

Atenção em Saúde Bucal ofertada a crianças e adolescentes na Atenção Básica

Oral Health Attention offered to children and adolescents in Primary Health Care

Atención de Salud Bucal a niños y adolescentes en Cuidados Básicos

Recebido: 01/05/2021 | Revisado: 09/05/2021 | Aceito: 11/05/2021 | Publicado: 27/05/2021

Ana Maria Gondim Valença

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8460-3981>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: anamvalença@gmail.com

Eugênia Lívia Andrade Dantas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2344-4213>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
E-mail: eugenialivia@hotmail.com

Ane Poline Lacerda Protasio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2895-436X>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: anepolline@hotmail.com

Nayara Pereira Limão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4134-2192>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: nayarapereiral@yahoo.com.br

Isabella Lima Arrais Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6538-6811>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: isabella_arrais@yahoo.com

Bianca Marques Santiago

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9559-913X>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: bianca.santiago@yahoo.com.br

Eliane Batista de Medeiros-Serpa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9119-4079>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: elimserpa@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar o perfil da atenção em saúde bucal ofertada a crianças e adolescentes na Atenção Básica e os fatores que influenciam a integralidade do cuidado para estes usuários. **Metodologia:** Foram entrevistados 68 cirurgiões-dentistas de João Pessoa/PB e levantadas informações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 1º ciclo. Os dados foram submetidos aos testes Qui-Quadrado e exato de Fisher (p -valor \leq 0,05). **Resultados:** Constatou-se que 63,2% dos profissionais referenciam pacientes em casos de urgência na dentição decídua e 52,9% apontam problemas na referência e contrarreferência, sendo a não colaboração das crianças a maior dificuldade mencionada (25,4%). A maioria das Unidades Básicas de Saúde apresentavam características estruturais e de ambiência adequadas e disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos. Identificou-se diferenças entre os Distritos Sanitários quanto às Unidades Básicas de Saúde com dificuldades na assistência. **Conclusão:** Existem fragilidades que podem comprometer a efetivação do princípio da integralidade e elas são diferenciadas nos Distritos Sanitários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Odontopediatria.

Abstract

Objective: To analyze the profile of oral health attention offered to children and adolescents in Primary Care and the factors that influence the integrality of care for these users. **Methodology:** 68 dental surgeons from João Pessoa/PB were interviewed and information was collected from the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care, 1st cycle. The data were submitted to the Chi-square and Fisher's exact tests (p -value \leq 0.05). **Results:** It was found that 63.2% of professionals refer patients in cases of urgency in primary dentition and 52.9% point out problems in referral and counter-referral, with children's non-collaboration being the greatest difficulty mentioned (25.4%). Most Basic Health Units had adequate structural and environmental characteristics and availability of equipment, materials and supplies. Differences were identified between Health Districts regarding Basic Health Units

with difficulties in assistance. *Conclusion:* There are weaknesses that can compromise the implementation of the principle of integrality and they are differentiated in the Health Districts.

Keywords: Primary Health Care; Oral Health; Pediatric Dentistry.

Resumen

Objetivo: Analizar el perfil de la atención en salud bucodental ofrecida a la niñez y adolescencia en Atención Primaria y los factores que influyen en la integralidad de la atención a estos usuarios. *Metodología:* Se entrevistó a 68 odontólogos de João Pessoa/PB y se recopiló información del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y la Calidad en Atención Primaria, 1er ciclo. Los datos se sometieron a las pruebas de Chi-cuadrado y exacta de Fisher (valor de $p \leq 0,05$). *Resultados:* Se encontró que el 63,2% de los profesionales derivan pacientes en casos de urgencia en dentición temporal y el 52,9% señalan problemas en la derivación y contrarreferencia, siendo la no colaboración infantil la mayor dificultad mencionada (25,4%). La mayoría de las Unidades de Salud Básicas tenían características estructurales y ambientales adecuadas y disponibilidad de equipo, materiales y suministros. Se identificaron diferencias entre Distritos Sanitarios con respecto a las Unidades de Salud Básicas con dificultades de asistencia. *Conclusión:* Existen debilidades que pueden comprometer la implementación del principio de integralidad y se diferencian en los Distritos de Salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Salud Bucal; Odontología Pediátrica.

1. Introdução

Ao longo de mais de três décadas desde a sua criação, pelos resultados alcançados, é inegável os avanços do Sistema único de Saúde (SUS). Contudo, permanecem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal com capacidade de ofertar serviços de qualidade a toda população brasileira (Souza et al., 2019).

No âmbito da saúde bucal, o SUS trouxe para a odontologia brasileira o desafio da reformulação de suas práticas para que seus princípios sejam assegurados. As mudanças que aconteceram nas três últimas décadas se processaram desde a Atenção Básica até os níveis mais complexos de atenção (Lucena et al., 2020) e se concretizaram, enquanto política, com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004.

A PNSB se constituiu em marco inicial de um amplo processo de debates e construção de estratégias que recomendaram uma reorientação do modelo de atenção na perspectiva de ampliação racional do acesso a uma assistência em saúde bucal integralizada, onde as linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) tenham fluxos centrados no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento seguro para que resultem em ações resolutivas (Ministério da Saúde, 2004). No entanto, possuir uma rede de serviços quantitativamente implantada não garante que se tenha cuidado implementado e para que a produção do cuidado se efetive é essencial articular as ações e serviços numa perspectiva de atuar a partir das necessidades de saúde de uma população (Curi, Jamelli, & Figueiredo, 2018).

Focando na situação de saúde bucal, os resultados observados no mais recente levantamento epidemiológico nacional - Projeto SB Brasil 2010 - indicam que as necessidades de tratamento odontológico de crianças e adolescentes se caracterizam, principalmente, por procedimentos clínicos de baixa complexidade e de fácil resolução, revelando que a Atenção Básica é o nível de atenção capaz de atender a maior parte das demandas em saúde bucal da população infantil (Ministério da Saúde, 2012a). A Atenção Básica tem sido bastante demandada devido às evidências claras de que sistemas nacionais de saúde que têm como prioridade ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias tem alcançado melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários (Starfield, 2002). Nessa perspectiva, o fortalecimento de serviços de atenção primária, no âmbito do SUS, é essencial em razão deste nível de atenção possuir capacidade resolutiva, preventiva e promotora de saúde da população, além de possibilitar o estabelecimento de vínculos dos usuários aos serviços de saúde (Souza et al., 2019).

O mais recente programa de avaliação em saúde executado no país foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Ministério da Saúde, 2012b), tendo como uma de suas fases a avaliação externa. Essa fase é baseada em um conjunto de ações que visavam verificar os padrões de acesso e qualidade alcançados pela

gestão e pelas equipes da Atenção Básica participantes do programa. Foram realizados três ciclos de avaliação (2011/2012; 2013/2014; 2017/2018) e os resultados dele advindos e sua aplicabilidade para o processo de tomada de decisão em saúde são estratégicos para os profissionais de saúde, gestores e população em geral.

Neste contexto, esta pesquisa se propôs a caracterizar o perfil da atenção em saúde bucal ofertada a crianças e adolescentes na Atenção Básica em saúde na cidade de João Pessoa/PB, identificando os fatores que influenciam a integralidade do cuidado para estes usuários, a partir do relato de cirurgiões-dentistas e das informações obtidas na base de dados da avaliação externa do PMAQ-AB, 1º ciclo.

2. Metodologia

Tipo de estudo e considerações éticas

Realizou-se um estudo observacional, seccional, com abordagem quantitativa (Almeida Filho & Barreto, 2011), compreendendo duas etapas. A primeira etapa envolveu uma pesquisa direta com cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), em nível da Atenção Básica, pertencentes aos 5 Distritos Sanitários do município de João Pessoa, PB. Na segunda etapa, procedeu-se a pesquisa indireta, onde foram utilizados dados secundários produzidos pelo Ministério da Saúde provenientes da base de dados da avaliação externa do PMAQ-AB, 1º ciclo, realizado entre o ano de 2012 e o primeiro semestre de 2013.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB (nº 17794513.1.000.51888 - Parecer nº 341.710) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 21904).

Universo e amostra

Na primeira etapa, para seleção das unidades amostrais, foi utilizada a técnica de amostragem aleatória simples, sendo o tamanho da amostra estimado a partir dos parâmetros: $\alpha = 0.1$, $Z_{\alpha/2} = 1.64$ e $E = 0.1$, resultando em 67,24, ou seja, 68 profissionais. Posteriormente, por meio de sorteio, se determinou as unidades de saúde incluídas no estudo, mantendo-se a proporcionalidade, de acordo com o Distrito Sanitário (DS), a saber: DS I - n=16, DS II - n=15; DS III - n=20, DS IV - n=10 e DS V - n=07.

Como critérios de inclusão, foram selecionados cirurgiões-dentistas (CDs) atuantes na ESF a pelo menos um mês e que consentiram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na segunda etapa, os dados representam as respostas de todas as Equipes de Saúde da Atenção Básica contratualizadas e foram obtidos com a utilização do “Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto de Você”. Na Paraíba, a Avaliação Externa foi realizada por pesquisadores/professores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que no estado compõem a “Rede Governo Colaborativo em Saúde”, coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Das 68 USFs que compuseram a amostra, 65 participaram do censo da estrutura física, sendo este quantitativo o analisado a partir dos dados do PMAQ-AB, Módulo I.

Coleta dos dados

O trabalho de campo desenvolvido na primeira etapa compreendeu a visita às Unidades de Saúde da Família (USFs) e a aplicação de um formulário direcionado aos CDs, no período compreendido entre dezembro de 2013 e abril de 2014, para identificar o perfil destes profissionais, os procedimentos odontológicos que são realizados em pacientes pediátricos nas USFs e as principais dificuldades enfrentadas para o atendimento das crianças e adolescentes. Na segunda etapa, foram obtidas

informações a partir do Módulo I do PMAQ-AB, que corresponde à observação na UBS pela equipe de avaliação externa, objetivando avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.

Análise dos dados

Para identificação dos fatores associados à atenção em saúde bucal ofertada a crianças e adolescentes, foi considerada como variável dependente “Problema(s) no atendimento a crianças e adolescentes em nível de Atenção Básica”. Para testar a associação entre as variáveis dependentes e as variáveis explicativas, utilizaram-se os testes Qui-Quadrado e exato de Fisher, adotando-se o p-valor < 0,05 ($\alpha=5\%$).

3. Resultados

As Tabelas 1 e 2 apresentam os achados obtidos por meio da entrevista realizada com 68 CDs que atuavam em USFs de João Pessoa.

Em relação ao funcionamento dos consultórios odontológicos das unidades visitadas, 79,5% (n=54) relataram que o consultório não apresentava nenhum problema. Entre os 20,6% (n=14) que mencionaram o não funcionamento, a causa mais frequentemente apontada foi problemas nas canetas de alta/baixa rotação, impossibilitando a realização de procedimentos.

Os turnos de atendimento odontológico se concentraram na manhã e à tarde (95,6%; n=65), todos os profissionais entrevistados realizavam atendimentos odontopediátricos, particularmente na faixa etária de 0 a 19 anos (97,1%; n=66).

Em relação aos procedimentos efetuados na dentição decídua, todos os profissionais realizam procedimentos de prevenção (utilizando flúor gel, verniz e selantes), restaurador (por intermédio da utilização de cimento ionomérico de vidro (CIV), resina e amálgama), exodontias e 63,2% (n=43) dos CDs encaminhavam para outro nível de atenção os pacientes pediátricos que demandavam tratamento endodôntico e exame radiográfico. Quanto aos procedimentos odontológicos na dentição permanente, todos os CDs relataram realizar procedimentos preventivos (aplicação de Flúor gel), procedimentos restauradores (CIV, resina e amálgama), exodontias e realizavam o encaminhamento dos pacientes em caso de necessidade de tratamento endodôntico/ prótese/ radiologia para a atenção secundária.

Em se tratando dos principais problemas encontrados no atendimento de crianças e adolescentes, 46,5% (n=33) dos CDs não relataram problema no atendimento, sendo a maior dificuldade referida pelos CDs a resistência das crianças ao atendimento odontológico (n=18; 25,4%). Todos os profissionais declararam realizar ações voltadas à prevenção/promoção da saúde na respectiva USF, a maioria delas englobando escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e educação em saúde (93%; n=66), sendo desenvolvidas principalmente em creches e escolas 60,3% (n=41). Em 35,3% (n=24) das USFs o CD relatou realizar visitas domiciliares.

Em todas as USFs há atendimento de usuários por demanda espontânea e 41,2% (n=28) dos CDs relataram que os pacientes atendidos não são agendados. Observou-se que 98,5% (n=67) dos CDs realizavam os encaminhamentos em caso de necessidade de tratamento especializado para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 47,1% (n=32) referiram não existir problemas no estabelecimento deste fluxo e 45,6% (n=31) mencionaram existir falta de insumos importantes para o atendimento de crianças e adolescentes.

Quanto à necessidade de qualificação, 92,6% (n=63) dos CDs que atuavam na Atenção Básica de João Pessoa expuseram necessitar de qualificação para melhorar a oferta de cuidado a crianças e adolescentes neste nível de atenção.

Tabela 1. Análise descritiva dos achados obtidos por meio da entrevista realizada com os cirurgiões-dentistas das Unidades de Saúde da Família quanto a problemas de funcionamento, turnos de atendimento, formação dos profissionais e procedimentos realizados. João Pessoa/PB, 2014.

Variáveis	Total	
	n	%
<i>Problema relatado para o não funcionamento dos consultórios nas UBS (n=68)</i>		
Nenhum problema	54	79,5
Problema nas canetas de alta/baixa rotação	05	7,3
Necessidade de manutenção no equipo	04	5,9
Problema no compressor	04	5,9
Não soube informar	01	1,4
<i>Turnos de atendimento</i>		
Manhã e tarde	65	95,6
Manhã, tarde e noite	03	4,4
<i>Especialização</i>		
Não possui outra especialização	17	25,0
Possui especialização em Saúde da Família	35	51,5
Não possui especialização em Saúde da família	16	23,5
<i>Procedimentos na dentição decídua e resolução de urgências</i>		
Flúor gel, verniz, selantes CIV, resina e Amálgama, Exodontia, Encaminha endodontia / radiologia para o CEO e atendimento de casos de urgência	25	36,8
Flúor gel, verniz, selantes CIV, resina e Amálgama, Exodontia. Encaminha endodontia / radiologia para o CEO e encaminhamento de casos de urgência	43	63,2
<i>Procedimentos na dentição permanente e resolução de urgências</i>		
Flúor gel, verniz, selantes CIV, resina e Amálgama, Exodontia, Encaminha endodontia/radiologia p/ o CEO e atendimento urgência	40	58,8
Flúor gel, verniz, selantes CIV, resina e Amálgama, Exodontia, Encaminha endodontia/radiologia p/ o CEO e encaminhamento de urgência	28	41,2
<i>Principais problemas no atendimento infantil</i>		
Não há problema	33	46,5
Resistência das crianças ao atendimento	18	26,5
Falta de cuidados dos pais com a higiene criança	05	7,4
Falta de material	05	7,4
Resistência ao atendimento/falta de cuidados pais com a higiene da criança	03	4,4
Referência e Contrarreferência para CEOs	02	2,9
Falta de equipamento para fazer radiografias na USF	01	1,5
Más condições de trabalho e falta de instrumentais	01	1,5
<i>Tipos de ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas</i>		
Escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e educação em saúde	66	97,1
Acompanhamento pré-natal, puericultura, PET-Rede cegonha	01	1,5
Não estão sendo desenvolvidas ações devido à falta de kits de higiene bucal	01	1,5
<i>Local onde as ações de prevenção e promoção à saúde são desenvolvidas</i>		
Creches e escolas	41	60,3
Visitas domiciliares, no consultório e em escolas	24	35,3
Creches e escolas, visitas domiciliares, na USF e atividades de campo	02	2,9
Em atividades de campo (praças e ruas)	01	1,5

Fonte: Coleta direta.

Tabela 2. Análise descritiva dos achados obtidos por meio da entrevista realizada com os cirurgiões-dentistas das Unidades de Saúde da Família quanto a formas de acesso e agendamento, disponibilidade de insumos e necessidade de qualificação dos profissionais. João Pessoa/PB, 2014.

Variáveis	Total	
	n	%
<i>Forma de acesso das crianças e adolescentes às unidades de saúde – Demanda espontânea</i>		
Não há demanda espontânea - provenientes de ações nas escolas, berçários e CREI's	49	72,1
Há demanda espontânea	19	27,9
<i>Demanda de crianças e adolescentes atendidos na rede pública</i>		
Demanda espontânea, atende mais adultos que crianças	26	38,2
Demanda espontânea, com número de crianças e adolescentes equivalente ao de adultos	18	26,5
Demanda espontânea, com maior atendimento de crianças e adolescentes	10	14,7
Demanda espontânea, atende mais crianças que adultos	07	10,3
Demanda espontânea pequena, a maioria tem plano de saúde	06	8,8
Demanda espontânea, não sabe informar a relação entre adultos, crianças e adolescentes.	01	1,5
<i>Agendamentos de crianças e adolescentes na atenção básica</i>		
Não há agendamento	28	41,2
Agendamento é frequente	36	52,9
Agendamento é exceção	04	5,9
<i>Frequência de recebimento dos kits de higiene bucal</i>		
Não há um período determinado	38	55,9
Entre 1 e 6 meses	25	36,8
Depende de planejamento e solicitação	05	7,3
<i>Suprimento de Kits de higiene bucal suficiente frente à demanda</i>		
Sim	22	32,4
Não	46	67,6
<i>Insumos não disponíveis na unidade de saúde</i>		
Não há falta	37	54,4
Materiais para ações educativas e preventivas	11	16,2
Materiais para procedimentos de endodontia	11	16,2
Materiais para procedimentos restauradores	06	8,8
Materiais paraprocedimentos cirúrgicos	03	4,4
<i>Necessidade de qualificação dos CDs</i>		
Não há necessidade	05	7,4
Qualquer curso de capacitação/atualização	19	27,9
Relacionados à Odontopediatria	19	27,9
Não relacionados à Odontopediatria	25	36,8

Fonte: Coleta direta.

Por meio das informações visualizadas nas Tabelas 1 e 2, constata-se que não é frequente a existência de problemas nos consultórios odontológicos, sendo a resistência de crianças e adolescentes ao atendimento odontológico a maior dificuldade relatada pelos CDs no atendimento destes pacientes.

A Tabela 3 apresenta informações da segunda etapa da pesquisa, obtidas a partir do Módulo I do PMAQ-AB, 1º ciclo, relativas às 65 USFs da cidade de João Pessoa/PB.

Tabela 3. Análise descritiva das informações do PMAQ-AB, Módulo I, registradas para as Unidades de Saúde da Família. João Pessoa/PB, 2014.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Acessibilidade nas Unidades de Saúde				
Banheiros adaptados, com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas	06	9,2	59	90,8
Barras de apoio	02	3,1	63	96,9
Corrimão	02	3,1	63	96,9
Corredores adaptados para cadeira de rodas	16	24,6	49	74,4
Portas internas adaptadas para cadeiras de rodas	13	20,0	52	80,0
Espaço para acomodação de cadeiras de rodas na sala de espera e recepção	23	35,4	42	64,6
Bebedouros adaptados	01	1,5	64	98,5
Cadeiras de rodas disponível para deslocamento do usuário	02	3,1	63	96,9
Acessibilidade nas Unidades de Saúde				
Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva	00	0,0	65	100,0
Sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados	05	7,7	60	92,3
Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)	00	0,0	65	100,0
Recursos auditivos (sonoro)	00	0,0	65	100,0
Profissionais para acolhimento	08	12,3	57	87,7
Serviços disponibilizados				
Consultas médicas	59	90,8	06	9,2
Consultas de enfermagem	65	100,0	00	0,0
Consultas odontológicas	63	96,9	02	3,1
Dispensação de medicamentos pela farmácia	65	100,0	00	0,0
Recepção aos usuários	63	96,9	02	3,1
Realização de curativos	61	93,8	04	6,2
Outros procedimentos	63	96,9	02	3,1
Vacinação	48	73,8	17	26,2
Acolhimento	03	4,6	62	95,4
Equipamentos e materiais de odontologia disponíveis				
Amalgamador	42	95,5	02	4,5
Cadeira odontológica	43	97,7	01	2,3
Compressor de ar com válvula de segurança	42	95,5	02	4,5
Equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)	42	95,5	02	4,5
Fotopolimerizador	42	95,5	02	4,5
Mocho odontológico	42	95,5	02	4,5
Refletor	43	97,7	01	2,3
Unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador	43	97,7	01	2,3
Autoclave para Odontologia	12	27,3	32	72,7
Insumos odontológicos				
Amálgama (cápsulas ou material para preparo)	40	90,9	04	9,1
Cimentos diversos	39	88,6	05	11,4
Fios de sutura odontológica	41	93,2	03	6,8
Selantes	36	81,8	08	18,2
Anestésicos	41	93,2	03	6,8
Resinas fotopolimerizáveis	42	95,5	02	4,5

Fonte: PMAQ-AB, 1º ciclo.

Quanto ao aspecto de acessibilidade a deficientes e idosos, constatou-se que a maioria das USFs não preenchia os requisitos de acessibilidade para estes usuários, 96,9% (n=63) funcionam cinco dias por semana e 95,4% (n=62) por 08 horas ou mais diárias.

Salienta-se que os blocos de perguntas presentes no instrumento do PMAQ-AB específicos sobre equipamentos, materiais e insumos odontológicos deveriam ser respondidos por profissionais da Equipe de Saúde Bucal e, no momento da coleta destes dados, em 21 unidades eles não se faziam presentes. Por esta razão, para estas informações, a amostra foi composta por 44 USFs. É perceptível que o equipamento mais frequentemente não disponível era a autoclave para uso odontológico (72,7%; n=32). Quanto à disponibilidade de insumos odontológicos, os selantes foram os menos frequentes, contudo ainda sendo perceptível um expressivo percentual de unidades de saúde que possuíam este material odontológico (81,8%; n=36).

Ao se testar a associação entre as variáveis explicativas e o desfecho “Problema(s) no atendimento a crianças e adolescentes em nível da atenção básica”, constatou-se diferenças significantes entre os Distritos Sanitários, apresentando o DS II um percentual mais expressivo de USFs com dificuldades na assistência a crianças e adolescentes no nível primário, bem como o fato das USFs possuírem ou não amálgama disponível – Tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Análise bivariada da associação entre características dos profissionais entrevistados, do processo de trabalho, das condições de infraestrutura e problemas no atendimento a crianças e adolescentes na Atenção Básica. João Pessoa/PB, 2014.

Variáveis	Número de USF		% de USF		p-valor
	Sem problema	Com problema	Sem problema	Com problema	
Distrito Sanitário (n=65)					
<i>DS I</i>	10	05	30,3	15,6	p=0,013*
<i>DS II</i>	05	12	15,1	37,5	
<i>DS III</i>	10	06	30,3	18,7	
<i>DS IV</i>	02	08	6,1	25,0	
<i>DS V</i>	06	01	18,2	3,1	
Turnos de atendimento (n=65)					
<i>Manhã e tarde</i>	32	30	97,0	93,7	p=0,613
<i>Manhã, tarde e noite</i>	01	02	3,0	6,3	
Especialidade (n=65)					
<i>Especialização em Saúde da Família</i>	25	24	75,8	75,0	p=0,943
<i>Especialização em outra área</i>	08	08	24,2	25,0	
Faixa etária dos pacientes atendidos (n=65)					
<i>0-19 anos</i>	33	30	100,0	93,7	p=0,238
<i>3-19 anos</i>	00	02	0,0	6,3	
Atenção diferenciada para bebês (n=65)					
<i>Sim</i>	29	29	87,9	90,6	p=0,518
<i>Não</i>	04	03	12,1	9,4	
Procedimentos dentição decídua (n=65)					
<i>Elenco básico** e atende urgência</i>	14	11	42,4	34,4	p=0,505
<i>Elenco básico** e encaminha urgência</i>	19	21	57,6	65,6	
Procedimentos dentição permanente (n=65)					
<i>Elenco básico** e atende urgência</i>	20	21	60,6	65,6	p=0,675

<i>Elenco básico** e encaminha urgência</i>	13	11	39,4	34,4	
Problemas encontrados na referência/contrarreferência (n=65)					
<i>Não há problema</i>	17	13	51,5	40,6	
<i>Demanda alta dos CEOs</i>	08	09	24,3	28,1	
<i>Deficiência na Referência e Contrarreferência</i>	05	10	15,1	31,3	p=0,169
<i>Localização dos CEOs</i>	03	00	9,1	0,0	
Disponibilidade de insumos (n=65)					
<i>Sim</i>	17	15	51,5	46,9	
<i>Não</i>	16	17	48,5	53,1	p=0,708
Acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos (n=65)					
Banheiros adaptados					
<i>Sim</i>	04	02	12,5	6,1	
<i>Não</i>	28	31	87,5	93,9	p=0,370
Barras de apoio					
<i>Sim</i>	01	01	3,1	3,0	
<i>Não</i>	31	32	96,9	97,0	p=0,982
Corrimão					
<i>Sim</i>	02	00	6,3	0,0	
<i>Não</i>	30	33	93,7	100,0	p=0,145
Corredores adaptados					
<i>Sim</i>	10	06	31,2	18,2	
<i>Não</i>	22	27	68,3	81,8	p=0,221
Portas internas adaptadas					
<i>Sim</i>	07	06	21,9	18,2	
<i>Não</i>	25	27	78,1	81,8	p=0,710
Espaço para acomodação de cadeira de rodas					
<i>Sim</i>	11	12	34,4	36,4	
<i>Não</i>	21	21	65,6	63,6	p=0,867
Bebedouros adaptados					
<i>Sim</i>	01	00	3,1	0,0	
<i>Não</i>	31	33	96,9	100,0	p=0,306
Cadeiras de rodas disponíveis					
<i>Sim</i>	01	01	3,1	3,0	
<i>Não</i>	31	32	96,9	97,0	p=0,982
Acessibilidade a pessoas que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva (n=65)					
Utilização dos símbolos internacionais					
<i>Sim</i>	00	00	0,0	0,0	
<i>Não</i>	32	33	100,0	100,0	p=1,000
Sinalização por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual)					
<i>Sim</i>	02	03	6,3	9,1	
<i>Não</i>	30	30	93,7	90,9	p=0,667
Caracteres em relevo, Braille ou Figuras em relevo (tátil)					
<i>Sim</i>	00	00	0,0	0,0	
<i>Não</i>	32	33	100,0	100,0	p=1,000
Recursos auditivos (sonoro)					
<i>Sim</i>	02	03	6,3	9,1	
<i>Não</i>	30	30	93,7	90,9	p=0,515
Profissionais para o acolhimento					
<i>Sim</i>	02	06	6,3	18,2	p=0,143

<i>Não</i>	30	27	93,7	81,8	
Outros					
<i>Sim</i>	00	00	0,0	0,0	
<i>Não</i>	32	33	100,0	100,0	p=1,000

* *Teste Qui-Quadrado*

** Flúor gel, verniz, selantes CIV, resina e Amálgama, Exodontia, Encaminha endodontia / radiologia para o CEO

Fonte: PMAQ-AB, 1º ciclo.

Identificou-se que as dificuldades na assistência a crianças e adolescentes relatadas pelos CDs são menos frequentes no DS V, sendo este o único aspecto relacionado a problemas na assistência a estes usuários dentre as variáveis analisadas na Tabela 4.

Tabela 5. Análise bivariada da associação entre serviços disponibilizados, disponibilidade de insumos e problemas no atendimento a crianças e adolescentes na Atenção Básica. João Pessoa/PB,2014.

Variáveis	Número de USF		% de USF		p-valor
	Sem problema	Com problema	Sem problema	Com problema	
Tipos de serviços disponibilizados aos usuários (n=65)					
Consultas médicas					
<i>Sim</i>	27	32	84,4	97,0	p=0,079
<i>Não</i>	05	01	15,6	3,0	
Consultas de enfermagem					
<i>Sim</i>	32	33	100,0	100,0	p=1,000
<i>Não</i>	00	00	0,0	0,0	
Consultas odontológicas					
<i>Sim</i>	31	32	96,5	97,0	p=0,982
<i>Não</i>	01	01	3,1	3,0	
Dispensação de medicamentos pela Farmácia					
<i>Sim</i>	32	33	100,0	100,0	p=1,000
<i>Não</i>	00	00	0,0	0,0	
Recepção aos usuários					
<i>Sim</i>	31	32	96,9	97,0	p=0,982
<i>Não</i>	01	01	3,1	3,0	
Realização de curativos					
<i>Sim</i>	30	31	93,7	94,0	p=0,975
<i>Não</i>	02	02	6,3	6,0	
Outros procedimentos					
<i>Sim</i>	30	33	93,7	100,0	p=0,145
<i>Não</i>	02	00	6,3	0,0	
Vacinação					
<i>Sim</i>	24	24	75,0	72,7	p=0,835
<i>Não</i>	08	09	25,0	27,3	
Acolhimento					
<i>Sim</i>	01	02	3,1	6,3	p=0,573
<i>Não</i>	31	31	96,9	93,7	

Equipamentos e materiais de odontologia disponíveis (n=44)					
Amalgamador					
<i>Sim</i>	18	24	90,0	100,0	p=0,200
<i>Não</i>	02	00	10,0	0,0	
Cadeira odontológica					
<i>Sim</i>	19	24	95,0	100,0	p=0,356
<i>Não</i>	01	00	5,0	0,0	
Compressor de ar com válvula de Segurança					
<i>Sim</i>	19	23	95,0	95,8	p=0,711
<i>Não</i>	01	01	5,0	4,2	
Equipo com pontas					
<i>Sim</i>	19	23	95,0	95,8	p=0,711
<i>Não</i>	01	01	5,0	4,2	
Fotopolimerizador					
<i>Sim</i>	18	24	90,0	100,0	p=0,200
<i>Não</i>	02	00	10,0	0,0	
Mocho					
<i>Sim</i>	19	23	95,0	95,8	p=0,711
<i>Não</i>	01	01	5,0	4,2	
Refletor					
<i>Sim</i>	19	24	95,0	95,8	p=0,356
<i>Não</i>	01	00	5,0	4,2	
Unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador					
<i>Sim</i>	19	24	95,0	95,8	p=0,356
<i>Não</i>	01	00	5,0	4,2	
Autoclave para odontologia					
<i>Sim</i>	08	04	40,0	16,7	p=0,177
<i>Não</i>	12	20	60,0	83,3	
Insumos odontológicos disponíveis (n=44)					
Amálgama					
<i>Sim</i>	16	24	80,0	100,0	p=0,043*
<i>Não</i>	04	00	20,0	0,0	
Cimentos diversos					
<i>Sim</i>	18	21	90,0	87,5	p=0,681
<i>Não</i>	02	03	10,0	12,5	
Fios de sutura odontológica					
<i>Sim</i>	17	24	85,0	100,0	p=0,090
<i>Não</i>	03	00	15,0	0,0	
Selantes					
<i>Sim</i>	17	19	85,0	79,2	p=0,563
<i>Não</i>	03	05	15,0	20,8	
Anestésicos					
<i>Sim</i>	17	24	85,0	100,0	p=0,090
<i>Não</i>	03	00	15,0	0,0	
Resinas fotopolimerizáveis					

<i>Sim</i>	18	24	90,0	100,0	
<i>Não</i>	02	00	10,0	0,0	p=0,200

* *Teste Qui-Quadrado*

Fonte: PMAQ-AB, 1º ciclo.

Constatou-se que a não disponibilidade de amálgama nas USFs se mostrou relacionada a dificuldades na assistência a crianças e adolescentes na atenção básica, como visualizado na tabela 5.

4. Discussão

Este estudo teve como principal característica identificar, a partir do relato dos profissionais que atuam na Atenção Básica, se este nível está sendo capaz de ordenar a atenção em saúde bucal ofertada a crianças e adolescentes, auxiliando na consolidação da linha de cuidado em saúde bucal. Os resultados da presente pesquisa permitem a reflexão com base em um diagnóstico mais próximo da realidade vivenciada no cotidiano das USFs.

Ainda que em nível da Atenção Básica seja possível o desenvolvimento de ações educativas e preventivas que prescindam do espaço físico do consultório dentário, tomando por base o ceo-d e o CPO-D de crianças e adolescentes brasileiros (Ministério da Saúde, 2012a) em especial o componente cariado (Engelmann, Tomazoni, Oliveira, & Ardenghi, 2016), é visível a existência de necessidades restauradoras acumuladas, que precisam de infraestrutura física em condições de atender a estas demandas.

O atendimento odontológico se concentrou nos turnos da manhã e da tarde, sendo estes também observados em outros estudos que apontam o funcionamento das unidades em dois turnos - manhã e tarde (Janssen, Fonseca, & Alexandre, 2016).

Identificou-se que a especialização em Saúde da Família é a mais frequente entre os profissionais com esta formação, sendo pouco expressiva a presença de CDs com especialização em Odontopediatria nesse nível de atenção. No estudo de Silva, Silva, Ribeiro e Cruz (2007), realizado em uma capital na região Nordeste, foi observado que 91,1% das USFs visitadas disponibilizam atendimento odontológico para crianças, no entanto a assistência odontológica às crianças e adolescentes é restrita a ações de saúde bucal de Atenção Básica (AB) e, assim como no presente estudo, observou-se um número reduzido de CDs especialistas em Odontopediatria. Em estudo desenvolvido em um município do Sul do Brasil (Lenzi, Rocha, & Dotto, 2010), observou-se que 100% dos CDs integrantes da ESF possuíam especialização em Saúde Coletiva, ressaltando que os cirurgiões-dentistas não devem ser inseridos na AB desprovidos de um preparo adequado, sem terem participado das discussões, para que não realizem o trabalho de forma alienada. Na Grande Vitória/ES, constatou-se que 79,4% dos CDs que trabalham na ESF possuem especialização na área da Saúde Pública (Maciel, Barcellos, & Miotto, 2006). Os achados do presente estudo demonstram percentuais inferiores de cirurgiões-dentistas atuantes na ESF, na cidade de João Pessoa, que possuem tal formação em nível de especialização.

Quanto à faixa etária das crianças e adolescentes assistidos, o presente estudo constatou que a quase totalidade das USFs ofertam assistência usuários de 0 a 19 anos. No entanto, algumas USFs não prestam cuidados às crianças de 0 a 3 anos. Quanto a este aspecto, a PNSB estabelece que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve ocorrer, no máximo, a partir dos 6 meses de idade (Ministério da Saúde, 2008). No entanto, estudos realizados em diferentes regiões do Brasil indicam fragilidades na cobertura das consultas odontológicas em crianças de 0 a 3 anos. Em São Luís/MA, o atendimento de crianças dessa idade era realizado em 46,3% das USFs visitadas (Silva, Silva, Ribeiro, & Cruz, 2007). Em Porto Alegre/RS, somente 35% das crianças realizou sua primeira consulta odontológica no primeiro ano de vida (Schwendler, Faustino-Silva, & Rocha, 2017). Constatou-se que, na AB de João Pessoa, a quase totalidade dos profissionais (97,1%) direcionam ações para as crianças de 0 a 3 anos, na perspectiva de que a prevenção das doenças bucais se inicie o mais precocemente possível, em

consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2008; 2018).

Ressalta-se que o atendimento público odontológico para crianças deve ser considerado como um dos alvos prioritários em um contexto no qual haja impossibilidade de implantar tal atendimento com amplitude imediata e efetivamente universal (Antunes & Narvai, 2010). No presente estudo, constatou-se que todos os cirurgiões-dentistas que atuam AB realizam atendimento odontopediátrico, como preconiza as diretrizes da ESF (Ministério da Saúde, 2004; Ministério da Saúde, 2008; Ministério da Saúde, 2018).

No presente estudo, observou-se um expressivo percentual de profissionais que referenciam os casos de urgência envolvendo a dentição decídua (63,2%). Tal cenário leva à suposição de que o sofrimento destas crianças pode não está sendo minimizado e/ou solucionado, tornando-se importante pontuar que, em situações de urgência odontológica (dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros) o atendimento deveria ser imediato, sendo estes usuários acolhidos na unidade e o bom senso e a ética mediarão esse momento (Santos, 2006). Ademais, o primeiro atendimento às urgências é recomendado pelo Ministério da Saúde para o processo de trabalho na AB (Ministério da Saúde, 2012b). Em contrapartida, observou-se que 58,8% dos CDs realizam o atendimento de urgências na dentição permanente, sendo este percentual mais expressivo do que o registrado no Piauí, estado no qual 18% dos CDs atuantes na ESF realizam urgências (Moura et al, 2013). No que concerne ao não atendimento da urgência na atenção básica, esta situação é preocupante. De acordo com as Diretrizes da PNSB, o modelo de atenção proposto objetiva garantir o atendimento de urgência na atenção básica, assegurando cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde, na perspectiva da efetivação da integralidade nas ações de saúde bucal (Ministério da Saúde, 2004). No cotidiano dos serviços de maior complexidade, se tem observado um expressivo volume de pacientes com demandas que poderiam ser solucionadas na atenção básica, ocasionando sobrecarga nos mesmos (Fonseca, Mialhe, Ambrosano, Pereira, & Meneghim, 2014).

No que concerne aos principais problemas encontrados no atendimento de crianças e adolescentes, a maior dificuldade referida pelos CDs foi relacionada à resistência das crianças ao atendimento odontológico. No tocante a este aspecto, destaca-se que as crianças que apresentam frequentemente comportamentos que dificultam ou impedem a atuação do CD necessitam ser submetidas a sessões planejadas de tratamento que incluam práticas educativas e estratégias cognitivas e comportamentais (Gustafsson, 2010), de forma a possibilitar o manejo do comportamento sem a necessidade de utilização de técnicas aversivas.

Levando-se em consideração que cáries não tratadas em crianças abaixo de 5 anos é o principal motivo de dor dentária (Boeira et al., 2012) e que, na população estudada, há uma alta prevalência de cárie na dentição decídua, predominando o componente “cariado” (Ministério da Saúde, 2012a), é possível conceber que pré-escolares assistidos na AB tenham vivenciado experiências dolorosas, contribuindo este fato para um provável comportamento não cooperador. Para superar o modelo assistencial curativista, as equipes realizam ações coletivas de promoção e prevenção, voltadas para escolares e outros grupos populacionais (Pimentel, Martelli, Araújo Junior, Acioli, & Macedo, 2010). Porém, parte das ações de promoção da saúde, sobretudo no nível da atenção primária, é limitada a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada, palestras, aplicações de fluoretos, desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares (Santos, Nadanovski, & Oliveira, 2010). No presente estudo, todos os profissionais referiram desenvolver ações voltadas à prevenção/promoção da saúde na respectiva USF, concentrando-se elas na escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e educação em saúde. No entanto, algumas dessas intervenções apresentam problemas em sua operacionalização e na força de evidência científica (Santos, Nadanovski, & Oliveira, 2010). Diante do exposto, ressalta-se a importância da construção de referenciais consistentes para avaliação de tais estratégias, apoiando-se em processos avaliativos que permitam o reconhecimento, fortalecimento e mudanças nas estratégias com potencial para promover a saúde bucal (Kusma, Moysés, & Moysés, 2012).

Ainda quanto às ações de prevenção/promoção à saúde, constatou-se, nesta pesquisa, que elas se desenvolvem, com maior frequência, nas creches e escolas e que um número expressivo das equipes não realiza visita domiciliar. Tal cenário é preocupante. Corroborando estes achados, dados nacionais do PMAQ-AB apontam que 99,6% das equipes de saúde referiram realizar visita domiciliar em seu cotidiano de trabalho. No entanto, ao se levar em consideração os CDs, o cuidado domiciliar ainda é pouco frequente entre estes profissionais, sendo observado que o cuidado no domicílio é realizado por mais de 90% dos profissionais da equipe mínima, e por 50% dos profissionais da saúde bucal, indicando que existem desafios a serem superados pela Equipe de Saúde Bucal (Mendes & Almeida, 2020). Ainda que as políticas de saúde reconheçam o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde (Christmann & Pavão, 2015), a atenção domiciliar é atribuição do CD no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2004; Ministério da Saúde, 2008; Ministério da Saúde, 2018), necessitando ser ampliada e efetivada (Silva, Peres, & Carcereri, 2020).

No presente estudo, constatou-se que um número expressivo de CDs (41,2%) não realiza o agendamento das crianças e adolescentes antes do atendimento. Estes achados são preocupantes tendo em vista que o atendimento agendado, em oposição ao atendimento por livre demanda, se configura uma evolução. No entanto, observa-se que o agendamento se estabelece por critérios subjetivos. O agendamento, ao ser implementado por critérios subjetivos, ao invés de se pautar em um objetivo final da ESB ou da ESF, revela precariedade do processo de planejamento e programação.

Quanto ao fluxo de crianças e adolescentes na rede de atenção à saúde aos serviços de média e alta complexidade, a maioria dos CDs entrevistados relataram que há algumas dificuldades neste fluxo, sendo os principais problemas apontados a demanda acumulada e a deficiência da contrarreferência. Dificuldades nas rotinas de funcionamento relacionadas à referência e contrarreferência, a exemplo do constatado no presente trabalho, também foram registradas em vários locais ao longo dos últimos anos, sendo consideradas como ponto crítico na ESF em outros estudos (Pimentel, Martelli, Araújo Junior, Acioli, & Macedo, 2010; Mendes & Almeida, 2020).

Um outro achado do presente estudo foi a falta de insumos importantes para o atendimento de crianças e adolescentes, mencionada por 45,6% dos CDs. A falta de insumos é apontada como uma das razões para o não comparecimento de usuários a consultas odontológicas agendadas (Melo, Braga, & Forte, 2011). Ressalta-se, ainda, que a falta de insumos para realização de ações educativas e preventivas é preocupante, pois as ações educativas permeiam inúmeras atividades, no âmbito individual e coletivo, a serem desenvolvidas na atenção básica (Ministério da Saúde, 2018).

Na perspectiva da integralidade do cuidado, a atenção odontológica requer a presença de equipamentos, instrumentais e insumos mínimos e adequados. Em Pernambuco, a maioria das equipes de saúde bucal refere a disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal. Em pouco menos de 20% das equipes, a disponibilidade de insumos odontológicos para procedimentos restauradores foi limitada (Lorena, Martelli, de Albuquerque, Lyra, & Farias, 2015). Um estudo nacional multicêntrico concluiu ser mais frequente a realização de procedimentos odontológicos curativos nas USFs de modalidade II que tinham à disposição materiais, insumos e melhores processos de trabalho, quando a proporção de exodontias entre procedimentos selecionados foi menor que 8%, bem como nas cidades com mais de 500 mil habitantes e nas regiões Sudeste e Sul (Neves, Giordani, & Hugo, 2019).

Ao ser avaliada a necessidade de qualificação dos CDs que atuam na Atenção Básica de João Pessoa, constatou-se que foi frequente eles relatarem necessitar de qualificação para melhorar a qualidade dos atendimentos a crianças e adolescentes. Estes achados diferem dos observados em uma outra pesquisa realizada no Piauí na qual 83,8% dos profissionais vinculados à Atenção Básica acham-se capacitados para atuar na ESF (Moura et al., 2013). Esse resultado revela a necessidade de oportunizar que os CDs que atuam na AB venham a ser capacitados para a atenção em saúde bucal de crianças a adolescentes. A abordagem da saúde bucal como parte do cuidado integral à saúde materno-infantil ainda permanece como um grande desafio ao fortalecimento da Atenção Básica e para a efetivação do princípio da integralidade (Prestes, Martins, Neves, &

Mayer, 2013). Corroborando esse cenário, estudo realizado com gestantes assistidas em Unidades Básicas de Saúde de Natal/RN constatou que elas demonstraram pouco conhecimento com os cuidados em saúde bucal, reforçando a necessidade das consultas de pré-natal contemplarem estas informações (Moura et al., 2020).

Em relação às informações obtidas das 65 USFs da cidade de João Pessoa, a partir do Módulo I do PMAQ-AB, 1º ciclo, identificou-se problemas na acessibilidade a deficientes e idosos. A maioria das unidades de João Pessoa não preencheu os requisitos de acessibilidade para estes usuários, sendo estes achados similares aos observados na rede de atenção à saúde no Brasil (Gonçalves, Pereira, Monteiro, Silva Junior, & Baldani, 2020).

No que concerne ao funcionamento das USFs, a quase totalidade delas funcionam cinco dias por semana e por 08 horas ou mais. Quanto a este aspecto, a disponibilidade de horário à noite e nos finais de semana foi considerado um dos preditores de uso dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica entre 0 e 15 anos (Curi, Jamelli, & Figueiredo, 2018).

Em relação aos equipamentos, materiais e insumos odontológicos, o equipamento mais frequentemente não disponível foi a autoclave para uso odontológico. Corroborando estes achados, estudos realizados a partir de dados do PMAQ-AB constataram que a maioria das unidades de saúde com consultórios odontológicos apresenta disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal (Lorena, Martelli, Albuquerque, Lyra, & Farias, 2015; Gonçalves et al., 2020). A presença de equipamentos e insumos para atenção odontológica impacta diretamente na realização de procedimentos odontológicos curativos (Neves, Giordani, & Hugo, 2020). Ressalta-se que, na ESF da cidade de João Pessoa, é frequente a disponibilização de autoclaves não exclusivas para uso odontológico, mas que se destinam às demandas da unidade de saúde, como um todo.

Observou-se, ainda, que os insumos odontológicos se encontravam rotineiramente disponíveis nas USFs avaliadas, sendo os selantes os menos frequentes. Ao se considerar que dentre os procedimentos preventivos estabelecidos pelo SUS está incluída a aplicação de selantes na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, em Florianópolis/SC, 83,1% dos CDs realizavam tal procedimento (Meurer, 2013). Quanto a maior disponibilidade de resinas em relação ao amálgama, ela poderia ser explicada pela atual tendência, também no âmbito de serviços públicos de saúde, dos profissionais optarem pela restauração em resina, sendo evidenciada uma expressiva diminuição do número de CDs que realizam restaurações em amálgama (Meurer, 2013). Tal mudança, constatada particularmente entre os profissionais graduados mais recentemente, poderia ser atribuída ao fato de, nos cursos de graduação, ser enfatizada a utilização de resinas para restaurações em dentes posteriores (Kielbassa, Glockner, Wolgin, & Glockner, 2016).

Os fatores que influenciaram nas dificuldades na assistência a crianças e adolescentes no nível primário foram a Distrito Sanitário em que a USF estava localizada e as USFs possuírem ou não amálgama disponível. O município de João Pessoa se encontra dividido em cinco Distritos Sanitários, divisão esta que possibilita melhor operacionalização do trabalho em saúde, bem como facilita a supervisão do território. Cada Distrito Sanitário se constitui em uma base territorial e esta demarcação territorial proporciona uma melhor compreensão e caracterização dos problemas identificados em relação a uma população e a um espaço determinado. Tal abordagem permitiu constatar que os DS apresentam comportamentos diferenciados quanto à existência de problemas no atendimento a crianças e adolescentes em nível da atenção básica.

Em estudo anterior, que analisou a associação entre iniquidades sociais e dor dentária, foi constatado que escolares de 12 anos residentes no DS II e DS IV apresentavam maior chance de relatarem dor dentária (Santiago, 2013). No presente trabalho, o DS II revelou maiores dificuldades na atenção em saúde bucal destinada a crianças e adolescentes, sugerindo que outras variáveis, além das aqui analisadas poderiam explicar este cenário mais adverso encontrado no DS II em comparação aos demais DS. Em outra capital da região nordeste, ao ser analisado o padrão de distribuição da cárie dentária em pré-escolares residentes em dois distritos sanitários, constatou-se desigualdade na distribuição de cárie dentária entre os Distritos, sugerindo a não homogeneidade nas condições de vida e de saúde bucal destas crianças (Melo, Souza, Lima, Couto, & Chaves,

2010). Resultados semelhantes foram observados em outros estudos nacionais, corroborando o papel dos determinantes socioambientais no aumento da prevalência de cárie na dentição decídua (Melo, Souza, & Goes, 2019; Kramer et al., 2019; Moura et al., 2021)

Não foi constatada associação entre o desfecho e as variáveis explicativas relacionadas à acessibilidade e às características estruturais, coletadas a partir do instrumento Módulo I do PMAQ-AB, 1º ciclo. Este fato nos leva a supor que a inadequação das unidades de saúde para facilitar o acesso dos usuários com necessidades especiais não se constitui em uma dificuldade para o atendimento a estes pacientes, podendo os problemas na oferta de assistência a crianças e adolescentes ser atribuídos a outros fatores. No entanto, tal inadequação não deve ser desconsiderada tendo em vista que a adaptação das vias de acesso à unidade de saúde para pessoas com dificuldades de locomoção, bem como na entrada do serviço por falta de adaptação da estrutura da unidade de saúde se constituem em barreiras para que crianças e adolescentes cheguem aos estabelecimentos de saúde em nível da atenção.

No que se refere à disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos odontológicos, a única variável explicativa associada a problemas no atendimento a crianças e adolescentes foi a USF possuir amálgama disponível. Verificou-se que a disponibilidade deste insumo foi mais expressiva nas unidades que reportaram problemas na assistência aos usuários. Estes achados nos levam a supor que a necessidade de restaurações apresentada pelas crianças e adolescentes não se adequa à indicação deste material restaurador, mas sim de restaurações a serem executadas com cimentos e/ou resinas fotopolimerizáveis.

Uma limitação do presente estudo, na etapa que envolveu a pesquisa direta com os cirurgiões dentistas, foi a possibilidade de ocorrência de viés de memória. Outro ponto se refere à dificuldade encontrada na análise de dados secundários do 1º ciclo PMAQ-AB, pois os mesmos foram elaborados por outros que não os pesquisadores usuários dessas informações. É importante apontar que, no 1º ciclo do PMAQ-AB, algumas equipes não aderiram ao programa. No entanto, considerando sua abrangência, as informações advindas desse ciclo, ao serem comparadas àquelas advindas dos ciclos subsequentes, permitem identificar possíveis mudanças proporcionadas pelo PMAQ-AB.

5. Considerações Finais

Por meio deste estudo, constatou-se que a Atenção Básica em saúde bucal ofertada a crianças e adolescentes no município de João Pessoa/PB apresenta fragilidades que podem comprometer a efetivação do princípio da integralidade. A caracterização desse nível de atenção oferecido a essa população permitiu verificar que uma quantidade expressiva de USFs apresenta problemas no atendimento a crianças e adolescentes, bem como tem dificuldade em referenciá-los. Em adição, o processo de trabalho, no âmbito da atenção básica, não favorece o adequado funcionamento das linhas de cuidado e é frequente o não atendimento a urgências neste nível de atenção.

A falta de insumos foi apontada por um número expressivo de USF e há, dentre os CDs demandas por qualificação em áreas relacionadas à Odontopediatria. O perfil das unidades básicas de saúde quanto às condições de infraestrutura, materiais e insumos revela que predominam as USFs que não preenchem os requisitos de acessibilidade, sendo adequadamente supridas em equipamentos, materiais e insumos odontológicos. A localização espacial da USF pelos Distritos Sanitários foi um fator associado a problemas no atendimento, fato que aponta para a necessidade de um olhar diferenciado para cada território.

Na perspectiva de fortalecer a atenção em saúde bucal ofertada a crianças e a adolescentes na Atenção Básica no município de João Pessoa-PB propõe-se, dentre outras, as seguintes ações: qualificação dos profissionais para assistirem crianças e adolescentes não colaboradoras e realizarem procedimentos de urgência; garantia de manutenção dos equipamentos odontológicos e de disponibilidade de insumos para realização dos atendimentos.

A partir dos achados do presente estudo, sugere-se que informações dos ciclos subsequentes do PMAQ-AB sejam utilizadas em estudos futuros, com o intuito de avaliar possíveis mudanças na oferta de cuidado em saúde bucal a crianças e adolescentes na atenção básica.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de iniciação científica (PIBIC/CNPq/UFPB).

Referências

- Almeida Filho, N., & Barreto, M. L. (2011). *Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Antunes, J. L. F., & Narvai, P. C. (2010). Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 44(2), 360-365.
- Boeira, G. F., Correa, A. M. B., Peres, K. G., Peres, M. A., Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J. D., & Demarco, F. F. (2012). Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries Research*, 46(5), 488-495.
- Christmann, M., & Pavão, S. M. O. (2015). A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. *Revista de Educação PUC-Campinas*, 20(3), 265-277.
- Curi, D., Jamelli, S., & Figueiredo, A. (2018). Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1561-1566.
- Engelmann, J. L., Tomazoni, F., & Oliveira, M. D. M., & Ardenghi, T. M. (2016). Association between dental caries and socioeconomic factors in schoolchildren - a multilevel analysis. *Brazilian Dental Journal*, 27(1), 72-78.
- Fonseca, D. A. V., Mialhe, F. L., Ambrosano, G. M. B., Pereira, A. C., & Meneghim, A. C. (2014). Influência da organização da Atenção Básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(21), 269-277.
- Gonçalves, A. J. G., Pereira, P. H. S., Monteiro, V., Silva Junior, M. F., & Baldani, M. M. (2020). Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *Saúde em Debate*, 44(126), 725-738.
- Gustafsson, A. (2010). Dental behaviour management problems among children and adolescents--a matter of understanding? *Studies on dental fear, personal characteristics and psychosocial concomitants*. *Swedish Dental Journal Supplement*, (202):2 p preceding 1-46.
- Janssen, M., Fonseca, S. C., & Alexandre, G. C. (2016). Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 40(111), 140-152.
- Kielbassa, A. M., Glockner, G., Wolgin, M., & Glockner, K. (2016). Systematic review on highly viscous glass-ionomer cement/resin coating restorations (Part I): Do they merge Minamata Convention and minimum intervention dentistry? *Quintessence International*, 47(10), 813-823.
- Kramer, P. F., Priesnitz, M. C., Celeste, R. K., Pereira, M. J., Benelli, K. G., & Feldens, C. A. (2019). Spatial distribution of dental caries among preschool children in Canoas, Southern Brazil. *Acta Odontológica Latino-americana*, 32(1), 3-9.
- Kusma, S. Z., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2012). Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(suppl), s9-s19.
- Lenzi, T. L., Rocha, R. O., & Dotto, P. P. (2010). Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do sul do Brasil. *Stomatos*, 16(30), 58-64.
- Lorena, S. J. E., Martelli, P. J. L., Albuquerque, M. S. V., Lyra, T. M., & Farias, S. F. (2015). Acesso e qualidade: avaliação das equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde em Debate*, 39(104), 136-146.
- Lucena, E. H. G., Lucena, C. D. R. X., Alemán, J. A. S., Pucca Júnior, G. A., Pereira, A. C., & Cavalcanti, Y. W. (2020) Monitoring of oral health teams after National Primary Care Policy 2017. *Revista de Saúde Pública*, 54, 99.
- Maciel, C. F., Barcellos, L. A., & Miotto, M. H. M. B. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa de Saúde da Família da Grande Vitória – parte I. *UFES Revista de Odontologia*, 8(3), 31-37.

- Melo, A. C. B. V., Braga, C. C., & Forte, F. D. S. (2011). Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na Atenção Básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(3), 309-318.
- Melo, M. M. D. C., Souza, W. V., & de Goes, P. S. A. (2019). Increase in dental caries and change in the socioeconomic profile of families in a child cohort of the primary health care in Northeast Brazil. *BMC Oral Health*, 19, 183.
- Melo, M. M. D. C., Souza, W. V., Lima, M. L. C., Couto, G. B. L., & Chaves, T. M. (2010). Cárie Dentária em pré-escolares: um estudo em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família do Recife, PE, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 10(3), 337-343.
- Mendes, L. S., & Almeida, P. F. (2020). Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms? *Revista de Saúde Pública*, 54, 121.
- Meurer, C. (2013). *Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Ministério da Saúde (2004). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 16p.
- Ministério da Saúde. (2008). *Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 92p.
- Ministério da Saúde (2012a). Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Principais resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 116p.
- Ministério da Saúde (2012b). Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Documento síntese para avaliação externa. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 55p.
- Ministério da Saúde (2018). A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 350p.
- Moura, L. M., Araújo A. A., Cerqueira, I. K. M., Steiner-Oliveira, C.; Alves-Silva, E. G., Gomes, P. F. A. G., Almeida-Gomes, R. F., & Alves, M. S. C. F. (2020). Conhecimento e atitude sobre a saúde bucal materno-infantil. *Research, Society and Development*, 9(9), e91996969.
- Moura, M. S., Ferro, F. E. F. D., Cunha, N. L., Netto, O. B. S., Lima, M. D. M., & Moura, L. F. A. (2013). Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 471-480.
- Moura, R. N. V., Zarzar, P. M. P., Ferreira, R. C., Mattos, F. F., Pinto, R. S., Travassos, D. V., & Ferreira, E. F. (2021). Diferenças regionais na cárie dentária na primeira infância em crianças brasileiras de 5 anos e fatores associados. *Research, Society and Development*, 10(1), e43510111946.
- Neves, M., Giordani, J. M. A., Hugo, F. N. (2019). Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (5), 1809-1820.
- Pimentel, C. F., Martelli, P. J. L., Araújo Junior, J. L. A. C., Acioli, R. M. L., & Macedo, C. L. S.V. (2010). Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2189-2196.
- Prestes, A. C. G., Martins, A. A. A., Neves, M., & Mayer, R. T. R. (2013). Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, 18(1), 112-119.
- Santiago, B. M. (2013). *Iniquidades sociais, capital social e condições de saúde bucal no estado da Paraíba*. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba/Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Santos, A. M. (2006). Organização das ações em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Revista de APS*, 9(2), 190-200.
- Santos, A. P. P., Nadanovski, P., & Oliveira, B. H. (2010). Survey of Brazilian governmental health agencies shows conflicting recommendations concerning oral hygiene practices for children. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3):1457-1463.
- Schwendler, A., Faustino-Silva, D. D., & Rocha, C. F. (2017). Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 201-207.
- Silva, M. C. B., Silva, R. A., Ribeiro, C. C. C., & Cruz, M. C. F. N. (2007). Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1237-1246.
- Silva, R. M., Peres, A. C. O., & Carcereri., D. L. (2020). Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2259-2270.
- Sousa, M. F., Prado, E. A. J., Leles, F. A. G., Andrade, N. F., Marzola, R. F., Barros, F. P. C., Mendonça, A. V. M. (2019). Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate*, 43(spe5), 82-93.

Souza, L. E. P. F, Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L, Guimarães, R, Almeida-Filho, N, Machado, C. V., Campos, G. W., & Azevedo-e-Silva, G. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2783-2792.

Starfield, B. (2002). Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco Brasil/ Ministério da Saúde. 726p.