

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

VERA LUCIA LEAL WOSGERAU

VALIDAÇÃO DE UM DISPOSITIVO INOVADOR PARA ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DO BEBÊ NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

PONTA GROSSA
2018

VERA LUCIA LEAL WOSGERAU

VALIDAÇÃO DE UM DISPOSITIVO INOVADOR PARA ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DO BEBÊ NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Concentração: Assistência integral à saúde e qualidade de vida.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Helena Baldani Pinto

Co-orientador: Prof. Dr Paulo Vitor Farago

Co-orientadora: Profa Dra Shelon Cristina Souza Bandeca

PONTA GROSSA

2018

W935 Wosgerau, Vera Lucia Leal
Validação de um dispositivo inovador para atendimento do
bebê na rede de atenção à saúde/ Vera Lucia Leal Wosgerau.
Ponta Grossa, 2018.
67 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Área de
concentração – Atenção Interdisciplinar à Saúde),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Profa. Dra. Márcia Helena Baldani Pinto.
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Vitor Farago
Coorientador: Profa. Dra. Shelon Cristina Santos Bandeca

1. Saúde-atenção primária. 2. Profissional/paciente – rela-
cionamento. 3. Paciente- aceitação. 4. Paciente – comporta-
mento. 4. Tecnologia odontológica. I. Pinto, Márcia Helena
Baldani. II. Farago, Paulo Vitor. IIIBandeca, Shelon Cristina
Santos. IV. Universidade Estadual de Ponta Grossa- Mestrado
em Ciências da Saúde. V. T


CDD : 617.6

VERA LUCIA LEAL WOSGERAU

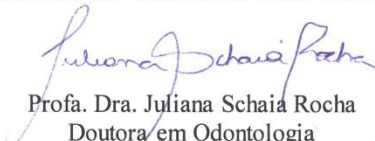
VALIDAÇÃO DE UM DISPOSITIVO INOVADOR PARA
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO BEBÊ NA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 31 de julho de 2018.



Profa. Dra. Márcia Helena Baldani Pinto – Orientador
Doutora em Saúde Pública
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Juliana Schaia Rocha
Doutora em Odontologia
Pontifícia Universidade Católica do Paraná



Profa. Dra. Fabiana Postiglione Mansani
Doutora em Ciências - Bioquímica
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico este trabalho a meus filhos Camila, Murilo e Tamires e ao meu esposo Luiz Alberto por estarem ao meu lado nos melhores e piores momentos de minha vida. Meus amores.

AGRADECIMENTOS

A Deus por seu amor incondicional presente em todos os momentos, nos fortalecendo na Fé e na certeza de que nunca estamos sozinhos. Somos sempre amparados nos nossos momentos mais difíceis, pois quanto maior é a carga, maior é a ajuda que nos chega do alto.

À Profa. Dra. Márcia Helena Baldani, pela contribuição de seus conhecimentos, sugestões por toda a paciência, empenho e sentido prático na orientação desta dissertação.

Ao Prof. Dr Paulo Vitor Farago e à Ao Profa. Dra. Shelon Cristina Souza Bandeca pela amizade sincera e colaboração de informações que auxiliaram na concretização deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde por autorizar as pesquisas e ceder os espaços e a todos os profissionais das unidades de Saúde que colaboraram com este trabalho.

Ao Psicólogo Marcelo Ubiali Ferracioli pela contribuição que auxiliaram no estudo.

À Ana Elisa Ribeiro e Tamires Leal Wosgerau pelo apoio, incentivo e revisão deste trabalho.

Às colegas Alana Tais Gawlik, Natali Pereira, Dominique Ellen Carneiro, Melissa Caroline Souta e a querida Rosângela Beatriz Bahls pela colaboração nas pesquisas de campo.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do Mestrado em Ciências da Saúde, que estiveram presentes em todos os momentos, especialmente a Franciele Aparecida Amaral pela amizade sincera, a Carolina Ceriane Saulle e Thiane Moleta Vargas pela amizade e apoio no projeto piloto deste trabalho.

A meus pais, irmãos, irmãs e demais familiares, amigos e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta pesquisa
Sempre incentivando e torcendo pela minha vitória.

Agradeço especialmente à minha mãe Helena que acreditou na minha ideia e juntas confeccionamos o primeiro dispositivo “Avental” objeto deste estudo.

“Não basta termos um bom espírito, o mais importante é aplicá-lo bem.”
René Descartes

RESUMO

Introdução: O atendimento odontológico do bebê apresenta características peculiares e requer tecnologias apropriadas. **Objetivo:** Validar um dispositivo inovador, em formato de avental, criado para acomodar o bebê durante as consultas, quanto à aceitação por parte dos pacientes e avaliar a ansiedade materna frente as diferentes tecnologias utilizadas. **Método:** Foi delineado ensaio clínico, autocontrolado e cego, a partir de modelo experimental cruzado com períodos de wash out. O dispositivo teste foi comparado a dois controles: Macri e o sistema joelho a joelho. Inventário de Ansiedade de Beck aplicado avaliou a ansiedade das mães antes e após os atendimentos com cada método proposto. Parâmetros de pressão arterial e batimentos cardíacos maternos foram obtidos nos dois momentos. O comportamento dos bebês foi aferido pela escala de Frankl. **Resultado:** A população alvo foram 66 pares de mães/bebês, entre zero e 24 meses, usuários da Atenção Primária à Saúde. O comportamento dos bebês durante as consultas foi predominantemente positivo e similar para os três métodos testados, com vantagem para dispositivo Avental. Este mostrou-se similar à Macri quanto aos níveis de ansiedade materna com maior redução da Pressão Arterial Diastólica e dos batimentos cardíacos das mães. E apresentou melhores resultados quanto à redução da ansiedade materna e dos batimentos cardíacos por minuto quando comparado com o sistema joelho a joelho. **Conclusão:** O dispositivo Avental mostrou-se adequado ao atendimento odontológico dos bebês, com resultados similares ou melhores do que os métodos classicamente utilizados. Estudos futuros são necessários para avaliar suas qualidades do ponto de vista do profissional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Relações interpessoais; Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Comportamento adaptativo; Tecnologia odontológica

ABSTRACT

Introduction: The dental care of the baby presents peculiar characteristics and requires appropriate technologies. **Objective:** Validate an innovative, apron-shaped device designed to accommodate the baby during consultations, patient acceptance, and maternal anxiety about different technologies used.. **Method:** A clinical, self-controlled and blind trial was drawn from an experimental cross-over model with wash-out periods. The test device was compared to two controls: Macri and the knee to knee system. Beck's Anxiety Inventory applied assessed the anxiety of the mothers before and after the visits with each proposed method. Parameters of blood pressure and maternal heart rate were obtained at both moments. The behavior of the babies was measured by the Frankl scale. **Outcome:** The target population was 66 pairs of mothers / infants, between zero and 24 months, users of Primary Health Care. The behavior of the babies during the consultations was predominantly positive and similar for the three methods tested, with advantage to the Apron device. This was similar to Macri in terms of maternal anxiety levels with a greater reduction in diastolic blood pressure and in mothers' heart rate. And it showed better results in reducing maternal anxiety and heart rate per minute compared to the knee-to-knee system. **Conclusion:** The Apron device was adequate for the dental care of the babies, with similar or better results than the classically used methods. Future studies are needed to assess their qualities from the professional's point of view.

Key words: Primary Health Care; Interpersonal relationship; Patient Acceptance of Health Care; Adaptive behavior; Dental technology

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Porta Bebês Macri (Maca Criança) – Bebe- Clínica/UEL. -Modelo atualizado.....	22
Figura 2	Porta Bebês Macri (Maca Criança) – Bebe- Clínica/UEL - Modelo acoplável na cadeira odontológica.....	23
Figura 3	Especificações do dispositivo inovador, portátil, livre de contenção – dispositivo Avental.....	27
Figura 4	Dispositivo Avental em utilização nas consultas de puericultura, na ESF Silas Sallen, no município de Ponta Grossa/PR	28
Figura 5	Dispositivo inovador em utilização nas consultas de puericultura, no salão da capela Sagrada Família, no município de Ponta Grossa/PR....	29
Figura 6	Dispositivo Avental.....	31
Figura 7	Dispositivo Macri.....	32
Figura 8	Sistema joelho a joelho.....	32
Figura 9	Delineamento cruzado do estudo experimental.....	33
Quadro I	Critérios de classificação em cada um dos Níveis de Ansiedade do BAI..	35
Figura 10	Distribuição proporcional da Escala comportamental de Frankl aplicada a crianças de 3 a 23 meses de idade durante exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado (n = 62).	38
Figura 11	Figura 11. Medianas dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck aplicado a mães de crianças de 3 a 23 meses de idade antes e depois do exame clínico odontológico, para cada consulta realizada (n = 62).....	39
Figura 12	Box-plot dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck aplicado a mães de crianças de 3 a 23 meses de idade antes do exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado (n = 62).	40
Figura 13	Figura 13 Box-plot dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck aplicado a mães de crianças de 3 a 23 meses de idade após o exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado (n = 62).	41
Figura 14	Medianas dos valores de pressão arterial sistólica (PAS) /diastólica (PAD) em mmHg, e batimentos cardíacos por minuto (BPM) das mães de crianças de 3 a 23 meses de idade antes e depois do exame clínico odontológico (n = 62).	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição proporcional dos níveis de ansiedade das mães (inventário de Beck) antes do exame clínico odontológico de seus bebês, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado.....	39
Tabela 2 -	Distribuição proporcional dos níveis de ansiedade das mães (inventário de Beck) após o exame clínico odontológico de seus bebês, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado.....	41
Tabela 3 -	Comparação entre os valores de pressão arterial sistólica (PAS)/diastólica (PAD) em mmHg, e batimentos cardíacos por minuto (BPM) das mães de crianças de 3 a 23 meses de idade após o exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado (n = 62).	43

LISTA DE SIGLAS

RAS	Redes de Atenção à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
ABO	Associação Brasileira de odontologia
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade Saúde da Família
ACS	Agente Comunitária de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
BPM	Batidas por Minuto
BAI	Beck Anxiety Inventory

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	ATENÇÃO À SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	13
2.2	TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA GESTÃO DO CUIDADO.....	19
2.3	ODONTOLOGIA PARA BEBÊS E AS TECNOLOGIAS PARA ACOMODAR OS PACIENTES.....	21
3.	PROPOSIÇÃO.....	26
3.1	GERAL.....	26
3.2	ESPECÍFICAS.....	26
4.	MATERIAL E MÉTODOS.....	26
4.1	DESCRIÇÃO DO DISPOSITIVO TESTE.....	26
4.2	DESENHO DO ESTUDO.....	29
4.3	COLETA DE DADOS.....	30
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	37
5.	RESULTADOS.....	37
6.	DISCUSSÃO.....	44
7.	CONCLUSÕES.....	47
8.	REFERÊNCIAS.....	48
9.	ANEXOS	60

1.INTRODUÇÃO

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde com o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança além das estratégias de redução da mortalidade infantil. Ainda em 2004, a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil apontava para a necessidade de ações integrais e humanizadas para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017). Em 2010, o Ministério da Saúde instituiu as Redes de Atenção à Saúde, e elencou algumas redes prioritárias, dentre elas, a materno-infantil. Denominada Rede Cegonha, esta apresenta a proposta de organização de um modelo de atenção focado na saúde da mulher e da criança e que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e cabe aos estados e municípios sua implantação (CASSIANO et al, 2014).

O atendimento odontológico do bebê envolve desafios para a equipe de saúde bucal, principalmente no que se refere a ansiedade das mães. Muitas vezes a criança recebe sua primeira consulta odontológica ainda sem os dentes. Essa consulta tem como finalidade informar aos pais sobre a importância da higiene bucal do bebê. Um volume grande de informações para as mães, que muitas vezes não as compreendem, pois seus filhos sequer apresentaram os primeiros dentes. Além disso, o atendimento odontológico do bebê nem sempre é tranquilo, as reações de choro, irritação, nervosismo e atitudes impacientes são variações de humor inerentes à essa faixa etária, e demonstram seus medos e ansiedade (GOETTEMMS et al., 2012; RIBA et al., 2018).

O estado emocional dos acompanhantes, geralmente as mães, também é um fator estressante tornando o ambiente ora calmo em uma zona de conflito, o que faz com que muitos profissionais se sintam desencorajados ao manejo e conduta adequados para atender os pacientes infantis (BUSATO et al., 2017). A Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, rede de atenção materno-infantil do Estado do Paraná, preconiza que durante a puericultura aconteça a primeira visita da criança ao cirurgião-dentista, profissional mais habilitado para orientar sobre o desenvolvimento dos dentes da criança e da melhor forma de cuidá-los (PARANÁ, 2014).

A prevenção da cárie precoce se inicia a partir do letramento aos pais e dos responsáveis pela criança enfatizando diversos aspectos que podem levar ao

aparecimento das lesões. Para que a equipe de saúde bucal possa realizar adequadamente o exame clínico e o letramento aos pais, alguns dispositivos podem ser empregados para acomodar a criança de zero a trinta e seis meses, como a própria cadeira odontológica, o dispositivo Macri desenvolvido na Universidade Estadual de Londrina (WALTER et al., 1996) ou mesmo o colo da mãe, no sistema joelho a joelho (knee-knee) (McDONALD; AVERY, 2011).

Embasado no sistema de atendimento, a autora deste trabalho desenvolveu um dispositivo alternativo em formato de avental, livre de contenção, portátil, de fácil manejo e deslocamento. A mãe e o operador o acomodam no sistema joelho-joelho, possibilitando uma maior observação da ação do profissional no manuseio ao bebê, o qual mantém contato visual com a mãe e o operador, proporcionando conforto e segurança enquanto é examinado, ampliando o vínculo profissional/paciente (WOSGERAU, 2014). Este instrumento tem sido utilizado, porém nunca foi validado, testado e avaliado para verificar se cumpre com suas funções.

Desta forma, objetivo geral deste estudo foi validar esse dispositivo inovador que, por suas características, poderia ser capaz de atender as necessidades dos profissionais em saúde envolvidos no atendimento do bebê, seja na Atenção Primária à Saúde, no serviço público e/ou na clínica privada, bem como evidenciar sua funcionalidade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. ATENÇÃO À SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde voltados ao alcance de um objetivo comum, orientado por eixos estruturantes, os atributos essenciais e derivados da APS. Os atributos essenciais se constituem em primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Expressando por meio do primeiro contato a acessibilidade e utilização dos serviços, na longitudinalidade o aporte regular na oferta de cuidados e estabelecimento de vínculos, na integralidade dos serviços prestados pela equipe de saúde, passa a atender as necessidades mais comuns da população

e pela coordenação do cuidado promove a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde (SANTOS et al., 2013).

A denominação de Atenção Básica (AB) foi adotada em todo território nacional ampliando as ações para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, resgatando o caráter universalista das metas firmadas pela Declaração de Alma Ata em contraposição às interpretações da Atenção Primária estar voltada apenas a um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade dedicada a populações vulneráveis e de baixa renda, assumidas por organismos internacionais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Tais preceitos buscam viabilizar uma orientação simples na construção da efetividade das práticas de saúde, segundo o princípio da integralidade do SUS, onde estabelece vínculos terapêuticos sustentados por processos de corresponsabilização no cuidado (BRASIL, 2010; MASSON et al., 2016)

Em 1994 ao ser implantado o Programa de Saúde da Família no Brasil, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), resultou na proposta de modificar a estrutura de organização dos serviços em Atenção Básica e expandir o acesso à população. Esta estratégia possibilita a integração e promove a organização das atividades num território definido, ampliando um olhar para a abordagem coletiva multiprofissional, centrado na família e comunidade. A ESF vem atuando como pilar das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados.

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às equipes de Saúde da Família ocorreu através da portaria 1.444 de dezembro de 2000, tendo como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a elas relacionadas visando a prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal (MATTOS et al., 2014). Com a inclusão da saúde bucal na ESF, algumas ações interdisciplinares passaram a ser desenvolvidas de forma ampla, não mais fragmentadas, pois muitos agravos que acometem a boca têm repercussão na saúde geral e no cuidado ao indivíduo (PARANÁ, 2016).

O desafio de aumentar, por meio de políticas públicas e ações que favoreçam na prática a oportunidade de desenvolvimento benéfico de um bebê também precisa englobar a saúde materna, frente ao inextricável vínculo biológico, social e emocional entre mãe e filho (SUZUKI, 2017; KELLY, 2018). Comprovadamente um dos fatores determinantes em suas morbimortalidade, a vulnerabilidade social de mulheres e de

crianças, sempre foi uma preocupação frente a algumas situações de risco, com destaque para as mortes maternas e neonatais, (RIZZON, 2011; WANG et al., 2018).

O enfoque na integralidade da atenção materno infantil propõe ações de enfrentamento à rotina dos serviços de saúde ao avaliar sistematicamente os determinantes sociais do processo saúde doença no contexto individual e na comunidade (CURSINO; FUJIMORI; GAÍVA, 2014; SOUZA; ERDMANN; MOCHEL, 2015). Qualificando a assistência pré-natal e redução dos índices de gravidez na adolescência, combatendo as principais doenças prevalentes na infância e integrando ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde (PIZZO et al., 2014). Proporcionando longitudinalidade ao atendimento infantil, com o amplo registro na carteira de Saúde Criança por todos os locais e profissionais que realizam o atendimento, contribuindo para a melhoria na APS (AMORIM et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assim como o Banco Mundial e o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) recomendam focar em intervenções na saúde materna e infantil na busca da mais correta nutrição, desenvolvimento físico, emocional e cognitivo objetivando numa melhor saúde futura dos bebês até a idade adulta, dentro do período que compreende desde a gestação até completar dois anos de idade, correspondente aos primeiros mil dias de vida (SOM et al., 2018).

Evidências científicas indicam que os acontecimentos iniciados na gestação e nos primeiros mil dias de vida, terão uma influência significativa sobre o desenvolvimento desse bebê, com manifestações na primeira infância, adolescência e até na idade adulta (SIMEONI et al, 2018). Aos dois anos de idade, ou seja ao final dos mil dias, o cérebro consome energia equivalente a um cérebro de adulto e continua a necessitar de energia para construir e remodelar. Uma boa saúde é essencial para o desenvolvimento da memória e aprendizagem, uma tarefa para a vida toda (GOYAL, IANNOTTI e RAICHLE, 2018).

Com a intervenção efetiva e apropriada na saúde infantil, essencial nessa fase do ciclo de vida, espera-se reduzir a incidência de doenças por meio do cuidado periódico e sistemático. Essa redução se dá na identificação precoce dos agravos, vacinação, aleitamento materno, higiene individual e orientações às mães (CAMPOS et al, 2011). O letramento em saúde bucal infantil são aspectos transversais aos núcleos de medicina, enfermagem, nutrição e odontologia e precisam ser reforçados a cada consulta de forma multidisciplinar. Podem ser dadas nas consultas de

puericultura, realizadas geralmente por médicos e enfermeiros. Quando capacitados, todos os membros que compõe as equipes de saúde podem orientar os pais e/ou responsáveis a respeito dos cuidados com a saúde bucal na primeira infância (REIS; LUVISON; FAUSTINO-SILVA, 2015; MATTHEUS et al., 2018).

Quanto à nutrição é fundamental que os profissionais de saúde orientem sobre a importância do aleitamento materno, higiene bucal e a introdução saudável da alimentação complementar (JONES et al., 2017). Assim, haverá um maior aproveitamento da amamentação com menores chances de desenvolvimento de cárie (VICTORA et al., 2016).

Não há um consenso global sobre por quanto tempo deve perdurar o aleitamento materno (AVILA et al., 2015). Segundo a Academia Americana de Pediatria a amamentação deve ocorrer por pelo menos doze meses, continuada enquanto haja um desejo mútuo entre mãe e bebê. Já a Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação por um período maior ou igual a 24 meses (KRAMER & KAKUMA, 2016; URBANETTO et al., 2018).

Crianças que recebem amamentação natural apresentam menor índice de lesões de cárie precoce na infância destacando os benefícios da amamentação natural para o bebê (QUELUZ et al., 2012; ALVES, OLIVEIRA e RITO. 2018; COCA et al., 2018; SILVA et al., 2018). Peres et al. (2017) relatam que a amamentação artificial por 24 meses ou mais, pode causar um aumento no risco de desenvolver cáries aos cinco anos, bem como maior probabilidade de desenvolvimento de cárie severa na infância. A amamentação artificial pode se tornar um fator de risco quando prolongada, em termos de idade (MOIMAZ et al., 2008; SANTANA et al., 2018).

Após o primeiro ano de vida recomenda-se aos pais evitar o uso da mamadeira, iniciando o uso de copos quanto antes possível (ALVES et al., 2018). É recomendado também evitar o consumo de alimentos açucarados como bolachas e balas e oferecer bebidas contendo açúcar durante as refeições principais, bem como por a criança para dormir com uma mamadeira cheia de leite ou líquidos contendo açúcares evitando os hábitos cariogênicos e os obesogênicos iniciando preferencialmente antes dos dois anos de idade (RIBEIRO et al., 2017; KARZS, BONUCK, 2018).

Se faz necessário que a atenção à saúde bucal tenha início o mais precocemente possível, preferencialmente antes do final do primeiro ano de vida. Isso é justificado pela prevalência de cárie na dentição decídua, aumentada

proporcionalmente em relação à idade da criança (STOCCO, BALDANI, 2011; CASAMASSIMO et al., 2017).

Um relatório publicado em 2014 pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) e denominado "State of Little Teeth", afirmava ser a cárie dentária uma doença comum em crianças pequenas e que ocasionava uma crise de saúde pública nos Estados Unidos. O relatório indicava que a cárie dentária é evitável e que seus efeitos poderiam ser minimizados através de campanhas educacionais para munir os pais e educadores com ferramentas e informações (AAPD, 2014). A cárie dentária não tratada pode levar a infecção, perda de dentes e intervenções de emergência e reparadoras onerosas. Uma criança com dentes não saudáveis corre o risco de futuros problemas de saúde bucal quando adulto (GLICK, 2012).

Na cavidade bucal do bebê, a presença de microrganismos, em contato com substrato e resíduos alimentares irão se fixar nos rebordos, língua e na superfície lisa do dente decíduo e recém erupcionado formando o biofilme dental. Este poderá limitar a capacidade da saliva em lavar ou tamponar os produtos metabólicos ácidos produzidos, quando associados a hábitos deletérios e poderão produzir a dissolução do mineral do dente produzindo inicialmente as lesões brancas no esmalte dental, imperceptível para muitas mães ou cuidadores mas com consequências dolorosas se não detectadas precocemente (LEMOS et al, 2011; BOING et al., 2014; MEDEIROS et al., 2015; RIBEIRO et al., 2017).

Vários fatores podem estar associados à lesões de cárie como os maus hábitos orais no uso frequente de mamadeira noturna, adormecimento com mamadeira e alto consumo de bebidas açucaradas, condições culturais, psicossociais e comportamentais das famílias e cuidadores, o acesso limitado a serviços odontológicos além dos predisponentes específicos dessa fase da infância, incluindo a imaturidade de seu sistema imunológico e a presença de defeitos de formação do esmalte na dentição decídua que predispõe o esmalte às lesões cáries (KRALJEVIC e FILIPPI, 2017; CURI et al., 2018). Além disso, tem sido feita uma associação entre a cárie precoce de dentes anteriores e a cárie na dentição decídua posterior, onde uma seria precursora da outra. A cárie na dentição decídua posterior também atuaria como um fator preditivo de cárie em molares permanentes (MARTELLO, 2012).

As lesões de cárie na primeira infância em crianças menores de três anos de idade, em superfície lisa, é indicativo de quadro severo de cárie precoce da infância e

é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das doenças mais prevalentes na infância e tem sido associada com sobrepeso infantil, obesidade e deficiência de micronutriente na presença de práticas alimentares inadequadas na dieta infantil, rica em açúcar e pobre em fibras (AAPD, 2016; FELDENS et al 2017; WHO, 2018).

Achados de Kim et al. (2017) corroboram e apontam que os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças da boca e dentes em crianças são: nível insuficiente de habilidades de higiene nos cuidados dentários, ausência de medidas preventivas, fatores de estresse ambiental e nutrição desequilibrada, presença de doenças somáticas crônicas e maus hábitos. A maioria dos fatores são gerenciáveis e sua influência na ocorrência e desenvolvimento de cárie dental em crianças pode ser eliminada ou significativamente reduzida.

O cuidado à saúde infantil requer a ação de vários profissionais integrados em ações interdisciplinares, intersetoriais e complementares com vários setores possibilitando integralidade em ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, não deixando de lado a influência que a criança sofre na família e no contexto em que vive, ou seja, atender a criança na sua multidimensionalidade e não apenas na doença (FURTADO et al., 2018).

Grandes avanços como a fluoretação da água e o uso de dentifrícios fluoretados atuam no processo de equilíbrio protetor para o desenvolvimento de lesões de cárie, assim como a inserção de modalidades de cuidados não invasivos podem ser adicionados por meio de antimicrobianos, minimizando procedimentos restauradores (FEATHERSTONE et al., 2012; GARCIA et al., 2017; NASCIMENTO, 2018).

Em paralelo, o letramento em saúde bucal dos pais deve ser direcionado na prática de hábitos promotores de saúde que preferencialmente desencadeie ações simples de por em prática. Ampliando o olhar dos pais a cuidados preventivos que impactem em mudanças em seus estilos de vida, diminuindo o sentimento de culpa ou de impotência frente as desordens de saúde no ambiente em que vivem (MARQUES; LEMOS, 2017; CARVALHO et al., 2018). A prática da saúde bucal infantil é recomendada por muitos anos mas ainda encontra resistência por alguns profissionais médicos e odontólogos (CASAMASSIMO et al., 2018). O letramento em saúde influencia os conhecimentos, atitudes e práticas. O acesso à informação e aprendizagem de técnicas de limpeza e aplicações de flúor e orientações preventivas

pelas equipes de saúde bucal é tão necessário à comunidade, principalmente ao grupo etário de 0 a 5 anos de idade. A prevenção é necessária na aquisição de bons hábitos com vistas a resultados na saúde bucal e qualidade de vida das famílias (LEMOS et al., 2014; ALTIN, 2014; LAI et al 2017).

2.2 TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA GESTÃO DO CUIDADO

A produção na saúde é sempre coletiva na atividade humana e em constante movimento. Não se consegue individualmente desempenhar o complexo objeto do ato de cuidar. Este é um ato de troca de saberes e pactuações, e todos são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, objetivando produzir o cuidado do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde (FERNANDES, 2014; SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2012; MERHY et al., 2016). No mundo do cuidado, trabalhadores e usuários devem se abrir para o encontro e reconhecer seus respectivos saberes e expectativas, de modo a construir os projetos de cuidado de modo compartilhado (FEUERWERKER, MERHY, 2011).

O que determina a produção deste cuidado é o trabalho humano no exato momento em que é executado, aliado com os instrumentos, normas e máquinas formando um processo no qual interagem diversos tipos de tecnologias e passa a ser denominado “Trabalho vivo em ato” (ABRAHÃO; MERHY, 2014). Três categorias atuam neste processo de trabalho, as “tecnologias duras” centradas em tudo que já vem pronto para o encontro cuidador (instrumentos, medicamentos e equipamentos), as “tecnologias leve-duras” centradas nos conhecimentos técnicos estruturados, estes ao serem aplicados, sofrem a interferência desse mesmo encontro; e as “tecnologias leves”, centradas nas relações que acontecem em ato e é produtor (ou não) do cuidado (SLOMP JUNIOR et al., 2014; SEIXAS et al., 2016).

O olhar ampliado e interdisciplinar no cuidado ao indivíduo, família e comunidades é o que se espera dos profissionais envolvidos em atos produtivos da atenção à saúde. Essa prática é potencializada pela constatação de que o trabalho em saúde se dá sempre no encontro relacional, mediado pela ética do cuidado, pelo manejo das tecnologias de trabalho numa dimensão subjetiva e pelo agir em saúde. Esse complexo cenário pode se expressar no trabalho acolhedor, com o

estabelecimento de vínculo profissional e usuário, ou no trabalho meramente prescritivo, sendo que o profissional de saúde exerce o auto-governo sobre seu próprio processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2012).

A integralidade do cuidado se faz necessária ao fortalecer espaços de encontro e trocas que possibilitem a ampliação da capacidade de acolher e de estabelecer vínculos (CURSINO; FUJIMORI, 2012). Por meio da prática dos princípios do Sistema Único de Saúde SUS, a produção e gestão do cuidado nos processos de trabalho, a produção da responsabilidade compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários vem ampliando o protagonismo de trabalhadores, usuários e gestores na produção da saúde e na capacidade de transformar a realidade em que vivem (BRASIL, 2013).

Por meio de um novo olhar dos profissionais, frente ao doente, ao colega de trabalho e de si próprio proporcionam a incorporação gradativa de ações de promoção de saúde que impactam a profissionais e comunidade o estabelecimento de hábitos saudáveis e qualidade de vida (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011). Fazer a coordenação do cuidado implica em ter a disponibilidade para o diálogo interdisciplinar e a ousadia de pensar para além das características da sua clientela, para cada usuário em cada momento, avaliando as propostas de cada um. O que demonstra a necessidade de uma forte âncora no vínculo e no diálogo com os pacientes da atenção básica, na ampliação do acesso e oferta de serviços com qualidade (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; BOUSQUAT et al., 2017).

Uma mudança de atitude por parte dos trabalhadores em saúde é fundamental na construção e organização do trabalho e na perspectiva da co-gestão com a comunidade. É preciso pensar a saúde tanto do ponto de vista individual quanto coletivo por meio de práticas mais integradas, marcadas pela intersectorialidade, pelo compartilhamento de saberes e pela promoção da interdisciplinaridade. (OLIVEIRA et al., 2011; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

A discussão coletiva de casos é mais um dispositivo eficaz na identificação de problemas, onde se torna necessário a articulação em grupo de saberes e recursos na produção de projetos terapêuticos em defesa da vida. A complexidade de algumas situações cotidianas em um ambiente de trabalho amplia as possibilidades dessas pessoas se mobilizarem a fim de formar uma equipe, onde se observa ser benéfico o esforço da articulação (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011; FEUERWERKER, 2014).

A reorientação dos serviços de saúde necessita seguir avançando, trabalhando por políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis com vista a possibilidade do fortalecimento da ação comunitária e do desenvolvimento de habilidades pessoais (NARVAI, 2011; ARAÚJO et al., 2014).

A incorporação de novas tecnologias para as equipes de saúde bucal na ESF pode alterar o modo de produção do cuidado, caracterizando uma forma de reestruturação produtiva na construção da assistência, na qual requer um atendimento mais humanizado, integral, equitativo, que proporcione vínculo facilitando a troca de saberes e experiências (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

2.3 ODONTOLOGIA PARA BEBÊS E AS TECNOLOGIAS PARA ACOMODAR OS PACIENTES

As consultas odontológicas no primeiro ano de vida são indicadas tanto pela American Academy of Pediatrics (AAP) quanto pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (DOUGLASS, 2015). No Brasil, a recomendação da Associação Brasileira de Odontopediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBO) a primeira consulta odontológica seja realizada antes de erupcionar o primeiro dente decíduo, que geralmente ocorre entre 6 e 12 meses de idade (MS, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) recomenda que o acesso aos cuidados em saúde bucal por crianças de 0 a 5 anos deve-se dar, no máximo, a partir dos 6 meses de idade e sugere aproveitar as campanhas de vacinação, consulta clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupos de pais (SILVA, 2015).

Estudos revelam que o crescimento e o desenvolvimento das estruturas podem sofrer mudanças pela presença de alterações bucais. Essas alterações podem estar presentes desde o nascimento ou se manifestar meses ou anos mais tarde, comprometendo a saúde geral e o bem estar da criança (BARBOSA et al., 2014; ARAÚJO et al., 2018).

Em revisão sistemática da literatura, Fontana (2015) encontrou poucos estudos longitudinais e de alta qualidade sobre a efetividade da atenção precoce na prevenção de agravos bucais. Porém as evidências disponíveis não permitiram descartar a recomendação de que a criança seja avaliada no primeiro ano de vida e acompanhada desde então.

Com ênfase no letramento aos pais quanto a prevenção da cárie precoce e na possibilidade do exame clínico na detecção de diversos fatores que podem levar ao aparecimento das lesões, as equipes de saúde bucal dispõem de alguns dispositivos que podem ser empregados para acomodar a criança de zero a trinta e seis meses onde o equipamento mais comumente utilizado no atendimento clínico odontológico é a maca infantil.

A origem da odontologia para bebês no Brasil teve seu início através da dedicação de professores da Universidade Estadual de Londrina-PR em 1985, que culminou na criação da Bebê Clínica e com a disseminação da sua filosofia de trabalho por todo o país sob o lema “educar prevenindo e prevenir educando” e fundamentado nos conceitos de que “não é apenas uma boa educação que começa no berço, uma boa dentição também”. Complementando com as orientações destinadas às gestantes ainda no período pré-natal e focando na educação em saúde para desenvolver gerações saudáveis. Em 1993 houve o reconhecimento de Odontologia para Bebês como um direito de cidadania no II Encontro Nacional de Saúde Bucal em Brasília e também a implantação do grupo de pesquisa CNPq/ UEL (WALTER et al., 1996). As figuras 1 e 2 referem aos modelos de Macri disponíveis no mercado atualmente.

Figura 1 - Porta Bebês Macri (Maca Criança) – Bebe- Clínica/UEL. -Modelo atualizado



http://www.odontopediatriasaude.com.br/imagens.php?product_id=

Figura 2 - Porta Bebês Macri (Maca Criança) – Bebe- Clínica/UEL - Modelo acoplável na cadeira odontológica



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=macri+modelo+aclopavel+na+cadeira>

As Clínicas do Bebê ou Bebê Clínica são uma realidade em muitas regiões do Brasil e permanecem em atividades nas universidades e em muitos sistemas de saúde dos municípios (OLIVEIRA; BOTTA; ROSELL, 2010). Atualmente, a atenção precoce à saúde bucal é parte do processo de trabalho das equipes principalmente na Estratégia Saúde da Família (JAKYMIU et al., 2015).

Quanto à ergonomia, Amantini (2014) observou uma escassez de dispositivos ergonômicos e funcionais para o atendimento na faixa etária de 0 a 36 meses. Um posicionamento adequado do paciente infantil pode ser positivo à postura, conforto e longevidade da carreira do profissional, bem como levar a um melhor tratamento e aumento de sua produtividade (BARJATYA, 2015).

Alguns dispositivos possuem componentes que realizam uma contenção dos membros (figura 3) para evitar movimentos bruscos tanto da cabeça quanto de braços e pernas (FERREIRA et al., 2016). Segundo Correa (2002), a contenção física do paciente é utilizada na maioria dos tratamentos odontológicos em bebês afim de viabilizar seu atendimento. Porém, o uso da contenção limita-se apenas a crianças não colaborativas e/ou com necessidades especiais objetivando permitir segurança ao paciente e dentista, e promover maior qualidade ao tratamento (ROMER, et al 2009; AAPD, 2006).

Diversas emoções estão presentes e desempenham um papel significativo em nossas experiências cotidianas. Pesquisas desenvolvidas no campo do Design

Emocional evidenciam a interação entre os seres humanos e o design de produtos, ou serviços.

Tonetto et al (2011) relacionam o design de um produto com sua atuação emocional desencadeada nos seres humanos, permitindo desenvolver objetos com características favoráveis ao público estudado. Damásio, (2000) aponta que a emoção é algo inerente ao ser humano e na maioria das vezes define as escolhas mesmo sob a influência da razão.

As emoções podem se dividir em três níveis de processamento cerebral visceral, comportamental e reflexivo. O nível visceral relaciona-se com o uso das emoções, e tem interessado cada vez mais os designers devido à grande importância que essas têm sobre as escolhas dos produtos. Os três níveis de processamento estão associados entre si, e cada um deles tem o seu papel no “funcionamento integral de uma pessoa” (NORMANN, 2008). Design Visceral está relacionado ao Design para a aparência, já o Design Comportamental está relacionado ao Design para a facilidade de uso. As emoções mais relevantes estão relacionadas ao Design Reflexivo voltando a reflexão para a autoimagem, satisfação e lembranças e contém os processos cerebrais que controlam o comportamento cotidiano. As emoções estéticas são provocadas pela visão, audição e processamento cognitivo em resposta a estímulos (SCHINDLER et al., 2017).

Spillers (2004), observa que a mudança de estado emocional é provocada por emoções reativas que proporcionam uma sensação de satisfação ou desapontamento frente ao objeto. Portanto, um novo produto pode apoiar-se ao conceito de Design Emocional buscando a presença do lúdico e das cores proporcionando estímulo e interesse (BOSCHETTI; GUANABARA, 2010).

As questões de usabilidade do produto são referentes à desenvoltura no seu desempenho, de modo facilitar e tornar agradável a sua utilização, refere ao nível de conforto que os usuários sentem quando utilizam um produto e também ao nível de aceitação do produto por todos os envolvidos na ação (CATECATI et al, 2012).

A escassez de dispositivos ergonômicos e funcionais para o atendimento de bebês observada por Amantini (2014) demonstra a necessidade do desenvolvimento de produtos que se destinem a este fim.

O dispositivo estudado, foi desenvolvido anteriormente na Unidade de Saúde da Família Silas Sallen, no município de Ponta Grossa/PR durante as consultas de puericultura realizadas em bebês na faixa etária de 0 a 24 meses. As ações

interdisciplinares ocorriam em um ambiente único para as equipes e em forma de rodízio, iniciando pela equipe médica e de enfermagem realizar as avaliações dos parâmetros de crescimento e orientações pertinentes, passando em seguida para a equipe de saúde bucal realizar o atendimento ao binômio mãe/bebê, no sistema joelho a joelho (knee-knee), no qual a mãe e o operador sentam-se de frente um para o outro e os joelhos formam a mesa exame, o bebê fica com a cabeça voltada para o colo do dentista, com atendimento padronizado, observando de maneira geral a forma e integridade dos roletes gengivais, inserção dos freios labial e lingual, conformação do palato, faces internas das bochechas, assoalho bucal e a língua; além do letramento às mães, específico para a faixa etária de cada bebê participante. A cada consulta de puericultura integrada, as informações dadas pelas equipes médicas, de enfermagem e de saúde bucal proporcionaram um ganho no vínculo pelo ato relacional e pela troca de experiências e ambiente acolhedor.

De maneira integrada e complementar, as ações aconteciam em dois locais diferentes, um na sala de odontologia da USF e o outro na capela Sagrada Família no bairro mais distante do território adscrito, em que a equipe se deslocava para atender as mães e seus bebês o que propiciavam um aumento na demanda. Deste aumento na demanda surgiu a necessidade de um atendimento mais integral, equitativo e que fosse possível uma melhor acomodação aos pequenos pacientes resultando no objeto deste estudo.

O dispositivo Avental apresenta aparência lúdica, visualmente atrativa, utilizando de cores e estampas que buscam tranquilizar e distrair mãe e bebê por meio do design emocional anteriormente citado. Com relação à usabilidade mostrou-se aprazível e benéfico para o melhor conforto da criança, mãe e examinador durante a consulta. Há de se pensar também no vínculo profissional/paciente, importante para que se tenha maior qualidade na consulta e fidelização do paciente. A maior proximidade da mãe no momento da consulta aumenta suas chances de assimilar as informações passadas pelo profissional, para que assim esteja apta a colocá-las em prática em seu ambiente domiciliar. Para o profissional, ainda existe a vantagem de o dispositivo Avental em estudo apresentar fácil manejo e deslocamento, uma vez que pode ser usado em diversos lugares, como pastorais, universidades, visitas domiciliares, ações e projetos em área rural entre outros. Isso traz a possibilidade de ampliar as possibilidades de atendimento em locais de menor acesso. Sua utilização não se restringe aos profissionais da saúde bucal, fonoaudiólogos, fisioterapeutas,

enfermeiros dentre outros profissionais podem se beneficiar deste dispositivo Avental no atendimento ao público infantil (WOSGERAU, 2014).

3. PROPOSIÇÃO

3.1 GERAL

- Validar um dispositivo inovador para atendimento odontológico do bebê na Rede de Atenção à Saúde.

3.2 ESPECÍFICAS

- Descrever um novo dispositivo para acomodação do paciente infantil durante os procedimentos odontológicos;
- Analisar o comportamento das crianças durante os atendimentos em comparação com o dispositivo Macri e o sistema joelho a joelho;
- Analisar as reações das mães em relação ao dispositivo inovador comparando com o dispositivo Macri e o sistema joelho a joelho;

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESCRIÇÃO DO DISPOSITIVO TESTE

A primeira etapa deste trabalho consistiu em aprimorar o dispositivo criado pela autora dessa dissertação (WOSGERAU, 2014) e padronizar as especificações do produto a ser testado.

Dessa forma, a experiência da autora com a confecção e pré-teste de protótipos, bem como a atenção às normas de desinfecção e biossegurança, levou às seguintes características do produto: o dispositivo inovador, portátil e livre de contenção é obtido pelo corte no formato de avental de tecido tricoline 100% algodão, feito com fio 40x40 (urdume x trama), que objetiva melhor resistência e durabilidade, tendo como revestimento interno uma espuma de densidade D-20 de 5 cm de espessura e no revestimento externo uma película de PVC - policloreto de vinila, impermeável e translúcida (Figura 3).

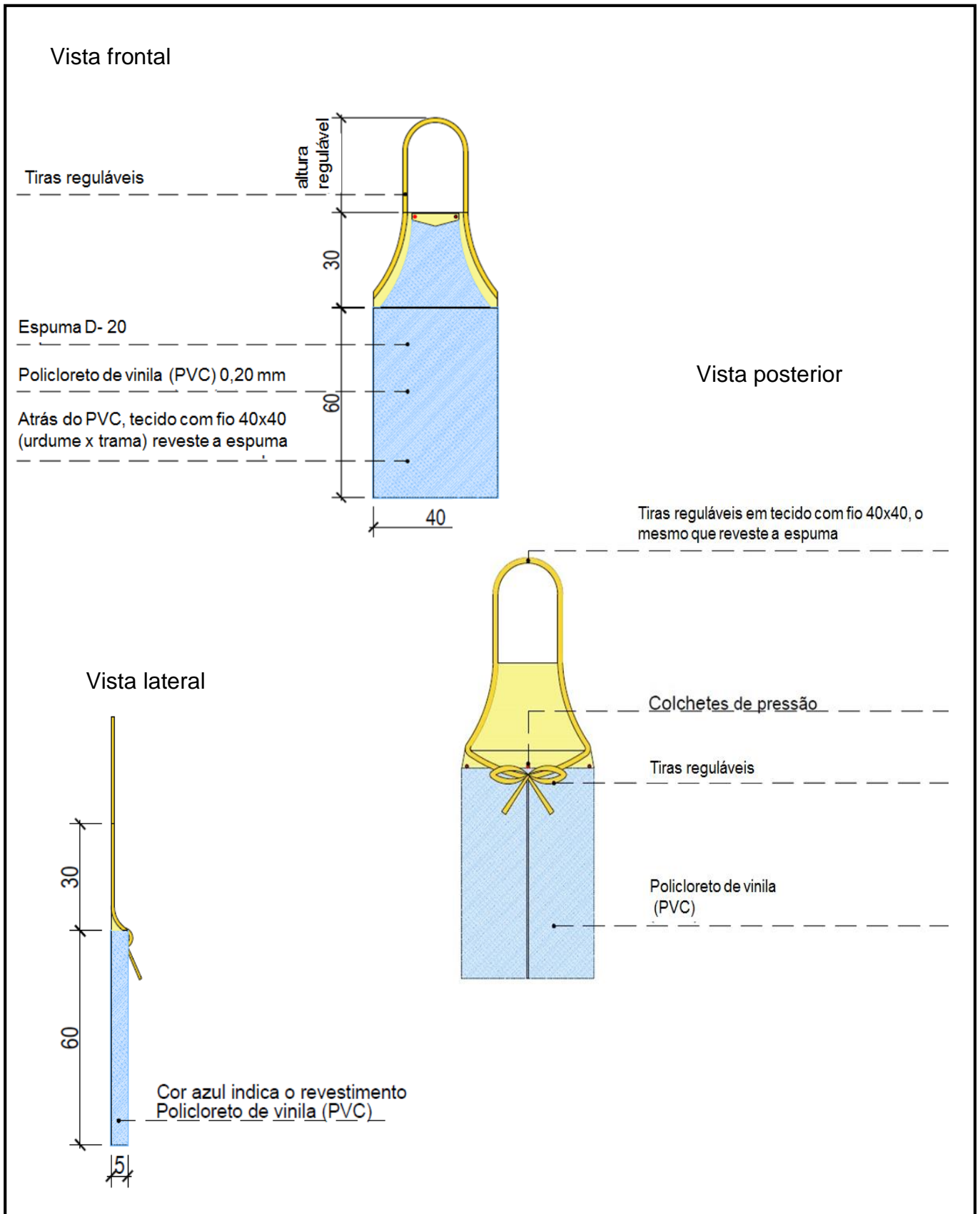


Figura 3 - Especificações do dispositivo inovador, portátil, livre de contenção – dispositivo Avental

O dispositivo Avental apresenta em sua forma medidas padrões para uso universal. Formato da base nas dimensões 60x40x5cm (Figura 3). Sua estrutura conta com um reforço localizado na parte posterior, deixando a parte anterior sem costuras, priorizando a fácil desinfecção de maneira que não interfira no conforto do usuário, consta de colchetes de pressão que mantém a peça fechada e podem ser abertos e permitir o desmembramento das peças para a lavagem quando necessário. Possui tiras ajustáveis facilitando que o profissional passe a cabeça e deixe o avental pendente no pescoço, permitindo a regulagem de altura, o que confere uma maior sustentação. O material das tiras em questão é o mesmo tecido que reveste a espuma.

Os materiais utilizados para desenvolvimento da peça foram selecionados a partir de estudo, e sua estrutura final apresentou uma melhor aplicabilidade para o atendimento dos bebês, capaz de diminuir o contato físico profissional/paciente com conforto ao bebê, à mãe e ao examinador (Figura 4 e 5).



Figura 4 - Dispositivo inovador em utilização nas consultas de puericultura, na ESF Silas Sallen, no município de Ponta Grossa/PR



Figura 5 - Dispositivo inovador em utilização nas consultas de puericultura, no salão da capela Sagrada Família, no município de Ponta Grossa

4.2. DESENHO DO ESTUDO

Para a validação foi delineado um ensaio clínico, auto-controlado e cego, a partir de um modelo experimental cruzado (JONES; KENWARD, 2015). O presente estudo teve como população alvo mães usuárias do sistema público de saúde de Ponta Grossa e seus bebês. Atendendo às orientações definidas na Resolução 466/2012, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Após avaliação do CEP, o projeto foi aprovado integralmente, conforme parecer 1.708.455 (Anexo 1).

O cálculo amostral foi realizado com base em um estudo prévio (KARIBE et al. 2014) que avaliou a ansiedade das mães frente ao medo e estresse dos filhos durante procedimentos odontológicos.

Foram considerados os parâmetros de média e desvio padrão da ansiedade das mães antes e após o atendimento odontológico das crianças. Assim, para um poder de 80% (erro tipo II) e uma probabilidade de erro tipo I de 5%, foi obtido um tamanho de efeito de 0,39, sendo estimado um tamanho amostral total de 55 indivíduos para um desenho experimental cruzado. A esse valor foram acrescentados

cinco indivíduos, considerando possíveis perdas. Todos os cálculos para a determinação do tamanho amostral foram realizados com um programa específico para esta finalidade (G*Power 3.1, <http://www.gpower.hhu.de>).

Os sujeitos do estudo foram pares de mães e seus bebês, entre zero e vinte e quatro meses de idade, que estavam em acompanhamento de puericultura em Unidades de Saúde da Família sem equipes de saúde bucal. Após conversa inicial para explicação da pesquisa, aprovação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), as mães responderam a um questionário sócio-demográfico (Anexo 2) e foram alocadas, por meio de sorteio, em três grupos, para seguir o protocolo cruzado: 1 – iniciaram com o dispositivo teste, seguido do sistema Joelho a Joelho e por último a Macri; 2 – iniciaram com o dispositivo Macri, seguido do dispositivo teste e finalizando com o sistema Joelho a Joelho; e 3 – iniciaram com o sistema Joelho-a-Joelho, seguido da Macri e por último o dispositivo teste.

Os critérios de inclusão foram: criança sem patologias sistêmicas ou sindrômica, desenvolvimento dentro dos padrões esperados, com acompanhamento na puericultura, que não passaram por consulta odontológica, mães que concordaram em participar e não conheciam a cirurgiã-dentista pesquisadora.

4.3 COLETA DE DADOS

As mães cujos bebês atendiam aos critérios de inclusão e que concordaram em participar do estudo foram orientadas a comparecer com a criança a três consultas odontológicas realizadas na sua USF com intervalos de, no mínimo, quinze dias. Para avaliar a eficácia do dispositivo Avental (figura 6), o modelo experimental foi construído com dois controles, definidos a partir de técnicas previamente descritas na literatura.

O primeiro controle é o Dispositivo Macri (figura 7), desenvolvido na década de 1980 para o atendimento odontológico de bebês, dispositivo ergonomicamente formado por uma pequena maca com estrutura de metal revestida por um tecido de lona que possui um espaço destinado à criança, que fica deitada em decúbito dorsal, com a cabeça voltada para o dentista. A mãe fica posicionada à frente do bebê, em pé ou sentada em uma cadeira comum e ajuda na contenção segurando os braços do bebê. Possui uma extensão do tecido de lona com velcro para a contenção física da

criança quando da realização de procedimentos clínicos mais complexos é denominado pacote pediátrico, neste estudo essa contenção não foi utilizada. (WALTER et al, 1986; AMANTINI, 2014).

O segundo controle utilizado foi o sistema joelho a joelho (knee-knee) que consiste em formar a “mesa de exame” com um dos pais e o profissional sentados de frente um para o outro com os joelhos encostados (figura 8), formando uma superfície plana onde o bebê fica acomodado no colo da mãe com a cabeça apoiada no colo do profissional que realiza os procedimentos (McDONALD; AVERY, 2011).



Figura 6– Dispositivo Avental - Acervo da autora

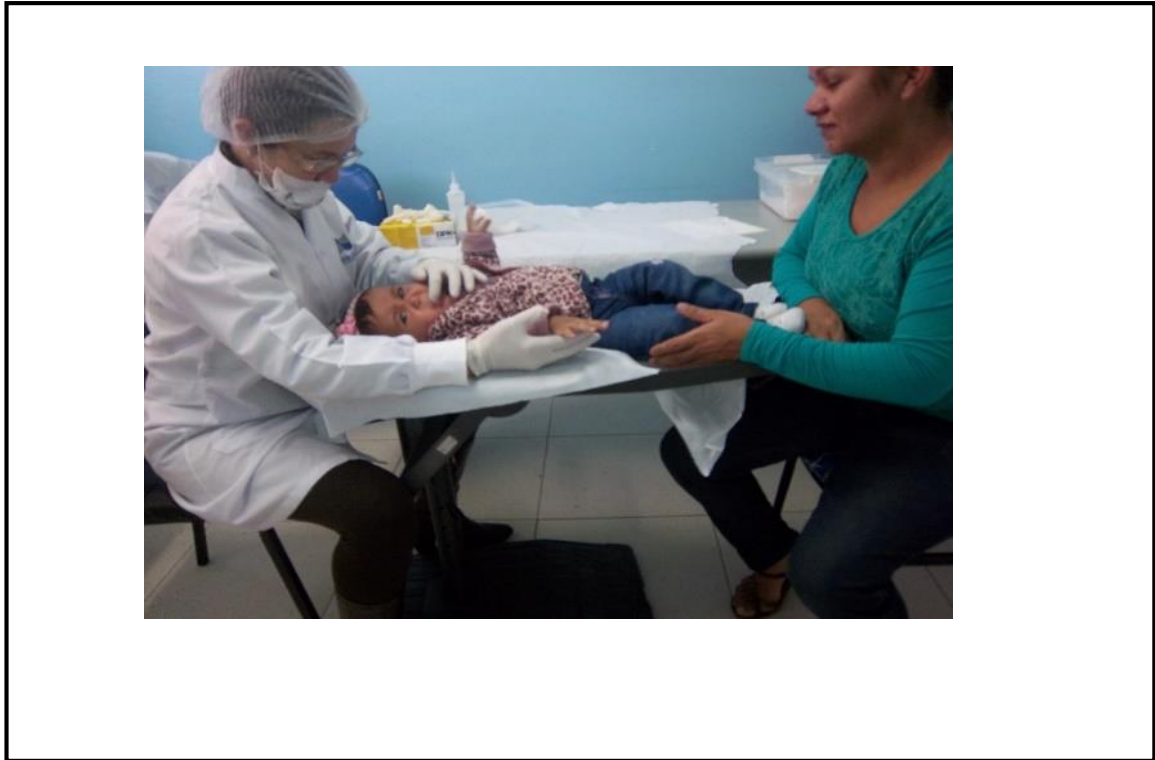


Figura 7 – Dispositivo Macri - Acervo da autora



Figura 8 – Sistema Joelho a Joelho - Acervo da autora

O modelo final do estudo é apresentado na Figura 9, com o número de pares inicialmente alocados nos grupos e o número de retornos a cada etapa. Foi proporcionado um período *washout* de quinze dias ou mais entre as sessões experimentais.

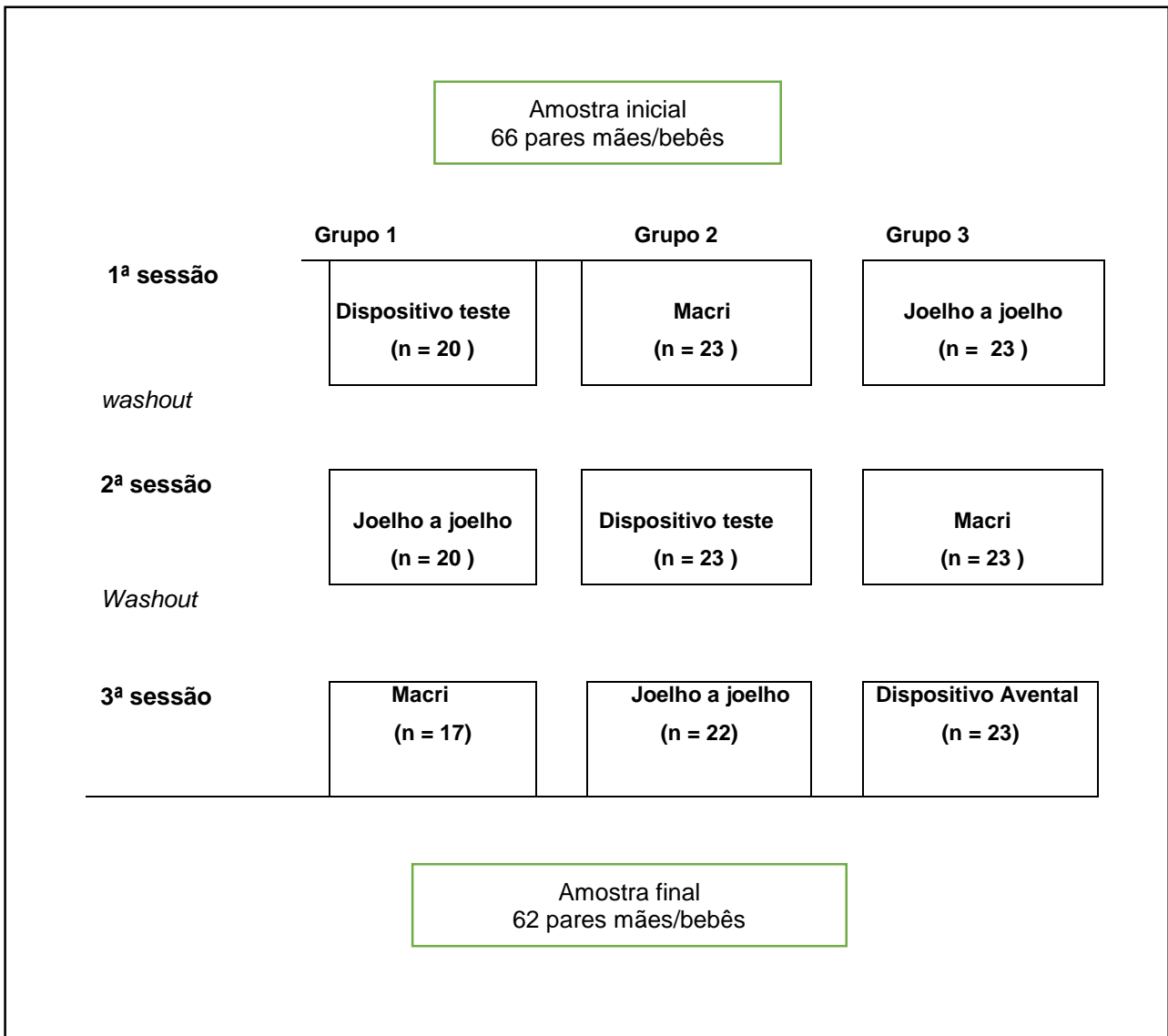


Figura 9 - Delineamento cruzado do estudo experimental

A aceitação do dispositivo foi verificada a partir do comportamento das mães e dos bebês frente aos procedimentos padronizados de puericultura odontológica, realizado com cada um dos métodos propostos e foi conduzida por três pesquisadores, os mesmos durante toda a pesquisa. Um deles ficou responsável por aferir os parâmetros de ansiedade da mãe de forma cega, ou seja, sem conhecer qual

seria o dispositivo utilizado na consulta. Os outros dois permaneceram dentro da sala clínica, um deles realizando o atendimento de puericultura odontológica do bebê e o letramento à mãe, utilizando os métodos em estudo, e o outro foi responsável por avaliar e anotar o comportamento do bebê.

Ao início do estudo, um contato prévio era realizado com a equipe de saúde da unidade selecionada, ou seja, aquelas sem atendimento odontológico. O projeto de pesquisa era então apresentado a enfermeira e após para as Agentes Comunitárias de Saúde – ACS. Após, a enfermeira destinava as salas a serem utilizadas nas datas estabelecidas e as ACS entravam em contato com as mães/bebês e faziam o convite para um atendimento odontológico na USF, sem muitas explicações.

Na data agendada, os três pesquisadores chegavam com certa antecedência para organizar o espaço nas duas salas destinadas para este fim. As mães e bebês aguardavam na sala de espera comum a todos os pacientes. As consultas eram iniciadas em uma sala de acolhimento/pré-consulta, na qual era obtido o TCLE e realizava a entrevista inicial através das informações pessoais (Anexo 3). Na sequência era aplicado o instrumento para aferir o nível de ansiedade das mães e eram obtidos parâmetros clínicos de pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (BPM).

A medida psicométrica de ansiedade foi obtida a partir do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), instrumento autoaplicável, respondido 10 minutos antes da intervenção (Anexo 4) e imediatamente após, ao sair da sala clínica (Anexo 5).

O BAI é uma escala construída com base em vários instrumentos de auto relato e mede a intensidade de sintomas de ansiedade, sendo constituída por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, em uma escala de 4 pontos que reflete o nível crescente de cada sintoma desde a não apresentação de sintomas até a apresentação de sintomas graves. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade, variando de zero a 63 (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001).

Quadro 1 – Critérios de classificação em cada um dos Níveis de Ansiedade do BAI

Níveis	Escores
Nível Mínimo de Ansiedade	De 0 a 10 pontos
Nível Leve de Ansiedade	De 11 a 19 pontos
Nível Moderado de Ansiedade	De 20 a 30 pontos
Nível grave de Ansiedade	De 31 a 63 pontos

As tomadas de pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e a frequência cardíaca (BPM) foram realizadas após os inventários de ansiedade na sala de acolhimento/pré-clínica e após o atendimento clínico, realizadas a cada etapa de retorno das mães/bebês, em dois momentos distintos, o primeiro na sala de acolhimento/pré-clínica, 10 minutos antes de adentrar a sala de consulta odontológica, e o segundo imediatamente após o procedimento, ainda na sala clínica.

Os exames foram realizados pelo método oscilométrico, com as mulheres sentadas confortavelmente em uma cadeira, pés apoiados no chão e com o braço direito posicionado ao nível do coração. Foram utilizados dois esfigmomanômetros digitais de pulso idênticos, modelo Premium LP 200, com braçadeira tamanho adulto para circunferência de punho de 13,5 a 19,5 cm, previamente pareados, com faixa de medição de 30 a 280 mmHg (erro máximo de ± 3 mmHg) e 40 a 199 bpm (erro máximo de 5%). Foram anotados os parâmetros PA sistólica, PA diastólica e batimentos cardíacos por minuto (BPM).

O comportamento da criança, avaliado durante o procedimento por um pesquisador calibrado, foi classificado segundo a Escala de Frankl (Frankl Behavior Ranking). (Anexo 6). Esta escala, que tem sido utilizada como padrão ouro para estudos de validação de instrumentos de avaliação de comportamento infantil (MELO et al, 2015), categoriza o comportamento da criança durante o tratamento odontológico em quatro escores, de definitivamente negativo a definitivamente positivo (FRANKL, 1962)

As mães eram convidadas a comparecer nas datas pré-estabelecidas no intervalo de, no mínimo, quinze dias. A pesquisadora, da sala de acolhimento/pré-clínica desenvolveu uma ficha com o nome das crianças e as respectivas datas de retorno. Algumas mães não retornaram nas datas pré estabelecidas, por vários

motivos como chuva e esquecimento. Essas mães foram novamente convidadas por meio de convites realizados pelas ACS e mantidas no estudo em datas posteriores. Houve a perda de 4 participantes que não retornaram mesmo após três chamadas dentro do tempo de pesquisa destinado a cada USF.

Os instrumentos de coleta de dados foram pré-testados em projeto-piloto realizado após contato prévio com a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa na Secretaria de Saúde, Gerência de Saúde Bucal e Núcleo de Educação Permanente, por meio de documento protocolado contendo descrições das referidas datas de pesquisa e as unidades a ela relacionadas. O estudo-piloto foi realizado em uma USF do município selecionada por possuir as características semelhantes às que fariam parte do estudo. A comunicação inicial com a enfermeira da referida unidade foi via contato telefônico. Uma prévia explicação do projeto-piloto, do espaço necessário e do público alvo era passada, com tempo hábil, para que houvesse o convite às mães de bebês na faixa etária de interesse.

A realização do projeto-piloto teve a participação de pesquisadores e uma calibração foi feita previamente com todos. Inicialmente, três pesquisadoras ficariam responsáveis pelo primeiro contato, e foram orientadas quanto a leitura do TCLE às mães, ao manuseio da carteira da criança e onde buscar as informações, ao preenchimento dos documentos pessoais, aferição da pressão arterial e aplicação da escala de Beck. Verificou-se, durante o Projeto piloto que apenas um entrevistador seria suficiente para realizar essa etapa.

Foi realizada uma calibração específica para a Escala de Frankl com a pesquisadora observadora do comportamento infantil. A pesquisadora que fez o atendimento aos bebês e as mães na sala clínica observou, durante o projeto-piloto, a necessidade de esconder os dispositivos estudados para que as mães não os vissem antes da referida consulta. Uma vez que a mãe passaria pelos três dispositivos, porém de forma aleatorizada e com *washout* de aproximadamente 15 dias entre cada consulta.

A calibração dos dois aparelhos utilizados na pesquisa foi previamente realizada por meio da troca de sala, para confirmar que não haveria diferença nas medições da pressão sanguínea sistólica, diastólica e frequência cardíaca quando utilizados os aparelhos, ambos do mesmo modelo, confirmando-se que a variação era proporcional nos dois aparelhos. Posteriormente novas aferições foram realizadas para confirmar esses achados. Estas foram realizadas, em cinco voluntários

saudáveis, aferições das pressões por três vezes consecutivas com cada aparelho, e compararam-se as médias obtidas. Esse processo foi repetido nos cinco participantes voluntários e novamente os resultados foram similares em ambos os aparelhos.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis contínuas foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov, para identificar normalidade. Uma vez que a maioria das variáveis apresentou distribuição não-normal, os dados foram analisados mediante os testes não paramétricos de Wilcoxon, Mann Whitney e Kruskal Wallis. A escala comportamental de Frankl foi analisada como variável categórica ordinal e as associações foram verificadas com o teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha=0,05$). Os cálculos foram realizados com o pacote estatístico Statistical Package for the Social Science versão 23.0 (SPSS® Inc Chigaco Illinois USA).

5. RESULTADOS

Dos 66 pares de mães/bebês inicialmente incluídos, 62 concluíram as três etapas e compuseram a amostra final do estudo. No primeiro exame, as crianças apresentaram idades variando de 3 a 23 meses (média 8,8 e desvio padrão 4,2). A maioria dos bebês era do sexo masculino (54,8%), nasceram a termo (95,2%) e com peso adequado (91,9%).

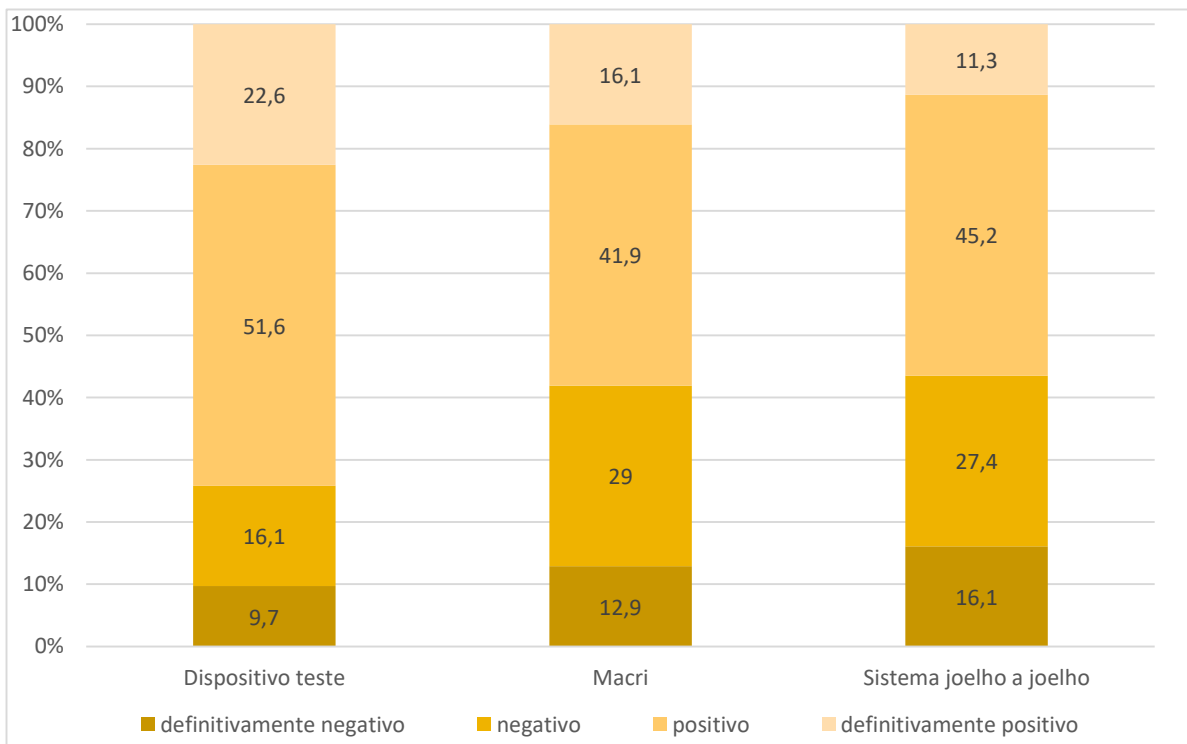
As mães apresentaram idade média de 28,0 anos (desvio padrão 8,5), sendo a maioria casadas ou em união estável (80,6%), com baixa (40,3%) e média (48,4%) escolaridade, com mais de um filho (62,9%) e com renda familiar média de 1,9 salários mínimos (desvio padrão 1,2).

O comportamento das crianças durante as consultas odontológicas, aferido a partir da escala de Frankl está apresentado na Figura 10. Não foram observadas variações no padrão de comportamento das crianças entre as três consultas ($p = 0,904$, teste qui-quadrado). Maiores proporções de crianças com comportamento

positivo e definitivamente positivo foram observadas quando foi utilizado o dispositivo teste.

A diferença foi significativa quando da comparação entre o dispositivo teste e o sistema joelho a joelho ($p = 0,029$). Não encontrou-se diferença significativa quando se comparou o dispositivo Avental e a Macri ($p = 0,111$), ou esta última e o sistema joelho a joelho ($p = 0,551$).

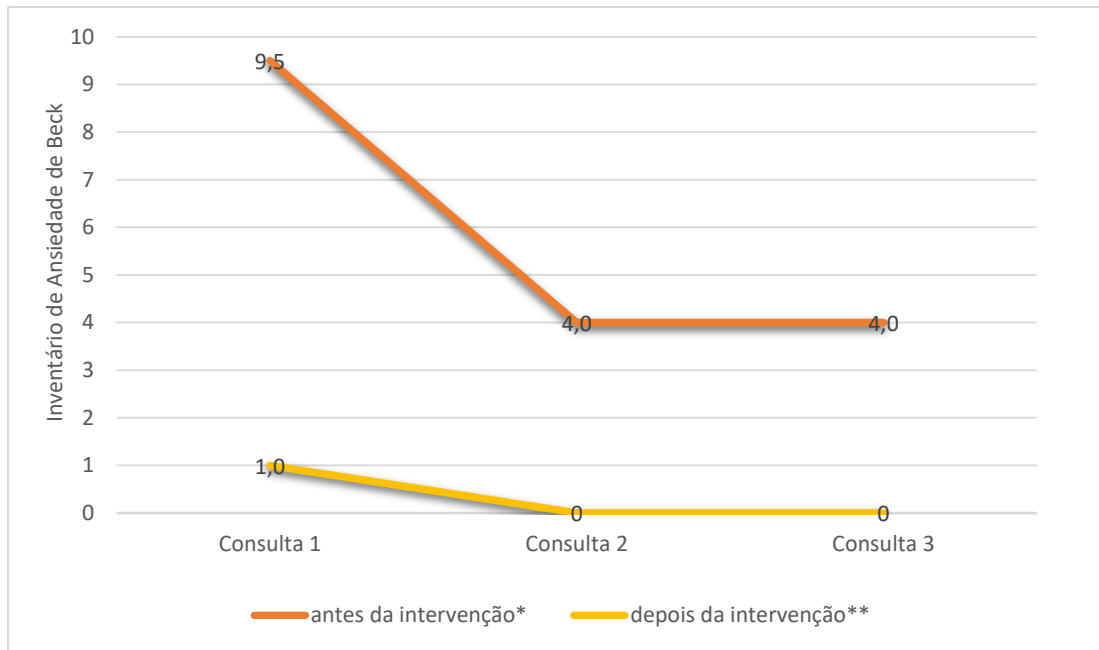
Figura 10- Distribuição proporcional da Escala comportamental de Frankl aplicada a crianças de 3 a 23 meses de idade durante exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado ($n = 62$).



Teste Qui-quadrado: Dispositivo teste X Macri ($p = 0,111$), Dispositivo teste X Sistema joelho a joelho ($p = 0,029$); Macri X Sistema joelho a joelho ($p = 0,551$).

A ansiedade materna foi uma das variáveis selecionadas para identificar a aceitação das mães perante os dispositivos utilizados. Como era esperado, os escores obtidos a partir do Inventário de Ansiedade de Beck variaram ao longo das três consultas, tanto os aferidos antes quanto depois das intervenções, sendo que maiores variações foram verificadas entre a primeira e a segunda vez que as mães compareceram com os bebês (figura 11).

Figura 11. Medianas dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck aplicado a mães de crianças de 3 a 23 meses de idade antes e depois do exame clínico odontológico, para cada consulta realizada (n = 62).



Teste Wilcoxon: * Consulta 1 X Consulta 2 ($p = 0,002$); Consulta 2 X Consulta 3 ($p = 0,154$); ** Consulta 1 X Consulta 2 ($p = 0,045$); Consulta 2 X Consulta 3 ($p = 0,320$).

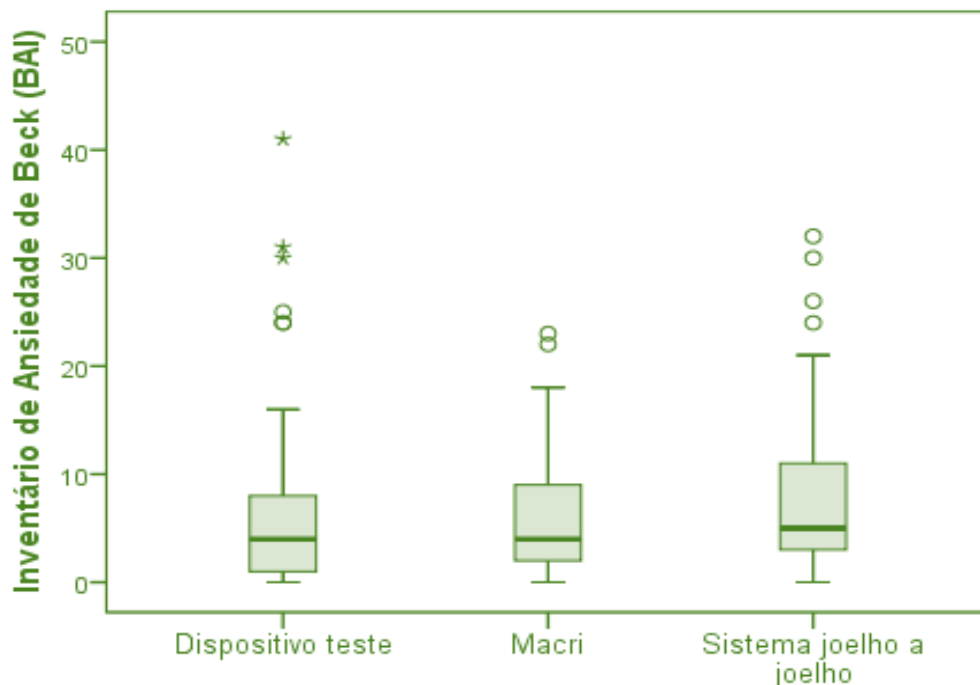
Na tabela 1 pode-se verificar o nível de ansiedade das mães por tipo de intervenção, medido antes das participantes serem encaminhadas para o consultório odontológico com seus bebês, quando questionadas sobre situações ocorridas no período de uma semana até o momento da entrevista. Observa-se que a maioria das mães apresentou nenhuma, mínima ou leve ansiedade, independentemente do método utilizado.

Tabela 1. Distribuição proporcional dos níveis de ansiedade das mães (inventário de Beck) antes do exame clínico odontológico de seus bebês, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado.

Nível de ansiedade	Dispositivo teste	Macri	Sistema joelho a joelho
	n (%)	n (%)	n (%)
Mínima ou nenhuma	48 (77,4)	51 (82,3)	46 (74,2)
Leve	8 (12,9)	9 (14,5)	11 (17,7)
Moderada	4 (6,5)	2 (3,0)	4 (6,5)
Grave	2 (3,2)	0 (0,0)	1 (1,6)
Total	62 (100,0)	62 (100,0)	62 (100,0)

A Figura 12 traz a representação gráfica da distribuição dos escores obtidos para cada método testado, a partir de uma representação das medianas e quartis em box-plot. Corroborando o que foi apresentado na tabela 1, observa-se uma concentração da amostra nos escores mais baixos de ansiedade, sem diferença estatisticamente significativa entre os dispositivos, o que indica que os grupos foram semelhantes quanto à ansiedade materna antes de cada consulta.

Figura 12 - Box-plot dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck aplicado a mães de crianças de 3 a 23 meses de idade antes do exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado (n = 62).



Teste Kruskal-Wallis: $p = 0,421$; Teste Mann-Whitney: Dispositivo teste X Macri ($p = 0,738$), Dispositivo teste X Sistema joelho a joelho ($p = 0,242$); Macri X Sistema joelho a joelho ($p = 0,289$).

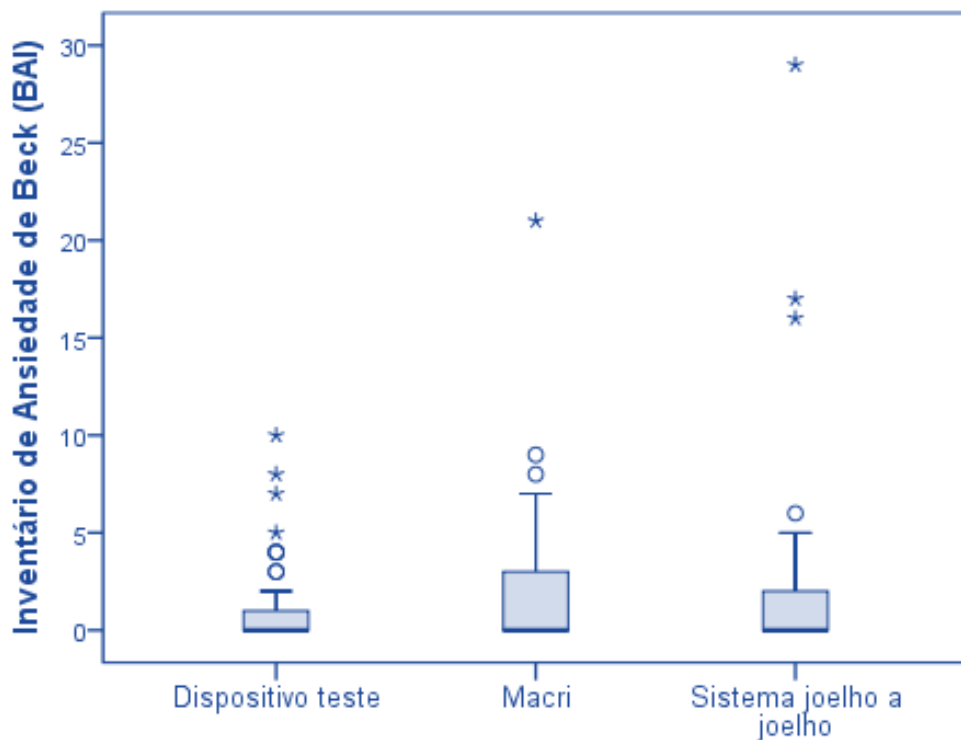
A tabela 2 apresenta o nível de ansiedade medido a partir da aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck após as consultas odontológicas dos bebês, sendo que as mães agora foram questionadas sobre situações ocorridas durante o atendimento. Os níveis de ansiedade materna foram muito baixos para a grande maioria das participantes independente do dispositivo ou método utilizado.

Tabela 2 - Distribuição proporcional dos níveis de ansiedade das mães (inventário de Beck) após o exame clínico odontológico de seus bebês, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado.

Nível de ansiedade	Dispositivo teste	Macri	Sistema joelho a joelho
	n (%)	n (%)	n (%)
Mínima ou nenhuma	62 (100,0)	61 (98,4)	59 (95,2)
Leve	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,2)
Moderada	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (1,6)
Grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	62 (100,0)	62 (100,0)	62 (100,0)

Quando os escores foram analisados de forma contínua, verifica-se que os resultados obtidos após o uso do dispositivo teste foram mais baixos (Figura 13), sendo a diferença estatisticamente significativa quando comparado com o resultado após o atendimento com a criança acomodada no sistema joelho a joelho.

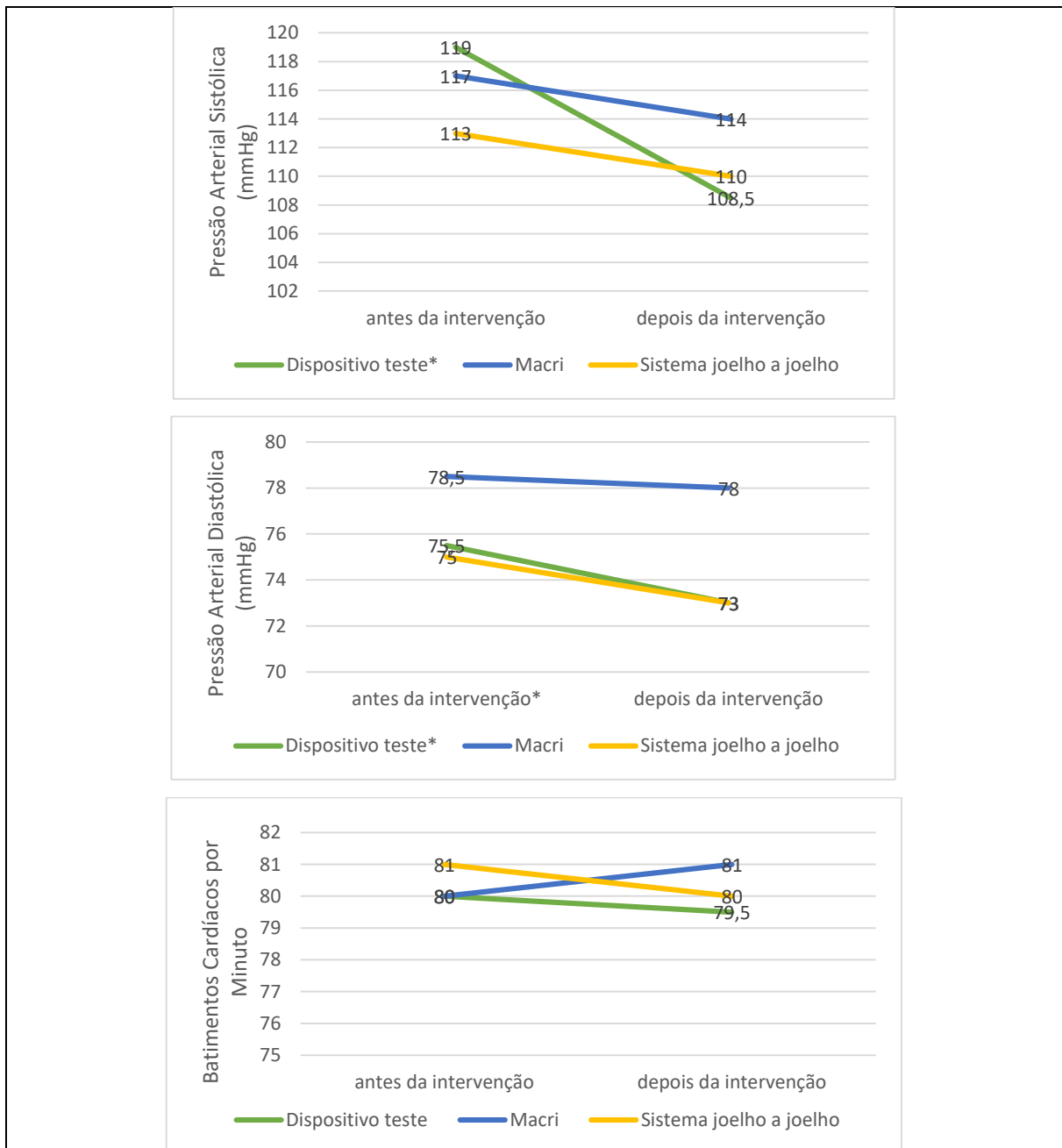
Figura 13 Box-plot dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck aplicado a mães de crianças de 3 a 23 meses de idade após o exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado (n = 62).



Teste Kruskal-Wallis: $p = 0,113$; Teste Mann-Whitney: Dispositivo teste X Macri ($p = 0,113$), Dispositivo teste X Sistema joelho a joelho ($p = 0,042$); Macri X Sistema joelho a joelho ($p = 0,732$).

A reação das mães também foi aferida a partir da obtenção da pressão arterial e frequência cardíaca antes e depois das consultas odontológicas dos bebês e os resultados estão apresentados na figura 14.

Figura 14. Medianas dos valores de pressão arterial sistólica (PAS) /diastólica (PAD) em mmHg, e batimentos cardíacos por minuto (BPM) das mães de crianças de 3 a 23 meses de idade antes e depois do exame clínico odontológico (n = 62).



Diferença significativa antes e depois da intervenção – PAS ($p = 0,015$), PAD ($p = 0,031$), teste Wilcoxon. Demais medidas NS.*

Observou-se redução da pressão arterial sistólica e diastólica após as consultas odontológicas demonstrando a baixa na ansiedade materna, sendo as diferenças estatisticamente significantes apenas quando foi utilizado o dispositivo teste. A variação no número de batimentos cardíacos por minuto não foi significativa.

Quando os sinais vitais maternos que foram obtidos antes das crianças passarem pelas consultas odontológicas foram comparados por tipo de dispositivo utilizado (tabela 3), observou-se que os grupos apresentavam-se similares, sem diferenças significativas, o que configura a homogeneidade da amostra quanto aos parâmetros iniciais de pressão arterial e frequência cardíaca. Após a intervenção verificou-se variação significativa da pressão arterial diastólica e dos batimentos cardíacos por minuto quando se comparou o dispositivo teste com a Macri, sendo que a redução foi maior no primeiro grupo. O mesmo foi observado com relação à frequência cardíaca quando se comparou o dispositivo teste com o sistema joelho a joelho (tabela 3).

Tabela 3 - Comparação entre os valores de pressão arterial sistólica (PAS)/diastólica (PAD) em mmHg, e batimentos cardíacos por minuto (BPM) das mães de crianças de 3 a 23 meses de idade após o exame clínico odontológico, segundo os dispositivos testados em modelo experimental cruzado (n = 62).

	Sistema joelho a joelho						p-valor*
	Dispositivo teste		Macri		joelho		
	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	mediana	Média (dp)	
Antes da intervenção							
PAS	119,0	119,5(17,5)	117,0	118,4(18,0)	113,0	118,4(18,3)	0,714
PAD	75,5	77,5 (10,4)	78,5	77,6 (10,4)	75,0	77,2 (11,0)	0,873
BPM	80,0	82,9 (10,2)	80,0	82,5 (10,8)	81,0	84,0 (9,7)	0,358
Após a intervenção							
PAS	108,5	113,5 (18,9)	114,0	115,8(15,1)	110,0	114,0(19,1)	0,272
PAD ^a	73,0	73,4 (10,6)	78,0	76,8 (10,0)	73,0	74,7 (11,1)	0,088
BPM ^b	79,5	80,2 (7,1)	81,0	83,7 (8,7)	80,0	84,0 (10,0)	0,016

* Teste Kruskal Wallis

^a Teste Mann-Whitney: Dispositivo teste X Macri (p = 0,023), Dispositivo teste X Sistema joelho a joelho (NS); Macri X Sistema joelho a joelho (NS)

^b Teste Mann-Whitney: Dispositivo teste X Macri (p = 0,007), Dispositivo teste X Sistema joelho a joelho (p = 0,024); Macri X Sistema joelho a joelho (NS).

6. DISCUSSÃO

O cuidado inicial da saúde bucal no bebê e seu atendimento nem sempre é tranquilo. A capacidade de assimilar informações é limitada, diminuindo a efetividade esperada no emprego de técnicas de manejo do comportamento (CAMARGO et al., 2013). Os comportamentos negativos ainda podem ser exacerbados na presença de lesões de cárie e dor dental (JAMALI et al., 2017; 2018). Tais limitações, associadas à ansiedade materna, tornam o atendimento odontológico do bebê um desafio para grande parte dos cirurgiões-dentistas.

O presente estudo teve por objetivo apresentar e validar um novo dispositivo para o atendimento odontológico de crianças pequenas, que foi totalmente pensado e desenvolvido a partir da realidade vivenciada por uma profissional que atua na Estratégia Saúde da Família sob os princípios da Atenção Primária à Saúde. Os resultados comprovaram o que já era vivenciado empiricamente pela autora e por alguns profissionais e estagiários de Odontologia da rede de saúde do município de Ponta Grossa: o avental mostrou-se adequado para a finalidade proposta, com resultados similares aos métodos e dispositivos padrão descritos na literatura, no que se refere ao comportamento da criança e aceitação por parte das mães.

Para a validação do dispositivo foi observado um cuidadoso delineamento, como a aleatorização dos participantes quanto às técnicas utilizadas e cegamento dos pesquisadores. O modelo experimental cruzado (JONES; KENWARD, 2015) foi adotado com o objetivo de reduzir a variabilidade das respostas dos pares de mães/bebês submetidos à cada uma das técnicas testadas (dispositivo Avental, Macri e joelho a joelho), além de possibilitar uma amostra adequada nos três momentos com cada dispositivo, diminuindo a perda amostral. Além disso, procurou-se minimizar possíveis vieses de aferição ao realizar estudo piloto e treinamento dos pesquisadores. Apesar dos cuidados, deve-se considerar que o fato de que alguns períodos de *washout* foram maiores do que outros, por conta de faltas das mães às consultas, pode implicar em uma limitação do estudo. Além disso, não se pode excluir a possibilidade de que as respostas maternas ao inventário de ansiedade, bem como o comportamento das crianças durante uma consulta, tenham sido influenciadas por fatores externos de suas vidas cotidianas ou algum aspecto de sua saúde geral naquele momento.

Os processos de produção do cuidado destinado ao público infantil pela equipe de saúde bucal dispõem de técnicas e dispositivos que podem ser empregados para uma adequada realização do exame clínico do bebê e o letramento aos pais, com diferentes possibilidades de utilização do ponto de vista logístico ou ergonômico (AMANTINI, 2014). Entre eles estão a própria cadeira odontológica, o dispositivo Macri e o colo da mãe, no sistema joelho a joelho. Em todos os quesitos avaliados, o dispositivo Avental apresentou melhor desempenho do que o sistema joelho a joelho. Nesse estudo, o dispositivo validado Avental foi comparado à Macri e mostrou desempenho similar, no que concerne à aceitação pelas crianças e mães. No entanto, a Macri nem sempre está disponível nos serviços públicos de saúde e seu deslocamento apresenta dificuldade no manejo por suas dimensões e estrutura. Assim como a cadeira odontológica, ambos configuram uma tecnologia dura (MERHY, 2011).

Os achados dessa pesquisa quanto ao comportamento mais positivo das crianças e menor ansiedade das mães quando do atendimento com o dispositivo teste e a Macri poderiam ser atribuídos à maior estabilidade proporcionada ao bebê pelas superfícies planas em comparação com a instabilidade da posição no sistema joelho a joelho. Outra hipótese aventada seria a maior proximidade com a mãe e o contato visual possibilitado pela posição do profissional quando da utilização dos dispositivos.

Outra possibilidade relacionada ao melhor desempenho do dispositivo Avental quanto ao comportamento dos bebês e das mães, poderia ser que este teria a vantagem do *emotion design*, que pode ser explicado em estudos no campo da usabilidade que se traduz na facilidade no uso e na funcionalidade de um produto (AMANTINI, 2014). Baseado na atividade cognitiva mensurável, possível de ser observada nos aspectos estéticos ou afetivos, estes dispositivos provocam emoções que auxiliam na interação do produto e na cognição do usuário frente a sua utilização que pode desencadear um sentimento de satisfação (sucesso) ou desapontamento (fracasso) (SMITH; TONG; ELLSWORTH, 2014; SCHINDLER et al., 2017). No caso, o avental é confeccionado com tecido colorido e estampas infantis, o que poderia remeter à um ambiente mais familiar e lúdico, configurando maior sensação de satisfação e segurança.

O atendimento odontológico do bebê apresenta características peculiares. Por sua pouca maturidade emocional, a criança pode apresentar atitude de resistência, inquietação e choro, sendo respaldada por atitude protecionista da mãe ou

acompanhante. Nesse momento, muitos profissionais se preocupam em contornar a situação confortando o bebê e a mãe, negligenciando sua postura de trabalho (GARCIA; CAMPOS; ZUANON, 2008). Por isso, é importante que os equipamentos e técnicas adotados sejam desenhados para facilitar o posicionamento do bebê e da mãe, e a aproximação com o campo operatório, garantindo conforto e segurança para o trinômio profissional, mãe e bebê. O presente estudo focou na avaliação do dispositivo desenvolvido quanto ao comportamento dos bebês e familiares, porém não foi possível analisar suas características ergonômicas e de custo. Dessa forma, estudos futuros são necessários para avaliar o custo e suas qualidades do ponto de vista do profissional.

Atitudes de acolhimento e vínculo durante o processo de trabalho da equipe de saúde bucal com relação às informações fornecidas referente a saúde bucal e geral de cada bebê, passada de forma individual durante as consultas, podem ser uma das causas que proporcionaram uma diminuição da ansiedade das mães deste estudo. Tang et al. (2018), em pesquisa sobre o desenvolvimento da confiança seletiva, mostrou que crianças pequenas tendem a confiar em indivíduos que expressam emoções positivas sendo sensíveis tanto ao registro comportamental quanto à emoção expressa, assim como os adultos, o que poderia ajudar a justificar a diferença nos níveis de ansiedade antes e após os procedimentos em ambiente odontológico. Além disso, deve-se considerar o desenvolvimento do vínculo proporcionado pela oferta e acesso a um serviço antes inexistente na Unidade de Saúde estudada e na possibilidade de receber informações específicas para a saúde do seu bebê. Novos estudos seriam necessários para testar essas hipóteses.

O conceito de humanização é associado à organização dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à forma como as pessoas são atendidas e tratadas, bem como ao ambiente onde as práticas ocorrem, incluindo aí os equipamentos utilizados (AMANTINI, 2014). O presente estudo apresentou um novo dispositivo que, por sua funcionalidade, mostrou-se capaz de propiciar um trabalho humanizado, do ponto de vista da aceitação por parte de mães e bebês. O conforto para o paciente, pais e profissional deve ser o maior objetivo a ser alcançado quando da organização do cuidado odontológico, quer nos diversos níveis de Atenção à Saúde nos serviços públicos, quer na clínica privada.

7. CONCLUSÕES

- O comportamento das crianças durante as consultas foi predominantemente positivo e similar para os três métodos testados, com vantagem para o dispositivo Avental em relação ao sistema joelho a joelho.
- A ansiedade materna foi baixa em todos os momentos avaliados, sendo que maiores escores foram obtidos na primeira consulta em relação às subsequentes.
- Houve redução nos escores de ansiedade, pressão arterial e batimentos cardíacos maternos após as consultas para todos os métodos.
- O dispositivo Avental mostrou-se similar à Macri quanto à ansiedade materna, e apresentou resultados melhores quanto aos sinais vitais (maior redução da PA diastólica e dos batimentos cardíacos das mães).
- O dispositivo Avental apresentou melhores resultados quanto à redução da ansiedade materna e dos batimentos cardíacos por minuto quando comparado com o sistema joelho a joelho.
- O dispositivo Avental mostrou-se adequado por ser portátil, lúdico e aprazível para o atendimento odontológico dos bebês na Atenção Primária à Saúde, com resultados similares ou melhores do que os métodos classicamente utilizados.
- Possível de ser utilizado por diversos profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos pequenos pacientes.

8. REFERÊNCIAS

1. AAPD, American Academy of Pediatrics, American Academy of Pedodontics. Policy on Early Childhood Caries (ECC) Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Reference manual. 2016;37(6):15–16. Disponível em: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf. Acesso em: 30/11/2017.
2. ABANTO J. et al. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Revista Estomatológica Herediana [en línea] Peru, 20(2):101-6. 2010.
3. ABRAHÃO, A.L; MERHY, Emerson Elias. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 18, n. 49, p.313-324, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>.
4. ALVES, J. S.; OLIVEIRA, M. I. C.; RITO, R. V. V. F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 1077-1088, Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016>.
5. ALTIN, S. V. et al. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. BMC Public Health, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-13, 24 nov. 2014. Semanal. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1207>.
6. AMANTINI, S. N. S. R. Desenvolvimento da maca infantil multifuncional para atendimento médico-odontológico-hospitalar de bebês e pré-escolares. Tese (Doutorado) Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo, 2014.
7. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. ORAL HEALTH POLICIES. V 39 / NO 6 17 / 18. 2016
8. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatric, v.28, p. 97-105, 2006.
9. AMORIM, L. de P. et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2018, vol.27, n.1, e201701116. EpubFeb 15, 2018. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100016>.
10. ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 67, n. 6, p.1000-1007, 21 out. 2014. Bimestral. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.

11. ARAÚJO, J F et al., Most common oral manifestations in pediatric patients HIV positive and the effect of highly active antiretroviral therapy. *Ciênc. Saúde Colet*; 23(1): 115-122, Jan. 2018.
12. ARAÚJO JP et al., History of the child's health: conquests, policies and perspectives. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Nov/Dec; [cited 2016 Dec 15]; 67(6):1000-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000601000&lng=en
13. AVILA, WM et al., Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta analysis. *PLoS One*. Nov 18;10 (11):e0142922. doi: 10.1371/journal.pone.0142922. eCollection 2015.
14. BARBOSA, A.F.G.; AGUIAR, S.M.H.C.A. Prevalência de alterações bucais em pacientes de 0 a 36 meses da Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. *Revista de Odontologia da UNESP*, V.43, N. Especial, 2014.
15. BECK, A. T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N.; STEER, R.A. Na Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v. 56, n. 6, p.893-7, 1988.
16. BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1141-1154, abr. 2017. Mensal. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS v. 2).
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
20. BUSATO, P. et al. Influência da ansiedade materna na ansiedade infantil frente ao atendimento odontológico: estudo transversal. *Sao Paulo Med. J.* [online]. vol.135, n.2, pp.116-122. Epub 13-Abr-2017. ISSN 1516-3180. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.027728102016>.
21. BOING AF, BASTOS JL, PERES KG, ANTUNES JLF, PERES MA. Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática

- da literatura no período de 1999 a 2010. Rev Bras Epidemiol. 2014; 17(Suppl2):102-15.
22. CAMARGO, L.B. et al. Reflexão sobre o comportamento dos bebês durante o atendimento odontológico: relato de caso. Revista da Associação Paulista de cirurgia Dentária, v.67, n.3, p.209-213, 2013.
23. CASAMASSIMO, S. et al. Infant Oral Health. Dental Clinics Of North America, 1th Strategy. Rev Esc Enferm USP [s.l.], v. 62, n. 2, p.235-244, abr. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2017.11.004>
24. CARVALHO, T. S, et al. Early childhood caries and psychological perceptions on child's oral health increase the feeling of guilt in parents: an epidemiological survey. International Journal Of Paediatric Dentistry, [s.l.], v. 28, n. 1, p.23-32, 17 maio 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12306>.
25. CARVALHO, T.P, et al. Desenvolvimento de lesões de cárie em dentina em um modelo de biofilme simplificado in vitro: um estudo piloto. Revista de Odontologia da Unesp, [s.l.], v. 47, n. 1, p.40-44, 22 fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.06017>
26. CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso em: 9 ago. 2017.
27. CATECATI T, et al. Métodos Para a Avaliação da Usabilidade no Design de Produtos. DA Pesquisa: Revista de Investigação em Artes, Florianópolis 8(8), 564–581 (2010). Jul. 2011.
28. COCA, K. P. et al. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 36, n. 2, p. 214-220, jun. 2018 .
29. CORREA, MSNP. Sucesso no Atendimento Odontopediátrico – Aspectos Psicológicos. 1a ed. São Paulo: Santos, 2002.
30. CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
31. CURTI, D. S. F. et al. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 23, n. 5, p.1561-1576, maio 2018. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20422016>.

32. CURSINO, E. G, FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *RevEnferm UERJ*. 2012;20(n.esp1):676-80.
33. CURSINO, E. G; FUJIMORI, E; GAÍVA, M. A. M. Comprehensiveness in child health care teaching in Undergraduate Nursing: perspective of teachers. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 48, n. 1, p.110-117, fev. 2014. Bimestral. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000100014>.
34. DAMASIO, A. *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York, San Diego, London: Harcourt Brace & Company. 2000.
35. DOUGLASS, J. M, CLARK, M. B. Integrating Oral Health In to Overall Health Care to Prevent Early Childhood Caries: Need, Evidence, and Solutions. *Pediatric Dent*. 2015;37(3):266-74.
36. FEATHERSTONE, J. D. B.; DOMÉJEAN, S. Minimal intervention dentistry: part 1. From 'compulsive' restorative dentistry to rational therapeutic strategies. *British Dental Journal*, [s.l.], v. 213, n. 9, p.441-445, nov. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.1007>.
37. FELDENS, C. A. et al. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. *International Dental Journal*, [s.l.], v. 68, n. 2, p.113-121, 3 set. 2017.
38. FERNANDES, L. R.; Miranda C. C. Prevalência e severidade da cárie dentária no atendimento de odontopediatria do Centro Municipal de Saúde Américo Velloso e Hamilton Land. *Academus Revista Científica da Saúde*. 2016.
39. FERNANDES, W. R *Gestão do trabalho em saúde*. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 8(2), 115-123, jun, 2014.
40. FERREIRA, E. et al. O uso da contenção física como técnica de condicionamento no atendimento odontológico de bebês: revisão de literatura. *Revista Gestão & Saúde*. v. 14, n.1, p 31-36, 2016.
41. FEUERWERKER, L. C. M; BERTUSSI, D. C; MERHY, E. E. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 448 p.: il. 2016.
42. FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p. 290-305. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.
43. FEUERWERKER, L. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

44. FIGUEIREDO, M. C. et al. Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil. Unopar Cient Ciênc Biol Saúde, [s.l.], p.45-50, 2014.
45. FONTANA, M. The Clinical, Environmental, and Behavioral Factors That Foster Early Childhood Caries: Evidence for Caries Risk Assessment. *Pediatr Dent*. 2015; 37(3): 21725.
46. FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v.6, n. 12, p. 151-63, 2012. <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>
47. FRANKL, S. N.; SHIERE, F. R, FOGELS, H. R. Should The parentre main with the child in the dental operator. *J DentChild*1962; 2: 150-63.
48. FURTADO, M.C.C. et al. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 27, n. 1, p.1-11, 5 mar. 2018. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000930016>
49. GARCIA, P.P.N.S; CAMPOS, J.A.D.B; ZUANON, A.C.C. Avaliação clínica das posturas de trabalho empregadas na clínica de Odontopediatria por estudantes de Odontologia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008;8(1):31-37 Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. reference manual, v.37, no 6, P. 15 -16, 2014.
50. GELBCKE, F.L, MATOS, E, SALLUM, NC. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012; 6: 31-9.
51. GLICK, M. et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International Dental Journal*, [s.l.], v. 62, n. 6, p.278-291, dez. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12009>.
52. GOETTEMS, M.L et al., Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. 40(5):451-8 2012. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1600-0528.2012.00694.x>
53. GOYAL, M. S.; IANNOTTI, L. L.; RAICHLE, M. E. Brain Nutrition: A Life Span Approach. *AnnualReviewOfNutrition*, [s.l.], v. 38, n. 1, p.1-19, jun. 2018. Anualmente. *AnnualReviews*. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-nutr-082117-051652>.
54. GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I. do C.C.; OLIVEIRA, A.L. da S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *JBras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.29, p.83-86, jan./fev. 2003.

55. JAKYMIU, J. R. G. Intervenção com finalidade de aperfeiçoar os programas de promoção de saúde e saúde na escola na estratégia da saúde da família de pinhalzinho/sc. Revista UNINGÁ Review. Vol.19,n.2,pp.20-28. 2014
56. JONES, B, KENWARD, M.G. Design and Analysis of Cross-over Trials. Boca Raton 3ed. Chapman & Hall/CRC. 2014.
57. JONES, J. et al. Integrated Medical-Dental Delivery Systems: Models in a Changing Environment and Their Implications for Dental Education. Journal Of Dental Education, [s.l.], v. 81, n. 9, p.21-29, 1 set. 2017. Mensal. American Dental Education Association. <http://dx.doi.org/10.21815/jde.017.029>.
58. KARIBE H, AOYAGI-NAKA K, KODA A. Maternal anxiety and child fear during dental procedures: a preliminary study. J Dent Child. 2014;81(2):72-7.
59. KELLY, M. P. How to make the first thousand days count. Health Promotion Journal Of Australia, [s.l.], p.1-5, 19 abr. 2018. Quadrimestral. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/hpja.58>
60. KIERKLO A et al. Work-related musculo skeletal disorders among dentists - A questionnaire. Ann AgricEnvironMed2011;18:79-84
61. KIM AV, RUBEZHOV AL, KOLOSKOVA TM, BEZHENAR SI. Modern forms of dental preventive care for children. Pediatrician (StPetersburg). 2017;8(4):73-77. doi: 10.17816/PED8473-77 Received: 22.05.2017.
62. KLATCHOAN, D.A, NORONHA, J.C, TOLEDO, A.O. Adaptação comportamental do paciente Odontopediátrico. In: MASSARA, LA, RÉDUA,PCB. Manual de referências para procedimentos clínicos em odontopediatria. São Paulo, p.49-71, 2010.
63. KÖHLER, B.; ANDRÉEN, I. Mutans Streptococci and Caries Prevalence in Children after Early Maternal Caries Prevention: A Follow-Up at 19 Years of Age. Caries Research, [s.l.], v. 46, n. 5, p.474-480, 2012. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000339665>.
64. KRAMER, M.S, , R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Data base Syst Rev. 2012;(8):CD003517.
65. LAI, S. Hiu Fong et al. Parental Oral Health Literacy of children with severe early childhood caries in Hong Kong. European Journal Of Paediatric Dentistry, [s.l.], n. 4, p.326-331, dez. 2017. ARIESDUE SRL. <http://dx.doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.04.11>.
66. LEMOS, L. V. F. M. et al. Experiência de cárie dentária em crianças atendidas em um programa de Odontologia para bebês. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 9, n. 4, p. 503-507, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082011000400503&lng=en&nrm=iso>. access on 18 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082011ao2184>.

67. LEMOS, L. V. F. M. et al. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein (São Paulo)*, [s.l.], v. 12, n. 1, p.6-10, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082014ao2895>.
68. MARTELLO, RP, JUNQUEIRA TP, LEITE ICG. [Dental caries and factors associated in children aged three years enrolled in Family Health Units in the Municipality of Rondonópolis, Mato Grosso, Brazil]. *Rev Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(1):99-108.
69. MARTÍNEZ-BENEYTO, Y. et al. Influence of a preventive program on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of European pregnant women: a cohort study. *Odontology*, [s.l.], p.1-7, 6 abr. 2018. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10266-018-0356-3>.
70. -MASSON N et al. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [online] 2015; 17(2): 103-10.
71. MATTHEUS, D et al. Oral Health Knowledge and Practices of Pediatric and Family Nurse Practitioners. *Journal Of Pediatric Health Care*, [s.l.], v. 32, n. 4, p.356-362, jul. 2018. Bimestral. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.12.005>.
72. MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 20, n. 2, p.263-271, jun.2011.FapUNIFESP(SciELO).<http://dx.doi.org/10.1590/s010407072011000200007>
73. MATTOS GC et al. The inclusion of the oral health team in the Brazilian family health strategy: Barriers, advances and challenges. *CienSaude Colet*. 2014;19:373–82.
74. MAZO-TOMÉ, Pedro Luis del et al. Prevalencia de la alimentación exclusiva com lactancia materna em recién nacidos sanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, [s.l.], v. 75, n. 1, p.49-46, 16 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.24875/bmhim.m18000010>.
75. MC DONALD, R. E; AVERY, D R. *Odontopediatria para crianças e adolescentes*. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 720 p. 2011.
76. MEDEIROS, P. B. V. et al. Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. *International Journal Of Paediatric Dentistry*, [s.l.], v. 25, n. 1, p.29-34, 7 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12094>.
77. MENDES, E V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

78. MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S. M. A. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. *Audiol., Commun. Res.*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p.1-12, 24 abr. 2017. Trimestral. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1757>.
79. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento / Cadernos de Atenção Básica, nº 17 – Brasília, 2008.
80. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento / Cadernos de Atenção Básica, nº 33 – Brasília, 2012.
81. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Caderno Cadernos de Atenção Básica - n.º 17- Brasília - DF 2006.
82. MOIMAZ S.A. et al. Association between breast-feeding practices and sucking habits: A cross-sectional study of children in their first year of life. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2008;26: 102-6.
83. NARVAI PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*. 2011; 5(3).
84. NAGPAL A. Train yourself to work without Pain – Maintenance of Musculo skeletal Health in Clinical Practice. *Indian J Dent Sci* 2012;4:17-8
85. NORMANN, Donald A. Design Emocional: Por que adoramos (ou detestamos) os objetos do dia-a-dia. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.
86. ODDY, Wendy H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 89, n. 2, p. 109-111, Apr. 2013.
87. OLIVEIRA, A. L. B. M.; BOTTA, A. C.; ROSELL, F. L. PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM BEBÊ. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 22(3): 247. 2010.
88. OLIVEIRA, E. R. A. et. al. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 13(4), 28-34. 2011.
89. OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

90. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia rede mãe paranaense. - Curitiba: SESA, 2014. 56p.
91. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. - Curitiba: SESA, 92 p. 2016.
92. PEREIRA, A.L.M. et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, Sept. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300019>.
93. PERES, K. G. et al. Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. *Pediatrics*, [s.l.], v. 140, n. 1, p.140-148, 30 jun. 2017. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-2943>.
94. PIMENTEL M.J., FILHO M.M.V.B., SANTOS J.P., ROSA M.R.D. Biossegurança: comportamento dos alunos de Odontologia em relação ao controle de infecção cruzada. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 525-32.
95. PIROLO, S M; FERRAZ, C. A; GOMES, R. The integrality of care and communicative actions in the cross-discipline practice in intensive care. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 13961402, Dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600017>.
96. PIZZO L. G. P. et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil1 *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.908-918, 2014.
97. QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 46, n. 3, p.537-543, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000300002>.
98. REIS, M. L.; LUVISON, I. R. FAUSTINO-SILVA, D. D. Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura na APS. *Revista da Faculdade de odontologia-UPF* , v. 20, n. 2, 2015.
99. RIBA H, AL-ZAHRANI S, AL-BUQMI N, AL-JUNDI A. A review of behavior evaluation scales in pediatric dentistry and suggested modification to the Frankl Scale. 2017; 16(6):269-275.
100. RIBEIRO L.C.C. Acolhimento as crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2316-2322, dez, 2010
101. RIBEIRO, A. A. et al. The oral bacterial microbiome of occlusal surfaces in children and its association with diet and caries. *Plos One*, [s.l.], v. 12, n. 7, p.1-

- 16, 5 jul. 2017. Public Library of Science (PLOS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180621>.
102. RIZZON, D. O Sistema imune do Recém-Nascido: Destacando Aspectos Fetais e Maternos. Revista de Pediatria SOPERJ - v. 12, no 1, p12-15, ago 2011.
103. ROMER, M.; Consent, restraint, and people with special needs: a review. SpecCareDentist, v.29, n.1, p. 58-66, 2009.
104. SANTANA, G. S. et al. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. Jornal de Pediatria, [s.l.], v. 94, n. 2, p.104-122, mar. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.013>.
105. SANTOS, D.S; MISHIMA, S.M; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 23, n. 3, p.861-870, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.
106. SANTOS, F.P.A; NERY, A.A; MATUMOTO, Sílvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 47, n. 1, p.107-114, fev. 2013. FapUNIFESP (SciELO).
107. SANTOS, S. C. Atenção primária à saúde no âmbito das redes de atenção: uma revisão sistemática de literatura . Salvador: S.C.Santos, 2013.
108. SCHERER M.D.A; 1 PIRES DEP; JEAN R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.11, pp.3203-3212.
109. SCHINDLER I. et al. Measuring a esthetic emotions - A review of the literature and a new assessment tool. 12(6). PLoSOne. 2017.
110. SCHWENDLER, 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. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 22, n. 1, p.201-207, jan. 2017. Quadrimestral. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.07912015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000100201&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 24 ago. 2017.
111. SILVA, D. D. Entrevista motivacional na prevenção da cárie precoce da infância na Atenção Primária à Saúde. 2015. 68 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Porto Alegre, 2015
112. SILVA, J. D. et al. BENEFÍCIOS PROVENIENTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.REVISTA UNINGÁ REVIEW, [S.I.], v. 16, n. 2, jan.

2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1473>. Acesso em: 18 jul. 2018.
113. SIMEONI, U et al. Perinatal Origins of Adult Disease. *Neonatology*, [s.l.], v. 113, n. 4, p.393-399, 2018. Quinzenal. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000487618>.
114. SLOMP JUNIOR, H et al. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 2, p.537-546, fev. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.00512014>.
115. SOM, S.V et al. Diets and Feeding Practices during the First 1000 Days. Window in the Phnom Penh and North Eastern Districts of Cambodia *10*, 500.2018.
116. SOUSA F. G. M, ERDMANN A. L, MOCHEL . . Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):701-7. <https://www.researchgate.net/publication/268176515>
117. 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). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2311-2321, Apr. 2011.
118. SUZUKI, K. The developing world of DOHaD. *Journal Of Developmental Origins Of Health And Disease*, [s.l.], v. 9, n. 03, p.266-269,5 set. 2017. Mensal. Cambridge University Press <http://dx.doi.org/10.1017/s2040174417000691>.
119. SZPILMAN, ARM et al., Condição de saúde bucal de crianças de zero a dois anos de idade inseridas na estratégia saúde da família (ESF). *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v.14, n.1, 2012, p. 42-48
120. TANG Y et al., The impact of emotional expressions on children's trust judgments. *CognEmot* 2018 Mar 14:1-14. doi: 10.1080/02699931.2018.1449
121. TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45-51, Mar. 2006.
122. TONETTO L. M., A cognitive perspective on design for emotion: analysis of concerns in projects for the experience. *Strategic Design Research Journal*, 5(3): 2012, pp. 99-106 September-December.
123. URBANETTO P.D.G. et al. Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar. *Rev Fund Care Online*. 2018 abr/jun; 10(2):399-405. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.399-405>

124. VICTORA, C. G et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, [s.l.], v. 387, n. 10017, p.475-490, jan. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7).
125. WADHAWAN, R. et al., Pediatric Dental Chair: are dentists ready to use. *American Open Dentistry Journal*, v.1, n. 1, febr. 2016 pp.1-5. <http://rekpub.com/Journals.php>.
126. WALTER, L. R. F.; FERELLE, A; ISSÁO, M. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. [S.l: s.n.], 1996.
127. WANG J, et al. Gestational dyslipidaemia and adverse birth weight outcomes: a systematic review and meta-analysis. *ObesRev* 2018.
128. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. Lisboa, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017
129. WORLD HEALTH ORGANIZATION. What is the Burden of Oral Disease? Oral Disease Burdens and Common Risk Factors. Available online: http://www.who.int/oral_health/disease_burden/global/en/
130. WOSGERAU, V. L. L., Tecnologia leve em odontologia: possibilidades de produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autogoverno. 2013, 25f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre em parceria com a Universidade Aberta do SUS – UNASUS, 2014.

7. Anexos

Anexo 1 – Projeto COEP aprovado

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO, VALIDAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM DISPOSITIVO INOVADOR DE BAIXO CUSTO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO BEBÊ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Márcia Helena Baldani Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58738816.4.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.708.455

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho tem por objetivo desenvolver tecnologicamente, validar e avaliar um dispositivo inovador, livre de contenção, para o atendimento odontológico dos bebês, capaz de diminuir o contato físico profissional/paciente com conforto ao bebê, à mãe e ao examinador. A partir de um protótipo desenvolvido, será validado e avaliado por meio de três estudos: a) um ensaio laboratorial, para testar a viabilidade do material utilizado na confecção quanto à higienização e desinfecção; b) um ensaio clínico randomizado, auto-controlado e cego, que tem por objetivo identificar, em um modelo cruzado, o comportamento em 120 indivíduos, formado por 60 pares mães/bebês quando do atendimento utilizando o novo dispositivo, comparando com outros métodos padrão; e c) um estudo do tipo transversal que deverá identificar, entre os profissionais que atuam na Atenção Primária dos municípios da 3ª Regional de Saúde, quais métodos são utilizados por eles para as consultas odontológicas de rotina dos bebês e verificará a percepção de profissionais aleatoriamente selecionados que serão convidados a testarem o dispositivo durante 30 dias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver, validar e avaliar um dispositivo inovador de baixo custo para atendimento

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaíras, Bloco M, Sala 100.

Cidade: Uvaíras **CEP:** 84.030-900

UF: PR **Município:** PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.708.466

odontológico do bebê na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo Secundário:

- Analisar o potencial de desinfecção do novo dispositivo frente a diferentes agentes desinfetantes preconizados pela ANVISA, a partir de uma contaminação padrão in vitro;
- Analisar o comportamento das crianças durante os atendimentos em comparação com os métodos padrão;
- Analisar a reação das mães em relação ao dispositivo comparando com os métodos padrão;
- Identificar a percepção dos profissionais envolvidos no uso do dispositivo inovador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na etapa microbiológica e durante o ensaio-clínico, os principais riscos identificados são relativos à contaminação. Para minimizá-los serão seguidos rigorosos padrões de biossegurança. Nas demais etapas não há riscos identificados para os sujeitos da pesquisa ou para os pesquisadores. As mães receberão orientações sobre cuidados com a saúde bucal do bebê durante consulta de puericultura odontológica de rotina. Ao serem identificadas alterações bucais nos bebês, as mães serão instruídas a procurarem os serviços de Odontopediatria da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sendo-lhes garantido o acesso imediato.

Benefícios:

Será avaliado um dispositivo de qualidade e baixo custo. Espera-se contribuir para a otimização do atendimento odontológico durante a puericultura, bem como em ambientes extra-clínicos comuns à Atenção Primária à Saúde, como berçários e domicílios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TGLE para as mães: adequado

TGLE para os profissionais: adequado, porém se recomenda que o pesquisador busque compactar o texto para caber numa única folha.

Folha de rosto: adequada

Questionários: sem restrições éticas

Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa: Presente e adequada

Recomendações:

Enviar relatório final via Plataforma Brasil (on line) após conclusão da pesquisa para evitar

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaíras, Bloco M, Sala 100.
Cidade: Uvaíras **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (41)3320-3100 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.108.408

pendências com a COEP ou com a PROPESP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação do projeto recomenda-se a aprovação.

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_F PROJETO_724847.pdf	24/08/2016 22:58:19		Aceito
Folha de Rosto	images.pdf	24/08/2016 22:54:42	Vera Lucia Leal Wosperau	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCEcorrigido.pdf	22/08/2016 16:58:37	Vera Lucia Leal Wosperau	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COEP.pdf	05/06/2016 14:23:45	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito
Outros	Questionarios.pdf	02/06/2016 17:42:56	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_IES.pdf	02/06/2016 17:40:33	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito
Outros	Autoriz_SMS.pdf	02/06/2016 17:36:02	Márcia Helena Baldani Pinto	Aceito

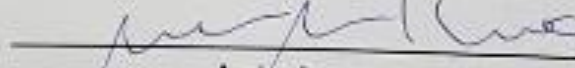
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 01 de Setembro de 2016


Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3226-3108 E-mail: coep@uepg.br

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Srs. pais ou responsáveis

Sua família está convidada a participar da pesquisa intitulada “DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO, VALIDAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM DISPOSITIVO INOVADOR PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO BEBÊ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” que é parte integrante no trabalho de mestrado da aluna Vera Lucia Leal Wosgerau no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UEPG. Esta pesquisa tem por objetivo **desenvolver**, validar e analisar um dispositivo inovador de baixo custo para atendimento odontológico do bebê na Atenção Primária à Saúde; **analisar** o comportamento das crianças durante o atendimento no dispositivo inovador comparado ao dispositivo padrão; **identificar** a percepção das mães em relação aos dispositivos utilizados no atendimento ao seu filho. Para participar, a mãe ou pessoa que habitualmente cuida da criança deverá responder às questões sobre informações pessoais e um inventário de Ansiedade de Beck (BAI) que será aplicado duas vezes, uma antes do atendimento e outra logo após, também será aferido a pressão arterial da mãe antes e depois desse processo.

Enfatizamos que sua participação não é obrigatória. Mesmo que os pais autorizem, a criança somente será examinada se concordar. Os pais também poderão retirar a criança da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização. Se for identificado algum problema bucal em sua criança, serão fornecidos endereços de locais onde ela poderá receber tratamento, devendo o mesmo ficar sob a responsabilidade dos pais ou responsáveis.

Quando da publicação dos resultados, a identificação dos participantes da pesquisa não será revelada, em hipótese alguma.

Os pesquisadores estão à disposição para esclarecer qualquer dúvida, diretamente ou pelos telefones 9961-9709 (Vera Wosgerau - pesquisadora) ou 9978-5431 (Profª Drª Marcia Baldani-Orientadora).

Este documento é apresentado em duas vias.

Vera Lucia Leal Wosgerau (Pesquisa Principal) _____

Prof Drª Marcia Helena Baldani Pinto (Pesquisadora Colaboradora) _____

Declaro, por meio deste, que eu, abaixo assinado, tomei conhecimento desta pesquisa e que concordo participar juntamente com meu (minha) filho (filha) _____

Autorizo a utilização das informações obtidas através de publicações e/ou apresentação em eventos científicos.

Assinatura do Responsável _____

ATENÇÃO: a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG. Endereço – Av. Carlos Cavalcanti, n. 4748, Bloco M, Sala 12, CEP- 84030-900 Ponta Grossa – PR. Fone: (42) 3220-3108. E-mail sec coop@uepg.br

Anexo 3

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Qual o seu nome? _____

Qual a sua idade (em anos)? _____

Qual o nome do(a) seu/sua filho(a)? _____

1. Marque o sexo da criança: (0) Feminino (1) Masculino

2. Qual a data de nascimento do(a) seu/sua filho(a)? ____/____/____

3. Idade em meses: _____ 3. Idade em semanas: _____

4. Foi prematuro (< 37 sem.)? (0) Não (1) Sim

5. Baixo peso ao nascer (<2.500g)? (0) Não (1) Sim

6. Você trabalha? (0) Não (1) Sim Em caso afirmativo, qual a sua profissão? _____

7. Até que série você estudou? Escolaridade:

(0) Analfabeto

(1) Ensino fundamental incompleto

(2) Ensino fundamental completo

(3) Ensino médio incompleto

(4) Ensino médio completo

(5) Ensino superior incompleto

(6) Ensino superior completo

8. Qual o seu estado civil?

(0) Solteira (1) Casada com o pai da criança (2) Casada com outro (3) Separada (4)

Viúva (5) Outro, especifique: _____.

9. Quantos filhos você tem? (0) Filho único (1) 2 filhos (2) 3 filhos ou mais

10. Qual é aproximadamente a renda familiar, incluindo todos moradores da casa?

Em reais: _____ Em salários mínimos: _____

11. Quantas pessoas vivem em sua casa? _____

Anexo 4

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Nome: _____ **Data:** _____ **Teste 1**

Abaixo, está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Marque o quanto você foi incomodada por cada um desses sintomas durante a última semana, inclusive hoje, marcando um X no grau de incômodo.

Nº	Sintomas	Quanto ocorreu			
		Ausente 0	Suave 1	Moderado 2	Severo 3
		Não incomodou nada	Incomodou um pouco	Foi desagradável, mas consegui suportar	Quase não consegui aguentar
1	Dormência ou formigamento				
2	Calores				
3	Pernas bambas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo do pior acontecer				
6	Tonteira ou cabeça leve				
7	Coração batendo forte ou acelerado				
8	Inquieta				
9	Aterrorizada				
10	Nervosa				
11	Sensação de sufocamento				
12	Mãos tremendo				
13	Trêmula				
14	Medo de perder o controle				
15	Dificuldade de respirar				
16	Medo de morrer				
17	Assustada				
18	Indigestão ou desconforto no abdômen (barriga, estômago)				
19	Desmaio				
20	Face ruborizada				
21	Suores (não devido ao calor)				
ESCORE:					

PARÂMETROS CLÍNICOS: PA sistólica _____ PA diastólica _____

Frequência cardíaca: _____ bpm

Anexo 5

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Nome: _____ **Data:** _____ **Teste 2**

Abaixo, está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Marque o quanto você foi incomodada por cada um desses sintomas **durante a consulta odontológica do seu bebê**, marcando um X no grau de incômodo.

Nº	Sintomas	Quanto ocorreu			
		Ausente 0	Suave 1	Moderado 2	Severo 3
		Não incomodou nada	Incomodou um pouco	Foi desagradável, mas consegui suportar	Quase não consegui aguentar
1	Dormência ou formigamento				
2	Calores				
3	Pernas bambas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo do pior acontecer				
6	Tonteira ou cabeça leve				
7	Coração batendo forte ou acelerado				
8	Inquieta				
9	Aterrorizada				
10	Nervosa				
11	Sensação de sufocamento				
12	Mãos tremendo				
13	Trêmula				
14	Medo de perder o controle				
15	Dificuldade de respirar				
16	Medo de morrer				
17	Assustada				
18	Indigestão ou desconforto no abdômen (barriga, estômago)				
19	Desmaio				
20	Face ruborizada				
21	Suores (não devido ao calor)				
ESCORE:					

PARÂMETROS CLÍNICOS: PA sistólica _____ PA diastólica _____

Frequência cardíaca: _____ bpm

Anexo 6

Escala de Frankl

Nome da criança: _____ Data: _____

Escore	Escala de Frankl	
1	Definitivamente negativo (--)	Recusa do tratamento. Chora com força. Está temeroso, assustado ou qualquer outra prova evidente de extremo negativismo.
2	Negativo (-)	Relutante para aceitar o tratamento. Não coopera. Alguma prova de atitude negativa, mas não pronunciada, como mau humor e estar arredio.
3	Positivo (+)	Aceita o tratamento. Às vezes pode ser cauteloso. Boa vontade para consentir o tratamento. Em alguns momentos pode apresentar certa reserva, mas segue de forma cooperativa.
4	Definitivamente positivo (++)	Boa relação e harmonia com o dentista. Interessado nos procedimentos odontológicos. Risonho (alegre). Aproveita a situação.