

Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência

Gustavo Essvein^I , Alexandre Baumgarten^{II} , Rafaela Soares Rech^{III} , Juliana Balbinot Hilgert^{III} , Matheus Neves^{III} 

^I Universidade Luterana do Brasil. Curso de Odontologia. Canoas, RS, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, RS, Brasil

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar se características dos serviços de saúde, da equipe de saúde bucal e do cirurgião-dentista estão associadas à prestação de atendimento odontológico a crianças de até cinco anos de idade na atenção básica brasileira.

MÉTODOS: Estudo transversal, com dados de 18.114 equipes de saúde bucal do Brasil avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em 2014. O desfecho do estudo foi a realização comprovada de procedimentos odontológicos em crianças de até cinco anos de idade. A análise estatística foi feita por regressão de Poisson com base em um modelo hierárquico, sendo o primeiro nível composto por variáveis de organização do serviço, o nível intermediário por características de planejamento da unidade e o nível proximal por variáveis relacionadas ao cirurgião-dentista.

RESULTADOS: A prevalência de realização do atendimento odontológico pelas equipes de saúde bucal foi de 80,9% (n = 14.239). Consultas agendadas e atividades de educação em saúde se associaram positivamente ao desfecho, bem como atividades de planejamento e programação para a população e o monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal. Formação complementar em saúde pública, atividades de educação permanente e plano de carreira foram variáveis relacionadas aos cirurgiões-dentistas que se associaram à prestação do serviço.

CONCLUSÕES: Um quinto das unidades de saúde do Brasil não realiza atendimento odontológico na primeira infância. Protocolos de organização e planejamento bem-estruturados nas unidades de saúde estão associados à realização desse atendimento, bem como melhores vínculos trabalhistas e atividades de pós-graduação para os cirurgiões-dentistas.

DESCRITORES: Pré-Escolar. Assistência Odontológica para Crianças. Assistência Integral à Saúde. Serviços de Saúde Bucal. Odontologia em Saúde Pública.

Correspondência:

Matheus Neves
Faculdade de Odontologia – UFRGS
Departamento de Odontologia
Preventiva e Social
Rua Ramiro Barcelos, 2492
90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: matheus.neves@ufrgs.br

Recebido: 4 nov 2017

Aprovado: 7 fev 2018

Como citar: Essvein G, Baumgarten A, Rech RS, Hilgert JB, Neves M. Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. Rev Saude Publica. 2019;53:15.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A cárie dentária é considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, sendo uma das doenças crônicas mais prevalentes¹. De acordo com a última avaliação populacional brasileira das condições de saúde bucal, sua prevalência em crianças de cinco anos de idade alcança aproximadamente 53,4%. Na dentição permanente a situação agrava-se, pois cerca de 70% das crianças de doze anos apresentam ao menos um dente com experiência de cárie². As más condições de saúde bucal podem ter impacto negativo na saúde geral durante a primeira infância, desencadeando comprometimentos biopsicossociais, de crescimento e desenvolvimento físico, de qualidade de vida e de capacidade de aprendizagem^{3,4}.

A atenção na primeira infância é uma conquista da odontologia e representa um novo entendimento sobre a abordagem das doenças bucais, fortemente centrado em uma perspectiva preventivo-promocional. A cárie desenvolve-se a partir de múltiplas e complexas interações, que envolvem questões biológicas, comportamentais e sociais. São descritos na literatura mais de cem fatores de risco para o desenvolvimento da cárie na infância^{5,6}, que podem ser amplamente categorizados em sociodemográficos, comportamentais, dietéticos, relativos aos serviços de saúde ou relacionados a conhecimento, crenças e crenças. A maioria deles é modificável pelo acesso à assistência odontológica de qualidade na atenção primária. Apenas 22,1% das crianças com menos de cinco anos já consultaram o dentista ao menos uma vez na vida⁷. Já a resolubilidade varia conforme a modalidade da equipe de saúde bucal⁸.

Dentro dessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde Bucal⁹ se torna um referencial na recuperação da saúde e prevenção de agravos, de modo a deter a progressão e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes da cárie na primeira infância. A odontologia mudou sua perspectiva de realização de procedimentos curativos para um olhar voltado ao processo saúde-doença. Essa mudança colocou em prática estratégias voltadas ao atendimento precoce da população, buscando minimizar e evitar sequelas das principais doenças bucais. O atendimento odontológico pediátrico torna-se, dessa forma, uma estratégia fundamental na redução das sequelas em idades mais avançadas¹⁰.

Dada a condição epidemiológica e a necessidade de atendimento de crianças de até cinco anos de idade no Brasil, faz-se necessário conhecer as características dos serviços de atenção básica de saúde e das equipes de saúde bucal que podem estar associadas à prestação desse serviço no Brasil. O objetivo deste trabalho foi avaliar a taxa de atendimento odontológico realizado pelas equipes de saúde bucal da atenção básica brasileira a crianças de até cinco anos de idade, relacionando-as a fatores dos serviços de saúde e características dos cirurgiões-dentistas.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal a partir de dados coletados de forma multicêntrica entre março e dezembro de 2014 em 24.055 unidades básicas de saúde (UBS) de todo o território nacional. Para este estudo utilizou-se dados de 18.114 equipes de saúde bucal (ESB) avaliadas no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), correspondendo a 81,5% das 22.213 ESB existentes.

O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos brasileiros. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Trata-se de um programa de abrangência nacional executado de forma multicêntrica e integrada por diversas instituições de ensino e pesquisa e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde. Os dados desta pesquisa são provenientes da fase de avaliação externa das equipes de saúde. Os resultados encontrados referem-se às avaliações do Módulo VI, preenchido a partir de entrevistas com os trabalhadores das unidades de saúde

e verificação de documentação *in loco*. As equipes participantes do PMAQ puderam aderir voluntariamente ao programa por um pacto inicial entre equipes e gestores municipais. Os gestores municipais preencheram um formulário eletrônico disponibilizado no sítio do programa, e apenas as equipes que formalizaram a adesão dessa forma foram avaliadas. Os dados foram coletados nas unidades de saúde utilizando *tablets*, nos quais havia um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente. Após a avaliação externa, os dados coletados foram enviados pela internet a um servidor do Ministério da Saúde para validação.

Os avaliadores externos selecionados participaram de treinamento com o mesmo manual de campo. Estabeleceu-se um protocolo de qualificação da coleta de dados que consistia em cinco critérios: coordenadas geográficas captadas pelo instrumento, tempo de coleta de dados por módulo, horário de início e término da avaliação, porcentagem de alternativas não respondidas e respostas com caracteres repetidos.

A variável dependente deste estudo foi a realização de procedimentos odontológicos em crianças de até cinco anos de idade, avaliada pelas perguntas: “A equipe de saúde bucal realiza atendimento em crianças de até cinco anos de idade? Existe documento que comprove?”. Para comprovação documental, foram considerados o registro de acompanhamento da criança no odontograma e registros do e-SUS. O desfecho de prestação do atendimento foi considerado positivo quando as duas respostas eram positivas.

Foram coletadas variáveis independentes relativas à organização da ESB, às ações de planejamento da ESB e às características do cirurgião-dentista. No bloco de organização da ESB, incluíram-se as variáveis referentes à modalidade da equipe de saúde bucal: tipo I, que compreende um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal (ASB); tipo II, que compreende um cirurgião-dentista, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB); e ESB parametrizada, que compreende dois cirurgiões-dentistas com carga horária de 20 horas semanais cada, um ASB e um TSB. Em relação aos turnos de atendimento clínico, as equipes foram classificadas em ESB que trabalham apenas um turno e ESB que utilizam dois ou mais turnos. As respostas à questão “Em quais dias da semana a equipe de saúde bucal trabalha nesta unidade?” foram coletadas em cada turno de forma independente e dicotomizadas entre de um a quatro dias ou de cinco a sete dias de trabalho por semana. Para a pergunta “A agenda da equipe de saúde bucal é compartilhada com os profissionais da equipe de saúde da família?”, as respostas possíveis eram sim ou não. Finalmente, o agendamento das consultas foi classificado em: todas agendadas; a maior parte agendada, as demais por demanda espontânea; metade agendada e metade por demanda espontânea ou nenhuma agendada, todas por demanda espontânea.

Dentre as variáveis do bloco de ações de planejamento da ESB, utilizaram-se as variáveis: planejamento e programação pela equipe de saúde bucal, pela equipe de atenção básica (EAB) ou não realizados; monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal ou não; apoio à ESB para planejamento ou não; presença ou ausência de informações para subsidiar análises de saúde; planejamento das atividades pela ESB de acordo com informações locais ou não.

Por fim, agruparam-se as variáveis referentes às características do cirurgião-dentista, a saber: formação complementar ou não; vínculo empregatício CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), estatutário, temporário ou outras modalidades, subdivididas em cargo comissionado, autônomo, outro, não sabe ou não respondeu); presença ou ausência de plano de carreira; número de atividades de educação permanente realizadas (entre zero e três, quatro e seis ou mais de sete atividades), compreendendo seminários, cursos presenciais, cursos da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), cursos da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), cursos de educação a distância, troca de experiência, tutoria ou preceptoria, ensino em serviço e outras modalidades.

A análise estatística foi realizada com o programa Stata, versão 12.0. A associação entre os preditores e o desfecho foi avaliada por análises descritivas e bivariadas utilizando o teste

qui-quadrado ($p < 0,05$). A análise multivariada foi realizada pela regressão de Poisson com variância robusta, resultando na razão de prevalências (RP) e intervalo de confiança (IC95%). Um modelo hierárquico foi construído para a análise (Figura), sendo o primeiro nível composto pelas variáveis de organização do serviço (modalidade da equipe de saúde bucal, turnos de atendimento, dias de trabalho, compartilhamento da agenda, atividades de educação e consultas agendadas), o nível intermediário pelas variáveis relacionadas às ações das unidades de saúde (atividades de planejamento e programação, monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal, apoio para planejamento, disponibilidade de informações para auxiliar as análises de saúde e planejamento das atividades pela ESB de acordo com informações locais) e o nível proximal pelas variáveis relacionadas ao cirurgião-dentista (formação complementar, vínculo empregatício, plano de carreira e número de atividades de educação). As variáveis foram selecionadas pelo procedimento *backward stepwise*. As variáveis de exposição com $p < 0,20$ foram incluídas na análise multivariada. O modelo final incluiu as variáveis que foram associadas ao desfecho ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Protocolo 21904, e atende à legislação bioética pertinente.

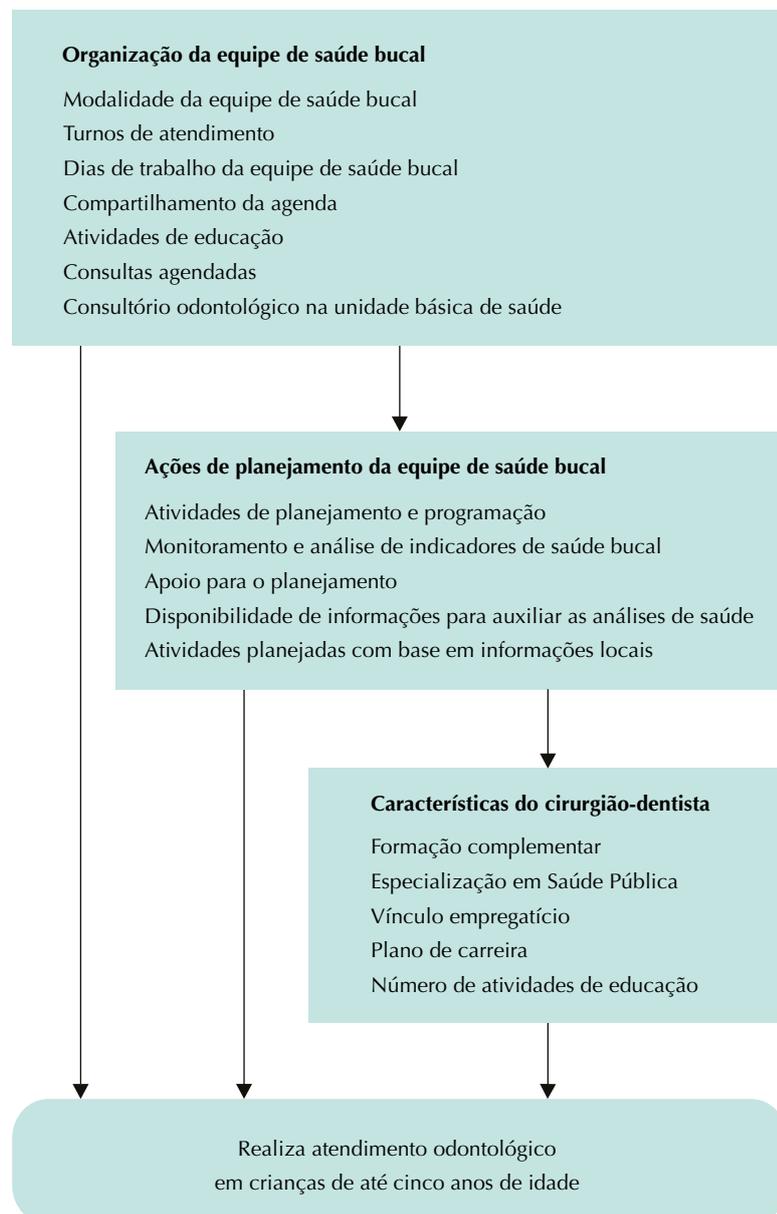


Figura 1. Modelo hierárquico de análise.

RESULTADOS

Das 18.114 ESB avaliadas, 2,9% (n = 530) não realizavam atendimento odontológico e 18,5% (n = 3.345) não apresentaram documentação comprobatória de atendimento. A prevalência de atendimento odontológico para crianças de até cinco anos de idade nas ESB foi de 80,9% (n = 14.239). Devido à falta de dados sobre pelo menos uma variável, 4.014 ESB não foram incluídas no modelo final de regressão múltipla. Em relação às variáveis de organização, 86,3% das ESB eram do tipo I; na maioria das UBS, a agenda de saúde bucal era compartilhada (67,0%); a ESB trabalhava em dois turnos ou mais (92,0%) e 74,0% das consultas eram previamente agendadas. No que se refere às ações de planejamento, 79,0% das equipes recebiam apoio e 80,0% faziam planejamento de atividades de acordo com as informações locais. Quanto às características do cirurgião-dentista, somente 33,0% dos profissionais são especializados em saúde da família; o vínculo com a UBS é majoritariamente do tipo estatutário (44,0%) e a maioria (72,0%) participa de zero até três atividades de educação (tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Prevalência de atendimento de crianças de até cinco anos de idade pela equipe de saúde bucal (ESB) de acordo com as variáveis independentes (organização e ações do serviço). Brasil, 2014.

Variável	n	Realizam atendimento de saúde bucal		p ^a
		n = 14.239	%	
Organização do serviço				
Modalidade da ESB ^b				< 0,001
1	13.982	10.787	79,6	
2	1.928	1.592	84,6	
Parametrizada	292	220	79,1	
Turnos de atendimento ^b				< 0,001
1	1.306	904	73,0	
≥ 2	14.896	11.695	81,0	
Dias de trabalho da ESB por semana ^b				0,028
1-4	15.184	11.847	80,4	
5-7	1.018	752	77,5	
Compartilhamento da agenda				< 0,001
Sim	12.007	9.734	82,4	
Não	6.107	4.505	77,2	
Atividades de educação				< 0,001
Sim	16.407	13.175	82,1	
Não	1.707	1.064	69,0	
Consultas agendadas				< 0,001
Só por demanda espontânea	796	466	64,0	
Meio a meio (agendamento e demanda)	3.054	2.405	81,0	
Majoria por agendamento	13.373	10.690	82,0	
Só por agendamento	891	678	79,3	
Consultório odontológico na UBS				< 0,001
Sim	14.835	11.662	81,0	
Não	1.367	937	71,8	
Ações				
Atividades de planejamento e programação				< 0,001
Sim, com equipe de saúde bucal	3.504	2.671	78,6	
Sim, com equipe de atenção básica	11.446	9.406	83,7	
Não	3.164	2.162	73,4	
Monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal				< 0,001
Sim	12.031	9.940	84,3	
Não	6.083	4.299	74,3	
Apoio para planejamento				< 0,001
Sim	14.303	11.605	83,0	
Não	3.811	2.634	73,1	
Disponibilidade de informações para auxiliar análises de saúde				< 0,001
Sim	13.304	10.856	83,4	
Não	4.810	3.383	74,0	
Atividades planejadas com base em informações locais				< 0,001
Sim	14.518	11.763	82,8	
Não	3.596	2.476	73,4	

UBS: unidade básica de saúde

^a Teste qui-quadrado (p < 0,05).

^b Dados faltantes.

Tabela 2. Prevalência de atendimento em crianças de até cinco anos de idade pela equipe de saúde bucal (ESB) de acordo com as variáveis independentes (cirurgião-dentista). Brasil, 2014.

Variável	n	Realizam atendimento de saúde bucal		p ^a
		n = 14.239	%	
Cirurgião-dentista				
Formação complementar				< 0,001
Sim	12.581	10.225	83,1	
Não	5.533	4.014	76,0	
Especialização em saúde da família ^b				< 0,001
Sim	4.128	3.472	85,6	
Não	8.453	6.753	82,0	
Vínculo empregatício				< 0,001
CLT	2.997	2.438	83,4	
Estatutário	7.993	6.239	81,0	
Outros	753	538	78,5	
Temporário	6.396	5.024	80,3	
Plano de carreira ^b				< 0,001
Sim	3.640	3.005	85,0	
Não	13.943	10.878	80,2	
Número de atividades de educação ^b				< 0,001
0–3	13.020	9.831	78,3	
4–6	4.532	3.894	87,1	
≥ 7	587	514	91,9	

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

^a Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).^b Dados faltantes.

Em relação às variáveis de organização da ESB, a maior prevalência do desfecho foi encontrada nas ESB tipo II ($p < 0,001$), com a presença de consultório odontológico na UBS ($p < 0,001$), com dois ou mais turnos de atendimento ($p < 0,001$), em equipes que compartilham agenda ($p < 0,001$), com atividades de educação ($p < 0,001$) e com consultas agendadas ($p < 0,001$) (Tabela 1).

A maioria das equipes que realizavam atendimento em crianças de até cinco anos planejavam a programação em conjunto com as EAB ($p < 0,001$), monitoravam e analisavam indicadores de saúde bucal ($p < 0,001$), recebiam apoio para o planejamento ($p < 0,001$), dispunham de informações para auxiliar nas análises de saúde ($p < 0,001$) e planejavam atividades de acordo com informações locais ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Quanto às características do cirurgião-dentista, formação complementar ($p < 0,001$), especialização em saúde da família ($p < 0,001$), vínculo empregatício do tipo CLT ou estatutário ($p < 0,001$), plano de carreira ($p < 0,001$) e maior número de atividades de educação ($p < 0,001$) foram positivamente associados à realização do atendimento odontológico em crianças (Tabela 2).

Na análise multivariada, após ajuste para potenciais confundidores para as variáveis de organização da ESB, a prevalência do desfecho foi significativamente maior (RP = 1,05; IC95% 1,03–1,08) para as ESB do tipo II, 13% maior (RP = 1,13; IC95% 1,08–1,19) para as que tinham dois ou mais turnos de atendimento, 24% maior (RP = 1,24; IC95% 1,17–1,31) quando a maioria dos usuários eram agendados e 20% maior (RP = 1,20; IC95% 1,17–1,34) quando a agenda da ESB incluía atividades de educação. Em relação às ações de planejamento da ESB, a probabilidade do desfecho após ajuste foi 7% maior (RP = 1,07; IC95% 1,04–1,06) quando a EAB realizava atividades de planejamento e programação e 6% maior (RP = 1,06; IC95% 1,04–1,08) quando monitorava e analisava indicadores de saúde bucal (Tabela 3). Sobre as características relacionadas ao cirurgião-dentista, a formação complementar se relacionou a uma probabilidade 8% maior do desfecho (RP = 1,08; IC95% 1,03–1,10) e sete ou mais atividades de educação permanente se relacionaram a uma probabilidade 6% maior (RP = 1,06; IC95% 1,02–1,09) (Tabela 4).

Tabela 3. Razões de prevalências bruta e ajustada do desfecho “consulta odontológica até os cinco anos de idade” de acordo com as variáveis independentes (organização do serviço e ações).

Variável	Bruta			Ajustada		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Organização do serviço						
Modalidade da ESB			< 0,001			< 0,001
1	1,00			1,00		
2	1,06	1,04–1,09		1,05	1,03–1,08	
Parametrizada	0,99	0,93–1,06		1,00	0,94–1,06	
Turnos de atendimento			< 0,001			< 0,001
1	1,00			1,00		
≥ 2	1,11	1,07–1,15		1,13	1,08–1,19	
Dias de trabalho da ESB por semana			0,049			0,005
1–4	1,00			1,00		
5–7	0,96	0,93–1,00		1,07	1,02–1,12	
Compartilhamento da agenda			< 0,001			< 0,001
Sim	1,07	1,06–1,09		1,05	1,03–1,07	
Não	1,00			1,00		
Atividades de educação			< 0,001			< 0,001
Sim	1,39	1,22–1,57		1,20	1,17–1,34	
Não	1,00			1,00		
Consultas agendadas			< 0,001			< 0,001
Só por demanda espontânea	1,00			1,00		
Meio a meio (agendamento e demanda)	1,27	1,19–1,34		1,23	1,15–1,30	
Maioria por agendamento	1,28	1,21–1,35		1,24	1,17–1,31	
Só por agendamento	1,24	1,16–1,32		1,21	1,13–1,29	
Ações						
Atividades de planejamento e programação			< 0,001			< 0,001
Sim, com equipe de saúde bucal	1,07	1,04–1,10		1,03	0,99–1,06	
Sim, com equipe de atenção básica	1,14	1,11–1,17		1,07	1,04–1,10	
Não	1,00			1,00		
Monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal			< 0,001			< 0,001
Sim	1,13	1,11–1,15		1,06	1,04–1,08	
Não	1,00			1,00		
Apoio para o planejamento			< 0,001			0,005
Sim	1,13	1,10–1,16		1,04	1,01–1,07	
Não	1,00			1,00		
Disponibilidade de informações para auxiliar análises de saúde			< 0,001			0,028
Sim	1,13	1,11–1,15		1,03	1,01–1,05	
Não	1,00			1,00		
Atividades planejadas com base em informações locais			< 0,001			0,034
Sim	1,13	1,10–1,15		1,03	1,01–1,05	
Não	1,00			1,00		

ESB: equipe de saúde bucal

Tabela 4. Razões de prevalências bruta e ajustada do desfecho “consulta odontológica até os cinco anos de idade” de acordo com as variáveis independentes (cirurgião-dentista).

Variável	Bruta			Ajustada		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Cirurgião-dentista						
Formação complementar			< 0,001			< 0,001
Sim	1,09	1,08–1,11		1,08	1,03–1,10	
Não	1,00			1,00		
Vínculo empregatício			< 0,001			< 0,001
CLT	1,0			1,0		
Estatutário	0,97	0,95–0,99		0,97	0,95–0,99	
Outros	0,94	0,90–0,98		0,97	0,92–1,02	
Temporário	0,96	0,94–0,98		0,98	0,96–1,00	
Plano de carreira			< 0,001			0,020
Sim	1,06	1,04–1,08		1,03	1,01–1,06	
Não	1,00			1,00		
Número de atividades de educação			< 0,001			< 0,001
0–3	1,00			1,00		
4–6	1,11	1,10–1,13		1,04	1,02–1,06	
≥ 7	1,17	1,14–1,21		1,06	1,02–1,09	

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que quase um quinto das ESB não realizam atendimento odontológico a crianças de até cinco anos de idade, preconizado na atenção básica brasileira. Uma vez que a unidade de análise é a equipe de saúde bucal, responsável por uma grande população em um território pré-estabelecido, esses dados tornam-se alarmantes, pois são milhares de crianças sem acesso ao dentista.

A prestação do atendimento odontológico esteve associada à organização do trabalho das equipes, às ações de planejamento e às características do cirurgião-dentista. Apesar de os resultados das regressões serem aparentemente de pequena magnitude, considerando o tamanho da amostra, eles apresentaram intervalos de confiança restritos, tornando-se visível o poder do estudo em detectar diferenças numericamente pequenas, porém com grande impacto para a saúde pública. Implementar mudanças baseadas no conhecimento científico pode embasar mudanças nas ações de saúde do país, por atos que norteiam a gestão e vinculam-se a evidências estratégicas. Aliar investigação e práticas de gestão em saúde pública baseadas em evidências possibilita avanços no cuidado em saúde e grandes mudanças na saúde bucal das comunidades.

Os dados deste estudo demonstram que, nas unidades de saúde em que a agenda é compartilhada entre os profissionais, há maior probabilidade desse atendimento odontológico. O processo de trabalho da equipe da atenção básica deve considerar as particularidades locais, interesses dos usuários, agravos de saúde específicos e costumes de cada comunidade, além de peculiaridades da própria equipe e de sua forma de trabalho. Além disso, a agenda compartilhada entre os diferentes profissionais leva ao conhecimento da equipe problemas específicos de determinados usuários.

No que se refere ao agendamento de consultas, verificou-se que a probabilidade de crianças de até cinco anos comparecerem e serem atendidas é maior com o agendamento programado. A facilidade dos atendimentos agendados pode estar relacionada a tratamentos preventivos, reconhecimento do consultório odontológico, desmistificação da figura do cirurgião-dentista ligada à dor e realização de consultas educativas e/ou preventivas de forma lúdica, facilitando a cooperação da criança em atendimentos futuros. A busca por consulta imediata, apenas por demandas espontâneas ou para tratamentos curativos, envolvendo dor, muitas vezes

pode resolver o problema imediato do paciente, porém não segue a longitudinalidade do cuidado em saúde bucal, fundamental para que se produza saúde. A organização da agenda torna-se importante na logística da rotina da equipe, suscitando a conscientização da complexidade de cada caso¹².

Os resultados positivos para a carga horária de trabalho de 40 horas semanais na equipe de saúde da atenção básica sustentam-se na criação de vínculo entre os próprios profissionais e com a população. Essa alta carga horária permite que os processos de trabalho, tanto assistenciais quanto corporativos, se desenvolvam em um contexto de interação e comunicação. Dessa forma, é possível ainda reservar horários específicos para reuniões de equipe e discussões de casos específicos. O cirurgião-dentista, como membro da equipe de saúde, deve ser um participante ativo das ações comunitárias, disponibilizando parte de sua agenda para diversas atividades além do consultório, tais como: reuniões com a equipe de saúde e população, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas em andamento, visitas domiciliares e conhecimento profundo da população e de suas condições de vida^{13,14}.

Planejar e organizar ações de saúde não se refere apenas a ações cotidianas, como as assistenciais ou administrativas. Enfatiza-se a possibilidade de construção de processos grupais, de um projeto de desejo coletivo, com o objetivo de incentivar a proatividade dos membros da equipe, numa visão funcional, entendendo que o fundamental é a capacidade de tomada de decisões^{11,15}.

O monitoramento e a análise dos indicadores de saúde bucal são fundamentais para observarmos as iniquidades na saúde. Este estudo mostrou que o monitoramento está relacionado à realização e planejamento do atendimento odontológico. Buscando a equidade na prestação de atendimento e na promoção da saúde da população, conhecer esses indicadores permite compreender as condições sociais associadas, além de modificar a atual situação de desigualdades no acesso e utilização dos serviços odontológicos^{16,17}.

Todas essas ações e planejamentos visam a melhorar a qualidade e gestão do atendimento de pacientes, proporcionando não somente o correto diagnóstico e tratamento, mas também direcioná-los à prevenção de doenças. Quando falamos de prevenção, devemos saber que ela é primordial na saúde de toda a população, mas especialmente a infantil, pois é nessa idade que muitas vezes se modificam hábitos danosos, sendo a atenção primária o campo ideal para isso. A saúde bucal, dentro do âmbito da atenção primária e da vigilância em saúde, confronta-se com frequentes dificuldades cotidianas e precisa sempre encontrar soluções efetivas para resolver esses desafios. Atenção especial deve ser dada ao atendimento na primeira infância, pois a cárie atacou em média 2,8 dentes em crianças brasileiras de até cinco anos em 2003¹⁸. Em 2010, a média foi de 2,43 dentes afetados¹⁹, representando uma redução de 13,9% em sete anos – dados epidemiológicos que ainda devem ser melhorados. Há a necessidade de aprimorar estratégias e ações de acesso e de promoção da saúde bucal na atenção básica, buscando criar uma cultura de prestação de atendimentos preventivos em detrimento de curativos.

Os dados presentes neste estudo mostram que profissionais com formação complementar, como especialização em saúde coletiva ou saúde pública, mestrado e doutorado, realizam mais atendimentos odontológicos em crianças. O currículo básico da graduação em odontologia no Brasil tem sido alvo de reformas, visando à mudança do profissional de saúde egresso, buscando atender às necessidades do SUS. É necessário que esse profissional apresente competências e habilidades construídas desde sua formação básica e que esteja em constante aperfeiçoamento²⁰.

O plano de carreira, aliado a outros subsídios por meio de uma gestão estratégica, torna-se uma ferramenta estratégica fundamental. Um estudo realizado no Rio de Janeiro identificou que a ausência de plano de carreira era um dos fatores associados ao desinteresse e rotatividade dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família²¹. O tipo de vínculo empregatício mais prevalente (42,1%) em todos os estratos populacionais é o estatutário²².

A qualificação do processo de trabalho passa pelo oferecimento de cursos de educação permanente aos profissionais da atenção básica, constituindo uma potente ferramenta de gestão do trabalho, que contribui para a valorização e satisfação do trabalhador. Estudos relatam que quanto maior o porte do município, maior o percentual de ações de educação permanente. Sabe-se ainda que a formação pgressa e a oferta de educação permanente são os principais fatores para a menor rotatividade dos profissionais, uma vez que ajudam a consolidar e ampliar o acesso à qualificação para os profissionais da atenção básica^{21,22}.

Apesar da relevância deste estudo de abrangência nacional, limitações merecem ser discutidas. O desfecho foi avaliado por meio de respostas autorreferridas sobre a realização do atendimento odontológico; entretanto, essa limitação foi atenuada pela comprovação documental. Além disso, avaliaram-se variáveis contextuais e individuais, além de sua influência sobre o desfecho, por análise multivariada. Idealmente, a análise para mensurar de forma mais adequada essa relação seria a multinível, que permite avaliar de que forma os indivíduos podem ser influenciados por seu contexto social e fundamenta-se na percepção de que a distribuição de saúde e doença na população não pode ser apenas explicada por características individuais²³. Por isso, as conclusões dos achados devem ser interpretadas com cautela, uma vez que em amostras grandes pode haver um poder estatístico em excesso com variáveis significativas, mas efeito reduzido. No entanto, grandes amostras têm o poder de detectar pequenas diferenças.

Em relação às potencialidades deste trabalho, trata-se de um primeiro estudo, de abrangência nacional, que avaliou a prevalência de consulta odontológica em crianças de até cinco anos de idade sob a perspectiva epidemiológica, levando em conta o número de equipes avaliadas na atenção primária à saúde (APS) e utilizando análise multivariada. Além disso, os dados são oriundos de um programa do Ministério da Saúde que apresenta um caráter sistemático de avaliação para a oferta de serviços de acordo com as necessidades reais e concretas da população (maior resolutividade). Também pode-se citar o tamanho considerável da amostra, o que confere alto poder ao estudo. Além disso, mais de 80% das equipes de saúde bucal de diferentes regiões do país participaram da pesquisa, contribuindo para a geração de um cenário mais completo da APS.

A importância da consulta odontológica precoce até os cinco anos de idade é que a família (unidade) recebe orientações de promoção de saúde bucal que podem prevenir agravos de reconhecido impacto negativo na qualidade de vida das crianças e de seus familiares^{24,25}. Ademais, estudos demonstram que investir nos primeiros cuidados de saúde bucal reflete em menores custos no tratamento odontológico¹⁰.

O estudo mostrou a influência da organização do trabalho, das ações de planejamento da ESB e das características do cirurgião-dentista na prevalência de consultas odontológicas em crianças de até cinco anos de idade. Os resultados demonstram caminhos de gestão a serem seguidos e servem de base para a implementação de políticas públicas de saúde focadas na qualificação do serviço prestado e no incentivo ao atendimento odontológico pediátrico precoce.

Assim, conclui-se que o atendimento na primeira infância foi mais frequente em serviços com ESB do tipo II, consultório odontológico na UBS, dois turnos ou mais de atendimento e agenda com atividades educativas específicas compartilhada com outros membros da equipe de saúde. ESB que realizavam ações de planejamento (atividades de planejamento e programação com base em informações locais, monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal, planejamento e programação conjunta com a equipe de saúde bucal e apoio para o planejamento) tiveram melhores resultados na prestação de atendimento. Quanto ao cirurgião-dentista, constatou-se que a formação complementar em saúde pública, melhores vínculos empregatícios e a existência de plano de carreira foram importantes na motivação do profissional para o atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Nobile CGA, Fortunato L, Bianco A, Pileggi C, Pavia M. Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:206. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-206>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: resultados principais. Brasília (DF); 2012 [citado 23 fev 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
3. Jackson SL, Vann WF Jr., Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1900-6. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.200915>
4. Paula JS, Ambrosano GM, Mialhe FL. Oral disorders, socioenvironmental factors and subjective perception impact on children's school performance. *Oral Health Prev Dent*. 2015;13(3):219-26. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a32672>
5. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*. 2012;40(11):873-85. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2012.07.013>
6. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*. 2004;21(1 Suppl):71-85.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 23 fev 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf
8. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(2):383-91. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>
9. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Actas Saude Coletiva*. 2011;5(3):21-34. <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1039>
10. Kramer PF, Ardenghi MT, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):150-6. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100015>
11. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas da atenção básica. saúde ampliada e compartilhada. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2010. (Saúde em Debate, 190).
12. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saude Debate*. 2015;39(107):1033-43. <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070360>
13. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saude Debate*. 2015;39(104):56-64. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040608>
14. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(1):219-27. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100031>
15. Griffith JM, Kay Carpender S, Crouch JA, Quiram BJ. A public health hazard mitigation planning process. *J Public Health Manag Pract*. 2014;20 Suppl 5:69-75. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000064>
16. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):126-38. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100012>
17. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saude*. 2003;12(1):41-51. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742003000100005>
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília (DF); 2004 [citado 23 fev 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf

19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF); 2012 [citado 23 fev 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
20. Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. *Trab Educ Saude*. 2014;12(2):327-41. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014005000001>
21. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate*. 2014;38 N° Espec:94-108. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>
22. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):547-59. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
23. Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:171-92. Disponível em: <http://www.biostat.jhsph.edu/~ejohnson/DiezRoux2000.pdf>
24. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(4):327-35. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12035>
25. Ramos-Jorge J, Alencar BM, Pordeus IA, Soares MEC, Marques LS, Ramos-Jorge ML, et al. Impact of dental caries on quality of life among preschool children: emphasis on the type of tooth and stages of progression. *Eur J Oral Sci*. 2015;123(2):88-95. <https://doi.org/10.1111/eos.12166>

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: GE, AB, MN. Coleta de dados: AB, RSR, JBH, MN. Análise e interpretação de dados: AB, RSR, JBH, MN. Preparação e redação do manuscrito: GE, AB, RSR, MN. Revisão crítica do manuscrito: AB JBH, MN. Aprovação final: GE, AB, RSR, JBH, MN.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.