices ceod/CPOD estiveram no intervalo entre (0 a 1,1), sendo considerados pela OMS como muito baixos. O aumento do ceod observado esteve positivamente relacionado à idade das crianças, considerado um fenômeno comum em função do caráter cumulativo desse índice (BRASIL, 2010). Esse dado revela, ainda, a rapidez com que a cárie dentária acomete as crianças e a necessidade da inclusão dessas crianças o mais precocemente possível nos serviços odontológicos públicos, muitas vezes negligenciadas, por necessitarem de abordagem diferenciada, associada à cultura dos cuidadores de que dentes decíduos não precisam de tratamento (MOURA *et al.*, 2010). Esse fato encontra apoio nos dados da PNAD 2008, que mostrou que 77,8% das crianças, de 0 a 4 anos, nunca visitaram o dentista.

O Ministério da Saúde constatou, por meio de levantamento epidemiológico nacional que, em média, uma criança de cinco anos apresenta 2,43 dentes afetados pela cárie dentária, e 2,07 aos doze anos. Deve ser ressaltado que o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice na idade de cinco anos (BRASIL, 2010). Em relação aos componentes dos índices ceod/CPOD neste estudo, os resultados também mostram uma maior contribuição do componente “c” (cariado), entretanto, em uma proporção mais de quatro vezes menor para o ceod e trinta e quatro vezes menor para o CPOD, comparado ao índice nacional. Acredita-se que a existência do Projeto Vale Sorriso, que dispõe de acompanhamento contínuo, disponibilizado em todos os níveis de prevenção, pode ter contribuído para essa

grande diferença, o que reforça a importância dos programas de atenção odontológica precoce.

5.2 DIMENSÃO 2

5.2.1 Construindo o conceito de cuidado em saúde

Para conseguirmos romper com as limitações do que poderíamos pensar a respeito de saúde, devemos observar o movimento do usuário na construção do conceito de cuidado. Isso inclui as várias reflexões para expressar as sensações experimentadas, como o sentir-se bem consigo e coletivamente e a forte associação que faz com a felicidade, integrante valioso de uma vida saudável.

A saúde é um interesse que emana de todo ser humano, dado ser um bem que todos almejam no curso de suas vidas. Ela faz parte da existência, na medida em que ocupa o topo das buscas mais imediatas na vida. Dessa forma, o pensar sobre saúde não deve ser visto, exclusivamente, pela ótica da ciência, pois é vista como um bem, um desejo, passa a pertencer ao campo existencial e moral (DELIBERADOR, 2010).

O objetivo, ao mergulharmos nesse campo subjetivo das narrativas, é compreender a experiência das mães em relação ao cuidado com a saúde bucal das crianças. O exercício da escuta nos possibilitou perceber os entraves do processo de trabalho e, com isso, subsidiar melhorias no serviço prestado.

Na fala das mães do presente estudo, a compreensão de saúde inclui bem-estar como conceito chave e essa relação nos leva a refletir sobre a existência de uma construção empírica de bem-estar subjetivo, que, segundo DIENER, SUH & OISHI, 1997, revela as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas. Essa percepção frente ao tema saúde não mostrou inclinação para o campo biológico, antagonicamente, emergiram manifestações puramente psicossociais.

“Ter saúde para a pessoa é ter aquele estímulo...é bom...é se sentir bem, estar todo tempo ativo, alegre”. (Descrente)

“Saúde eu acho que é o bem-estar, porque, sem a saúde, a gente não consegue ir além, primeiramente a saúde para depois a gente conseguir os outros objetivos. Saúde em primeiro lugar”. (Dedicada)

“É meu bem-estar e dos meus filhos, principalmente o deles, tudo que eu faço é por eles”. (Laboriosa)

A importância desse entendimento sobre bem-estar subjetivo se dá porque, embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, é no mundo subjetivamente definido que elas respondem. Nessa perspectiva, bem-estar subjetivo tornou-se um importante indicador de qualidade de vida (SIQUEIRA, 2008).

O cuidado ultrapassa a oferta de ações e de serviços, considera os sujeitos, suas vidas e as diferentes ações em saúde produzidas singularmente. Assim, além de institucional e físico, apresenta a dimensão afetiva com suas especificidades. Cuidar nem sempre significa agir, elaborar ações, executar procedimentos. Em alguns momentos, o sujeito necessita, apenas, exercer uma autonomia singular nesse território afetivo (OKUYAMA, 2017; SILVA *et al.*, 2019).

A saúde bucal aparece nitidamente associada ao cuidado dispensado a essas depoentes na infância e o aprendizado que isso gerou para o cuidado com os filhos. Observa-se, nas narrativas, de forma melancólica, fortes traços de afeto.

“O que eu faço pelos meus filhos foi o que não fizeram por mim na minha infância, então, dos meus filhos, eu já cobro muito”. (Amorosa)

“Dar atenção aos filhos, acompanhar eles, estar sempre ao lado deles, dizer sempre que eles podem contar comigo na hora que eles precisarem, para que, no futuro, eles não venham dizer que tiveram uma mãe ausente, eu sempre procuro mantê-los saudáveis”. (Radiante)

De forma espontânea, a percepção do cuidado em saúde bucal evidenciou, também, alguns potencializadores dos agravos, como: desmotivação, exiguidade de tempo e interferências negativas na construção do cuidado. Podemos perceber que a doença se materializa na culpa.

“Se eu tivesse continuado vindo com ele, de pequenininho, e eu também, não tinha acontecido isso”. (Descrente)

“Falta de consciência mesmo, porque é tão melhor estar com a criança com os dentes todos saudáveis, olhe, que criança com dor de dente, não é fácil”. (Franca)

“No meu caso, é porque eu fico mais é sozinha em casa, e trazer um e não trazer os outros, dificulta mais...tenho muitas atividades, deixar eles na escola, buscar, fazer almoço”. (Radiante)

“Tem umas mães que tem tempo, quando eu tinha tempo eu trazia. Eu acho que, quando se tem tempo, tem que trazer, tanto para o dentista quanto para o médico. Eu queria muito ter tempo para trazer, mas não tenho”. (Laboriosa)

O cuidado com a saúde bucal da criança e sua incansável busca pela parceria com a família já é algo consolidado e seus primeiros registros datam de 1929, quando Pereira já mencionava a necessidade dessa abordagem desde a vida da criança ainda no ventre materno. Em contraponto, muitas falas mostram a presença de interferências negativas no cuidado com a dentição decídua, evidenciando a necessidade premente do reforço constante de ações de promoção da saúde.

“O pessoal fala: esse dente vai cair daqui uns dias, não vai precisar limpar” (Franca).

“Tem muita mãe que não está nem aí, acha que os dentes de leite vão cair mesmo, aí não cuida. Eu trouxe os meus, apesar de saber que esses dentes vão cair mesmo, mas eu trouxe os dois, para evitar uma complicação maior” (Decidida).

As consultas aos outros profissionais da ESF costumam ser mais frequentes que as visitas ao dentista, isso demonstra um cuidado com o corpo desvinculado da saúde da boca, e esse olhar contribui, lamentavelmente, para que a lesão de cárie em dentes decíduos seja encarada com normalidade e considerada uma fatalidade. A assistência fragmentada produz indivíduos que não se percebem integrais, devido a isso a importância da lógica da atenção ser fundamentada no trabalho em equipe.

Ao voltarmos o olhar para a criança, sabemos que há uma intensa relação de dependência entre ela e seus cuidadores, conseqüentemente, as práticas em saúde instaladas em casa são decisivas por toda vida, devendo as ações voltadas para esse público sempre considerarem a sua inserção no contexto familiar e toda sua pluralidade. Embora os pais se importem e tenham conhecimento sobre saúde bucal,

a maioria permanece com maus hábitos, refletidos em escovações insuficientes e ausência de consulta ao dentista. Pode-se constatar esse fato, visto que todas as mães tiveram acesso às informações sobre cuidado com a saúde bucal, algumas atribuindo um valor à saúde que vai além da boca, mas, infelizmente, a teoria é muito desvinculada da prática (SOUZA, *et al.*, 2017).

“Já ouvi muitas orientações sobre saúde dos dentes, mas tenho até vergonha, não cuido direito, estou devendo uma visita ao dentista”. (Franca)

“Tem que ter cuidado, porque saúde bucal não é só dente”. (Decidida)

A educação, como ferramenta de transformação social, propicia a reorientação dos hábitos e, até mesmo, a reavaliação de valores podendo, muitas vezes, haver incorporação dos mesmos. Para que se tenha efetividade nas ações de promoção da saúde, os contextos sociais devem ser considerados para que a corresponsabilidade possa ser construída (MASSONI *et al.*, 2015). Os cuidadores referiram que a boa saúde bucal é obtida, principalmente, por meio do cuidado compartilhado com o dentista, o que coloca a corresponsabilização em evidência, levando as pessoas a acreditarem que a saúde bucal pode se dar a partir delas.

“Tem que ter consciência e procurar, não esperar que os profissionais chamem” (Capaz)

“É sempre trazer ao dentista, acho que de seis em seis meses, é estar tendo aquela rotina de estar trazendo ao dentista e manter em casa”.
(Radiante)

“Cuidar é uma obrigação mais nossa que de vocês, vocês não podem estar saindo daqui para ir de casa em casa, nós temos que fazer nossa parte”.
(Decidida)

De fato, quando se pretende estabelecer o cuidado, deve-se conhecer as fragilidades e fortalezas dos sujeitos e a forma com que se organizam nos núcleos familiares. Isso é essencial para a promoção da qualidade de vida de cada comunidade.

5.2.2. Acesso a ações e serviços de Saúde Bucal

Esta unidade de significado faz referência ao acesso a partir da experiência de contato com os serviços de saúde, bem como com os profissionais na perspectiva de construção do vínculo e garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Inicialmente, vale mencionar que o contato com os serviços de saúde, no que se refere à organização e funcionamento, apresentava uma dinâmica específica para os diferentes profissionais da Estratégia Saúde da Família. A forma como estava estruturada foi referida como barreira para o acesso.

O acesso à equipe estava pautado no atendimento médico e de enfermagem. Percebe-se que isso não se mostrava adequado, visto que as estratégias desenvolvidas devem aproximar as categorias profissionais na busca da integralidade.

Aliado a isso, havia demora na marcação das consultas:

“A gente vinha marcar consulta e só (seria atendido) daqui um mês”.
(Descrente)

Na tentativa de minimizar esse problema, a decisão foi disponibilizar um dia na semana para o atendimento à criança. Contudo, essa construção não foi participativa e esteve centrada nas categorias de medicina e enfermagem. A ESB percebeu a oportunidade de se inserir e oferecer ações também voltadas a esse público.

As consultas para o dentista começaram a ser ofertadas em livre demanda no intuito de facilitar o contato com o serviço naquele mesmo turno. O engajamento de todos os profissionais nesse dia parecia oportuno na intenção de mobilizar as pessoas para o cuidado integral.

“[...] antes, tinha que trazer só uma criança (para a consulta médica e de enfermagem) ... tinham que ser cinco quintas-feiras para consultar todo mundo... hoje, venho marcar a consulta qualquer dia, posso trazer todos de uma vez...(mas) com a Odontologia, eu nunca tive esse problema”.
(Radiante)

É importante pensar em estratégias que favoreçam o contato com a equipe. Isso inclui a construção da agenda semanal e a marcação de consultas de forma

programada e/ou espontânea. Vale ressaltar o significativo valor da avaliação e escuta no sentido de conhecer as necessidades dos indivíduos, considerando também aspectos familiares.

“Está mais rápido porque as consultas estão sendo agendadas... melhorou... não demora tanto como antes”. (Jeitosa)

Na elaboração do conceito de acesso, o vínculo aparece como uma ferramenta que agencia a troca de saberes, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al., 2008).

As narrativas evidenciam a construção de vínculo positivo, na qual a ESB é vista com capacidade para acolher a demanda apresentada. Observou-se que, se apoiados, os usuários conseguem participar da superação de condições adversas. As ações acolhedoras são adequadas a alimentar as práticas, fazendo-as eficientes, tornando o vínculo capaz de despertar, no outro, a condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida.

“[...] passamos a conhecer a dentista de perto, ver que o dentista que todo mundo tem medo não é aquele bicho papão, meu filho até gosta...ajudou demais, ali foi o pontapé inicial, o começo de tudo, porque, se eu não tivesse sido orientada, ele teria perdido os dentes. Foi muito bom” (Jeitosa).

“É o jeito que você faz, tem o equipamento certo, para ver a boquinha, os dentinhos deles. Em casa, faço só a higienização normal, escovo ali e pronto, aqui, não, você tem todo cuidado de limpar, faz uma limpeza mais geral, coisa que a gente não faz em casa.” (Decidida).

“Realmente, eu nunca tinha parado para olhar, para ver aquela abertura na boca dele, e ontem eu fiquei pensando, abriu meus olhos. Já comecei a conversar com ele. Não vou tirar de vez a chupeta para ele não ficar triste, mas estou conversando o máximo com ele”. (Decidida)

Diante do que foi exposto, pode-se apreender das narrativas que existe uma relação harmoniosa com os profissionais de saúde. Entretanto, as barreiras produzidas pela estrutura das unidades são limites que, muitas vezes, comprometem as condutas em saúde:

“O atendimento, em si, com o profissional é bom, agora faltam melhorias que tem que vir de fora, estrutura que eles têm que trazer que é pra não faltar. Porque um plano odontológico é muito caro e o SUS a gente termina pagando também... e a gente necessita muito dele”. (Dedicada)

Quando se amplia o conceito de acesso, fazendo com que esse seja percebido como indo além da entrada aos serviços, atingindo a dimensão de cuidados recebidos, já existe um convite a superar a naturalização da centralidade nas demandas terapêuticas. No caso da saúde bucal, a construção de um modelo que exceda as práticas discursivas, centradas no elemento dentário, apresentam-se fundamentais (NEVES, 2010).

O profissional de saúde tem a responsabilidade de agir sobre o outro que se põe sob seu cuidado, mas é, também, ajudar os outros a se ajudarem, estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida (CAMPOS, 2003). Nessa perspectiva, o estabelecimento do contato da ESB com as mães dos bebês, de forma precoce, também apareceu fortalecido nas narrativas, sinalizando que essa estratégia contribui, de forma significativa, para a construção das relações de cuidado.

“[...] eu conheço crianças que tem 3, 4 anos, e nunca viram uma escova, não sabem o que é escovar um dente. A minha, eu sempre trouxe para você bem pequenininha e você me ensinou a limpar, como limpar, sempre escovo os dentinhos dela”. (Dedicada)

“Ele era bebezinho, tinha um mês e quinze dias, eu vim para consulta com a enfermeira. A dentista veio e me chamou para consulta com ela. Olhou a gengiva, a língua, para ver como é que estava, me ensinou a limpar. De lá pra cá acompanha ele direto. Por isso não tem medo de dentista, ele não

criou esse medo que muitas crianças têm de dentista devido nunca ter precisado de nenhum procedimento mais sério”. (Amorosa)

5.2.3 Experiência das mães no Projeto vale Sorriso

As práticas em saúde são, a princípio, construções sociais influenciadas por vários fatores que extrapolam o campo biomédico. Nesse contexto, deve-se expandir o conceito de saúde para além da assistência a pessoas doentes, promovendo qualidade de vida, visto que a saúde não é consequência apenas da intervenção das práticas odontológicas (BRASIL,2004).

A participação da pesquisadora como estagiária do PPGB à época da formação acadêmica foi decisiva para o reconhecimento da sua importância e necessidade da implantação desse modelo dentro da Atenção Básica, pois essa se constitui referência para as famílias adstritas. O referido programa, em pesquisa de satisfação das mães, realizada em 2014, foi muito bem avaliado, tendo sido também citado por algumas entrevistadas como motivação para procura desse serviço na UBS. Um dos quesitos apresentados de insatisfação foi a localização. Esse dado se deveu à distância que se encontra o Instituto de Perinatologia em relação a muitos bairros da cidade de Teresina, dificultando o deslocamento dos pais até o programa (MOURA, *et al.*, 2017). O fator proximidade, como facilitador das práticas nas UBS, mostrou-se relevante nas narrativas, evidenciado o papel determinante desses espaços.

“Fui na Evangelina Rosa, falaram que lá tinha dentista para bebês, mas era mais distante para mim. Mas eu falei “conheço uma dentista que é muito boa e eu sempre vi ela cuidando das crianças recém-nascidas. Aí eu preferi levar ela até você, bem melhor para mim. Nesse tempo, vocês estavam atendendo na Associação de moradores, acho que ela não tinha nem um mês”. (Dedicada)

“É bom porque é perto de casa, então, qualquer coisa eu já venho recorrendo à ela(dentista da UBS), já conhece meu filho”. (Amorosa)

Outra estrutura relevante nas narrativas foi a sensação de não pertencimento que os usuários experimentaríamos ao terem que se deslocar para outros espaços onde os trabalhadores lhes seriam estranhos, além das dificuldades de acessibilidade.

É necessário destacar a importância da intersetorialidade no cuidado, que significa promover intervenções para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente e que possam conduzir a ambientes saudáveis. Envolve o estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde (BRASIL, 2008). A parceria com a escola emergiu como fundamental para o reforço da atenção em saúde, evidenciando o conflito do que vem a ser ensinado no ambiente escolar e no núcleo familiar.

“ Eles passam o dia na escola, seria importante falar para eles escovarem os dentes”. (Amorosa)

“ A gente fala tanto, coloca a escova e a pasta na mochila, mas, se não exigir, eles não escovam. A professora poderia cobrar. (Laboriosa)

Entende-se, por satisfação, a percepção que o usuário tem sobre os aspectos que estruturam os serviços de saúde. O grau de adesão ao tratamento ou às ações preventivas pode ser influenciado pelas relações interpessoais construídas, melhorando o desfecho terapêutico. Devido a esses fatos, torna-se importante considerar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade do serviço (BRUNHAUSER *et al.*, 2013). Nessa perspectiva, é fato que uma das várias maneiras de se analisar a qualidade da atenção é sob a ótica dos usuários, pois essa é construída a partir das suas vivências.

As mães do presente estudo, mesmo aquelas que não foram assíduas ao Projeto Vale Sorriso, consideraram as ações desenvolvidas como extremamente importantes, atribuindo o acometimento da doença cárie à falta às consultas. A criação de laços entre trabalhador e usuário, manifestada pela ideia do acolhimento, mostra o que cada um faz de si em função do outro.

“Eu acho um projeto muito bom, a gente vê a preocupação que vocês estão tendo, não só com as crianças, mas com os adultos também. Mas, com

relação às crianças, elas já vão crescendo com isso na mente, que tem que cuidar da saúde bucal”. (Dedicada)

“É muito importante, fui muito acolhida e serviu para minha vida e da minha família. Todas as mães devem conhecer...você deve continuar, chegar e se aconchegar ali pelo meio, pelo corredor, outras mães irão conhecer”. (Jeitosa)

As mães referiram que as ações preventivas, os desejos e a vontade de se construir indivíduos saudáveis devem ser manifestações compartilhadas com todos, equipe e família, sob pena de mostrarem-se limitadas.

“Então, eu acho que não basta só a dentista ter um lindo projeto se as mães não abraçarem o projeto também” (Amorosa)

“Quando eu vim pra cá, nem eu mesma sabia como era o modo de escovar os dentes, ter cuidado com os doces, vim aprender aqui, meu filho mais velho também. Só falta as mães reconhecerem esse serviço”. (Laboriosa)

A ideia da promoção da saúde, expressada pelas mães do presente estudo, estiveram relacionadas com sensação de felicidade, bem-estar, o que as estimula a compartilhar experiências e achar necessária a continuidade das práticas.

“Eu me sinto bem com isso, porque eu estou vendo a saúde da boquinha dela, ela vai crescendo e com os cuidados que eu estou tendo, que eu estou ensinando ela a ter, esses cuidados também, ela vai continuar cuidando e, mais pra frente, não terá outros problemas”. (Dedicada)

“Eu recomendaria trazer, porque aqui vocês acompanham, porque depois o estrago é pior...é bem eficiente, evita problemas futuros, não só para os dentes, afeta as crianças em tudo”. (Radiante)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados coletados, observou-se que a atenção odontológica precoce, como parte da Atenção Básica, foi capaz de controlar a cárie dentária em uma população assistida dentro da Estratégia Saúde da Família. A maioria das crianças com dentição decídua ou mista estava livre da doença. A experiência de cárie dentária das crianças participantes do projeto Vale Sorriso esteve associada com sexo da criança, escolaridade da mãe e assiduidade ao projeto.

Através da análise das entrevistas, apreende-se que as mães apresentam vivências diferentes de cuidado, tendo pontos comuns e outros que parecem diferir, entretanto, os significados atribuídos se alicerçam no amor incondicional aos filhos e dever maternal, para tanto, acionam dimensões morais. Atribuiu-se, ao Projeto Vale Sorriso, grande suporte na transformação das práticas em saúde. Esta dimensão permitiu uma aproximação importantíssima na compreensão do cuidado efetivado, evidenciada em vários aspectos, que vão além da dimensão quantificável. Dessa observação, apreende-se que cada experiência é singular.

Considera-se essencial para a efetivação das práticas, especialmente as voltadas para a promoção da saúde, a construção de uma consciência multidisciplinar. Nessa perspectiva, reforça-se a importância da criação e implementação de programas de atenção odontológica precoce, especialmente nos espaços das Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Intersetorialidade, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: atualizando um debate em aberto**. Rio de Janeiro: RAP, vol.34, Nº 6, 2000.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Caries-risk assessment and management for infants, children and adolescents. **Ref Manual 2018**; V. 40/ Nº6; 18/19.205-212.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução nº466/2012**. Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012

_____, Ministério da Saúde. **Resolução nº510/2016**. Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2016

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**; 17.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.152 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010** – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 342 p: il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

BRUNHAUSER, A.L.; MAGRO, M.L.; NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. **Revista da faculdade de odontologia Universidade de Passo Fundo**. V.18, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/2850>.> Acesso em: 22 maio 2018

CABRAL, M.B.B.S; MOTA, E.L.A; CANGUSSU, M.C.T; VIANNA, M.I.P. **Situação de saúde bucal de crianças na primeira infância em creches de Salvador, Bahia**. Rev. baiana de saúde pública; 41(3): V.41. n 3. a 2476, jul 2017.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CRESWELL, J.M.; Plano Clark, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.

DELIBERADOR, H.R.; VILLELA, F.S.L. **Acerca do conceito de saúde**. Psic. Rev. São Paulo, vol.19, n.2, 225-237, 2010.

DIENER, E., SUH, E., & OISHI, S. . Recent findings on subjective well-being. **Indian Journal of Clinical Psychology**, 24, 25-41, 1997.

FEKETE, M. C. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS, p.51-57, 2000.

FELDENS, C.A.; KRAMER, P. F.; SEQUEIRA, M.C.; RORIGUES, P.H.; VITOLO M.R. **Maternal education is an independent determinant os cariogenic feeding practices in the first year of life**. Eur Arch Pediatric Dent 2012; 13: 70-5.

FERRARO. M; VIEIRA. A.R. **Explaining gender differences in caries: A multifactorial approach to a multifactorial disease**. Int J Dent. 2010.

HOBDELL, M.H, MYBURGH, N.G., Kelman M, Hausen H. **Setting global goals for oral health for the year 2010**. Int Dent J. 2000;50:245-9.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.

KUSMA, S.Z.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup: S9-S19, 2012.

LEMOS, L.V.F.M; BARBOSA, D.L; RAMOS,C.J; MYAKI, S.I. **Influência do fator assiduidade à consulta odontológica na prevalência de cárie em indivíduos atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí, SP, Brasil.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada 2008, 8(2).

LEMOS, L. V. F. M. *et al.* Promoção da saúde bucal na primeira infância: idade de ingressar no programa preventivo e aspectos comportamentais. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 6-10, março de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082014000100003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 de setembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014AO2895>.

LOSSO, E. M. *et al.* **Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral.** **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 85, n. 4, p. 295-300, Aug. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000400005>.

LUKACS JR. **Sex differences in dental caries experience: Clinical evidence, complex etiology.** **Clin Oral Investig.** 2011;15(5):649–656.

MASSONI, A. C. L. T. *et al.* Assessment of pregnant, primiparous and postpartum women's knowledge about dental caries. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas, v. 63, n. 2, p. 145-152, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372015000200145&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720150002000022808>

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F., GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2016. 95p.

MOURA, L.F.A.D.; MOURA, M.S.; TOLEDO, O.A. **Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil.** **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1079-1086, Aage. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400029&lng=en&nrm=iso>. access on 07 July,2018

MOURA, L. F. A. D.; MOURA, M. S; LIMA, M. D. M.; MOURA, W. L. **Avaliação da saúde gengival em crianças que frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês na cidade de Teresina.** **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p.47-53, jan. /mar. 2009.

MOURA, M. S.; MOURA, L. F. A. D; MENDES, R. F. Dental caries in children under five years old in Teresina-PI. **RevOdontol UNESP.** v. 39, n. 3, p. 143-149, 2010.

MOURA, M.S.; MOURA, L.F.A.D.; PEREIRA, A.S.; LIMA, C.C.B.; LOPES,T.S.P.; LIMA,MDM. Nível de satisfação dos pais/responsáveis de crianças atendidas em

programa odontológico de atenção materno infantil. Ver. Enferm UFPI. 2017 Jan-Mar; 6(1):14-19.

NEVES, C.A.B., HECKERT, A.L.C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. Estud Pesqui Psicol. 2010; 10(1):151-68.

OKUYAMA, H.C.H.Y; SILVA, R.H.A. **Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família.** Revista da ABENO. 17(4); 133-143, 2017.

OLIVEIRA, F. G. V. C. de. *et al.* A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 201-210, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2019. Epub Feb 06, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000001>

PARANHOS, R. *et al.* **Uma introdução aos métodos mistos.** **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, Aug. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222016000200384&lng=en&nrm=iso> access on 10 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>.

PARRO, Y. M; GUERRERO, A.V.P. **O direito humano ao sorriso: uma análise do arcabouço legislativo sobre a saúde bucal.** Cad. Ibero-Amer. Dir. Saint., Brasília, 5(2): 108-129, abr./jun., 2016.<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i2.252>

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE: 2013: **Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências:** Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. –Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

PITTS, N., BAEZ, R., DIAZ-GUALLORY, C., et al. **Early Childhood Caries:** IAPD Bangkok Declaration. Int J Paediatr Dent. 2019; 29:384-386.

PEREIRA, D.B. Educação dentária da criança. Rio de Janeiro: 1929, 79p. *Apud:* GARBOZA, C.S.; WALTER, L.R.F. Estudo da prevalência de cárie numa população de 0 a 5 anos atendida precocemente pela Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina. **Semina**, Londrina, v.18, p.51-54, 1997. Suplemento Especial.

POMINI, M.C.; GALVAN, J.; DIAS, G.F.; GOUVÊA, N.S.; ALVES, F.B.T. **Prevalência de cárie em bebês e sua relação com o conhecimento e hábitos das mães.** Arq Odontol, Belo Horizonte, 54: e16, 2018.

PRESTES, A. C. G. *et al.* Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, abr. 2013. disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000100019&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 04 jul. 2018.

- RANK, R. C. L. C. *et al.* **Eficácia de um programa de promoção de saúde em bebês após quatro anos de implantação.** **CEREUS**, UnirG, Gurupi, V.6, N. 1, jan/abr, 2014. ISSN: 2175-7275.
- RICOEUR, P. **Teoria da Interpretação.** O discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70, 1976. 109p.
- SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** **2008**; 42(3): 464-70.
- SHWENDLER, A; FAUSTINO-SILVA, D.D; ROCHA, C.F. **Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde.** **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 201-207, jan. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100201&lng=en&nrm=iso>. access
- SILVA, A.C.S.; SOARES, I.R.B.; CAMPOS, K.F.C.; CASTRO, M.C.S. A atenção primária sob a ótica dos usuários do Sistema Único de Saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista SUSTINERI**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.46-72, jan-jun,2019.
- SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 201-209, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- SOUZA, E.R.L; SANTOS, J.F.D.; FILHO, A.A.O.; ALVES, M.A.S.G. Conhecimento de pais e cuidadores sobre saúde bucal de crianças pré-escolares. **R.UFG**, Goiânia, V.17, N.20, p 80-94, Jan/Jul. 2017.
- STEPHANIE ORTIZ, ELISA HERRMAN, CLAUDIA LYASHENKO, ANNE PURCELL, KAREEM RASLAN, BRANDON KHOR, MICHAEL SNOW, ANNA FORSYTH, DONGSEOK CHOI, TOM MAIER & CURTIS A.MACHIDA (2019) Sex-specific differences in the salivary microbiome of caries-active children, **Journal of Oral Microbiology**, 11:1, 1653124, DOI: 10.1080/20002297.2019.1653124 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/20002297.2019.1653124>
- TERRA, Marlene Gomes et al . Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 93-99, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100016>.

TINANOFF, N., Baez, R.J., DIAZ GUILLORY, C., *et al.* **Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective.** *Int J Paediatr Dent.* 2019;29:238-248. <https://doi.org/10.1111/ipd.12484>

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. **Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.** *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 9 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. **Cuidar e humanizar: relações e significados.** *Acta paul. enferm.,* São Paulo , v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Título do estudo: "AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO"

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Marcoeli Silva de Moura

Mestranda: Claudia da Paz Pinheiro

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Telefone para contato: (86) 3215-5558

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista ___/___/___

- a) Como você define "saúde"? E cuidado em saúde?
- b) Como você define "saúde bucal"? E "cuidado em saúde bucal"?
- c) Como se deu a experiência de cuidado em saúde bucal na sua vida?
- d) Que tipo de serviços de saúde bucal teve contato? Onde isso se deu? Como foi essa experiência?
- e) Que pessoas foram importantes para efetivar o cuidado em saúde bucal? Como isso se deu?
- f) Que tipos de programas ou ações de saúde bucal teve contato? Onde isso se deu? Como foi essa experiência?
- g) Como se deu a experiência de cuidado em saúde bucal a partir do contato com este projeto? Que efeitos podem ser relacionados aqui?

APÊNDICE B

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ / PRÓ-
REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar do estudo "**AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**". Neste estudo pretendemos avaliar a importância da participação em ações de promoção da saúde na melhoria da saúde bucal das crianças assistidas. Este estudo será conduzido pela Profa. Dra. Marcoeli Silva de Moura e a mestranda Claudia da Paz Pinheiro.

A sua participação na pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre as condições da família e de hábitos relacionados à saúde bucal. Os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento que você possa sentir no momento de responder o questionário, mas procuraremos diminuí-los levando-o (a) para um local reservado onde ficará mais à vontade. Para participar desse estudo, o Sr (a) deverá assinar este documento, chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que uma via ficará com o Sr (a) e a outra ficará conosco e ambas serão assinadas tanto por mim como pelo o Sr (a). Os dados da pesquisa ficarão arquivados sob minha responsabilidade e sua identidade e a da criança não serão divulgadas. As famílias não receberão nenhuma forma de pagamento e caso queira retirar o consentimento a qualquer momento tem todo o direito de fazer, sem acarretar qualquer tipo de penalidade.

O principal benefício deste estudo é melhorar as ações desenvolvidas em saúde bucal para bebês. Os resultados obtidos serão publicados artigos científicos, mas ninguém vai saber quem participou do estudo. Os resultados estarão a sua disposição e os dados obtidos ficarão arquivados pela pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu,

_____, RG _____, após ter sido devidamente esclarecido (a) e tendo compreendido os objetivos deste projeto, concordo com a participação como voluntário (a). Declaro que recebi uma via deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (86) 3237-1517 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (endereço na parte inferior dessa página).

Teresina (PI), _____ de _____ de _____.

Claudia da Paz Pinheiro - Pesquisadora

Profa. Dra. Marcoeli Silva de Moura - Coordenadora da Pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos da pesquisa entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Ininga –Pró-Reitoria de Pesquisa – CEP: 64049-550–Teresina – PI. Telefone: (86)3237-2332 – www.ufpi.br/cep

APÊNDICE C

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ / PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIAMESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidada a participar do estudo – **AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**. Esta pesquisa está sendo feita pela Dra. Marcoeli Silva de Moura e pela mestrandia Claudia da Paz Pinheiro, que irão olhar os seus dentinhos com um espelhinho, e em seguida irão escovar seus dentes e aplicar flúor. O risco que você corre é de ficar com vergonha de abrir a boca para a “tia”, mas não se preocupe, pois se isso acontecer ela fará o exame da sua boca numa sala somente com você. Neste estudo nós queremos ver como você cuidou de seus dentes, se escovou bem e comeu pouco açúcar e se você está feliz. Se quiser participar dessa pesquisa, você deverá colocar seu nome neste documento em que estará declarando que entendeu tudo que lhe expliquei e que você entendeu e concorda. Qualquer dúvida pode me perguntar. Sua mãe também concordou em você participar, mas ela poderá desistir a qualquer momento. Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou recompensa por participar do estudo.

Este estudo é importante de ser feito porque trará benefícios para você e outras crianças. Estamos trabalhando para que você e seus colegas não sintam dores de dentes e possam mastigar e sorrir. Você não será identificado quando divulgarmos as informações. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados por mim por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e a outra ficará com você.

Eu,

_____,
portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos do estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável recebeu o numero de telefone da professora para tirar qualquer dúvida. Também podemos modificar a decisão de participar, se assim desejarmos. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via desse documento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Teresina (PI), _____ de _____ de _____.

Claudia da Paz Pinheiro - Pesquisadora

Profa. Dra Marcoeli Silva de Moura - Coordenadora da Pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos da pesquisa entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Ininga – Pró-Reitoria de Pesquisa – CEP: 64049-550–Teresina – PI. Telefone: (86)3237-2332 – www.ufpi.br/cep

ANEXO A – FICHA CLÍNICA



Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde
Centro de Saúde do Planalto Uruguai

FICHA CLÍNICA

Nome : ----- F M
 Nasc : --/---/----- Natural: ----- Fone : -----
 End.----- CEP-----
 Mãe : ----- Prof: -----
 Quem cuida da criança?----- Irmãos?-----
 Examinador : ----- Prof: -----

ANAMNESE

Foi ao Dentista durante a gravidez? S () N () Quem orientou a trazer a criança? -----
 Higieniza a boca do bebê? S () N ()
 Quando começou (meses)?----- Quem orientou?-----
 O que usa para higienizar?-----
 Quantas vezes ao dia?----- Quem higieniza?-----
 Aceita higienizar? () S () N Quando não aceita () Insiste () Desiste
 Tempo de amamentação só no peito (meses)-----
 Usou mamadeira durante o sono até que idade?(meses)----- () Não usou
 Conteúdo da mamadeira-----
 Ingestão de balas, biscoitos, etc () Livre demanda () Até 3X por semana () Raramente
 Diário Alimentar-----
 Algum problema de saúde que mereça relato () S () N Qual?-----
 Já sofreu traumatismos dentários?-----
 Quais os dentes afetados?----- Lesou só tecido mole? () S () N
 Procurou o dentista? () S () N

PRIMEIRA CONSULTA Data : --/---/-----

Hábitos Bucais não nutritivos: S () N () Qual ? -----
 Como classifica a saúde da boca do seu filho. () Boa () Reg. () Ruim () Não sabe

EXAME CLÍNICO

1. Placa Visível 2. Sangramento gengival após escovação 3. Língua suja
 Tecidos moles: -----

CONDIÇÃO DENTÁRIA

A - Hígido
 MB - Mancha Branca Ativa
 C - Cariado
 R - Restaurado sem Cárie
 F - Extraído por cárie
 G - Extraído por outra razão
 S - Selante de Fissuras
 T - Trauma
 Observações

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

ANEXO B – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PPGB

Protocolo de Atendimento de crianças no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (MOURA et al., 2009) **Orientações às Gestantes – palestras educativas**

1. São dadas orientações sobre os cuidados que as gestantes devem ter com relação à prevenção de afecções bucais prevalentes bem como sobre a transmissibilidade da doença cárie dentária;
2. As gestantes são orientadas sobre a importância do aleitamento materno e sobre o potencial maléfico dos hábitos de sucção não nutritivos.

Atendimento Clínico Inicial da Criança – antes da erupção dos primeiros dentes

Exame da Criança:

- Avaliação da cavidade bucal
- Orientações sobre higiene bucal: fralda umedecida em água filtrada. O horário deve ser o mesmo da higiene corporal
- Importância da amamentação natural
- Transtornos potenciais que podem causar os hábitos de sucção não nutritivos
- Orientações sobre erupção dentária

Atendimentos de Manutenção Preventiva – após erupção dos primeiros dentes

Dentes Anteriores Irrompidos:

- Orientações sobre dieta (uso racional do açúcar) e hábitos bucais de sucção deletérios.
- A higiene bucal deve ser realizada utilizando-se um pedaço de fralda ou gaze, acrescida de uma pequena quantidade de creme dental fluoretado.

Molares Irrompidos:

- Orientações sobre dieta e hábitos bucais de sucção deletérios
- Tem início a escovação dentária. É utilizado escova infantil e pequena quantidade de creme dental fluoretado

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA - PIAUÍ

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

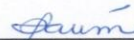
 Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa “**AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**” e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **MARCOELI SILVA DE MOURA, FABIO SOLON TAJRA E CLAUDIA DA PAZ PINHEIRO** acesso a crianças e seus familiares atendidas pelo projeto “Vale Sorriso” da UBS Planalto Uruguai para entrevista e exame bucal.

Teresina, 15 de outubro de 2018.



Adriana Sávia de Souza Araújo
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Adriana savia de Souza Araújo
Gerente de Ações Estratégicas
GAE/FMS



Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530



86 3215 7700 | 86 3215 7701

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Marcoeli Silva de Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02583418.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.070.182

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS EM PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO" será desenvolvido sob a coordenação da pesquisadora Marcoeli Silva de Moura, tendo como assistente CLAUDIA DA PAZ PINHEIRO. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa que será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Planalto Uruguaí, localizada no bairro Vale Quem Tem, na zona urbana do município de Teresina/PI. Na referida UBS é desenvolvido um projeto de extensão da UFPI, desde 2011, de saúde bucal de bebês de 0 a 36 meses. A amostra será censitária e determinada pela utilização dos registros clínicos de 300 crianças que participam/participaram de atividades educativo/preventivas (Projeto "Vale Sorriso") realizadas pela Estratégia Saúde da Família da UBS do Planalto Uruguaí, Teresina/PI, cujos pais/ responsáveis aceitarem participar da pesquisa. Essas crianças vem sendo cadastradas no projeto "Vale Sorriso" desde 2011 através da ficha clínica, onde são registrados a cada consulta a situação de saúde bucal da criança, além de outras informações como dieta, hábitos deletérios entre outros. As proponentes elencaram como critérios de elegibilidade: todas as crianças, cadastradas no Projeto "Vale Sorriso", destinado à primeira infância, na Estratégia Saúde da Família, Equipe 105 da UBS Planalto

Uruguaí, desde 2011, cujos pais/responsáveis autorizarem participar. Serão excluídos aqueles que

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **Município:** TERESINA **CEP:** 64.049-550
UF: PI
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.070.182

por três tentativas não forem encontrados. A coleta de dados realizar-se-á de fevereiro a abril de 2019, e refere-se a avaliação da saúde bucal atual da criança cadastrada, utilizando-se dos agentes comunitários de saúde, encaminhamento do médico ou enfermeiro da equipe ou contato através de telefonema para recrutamento dos sujeitos da pesquisa. Por fim, a hipótese do estudo é que as crianças acompanhadas em projetos de atenção odontológica infantil apresentam boa saúde bucal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar o cuidado em saúde a partir de experiências em programas e serviços de saúde bucal em uma capital do nordeste brasileiro.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil dos participantes do projeto "Vale Sorriso";
- Determinar a prevalência de cárie e as necessidades de tratamento das crianças atendidas no projeto "Vale Sorriso".
- Compreender as experiências de cuidado em saúde bucal a partir das narrativas de participantes do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês e do Projeto "Vale Sorriso" e seus familiares;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo é considerado uma investigação com riscos mínimos, já que não será realizada nenhuma intervenção que possa afetar fisiológica ou socialmente os indivíduos participantes, mas poderá causar desconforto psíquico/ constrangimento às crianças pela posição deitada no colo de estranhos e na cadeira odontológica para exame clínico. Além disso, a metodologia utilizada para a coleta de dados pode ocasionar algum desconforto de origem psíquica para os pais, uma vez que investigaremos sobre o contato desses usuários com os serviços de saúde bucal (só os pais farão parte da entrevista). Em virtude de implicações legais e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos serão mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os riscos da pesquisa também estão relacionados ao possível constrangimento que o participante possa sentir no momento de responder o questionário, mas procuraremos diminuí-los levando-o (a) para um local reservado onde ficará mais à vontade, e no que se refere às crianças, o exame clínico será antecedido de conversa explicando, de forma lúdica, como será a observação sobre seus dentinhos também em local reservado.

O principal benefício deste estudo é melhorar as ações desenvolvidas em saúde bucal para bebês. Os resultados obtidos serão publicados artigos científicos, mas ninguém vai saber quem participou do estudo. Os resultados estarão a sua disposição e os dados obtidos ficarão arquivados pela pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.070.182

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto relevante.

As pesquisadoras atenderam satisfatoriamente as pendências apontadas no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1252677.pdf	21/11/2018 08:58:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEEditado.pdf	21/11/2018 08:57:46	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEditado.pdf	21/11/2018 08:57:35	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	08/11/2018 20:18:46	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBrochuraCEPClaudia.pdf	06/11/2018 18:37:16	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/11/2018 18:37:01	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/11/2018 18:36:48	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoFMS.jpg	06/11/2018 18:36:32	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Outros	InstrumentoColetaDados.pdf	06/11/2018 18:31:54	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	06/11/2018 18:31:34	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Outros	CartadeEncaminhamento.pdf	06/11/2018 18:31:16	Marcoeli Silva de Moura	Aceito
Outros	LattesPesquisador.pdf	06/11/2018	Marcoeli Silva de Moura	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.070.182

Outros	LattesPesquisador.pdf	18:31:01	Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodosPesquisadores.pdf	06/11/2018 18:30:35	Marcoeli Silva de Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 10 de Dezembro de 2018

Assinado por:

**Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br