

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

KATHERINE DE ANDRADE KINDLEIN
MARCELA OBST COMASSETTO

**ACESSO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE, RS**

Porto Alegre
2014

KATHERINE DE ANDRADE KINDLEIN
MARCELA OBST COMASSETTO

**ACESSO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre
2014

CIP- Catalogação na Publicação

Kindlein, Katherine de Andrade

Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, RS / Katherine de Andrade Kindlein, Marcela Obst Comassetto. – 2014.

33 f.

Orientador: Juliana Balbinot Hilgert

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Primeira infância. 2. Serviços de saúde bucal. 3. Assistência odontológica para crianças. 4. Cárie dentária. I. Hilgert, Juliana, orient. II. Título.

Elaborada por Andressa Ferreira - CRB-10/2258

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelas oportunidades ao longo da nossa formação acadêmica.

À nossa professora orientadora Dr^a Juliana Hilgert, pela orientação dedicada, pelo conhecimento compartilhado e pelo carinho, que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Ao Me. Daniel Demétrio Faustino-Silva, por ter se tornado um amigo que sempre nos apoiou e esteve disponível para o que precisássemos, além de, é claro, por ter compartilhado os dados desta pesquisa.

À Prof^a Dr^a Aline Blaya Martins e ao Me. Jessye Giordani por terem aceitado o convite para compor a banca deste trabalho, contribuindo para nossa formação.

Aos nossos pais, pelo incondicional apoio, amor e incentivo na busca da realização deste sonho de nos tornarmos Cirurgiãs-Dentistas.

Aos nossos amores e amigos, pela cumplicidade nas horas boas e compreensão em todos os momentos de dificuldade, além da amizade e momentos inesquecíveis.

RESUMO

KINDLEIN, Katherine de Andrade; COMASSETTO, Marcela Obst. **Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, RS**. 2014. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Apropriar-se dos fatores relacionados ao acesso à saúde bucal na primeira infância é de fundamental importância, visto que são escassos os estudos nacionais a respeito da utilização dos serviços odontológicos e os motivos associados à procura por atendimento nos primeiros anos de vida. O objetivo do estudo foi avaliar o acesso e os fatores associados à realização de consulta odontológica de crianças menores de 5 anos de idade no município de Porto Alegre, RS. Realizou-se um estudo analítico transversal em 10 Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre durante a Campanha Nacional de Multivacinação do ano de 2008, através da aplicação de questionário aos responsáveis, seguido de exame clínico das crianças menores de 5 anos de idade e com dentes presentes. As entrevistas, respondidas pelos responsáveis, abordavam questões socioeconômicas e de serviços. Além disso, as crianças foram examinadas quanto à placa visível, sangramento gengival espontâneo e índice ceos seguindo recomendações da OMS. Os resultados mostraram que das 340 crianças avaliadas, 114 (33,5%) já haviam ido ao dentista, enquanto que 226 (66,5%) nunca haviam ido. O principal motivo apresentado pelos acompanhantes das crianças para a não procura por consulta, em 47,4%, foi por não ter sentido necessidade, seguido da dificuldade de acesso ao posto de saúde (17,1%). O principal motivo que fez com que os acompanhantes levassem as crianças ao dentista foi a prevenção/revisão em 57,9% da amostra. Dentre os locais mais procurados para as consultas, o consultório particular apresentou maior frequência (43,8%), seguido pelo posto de saúde (35,2%). Com base na análise multivariada final, observamos que a idade da mãe (RP=1,035; IC95% 1,022-1,048), sua conclusão do Ensino Médio (RP=1,689; IC95% 1,114-2,561) e maior renda familiar (RP=1,045; IC95% 1,008-1,082) estiveram associadas com a procura por consulta odontológica. Pode-se concluir que houve uma baixa prevalência de acesso à saúde bucal na primeira infância, estando relacionada com aspectos socioeconômicos como idade e escolaridade da mãe, além da renda familiar. Nesse sentido, é possível perceber a necessidade da valorização da prevenção e promoção de saúde bucal infantil e a importância do contexto familiar neste processo durante os primeiros anos de vida da criança.

Palavras-chave: Primeira infância. Serviços de saúde Bucal. Assistência odontológica para crianças. Cárie dentária.

ABSTRACT

KINDLEIN, Katherine de Andrade; COMASSETTO, Marcela Obst. **Access to oral health in early childhood in the city of Porto Alegre, RS.** 2014. 34 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Appropriating the factors related to access to oral health care in early childhood is of fundamental importance, since there are few national studies on the utilization of dental services and the reasons associated with seeking care in the first years of life. The aim of the study was to evaluate access and factors associated with conducting dental appointment of children under 5 years of age in the city of Porto Alegre, RS. We conducted a cross sectional study in 10 Basic Health Units linked to the Municipal Health Secretary of Porto Alegre during a Multi National Campaign of 2008, through the responsible use of questionnaire followed by clinical examination of children under 5 years of age and presents with teeth. Interviews answered by responsible addressed socio-economic issues of access to dental care and related reasons. In addition, the children were examined for visible plaque, gingival bleeding and spontaneous ceos index following WHO recommendations. The results showed that of the 340 children evaluated, 114 (33.5%) had been to the dentist, while 226 (66.5%) had never gone. The main reason given by children's caregivers for not seeking consultation in 47.4%, was not to have felt the need, followed by the difficulty of access to the health center (17.1%). The main reason that caused the companions would take the kids to the dentist was the prevention / revision in 57.9% of the sample. Among the most popular places for consultations, private practice showed a higher frequency (43.8%), followed by health center (35.2%). Based on the final multivariate analysis revealed that the mother's age (PR = 1.035; 95% CI 1.022 to 1.048), completion of high school (PR = 1.689; 95% CI 1.114 to 2.561) and family income (PR = 1.045; 95% CI 1.008 to 1.082) were associated with the demand for dental appointment. Can conclude that there was a low prevalence access to oral health care in early childhood and is associated with socioeconomic factors such as age and mother's education, family income beyond. Thus, it is possible to realize the necessity of preventing the appreciation and promotion of children's oral health care and the importance of the family context in this process during the first years of a child's life

Keywords: Early childhood. Dental health services. Dental care for children. Dental caries.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA ATUAÇÃO NO BRASIL	6
1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	7
1.3 ACESSO E ACESSIBILIDADE	8
1.4 ACESSO À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	10
1.5 PRIMEIRA INFÂNCIA E SAÚDE BUCAL	11
2 OBJETIVO	13
3 ARTIGO CIENTÍFICO	14
INTRODUÇÃO	14
METODOLOGIA	15
RESULTADOS.....	18
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO E EXAME CLÍNICO	30
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	31
APÊNDICE C - TABELAS.....	32
ANEXO A – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	33

1 INTRODUÇÃO

Para dar embasamento teórico a este trabalho, dividiu-se o referencial teórico em: a. Atenção primária à saúde e sua atuação no Brasil, b. Estratégia Saúde da Família como política do Ministério da Saúde, c. Acesso e acessibilidade, d. Acesso à saúde bucal da criança na Atenção Primária à Saúde, e. Saúde bucal na primeira infância.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA ATUAÇÃO NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem, em sua construção, um evento muito importante ocorrido no ano de 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão. À época, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e propuseram uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Como produto desta política internacional, nasceu a Declaração de Alma-Ata: nome dado ao pacto assinado entre os 134 países, que consolidava a seguinte definição de APS (trazida como cuidados primários de saúde):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Durante todo o percurso de construção do termo, o conceito de APS passou por diversas interpretações e nomeações. No Brasil, o Ministério da Saúde se refere à APS, também, como Atenção Básica. A partir disto, define-a como um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Starfield (2002) definiu os princípios ordenadores deste conceito, sendo eles, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação. Nesse sentido,

segundo a autora, primeiro contato é o momento de entrada do usuário no serviço de saúde, garantindo a acessibilidade e o uso dos serviços. Neste termo, é necessário que se considere a estrutura disponível e a proximidade dos serviços à residência do usuário. Corroborando com este contexto, abordaremos posteriormente a entrada da Estratégia Saúde da Família (ESF) na busca da garantia desta acessibilidade. Ainda sobre os princípios, longitudinalidade consiste no aporte regular de cuidados pela equipe de saúde, caracterizando-se, ao longo do tempo, em relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família, com continuidade na oferta regular dos serviços.

Já o termo integralidade, está relacionado ao atendimento de forma resolutiva das demandas necessárias a cada população. A autora pondera, ainda, que neste conceito é necessário que as equipes de saúde encontrem o equilíbrio entre a clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional, a fim de alcançar a resolutividade. Por fim, coordenação trata da garantia da continuidade da atenção trazida pelo serviço de saúde, fornecendo sempre o acompanhamento do paciente e responsabilizando-se pela sua referência aos outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Na prática, nos últimos anos, as normas nacionais da Atenção Básica estão sendo revisadas, para que os princípios estejam sempre de acordo com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do país. Nesse sentido, o Ministério da Saúde pactuou na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, o estabelecimento da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Neste momento, consolidavam-se as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, respeitando o processo de integração da vigilância em saúde com os princípios da APS, assim como, enfatizando a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização dos serviços. Iniciava-se, então, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em 1994, teve-se a criação do Programa Estratégia Saúde da Família, normatizado pela Norma Operacional Básica do ano de 1996 (BRASIL, 1996), e que posteriormente, deu origem, no ano de 1999, à Estratégia Saúde da Família propriamente dita e que hoje é considerada imprescindível à reorganização da Atenção Básica do país, estando em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011). Fundamental neste contexto, a Política Nacional de Atenção Básica afirma que o território e a população adscrita,

o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem os eixos fundamentais nesta estratégia e que é necessário, de fato, uma mudança de paradigma (BRASIL, 2006).

Contextualizando a saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. As diretrizes abordadas neste documento, também buscam a reorganização da atenção: visam servir de parâmetros para a saúde bucal em todos os níveis de atenção, trazer o desenvolvimento de ações intersetoriais, além de fortalecer o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. Nesse sentido, corroborando com a concepção ampla de saúde e valorizando o processo saúde-doença com os diversos determinantes sociais nele envolvidos. Ainda, podemos destacar nesta Política a compreensão da necessidade de humanização do processo de trabalho, além da co-responsabilização dos serviços (BRASIL, 2004).

Esta Política, conhecida no país como Brasil Sorridente, trouxe diversos avanços para a atenção em saúde bucal no SUS, reorganizando a prática assistencial de maneira centrada nas necessidades de saúde da população (FRAZÃO; NARVAI, 2009). Além disso, propõe superar as desigualdades em saúde, sobretudo, por meio da qualificação dos serviços. Dessa forma, propõe, também, que sejam desenvolvidas linhas de cuidado, através da incorporação de ações programáticas específicas para cada população. Assim, a promoção de saúde e as intervenções necessárias para o equilíbrio do processo, ocorrem da maneira mais adequada aos riscos de cada população (BRASIL, 2004).

1.3 ACESSO E ACESSIBILIDADE

Como mencionado anteriormente, é essencial para o cuidado em saúde a garantia do acesso/acessibilidade aos serviços, na medida em que fazem parte de um princípio constituinte da APS. A compreensão adequada do significado e da importância destes termos se faz necessária, visto que, muitas vezes, são conceitos complexos empregados de forma imprecisa e pouco claros nas suas relações com o uso dos serviços de saúde.

Acesso é um conceito bem variável entre autores e que vem sofrendo mudanças ao longo do tempo e de acordo com o contexto empregado. O conceito pode receber um enfoque relacionado às características dos indivíduos; às características da oferta; a ambas as características, ou, ainda, à relação entre os indivíduos e os serviços. Donabedian, citado por Travassos e Martins (2004), emprega acessibilidade como um substantivo de caráter ou qualidade do que é acessível. Ao mesmo tempo, o substantivo acesso é utilizado pelos autores

como o ato de ingressar nos serviços de saúde e receber cuidados subsequentes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ao estabelecer uma relação do conceito de acesso com os serviços de saúde, pode-se entendê-lo como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento da expressão de suas necessidades e, de certa forma, como os caminhos por ele percorridos no sistema na busca da resolução das suas carências (JESUS; ASSIS, 2010). Observa-se, entretanto, que este acesso, embora seja universal em tese, ainda encara desafios no que se refere à integralidade e equidade e, além disso, possui influência de vários elementos determinantes (VIEGAS, 2012). É encontrada na literatura a influência de diversos fatores: desde morbidade, gravidade e urgência da doença até características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas dos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Resumindo, o acesso está relacionado à possibilidade de os indivíduos utilizarem os serviços quando lhes for necessário, o que remete à sua forma de organização no que diz respeito às características da oferta que podem dificultar ou não o uso dos serviços de saúde pelas pessoas quando deles precisarem (FRANCO, 2012).

É fundamental, também, que se saliente a diferença conceitual com o termo acessibilidade. Tem-se, na literatura, que acessibilidade corresponde a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização da população, sendo, portanto, um conceito mais amplo que acesso (QUINDERE et al., 2013). No que diz respeito à acessibilidade aos serviços de saúde, em complemento à Donabedian, Travassos e Martins (2004) afirmam que há duas dimensões a serem consideradas: a dimensão sócio-organizacional, que se refere às características da oferta dos serviços e a dimensão geográfica, que está relacionada à distância e ao deslocamento. A acessibilidade faz com que as pessoas utilizem de todos os serviços, inclusive os de saúde, disponíveis de acordo com as suas necessidades em todos os níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Para que se assegure acessibilidade, é necessário o estabelecimento de mecanismos que pressuponham uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços (BRASIL, 2011). Apesar disso, percebe-se que há muitas dificuldades no consumo dos serviços de saúde pela população, fato este que pode ser expresso pela desigualdade e exclusão social que acabam refletindo nas precárias condições de saúde e nos processos de adoecimento das pessoas (SAMPAIO, 2013). Além das limitações organizacionais e estruturais, Peres et al. (2012) apontaram a existência de marcantes

iniquidades no que diz respeito à percepção de necessidades de tratamentos odontológicos pelos usuários e, conseqüentemente, no acesso à saúde dos mesmos.

Percebe-se que há ainda grande contraste no acesso aos serviços odontológicos e, mesmo em situações de necessidade evidente, há, ainda, uma baixa utilização dos serviços. Faz-se necessário, portanto, ressaltar a importância de ações para estimular o uso dos serviços odontológicos e a melhoria do acesso à saúde bucal (ARAÚJO et al., 2009).

1.4 ACESSO À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) determinam que, para serem estabelecidas as linhas de cuidado, é necessário que os fluxos dos serviços permitam a entrada no serviço e gerem ações resolutivas por parte das equipes de saúde. Além disso, propõem que estas ações sejam guiadas conforme o ciclo de vida em que cada indivíduo está inserido (BRASIL, 2004).

De maneira geral, a PNSB recomenda que, para o grupo de 0 a 5 anos de idade, haja a organização do sistema de maneira que se propicie o primeiro contato destas crianças, no máximo, a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Preconiza, também, que as equipes desenvolvam atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para orientações. Nestes espaços, é fundamental que haja a identificação e encaminhamento das crianças com necessidades de atenção individual. É importante ressaltar, ainda, que a PNSB não recomenda que sejam criados programas de saúde bucal específicos para essa faixa etária - e, sim, ações de saúde - para que não se crie uma segmentação desarticulada desta população. Ao contrário, ressalta que “é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004).

Detalhadamente, as diretrizes especificam que as ações de cuidado no primeiro ano de vida devem focar na prevenção e que esta deve estar direcionada aos pais e/ou cuidadores da criança. Ademais, trata da orientação que deve ser dada sobre a importância da amamentação tanto para a mãe como para a criança, do início da formação dos hábitos alimentares saudáveis, prevenção de hábitos bucais deletérios, assim como do estabelecimento dos hábitos de higiene oral adequados a esta fase. No segundo ano de vida, aos poucos, a criança começa a ter hábitos alimentares mais parecidos com o da família, sendo necessário, portanto, também

haver orientação quanto à alimentação dos adultos, visto que ao observarem os pais, as crianças também adquirem hábitos, sejam eles saudáveis ou não (BRASIL, 2004).

A PNSB ressalta, também, que para a identificação das crianças, a equipe deve, por ocasião do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares, entre outros, abordar as famílias que se encontram adscritas na área de abrangência. Nesta fase, portanto, o enfoque familiar é de essencial importância, assim como a promoção de programas educativos e preventivos de saúde bucal com bastante ênfase, visto que se trata de uma faixa etária ideal para o desenvolvimento e estabelecimento de hábitos saudáveis (BRASIL, 2004).

1.5 PRIMEIRA INFÂNCIA E SAÚDE BUCAL

Os primeiros anos de vida da criança compõem um período muito importante, no qual se estabelecem as bases do desenvolvimento infantil, tanto do ponto de vista físico e intelectual, quanto psicossocial. Além disso, é nessa fase que as crianças recebem as condições necessárias para que se tornem adultos capazes de conduzir com autonomia e prosperidade as suas vidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010). Considerou-se neste estudo, o período denominado primeira infância para o que compreende a fase pré-escolar até os 5 anos de idade, que também é considerado um período prioritário para a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Segundo Barata (2000), aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais são os principais determinantes que influenciam no desencadeamento dos problemas de saúde e nos fatores de risco da população. A literatura mostra, também, que a ausência de hábitos saudáveis, bem como a falta de ambientes que sirvam de suporte, são as principais causas para problemas de saúde nas crianças. Como exemplos, podem ser citados: cárie precoce da infância, alterações maxilo-mandibulares, presença de hábitos deletérios, problemas respiratórios e nutricionais (MOYSES; MOYSES; KREMPEL, 2004).

Apesar de Narvai et al. (2010) afirmarem que o cenário de prevalência de cárie nas últimas décadas é de queda, é possível observar que desigualdades em saúde bucal têm sido evidenciadas. Além disso, este quadro tem sido descrito como um dos grandes desafios a serem enfrentados em termos de saúde pública (SHEIHAM et al., 2011). Nacionalmente, apesar do já citado declínio, observado também em termos mundiais, a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal no Brasil, inclusive com relação às crianças e adolescentes (RONCALLI et al., 2012).

Segundo o último Levantamento Nacional de Saúde Bucal, realizado com 7.217 crianças de 5 anos de idade em 177 municípios, aos cinco anos de idade uma criança brasileira possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie (BRASIL, 2010). É possível observar, também, que o predomínio é do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice. Com relação ao índice de cárie dentária, a estimativa nacional em 2010 (2,43) representou diminuição de 14% em relação ao que foi observado em 2003 (2,80). Apesar disso, esse valor ainda é considerado alto e longe da meta que se deseja atingir. Para 2010, a Organização Mundial da Saúde esperava que 90% desses indivíduos estivessem livres de cáries (HOBDELL et al., 2000). É encontrado na literatura, no entanto, uma elevada prevalência de cárie não tratada (48,2%) em crianças de cinco anos de idade no país (ARDENGI; PIOVESAN; ANTUNES, 2013).

A partir disso, é necessário que haja intervenções e abordagens precoces em nível individual e coletivo para prevenção da cárie dentária, sendo embasado na literatura que o aconselhamento para saúde bucal deve começar dentro dos 6 primeiros meses de erupção do primeiro dente decíduo da criança para diminuição do risco de cárie dentária (AGARWAL et al., 2012). Para tal, se apropriar dos fatores relacionados à procura por consulta odontológica na primeira infância é de fundamental importância, visto que existe uma série de variáveis que permeiam esse acesso. Além disso, são escassos os estudos nacionais a respeito da prevalência de acesso à consulta odontológica e dos motivos que influenciam a procura por atendimento nos primeiros anos de vida.

2 OBJETIVO

O objetivo do estudo foi avaliar o acesso e os fatores associados à realização de consulta odontológica de crianças menores de 5 anos de idade no município de Porto Alegre, RS.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

INTRODUÇÃO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), normatizado em 1978 em Alma Ata no Cazaquistão, foi sendo construído em todo o mundo passando por diversas interpretações e nomeações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). No Brasil, o Ministério da Saúde define APS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde (BRASIL, 2006). A partir dos princípios ordenadores, definidos por Starfield em 2002, tem-se o enfoque voltado para promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

No contexto da APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), hoje reconhecida como eixo fundamental para reorganização dos serviços, iniciou-se como um Programa em 1994 e se consolidou como estratégia prioritária na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica criada em 2004 tem o papel de orientar as ações em saúde, a partir de uma visão territorial e próxima da realidade da população para que ocorra, de fato, a qualificação do modelo de atenção em saúde (BRASIL, 2006).

Dentre os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde, onde está inserida a Estratégia de Saúde da Família, a garantia do acesso e o uso dos serviços de maneira efetiva tem um caráter fundamental. Entretanto, muitas vezes, os conceitos de acesso e acessibilidade são utilizados com pouca clareza e de forma confundente. Para facilitar a compreensão desses termos, define-se acesso como “porta de entrada” no serviço de saúde, sendo exemplificado pelo local de acolhimento do usuário e pelos caminhos percorridos por este dentro do sistema (JESUS; ASSIS, 2010). De outra forma, acessibilidade é vista como um conceito mais amplo, correspondendo a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização da população (QUINDERE et al., 2013).

Neste contexto, existe a Política Nacional de Saúde Bucal criada em 2004 com vistas a garantir a organização da atenção em saúde bucal no âmbito do SUS, estando em consonância com a garantia do acesso a esse serviço. Paralelamente, essa Política ressalta a importância da promoção e prevenção de saúde bucal na primeira infância, visto que esta é a faixa etária ideal para o estabelecimento de hábitos saudáveis, não se esquecendo da importância do enfoque familiar (BRASIL, 2004).

Sabe-se que muitos aspectos podem determinar e influenciar o processo de saúde-doença. No que tange à saúde bucal infantil, a cárie dentária é o principal problema a ser enfrentado no Brasil, cuja prevalência, segundo o último Levantamento Nacional, é de 2,43 dentes com experiência de cárie aos 5 anos de idade (BRASIL, 2010). Nesse sentido, é necessário que haja intervenções e abordagens precoces em nível individual e coletivo para prevenção da cárie dentária, sendo embasado na literatura que o aconselhamento para saúde bucal deve começar dentro dos 6 primeiros meses de erupção do primeiro dente decíduo da criança para diminuição do risco de cárie dentária (AGARWAL et al., 2012).

Apropriar-se dos fatores relacionados à procura por consulta odontológica na primeira infância é de fundamental importância, visto que existe uma série de variáveis que permeiam o acesso. Além disso, são escassos os estudos nacionais a respeito da utilização dos serviços odontológicos, dos motivos que influenciam a procura por atendimento odontológico nos primeiros anos de vida e os fatores associados. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar o acesso e os fatores associados à realização de consulta odontológica de crianças menores de 5 anos de idade no município de Porto Alegre, RS.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em 10 Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS durante a Campanha Nacional de Multivacinação do ano de 2008, por meio da aplicação de questionário aos responsáveis, seguido de exame clínico das crianças menores de 5 anos de idade.

Delineamento:

Trata-se de estudo analítico transversal.

Randomização e Amostragem:

No processo de randomização das unidades de saúde foram levadas em consideração as regiões e os distritos sanitários do município, de modo que o sorteio respeitou a proporcionalidade populacional de cada região.

Os locais de vacinação foram sorteados, de forma sistemática, usando como base o número de crianças vacinadas em cada unidade na campanha do ano anterior (2007), ficando distribuídas da seguinte forma:

Região/Distrito Sanitário	Unidade de Saúde
Noroeste/Humaitá/Ilhas	U. S. Divina Providência
Leste/Nordeste	P.S.F. Timbaúva
Norte/Eixo Baltazar	U. S. Nova Brasília
	U. S. Rubem Berta
Partenon/Lomba do Pinheiro	U. S. Pequena Casa da Criança
	U.S Panorama
Sul/Centro Sul	U. S. Beco Adelar
Restinga/Extremo Sul	U. S. Macedônia
Glória/Cruzeiro/Cristal	C. S. Vila dos Comerciantes
Centro	C. S. Modelo

Foram avaliadas 340 crianças menores de 5 anos e com dentes presentes, por meio de uma amostra consecutiva, ou seja, os pais foram abordados na fila da vacina e convidados a participar do estudo, em sequência alternada, de forma em que um era convidado e o outro não. Em casos de negativa em participar do estudo, o próximo era convidado e assim sucessivamente até completar a amostra necessária para aquele local de vacinação.

Coleta de Dados:

A participação no estudo iniciava-se com a aplicação do questionário pelo auxiliar, entrevistando o responsável. Após, os exames bucais eram realizados pelos 14 examinadores, que foram treinados e calibrados previamente para cárie seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997). Os exames foram realizados sob luz natural, com o auxílio de espátulas de madeira para afastamento e remoção de possíveis detritos sobre as superfícies dentárias, com a utilização de gaze quando necessário. Os critérios utilizados foram os índices ceod e ceos, bem como placa visível e sangramento gengival espontâneo nos dentes ântero-superiores.

Descrição do instrumento de coleta de dados:

Foi construído um questionário com que envolviam aspectos socioeconômicos, de acesso ao dentista e fatores relacionados (APÊNDICE A). As questões foram respondidas pelos responsáveis, que haviam lido e assinado previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O instrumento continha, também, odontograma para realização de exame clínico nas crianças.

Variáveis

As variáveis coletadas foram:

- demográficas e sócio-econômicas: sexo e idade da criança; idade da mãe; número de filhos; tipo de família (nuclear, expandida, mãe/filhos, pai/filhos) que para fins de análise foi recategorizada em nuclear, expandida, mãe/filhos; renda familiar, recategorizada em salários mínimos (R\$ 545,00 em 2008); escolaridade da mãe e do pai (analfabeto, até 5ª série incompleta, até 5ª série completa, até 8ª série incompleta, até 8ª série completa, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação), recategorizada em até 8ª completa, até médio completo, superior a pós-graduação; pessoa responsável pelo cuidado da criança a maior parte do tempo (mãe, pai, vó/vô, irmãos, creche, vizinho, babá/cuidadora, outros), recategorizada em: mãe, creche, e outros.
- acesso à consulta odontológica: foi o desfecho utilizado para o estudo e realizado da seguinte maneira: foi questionado ao responsável se a criança já havia consultado com o dentista e os motivos pela procura. As opções de motivos, quando resposta negativa, eram: não sentiu necessidade, não possui dentes, dificuldade de acesso ao posto, falta de condições financeiras, falta de tempo, falta de interesse, ausência de dor, não foi encaminhado/indicado, escola faz prevenção, médico/pediatra/outro faz orientações, e outros; e quando resposta positiva: prevenção, revisão, dor, trauma, gengivite, distúrbio de erupção, manchas/pigmentos nos dentes, aplicação de flúor, cárie, encaminhado por outro profissional, e outros. Também se verificou o local de consulta das crianças que já haviam ido ao dentista, cujas opções eram: posto de saúde, universidade, consultório particular, escola/creche, hospital, e outros.
- clínicas: placa visível e sangramento gengival espontâneo (avaliados por meio da presença ou ausência no momento do exame); ceos (índice 0 para casos em que não havia nenhuma superfície de dente decíduo com lesão de carie e índice maior ou igual a 1 quando uma ou mais superfícies decíduas cariadas), conforme orientações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Análise dos Dados:

A construção e análise do banco de dados foram obtidos a partir do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) através de estatística descritiva e com cálculo da frequência absoluta e relativa, comparação de médias por meio do teste t de Student e teste de Mann-Whitney, além do teste do qui-quadrado para comparação de proporções. As razões de prevalência (RP) foram calculadas por meio da análise de Regressão de Poisson com variância robusta. O valor para rejeição da hipótese nula foi de 0,05.

Considerações Éticas:

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atendendo às normativas da resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Cabe salientar que o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS, sob nº 001.037460.07.2, e aprovado por parecer consubstanciado de 28/05/08 (ANEXO A).

RESULTADOS

A média de idade das 340 crianças avaliadas foi de 32,6 ($\pm 16,2$) meses, e de suas mães, foi de 28,7 ($\pm 7,2$) anos. A mediana de renda familiar foi de 2 salários mínimos (1-3) e a escolaridade das mães e dos pais foi de 45,3% e 44,7% , respectivamente, apresentando até ensino médio completo. Observou-se, também, que o responsável pelo cuidado da criança a maior parte do tempo é a mãe em 52,9%, seguido da creche em 25%. O principal tipo de família apresentado é a nuclear, em 63,8% das crianças. Com relação ao exame clínico, observou-se que 94,4% das crianças não apresentaram sangramento gengival espontâneo no momento da coleta e que 62,1% também não possuíam placa visível. A maioria das crianças, 274 (80,6%) não apresentou experiência de cárie.

Em relação à procura por serviços de saúde, 114 (33,5%) crianças já haviam ido ao dentista, enquanto que 226 (66,5%) nunca haviam ido. O principal motivo apresentado pelos acompanhantes para a não procura por consulta odontológica, em 47,4% das crianças, foi pela ausência de necessidade percebida, seguido da dificuldade de acesso ao posto (17,1%). O principal motivo que fez com que os acompanhantes levassem as crianças ao dentista foi a prevenção/revisão em 57,9% da amostra. Dentre os locais mais procurados para as consultas teve-se que o consultório particular apresentou maior frequência (43,8%), seguido pelo posto de saúde (35,2%) (APÊNDICE C).

A tabela 1 apresenta as variáveis estudadas em relação à procura por serviços. Na análise bivariada, não se observou diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo da criança e procura por serviços odontológicos. Observou-se, também, que à medida que aumenta a idade da criança, maior é o seu acesso ao dentista. Houve diferença estatisticamente significativa entre quem presta o cuidado ($p= 0,02$). Das crianças que foram ao dentista, os resultados mostraram que o cuidador na maior parte do tempo era a creche, diferentemente das que não foram ao dentista, as quais era a mãe. Com relação à escolaridade

da mãe e do pai, pôde-se perceber que as crianças que foram ao dentista têm mães e pais com maior grau de ensino (ensino médio completo quando comparado com ensino fundamental completo). Sobre a renda familiar, as crianças foram mais ao dentista quando o número de salários mínimos era maior. Com relação ao exame clínico, viu-se que o fato de ter ido ou não ao dentista não demonstrou diferença no desfecho das variáveis clínicas de placa visível e sangramento gengival espontâneo (PV e SG). Porém, demonstrou diferença estatisticamente significativa com relação ao índice ceos ($p=0,02$) (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência das variáveis estudadas em relação à realização de consulta odontológica

		Realizada consulta odontológica	Sem consulta odontológica	p-valor
Sexo	masculino	63(55,3%)	122(54,0%)	0,82
	feminino	51(44,7%)	104(46,0%)	
Idade	em meses	40,1(\pm 15,6)	28,8(\pm 15,3)	<0,001*
Idade da mãe	em anos	30,3(\pm 7,1)	27,9(\pm 7,1)	0,004*
Número de filhos		1,8(\pm 1,0)	1,9(\pm 1,1)	0,20 [%]
Tipo de família	nuclear	73(64,0%)	144(63,7%)	0,03
	expandida	28(24,6%)	72(31,9%)	
	mãe/filhos	13(11,4%)	10(4,4%)	
Renda familiar	em salários mínimos	4,9(\pm 6,3)	2,5(\pm 3,3)	<0,01 [%]
Escolaridade da mãe	até 8ª completa	33(28,9%)	105(46,5%)	0,001
	até médio completo	57(50,0%)	97(42,9%)	
	superior a pós-graduação	24(21,1%)	24(10,6%)	
Escolaridade do pai	até 8ª completa	37(32,5%)	101(44,7%)	0,001
	até médio completo	49(43,0%)	103(45,6%)	
	superior a pós-graduação	28(24,6%)	22(9,7%)	
Quem cuida a maior parte do tempo	mãe	50(43,9%)	130(57,5%)	0,02
	creche	38(33,3%)	47(20,8%)	
	outros	26(22,8%)	49(21,7%)	
PV	sim	44(38,6%)	85(37,6%)	0,86
	não	70(61,4%)	141(62,4%)	
SG	sim	9(7,9%)	10(4,4%)	0,19

	não	105(92,1%)	216(95,6%)	
CEOS	0	84(73,7%)	190(84,1%)	0,02
	1 ou mais	30(26,3%)	36(15,9%)	

* Teste t de student para amostras independentes

% Teste de Mann-Whitney

Teste do qui-quadrado (sem símbolo)

Fonte: dos autores.

O modelo multivariado final mostrou que a idade da mãe (RP=1,035; IC95% 1,022-1,048), a sua conclusão do ensino médio (RP=1,689; IC95% 1,114-2,561) e renda familiar (RP=1,045; IC95% 1,008-1,082) estiveram associados com a procura por consulta odontológica.

Tabela 2: Razões de prevalência (RP) bruta e ajustada em relação à realização de consulta odontológica

		RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	p-valor (ajustado)
Idade	em meses	1,022 (1,002-1,042)	0,995 (0,969-1,022)	0,705
Idade da mãe	em anos	1,034 (1,024-1,044)	1,035 (1,022-1,048)	0,001
Renda familiar	em salários mínimos	1,045 (1,024-1,066)	1,045 (1,008-1,082)	0,015
Escolaridade da mãe	até 8ª completa	1	1	
	até médio completo	2,234 (1,474-3,386)	1,689 (1,114-2,561)	0,014
	superior a pós-graduação	1,533 (1,077-2,183)	1,766 (0,924-3,37)	0,080
Quem cuida a maior parte do tempo	mãe	1	1	
	creche	1,262 (0,860-1,853)	1,036 (0,683-1,571)	0,868
	outros	1,702 (1,209-2,398)	1,091 (0,701-1,698)	0,699
SG	sim	1,608 (0,890-2,904)	1,235 (0,656-2,327)	0,513
	não	1	1	
CEOS	0	1	1	
	1 ou mais	1,599 (1,114-2,335)	0,996 (0,665-1,515)	0,985

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; RP: Razão de Prevalência

Fonte: dos autores.

DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a avaliar o acesso à saúde bucal na primeira infância, com o intuito de servir de embasamento para a qualificação e ampliação dos cuidados odontológicos precoces. Foram avaliados os fatores relacionados, a partir de uma visão socioeconômica e clínica, o que determinou um caráter inédito ao estudo para o município de Porto Alegre, visto que se procurou entender quais motivos levaram à realização de consulta odontológica.

No Brasil, existem poucos estudos epidemiológicos descrevendo a utilização de serviços odontológicos na primeira infância. Um estudo no Município de Canela, RS, realizado no mesmo ano, com a mesma faixa etária do presente estudo e também em um dia de Campanha de Vacinação, observou uma prevalência de 13,3% de crianças que já haviam realizado algum tipo de consulta odontológica (KRAMER et al., 2008). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2008, também apresentou uma prevalência semelhante: 77,9% das crianças de 0 a 4 anos de idade nunca haviam ido ao dentista (BRASIL, 2008). No presente estudo, esta prevalência demonstrou-se maior, 33,5%, mas ainda insuficiente para garantir o cuidado precoce e a universalidade do acesso em saúde bucal e levando-se em conta um município de grande porte como Porto Alegre. Além disto, esta prevalência maior pode ser explicada por apresentarmos uma amostra não probabilística.

Com relação à procura por consulta odontológica, foi possível perceber que o principal motivo de ida ao dentista relatado pelos pais foi de prevenção em 38,3% das crianças. De maneira semelhante, o estudo realizado no município de Torres, RS, de Fernandes et al. (2010), cuja amostra foi de 80 crianças de idades entre 0 e 3 anos, observou uma porcentagem de 52,3% de acesso, relatando como motivo de ida à consulta a prevenção. Ainda com relação à prevenção, Machado et al. (1994) afirmam que a procura pelo serviço odontológico na primeira infância, se dá, principalmente, para prevenção de doenças e para manter a saúde bucal. Pode-se inferir, a partir desses dados, que a concepção dos pais ou responsáveis nessa parcela da amostra está mais voltada para o cuidado prévio e de manutenção de saúde do que para uma concepção curativista.

Em contrapartida, observou-se que o principal motivo para a ausência de procura foi a falta de necessidade percebida pelos pais em 47,4% da amostra. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Amin et al. (2014), realizado no Canadá, onde foram incluídas na análise um total de 1303 crianças de 1 a 19 anos de idade. Destas, 443 (34,0%) não tiveram acesso ao serviço odontológico e o principal motivo relatado foi a falta de necessidade percebida pelos pais. Essa ausência de percepção dos pais pode ser explicada pelo fato de

acreditarem que os acometimentos aos dentes decíduos não são relevantes e que o dentista deve ser procurado somente em casos em que a criança apresenta sintomatologia extrema (BELL; HUEBNER; REED, 2012).

Com relação à renda familiar, foi possível observar, no estudo de Massoni et al. (2009) realizado com 970 crianças de 5 a 12 anos na cidade de Recife, PE, que a maioria das crianças que não realizaram consulta odontológica também estava inserida em famílias de baixa renda (55,1% com renda mensal familiar de até um salário mínimo). A literatura relata que a menor renda está associada positivamente com a menor procura ao dentista (SLAYTON et al., 2002; EDELSTEIN; CHINN, 2009), corroborando com os resultados do presente estudo. Nesse sentido, pode-se inferir que a baixa renda é um fator substancial na diminuição do acesso aos serviços, podendo ser devido a poucos recursos financeiros ou até mesmo pelo pouco acesso à informação desta população.

Ainda no estudo de Massoni et al. (2009), com relação à escolaridade dos pais ou responsáveis, verificou-se um valor próximo ao deste estudo, em que 42,7% haviam cursado apenas até o ensino médio. Assim como em alguns estudos da literatura, viu-se uma associação significativa entre a realização de consulta odontológica e nível de escolaridade dos pais (LEROY et al., 2013; GOTTEMS et al., 2012). No presente estudo, o nível de escolaridade do pai seguiu um padrão semelhante à escolaridade da mãe, mas não foi estatisticamente significativo quando outras variáveis foram ajustadas. Os resultados demonstram, semelhantemente à literatura, que mesmo com a renda controlada na análise estatística, ainda é verificado que quanto maior o nível de escolaridade da mãe, maior é a utilização de serviços de saúde (BROWN; LAZAR, 1999). Pode-se explicar esta associação devido ao menor acesso a informações de mães com menor escolaridade, prejudicando o entendimento da importância da prevenção e promoção em saúde desde o início da vida.

Observou-se que a idade da mãe no presente estudo apresentou associação significativa com a procura por serviço odontológico. Os resultados apontaram que crianças, cujas mães tinham mais idade, realizavam mais consultas odontológicas do que mães pertencentes a menores faixas etárias. É possível perceber, de maneira semelhante, no estudo de Gomes et al. (2014) realizado em municípios do Maranhão, cuja amostra utilizada foi de 1214 crianças de idades entre 0 a 5 anos, que a utilização dos serviços de saúde bucal foi maior entre as crianças cujas mães apresentavam mais de 35 anos de idade. Apesar de os resultados do presente estudo não terem apontado associação entre o número de filhos e a realização de consulta odontológica, Johnson et al. (2013) explicam que mulheres mais

velhas, provavelmente, tenham mais conhecimento sobre o cuidado das crianças, advindo de gestações anteriores.

Quanto à relação entre o índice de cárie e a realização de consulta odontológica, encontram-se na literatura dados contrastantes. No estudo de Darmawikarta et al. (2014) encontrou-se que crianças com lesões de cárie eram menos propensas a ter visitado o dentista do que àquelas que não apresentavam experiência cariiosa. Corroborando, o estudo de Stocco e Baldani (2011), realizado em Ponta Grossa (PR) com uma amostra de 123 crianças de 1 a 3 anos de idade que compareceram à Campanha de Vacinação para Poliomielite, demonstrou que crianças que tinham acompanhamento odontológico recente, apresentavam menos prevalência de cárie. No presente estudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa nesse aspecto, sugerindo, possivelmente, uma dificuldade de percepção dos pais com relação à cárie dentária.

Este estudo observou, assim como na coorte de Slayton et al. (2002) realizada com uma amostra semelhante, que as crianças que já haviam visitado o dentista tinham maior média de idade. Em outros estudos da literatura isso também é apresentado, demonstrando que à medida que passam os meses de vida, maior é a chance de a consulta odontológica ter sido realizada (ROMAIRE; BELL; HUEBNER, 2012; KRAMER et al., 2008). Este aumento pode ser explicado por diversos fatores, desde a necessidade percebida pelos pais devido ao fato de problemas bucais se tornarem mais prevalentes conforme o aumento da idade, até o fato de haver mais tempo para que os pais conheçam a importância da prevenção em saúde.

A literatura demonstra que as mulheres adultas, de maneira geral, apresentam maior procura por serviços odontológicos do que os homens. Entretanto, os presentes resultados demonstram, embasados na literatura (PINHEIRO et al., 2002; BADRI et al., 2014), que não há diferença relacionada aos sexos na procura ao dentista durante a primeira infância, podendo ser explicado pelo fato de nesta faixa etária a procura por consulta odontológica ser dependente da decisão dos pais ou responsáveis da criança.

Este estudo apresenta a limitação de não ter uma amostra probabilística. Além disso, o fato de ter sido realizado exclusivamente durante um dia de Campanha de Vacinação pode ter gerado uma amostra mais homogênea. É provável que outros fatores relacionados ao acesso possam estar envolvidos na baixa prevalência de procura por consulta odontológica na primeira infância. Assim, estudos longitudinais e que avaliem quais os fatores relacionados aos serviços podem estar associados, certamente, serão úteis para o aprofundamento deste assunto.

Além disso, acredita-se que a avaliação dos avanços alcançados até o presente momento em Porto Alegre também se faz válida no sentido de contribuir para a contínua qualificação das políticas, servindo de guia para as ações em saúde bucal na APS da cidade.

CONCLUSÃO

Com os resultados apresentados, podemos inferir que, na época do estudo, o acesso à saúde bucal na primeira infância, na cidade de Porto Alegre, apresentou-se baixo, estando relacionado com aspectos socioeconômicos como idade e escolaridade da mãe, além da renda familiar. Nesse sentido, é possível perceber a necessidade da valorização da prevenção e promoção de saúde bucal infantil e a importância do contexto familiar neste processo durante os primeiros anos de vida da criança. Assim, sugere-se a intensificação de programas educativos para o incentivo e motivação a visitas precoces e regulares ao dentista. Ademais, salientamos que é necessário um crescente investimento na APS com vistas a diminuir as desigualdades em saúde bucal e facilitar a utilização dos serviços odontológicos a fim de alcançar a garantia de acesso desde a primeira infância.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL, D. et al. Early childhood caries prevalence, severity and pattern in 3-6 Year Old Preschool Children of Mysore City, Karnataka. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Paraíba, v. 12, n. 4, p. 561-565, Aug./Dec. 2012.
- AMIN M. S. et al. Barriers to utilization of dental services for children among low-income families in Alberta. **Journal Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 80, n. 51, Jun. 2014.
- BADRI, P. et al. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 145, n. 8, p. 817-828, Aug. 2014.
- BELL, J. F.; HUEBNER, C. E.; REED, S. C. Oral health need and access to dental services: evidence from the national survey of children's health, 2007. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 16, n. 1 supl, p. 27-34, Apr. 2012.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/notas_sintese.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal Brasil 2010**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a Organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 204, p. 55, 24 out. 2011.

BROWN, L. J.; LAZAR, V. Dental care utilization: how saturated is the patient market? **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 130, n. 4, p. 573-580, Apr. 1999.

DARMAWIKARTA, D. et al. Factors associated with dental care utilization in early childhood. **Pediatrics**, Springfield, v. 133, n. 6, p. 1594-1600, Jun. 2014.

EDELSTEIN, B. L.; CHINN, C. H. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. **Academic Pediatrics**, New York, v. 9, n. 6, p. 415-419, Nov. 2009.

FERNANDES, D. S. C. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. **Stomatoss**, Canoas, v. 16, n. 30, p. 04-10, jan./jun. 2010.

GOMES, A. M. M. et al. Factors associated with use of oral health services: a population-based study in municipalities of the state of Maranhão, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 629-640, Feb. 2014.

GOTTEMS, M. L. et al. **Traumatismo dentário em escolares de 8 a 12 anos do município de Pelotas/RS**. 2012. 168 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

JOHNSON, A. G. M. et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in South – western Sydney. **Australian Dental Journal**, Sydney, v. 58, n.1, p. 26-33, Mar. 2013.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008.

LEROY, R. et al. Dental attendance in preschool children – a prospective study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 84-93, Mar. 2013.

MACHADO, I. P. et al. Considerações gerais sobre a prevenção de cárie na primeira infância. **Revista de Odontopediatria**, v. 3, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 1994.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Utilização de serviços odontológicos e necessidades de tratamento de crianças de 5 a 12 anos, na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista de Odontologia da UNESP**, Recife, v. 38, n. 2, p. 73-78, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Genebra: 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pesquisas em Saúde Bucal**. Métodos Básicos. Genebra: 1997.

PINHEIRO, R. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

QUINDERE, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 687-707, jul. 2013.

ROMAIRE, M. A.; BELL, J. F.; HUEBNER, C. E. Variations in children's dental service use based on four national health surveys. **Pediatrics**, Springfield, v. 130, n. 5, p. 182-189, Nov. 2012.

SLAYTON, R. L. et al. Frequency of reported dental visits and professional fluoride applications in a cohort of children followed from birth to age 3 years. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 24, n. 1, p. 64-68, Jan./Feb. 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STOCCO, G.; BALDANI, M. H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr. 2011.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta odontológica na primeira infância deve ser considerada de fundamental importância, visto que a prevenção e promoção da saúde e o estabelecimento de hábitos saudáveis iniciam-se nessa fase. Para que haja o incentivo e a garantia de acesso à saúde bucal, é necessário que nos apropriemos dos fatores relacionados à procura por consulta odontológica. Escolaridade dos pais, renda familiar e motivos mais frequentes de ida/não ida ao dentista foram alguns fatores apresentados neste estudo. Portanto, atentar para a importância do assunto e, sobretudo, para os aspectos que interferem no acesso desta população aos serviços odontológicos, auxilia na qualificação de abordagens mais adequadas à realidade para que estas tenham caráter transformador no que diz respeito à saúde bucal infantil.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL, D. et al. Early childhood caries prevalence, severity and pattern in 3-6 Year Old Preschool Children of Mysore City, Karnataka. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Paraíba, v. 12, n. 4, p. 561-565, Aug./Dec. 2012.
- ARAUJO, C. S. et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1063-1072, maio 2009.
- ARDENGHI, M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J. P. F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 129-137, dez. 2013.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e Ciências Sociais. In: BARATA R. B.; BRICEÑO-LEÓN R., Org. **Doenças endêmicas: abordagens sociais culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal Brasil 2010**. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_sau_bucal.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a Organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 204, p. 55, 24 out. 2011.
- FRANCO, E. C. D. A estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 49-58, jan./abr. 2012.
- FRAZÃO, P; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009.
- HOBDELL, M. H. et al. Setting global goals for oral health for the year 2010. **International Dental Journal**, v. 50, n. 5, p. 245-249, Oct. 2000.
- JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, set. 2004.

NARVAI, P. C. et al. Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 647-670, abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Genebra: 1978.

PERES, M. A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. s90-s100, jan. 2012.

QUINDERE, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 687-707, jul. 2013.

RONCALLI, A. G. et al. Aspectos metodológicos do Projeto SB Brasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. s40-s57, 2012.

SAMPAIO, J. F. **O direito à saúde de crianças e adolescentes da Orla Lagunar de Maceió – Alagoas**: a atenção à saúde em um processo de exigibilidade de direitos humanos. 2013. 162 f. Dissertação (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SHEIHAM, A. et al. Global oral health inequalities: task group – implementation and delivery of oral health strategies. **Advances in Dental Research**, Washington, v. 23, n. 2, p. 259-267, May 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **A Importância do desenvolvimento na primeira infância**. 2010. Disponível em: <<http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/saude-da-crianca/informacoes-sobre-doencas/importancia-do-desenvolvimento-na-primeira-infancia.php>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, dez. 2004.

VIEGAS, A. P. B. **Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na Região Metropolitana de Belo Horizonte - Minas Gerais**. 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO E EXAME CLÍNICO

Nome da criança: _____
 Idade: _____ ano(s) e _____ mês (meses) N° ficha nutrição: _____

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS:

Quem cuida da criança maioria do tempo: _____
 Escolaridade da mãe/companheira: _____
 Idade: _____ Ocupação: _____
 Escolaridade do pai/companheiro: _____
 Idade: _____ Ocupação: _____
 Renda Familiar: R\$ _____ Provedor: _____ Per Capita: _____
 Tipo Família: () Nuclear () Expandida () Mãe/Filhos () Pai/Filhos
 N° pessoas na casa: _____ N° filhos: _____ N° cômodos casa: _____
 Moradia: () própria () própria em aquisição () Alugada () Cedida () Outros
 Posse de automóvel: () Não possui () possui 1 () possui 2 ou mais

HIGIENE BUCAL E FLÚOR:

Realiza higiene bucal da criança: () Não () Sim Freqüência: _____
 O que utiliza: _____
 Quem realiza: _____ Idade início: _____
 Como a criança reage a HB: () Receptiva () Não receptiva () Variável
 Água fluoretada/encanada/DMAE: () Sim () Não
 Chupa bico: () Sim () Não Já chupou: () Não () Sim Até que idade: _____

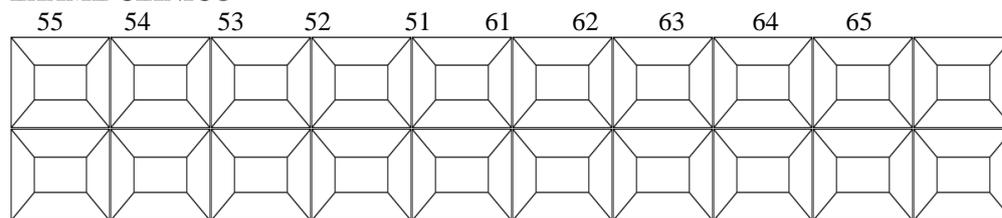
ACESSO AO DENTISTA:

Já foi ao Dentista: () Não Por quê: _____
 () Sim Motivo: _____
 Local: _____ Idade 1ª Cons.: _____ Freqüência _____
 Já recebeu orientação HB/cuidados bucais da criança: () Não
 () Sim Onde: _____ Por quem(profissional): _____

DIETA:

Freqüência Aleitamento materno: diurno: _____ noturno: _____
 Freqüência mamadeira: diurna: _____ noturna: _____
 Conteúdo da mamadeira: _____

EXAME CLÍNICO



0-Hígido **1**-Cariado **2**-Restaurado **3**-Extraído **4**-Extração Indicada **5**-Ausente
 Placa visível: SIM NÃO Sangramento gengival: SIM NÃO
 Atividade de cárie: SIM NÃO ceod: _____ ceos: _____
 Mordida aberta anterior: SIM NÃO
 Examinador: _____ Anotador: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I-Dados de identificação da criança

Nome do Paciente: _____

II-Dados de identificação do responsável legal

Nome do Responsável legal: _____

Documento de Identidade n°: _____

III-Dados do pesquisador responsável

Nome: Dra Márcia Cançado Figueiredo

Cargo: Professora Unidade: Faculdade de Odontologia/UFRGS

Telefones: 3308-5026 / 9808-4128

IV – Dados do aluno responsável

Nome: CD Daniel Demétrio Faustino da Silva

Cargo: Mestrando Unidade: Faculdade de Odontologia/UFRGS

Telefones: 3308-5026 / 9118-6467

V-Dados sobre a pesquisa científica

Título: “CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA-ECC: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM CRIANÇAS DE 6 A 59 MESES NA CIDADE DE PORTO ALEGRE-RS” como subprojeto de outro intitulado: “Avaliação de práticas alimentares de risco para excesso de peso e anemia em crianças menores de cinco anos, e que serão realizados concomitantemente”.

Objetivos: objetivo avaliar a prevalência de cárie em crianças de 6 a 59 meses de idade e sua associação com fatores de risco na cidade de Porto Alegre-RS.

Etapas da pesquisa: a pesquisa se dará em uma única etapa, durante a campanha de multivacinação, na qual o(a) seu(sua) filho(a) receberá o exame bucal para avaliar as suas condições de saúde bucal.

Participação voluntária: a participação do seu(sua) filho(filha) nessa pesquisa será inteiramente voluntária, podendo o(a) mesmo(a) recusar-se a participar, sem qualquer penalidade.

Riscos e Desconfortos: os procedimentos do estudo não causarão nenhum desconforto e risco ao seu filho.

Confidencialidade: as informações a respeito dessa pesquisa serão publicadas em periódicos científicos (revistas na área odontológica). Apenas os resultados serão divulgados, preservando a identidade das crianças.

Assinaturas

Para aderir ao estudo, o responsável da criança deverá assinar logo a seguir um termo de consentimento esclarecido, estando ciente dos seguintes tópicos:

- Você leu e entendeu todas as informações contidas nesse termo e teve tempo para pensar sobre o assunto.
- Todas as suas dúvidas foram respondidas a contento. Caso você não compreendeu qualquer uma das palavras, você solicitou ao responsável pela pesquisa que esclarecesse a você.
- Você concordou voluntariamente a fazer parte dessa pesquisa, e assim sendo, acatará aos procedimentos do mesmo.
- Você recebeu uma cópia do termo de Consentimento Esclarecido que permanecerá com você.

Data: ___/___/___

Assinatura do responsável da criança



Data: ___/___/___

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE C - TABELAS

Tabela 1: Motivos da não procura por consulta odontológica

Motivos	N(%)
Não sentiu necessidade	72(47,4%)
Não possui dentes	6(3,9%)
Dificuldade de acesso ao posto	26(17,1%)
Falta de condições financeiras	4(2,6%)
Falta de tempo	8(5,3%)
Falta de interesse	19(12,5%)
Não foi encaminhado/indicado	4(2,6%)
Escola faz prevenção	1(0,7%)
Médico/pediatra ou outro profissional faz orientações	2(1,3%)
Outros	10(6,6%)

Fonte: dos autores.

Tabela 2: Motivos da procura por consulta odontológica

Motivos	N(%)
Prevenção	41(38,3%)
Revisão	21(19,6%)
Dor	5(4,7%)
Trauma	8(7,5%)
Gengivite	1(0,9%)
Distúrbios de erupção	3(2,8%)
Manchas/pigmentação dos dentes	2(1,9%)
Aplicação de flúor	1(0,9%)
Outros	6(5,6%)
Cárie	11(10,3%)
Encaminhamento por outro profissional	8(7,5%)

Fonte: dos autores.

Tabela 3: Locais de procura por consulta odontológica

Locais	N(%)
Posto de saúde	37 (35,2%)
Universidade	2 (1,9%)
Consultório particular	46 (43,8%)
Escola/creche	9 (8,6%)
Hospital	10 (9,5%)
Outros	1 (1%)

Fonte: dos autores.

ANEXO A – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Márcia Vitolo

Equipe executora adendo 2: Márcia Caçado Figueiredo

Registro do CEP: 248 Processo N°. 001.037460.07.2

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde –US Vila Ipiranga, US Jardim Itu, PSF Timbaúva, US. Santa Rosa, US Rubem Berta, US. Pequena Casa da Criança, PSF Lomba do Pinheiro, US Calábria, US Monte Cristo, US. Belém Novo, CS Vila dos Comerciantes, PSF Santa Tereza, CS Modelo.

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

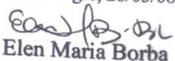
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N°.001.037460.07.2, referente ao projeto de pesquisa: “**Avaliação de práticas alimentares de risco para excesso de peso e anemia em crianças menores de 5 anos. ADENDO 1: Avaliação de hemoglobina em crianças menores de 5 anos. ADENDO 2 : Cária precoce da infância-ec: prevalência e fatores de risco associados em crianças de 6 à 59 meses na cidade de Porto Alegre - RS**” tendo como pesquisador responsável Márcia Vitolo cujo objetivo é “Geral –avaliar a frequência de prática alimentares de risco para excesso de peso e anemia em crianças menores de 5 anos na cidade de Porto Alegre; Específico - fazer análise comparativa dos resultados encontrados na cidade de Porto Alegre. ADENDO 1 : objetivo geral avaliar os níveis de hemoglobina de crianças menores de cinco anos, por meio do método Hemocue. ADENDO 2: objetivo geral – Avaliar a prevalência de cárie em crianças de 6 à 59meses de idade e sua associação com fatores de risco na cidade de Porto Alegre”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 28/05/08


Elen Maria Borba
 Coordenadora do CEP