

ACESSO E RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Access and resolubility in oral health care in early
 childhood: an integrative literature review

 Daiana Back Gouvêa^a

 Jonas de Almeida Rodrigues^a

RESUMO

Introdução: A cárie na primeira infância ainda é um problema de saúde pública no Brasil, expresso pelas pequenas reduções no índice ceo-d na idade de 5 anos ao longo do tempo. Esse panorama pode refletir dificuldade de acesso e resolatividade nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no que se refere ao atendimento odontológico infantil. **Objetivo:** Este trabalho apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre o acesso e a resolatividade da atenção em saúde bucal na primeira infância nas RAS do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Materiais e métodos:** Foram consultadas as bases de dados do Medline/Pubmed, SciELO e Google Scholar e selecionados artigos publicados nos idiomas inglês e português entre 2005 e 2021. **Revisão da literatura:** Foi observado baixo percentual de uso de serviços odontológicos por crianças em idade pré-escolar, sendo o acesso influenciado por variáveis socioeconômicas e aspectos relacionados aos serviços. **Discussão:** Adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), realização de busca ativa, inclusão da saúde bucal nas ações programáticas de saúde infantil e adequada comunicação entre os pontos de atenção são fatores positivos ao acesso à saúde bucal. O atendimento odontológico infantil ocorre majoritariamente na atenção básica, havendo pouca expressividade na atenção especializada, porém profissionais generalistas podem apresentar dificuldades em gerir o comportamento infantil durante o atendimento odontológico. **Conclusão:** Ações de educação permanente em Odontopediatria direcionadas aos profissionais da atenção primária são recomendadas, dada a capilaridade e o caráter familiar desse nível de atenção, porém a inclusão da especialidade de Odontopediatria nos Centros de Especialidades Odontológicas merece investimento e atenção dos gestores. **Palavras-chaves:** Sistema Único de Saúde. Odontopediatria. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Atenção secundária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Early childhood caries is still considered a public health problem in Brazil, detected by small reductions in the 5-year dmft-t index over time. This panorama may reflect difficulties in providing access and resolubility by Health Care Networks (HCN) with regards to children's dental care. **Aim:** This integrative review of the literature presents the access and resolubility of oral health care in early childhood in the HCN of the Brazilian Unified Health System. **Materials and methods:** The Medline/Pubmed, SciELO, and Google Scholar databases were consulted, and articles published in English and Portuguese between 2005 and 2021 were selected. **Literature review:** A low use rate of dental services by preschool children was observed, and access is influenced by socioeconomic variables and aspects related to services. **Discussion:** Adoption of the Family Health Strategy (FHS), actively going in search, inclusion of oral health in programmatic actions of children health and proper communication between the points of care are positive factors in the access to oral health services. Children dental care occurs mostly in the primary level, with little expressiveness in specialized care. General practitioners may have difficulties in managing child behavior during dental treatment. **Conclusion:** Continuing education program in Pediatric Dentistry aiming primary care professionals is recommended, given the capillarity and the familiar pattern of the care level. The inclusion of the Pediatric Dentistry specialty in the Dental Specialties Centers deserves investment and attention from managers. **Keywords:** Unified Health System. Pediatric dentistry. Health services accessibility. Primary health care. Secondary care.

^a Federal University of Rio Grande do Sul, Pediatric Dentistry, Porto Alegre, RS, Brazil

Corresponding author: Daiana Back Gouvêa – E-mail: daiana.gouvea@ufrgs.br

Data de envio: 10/05/2021 | **Data de aceite:** 16/08/2021

INTRODUÇÃO

Redes de atenção à saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração de ações e serviços de saúde, proporcionando atenção contínua, integral e de qualidade, responsável e humanizada, bem como melhorar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, eficácia sanitária e eficiência econômica¹.

As RAS são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a atenção primária à saúde (APS) como ordenadora do cuidado e centro de comunicação; pela centralidade nas necessidades de saúde de uma população; pela responsabilização na atenção contínua e integral aos usuários; pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e de compromissos com os resultados sanitários e econômicos¹.

Embora as RAS apresentem um arranjo horizontal e poliárquico, em que todos os pontos são igualmente importantes², os serviços se diferem em sua densidade tecnológica. Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) estão alocados em níveis de complexidade crescente³, que são atenção primária (ou atenção básica), atenção secundária (ou atenção especializada) e atenção terciária (ou atenção hospitalar). No que se refere à atenção odontológica no SUS, o arranjo dos serviços é orientado pela Política Nacional de Saúde Bucal, que tem como um de seus objetivos ampliar e qualificar o cuidado em saúde bucal na rede de saúde⁴.

A atenção primária é porta de entrada preferencial para o sistema⁵ e é nesse nível de atenção que são resolvidos aproximadamente 80% dos agravos em saúde da população⁶. Já a atenção especializada em saúde bucal ocorre nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), em que são realizados procedimentos odontológicos ambulatoriais cuja densidade tecnológica não é compatível com a atenção primária, pela necessidade do uso de tecnologias mais duras. Nos CEOs são realizados atendimentos em cinco especialidades obrigatórias para credenciamento do serviço, que são Endodontia, Periodontia Especializada, Cirurgia Oral Menor, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Estomatologia com Ênfase no Diagnóstico do Câncer Bucal, podendo ser ofertadas consultas também em outras especialidades. A atenção terciária à saúde bucal diz respeito ao atendimento odontológico sob anestesia geral em nível hospitalar, principalmente voltado a pacientes com necessidades especiais, cirurgia Buco-Maxilo-Facial, traumatismos dento-faciais e ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço⁷.

Os serviços odontológicos do SUS são de acesso universal⁴ e atendem usuários de todas as faixas etárias, inclusive crianças na primeira infância. Embora a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser alcançada até o ano 2000 fosse de que 50% das crianças entre 5 e 6 anos estivessem livres de cárie⁸, a doença ainda é um problema de saúde pública no Brasil.

De acordo com o levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal SB Brasil 2003⁸, apenas 40,6% das crianças de 5 anos de idade estavam livres de cárie. Já a pesquisa SB Brasil 2010⁹, indicou uma pequena melhora nesse percentual, sendo 46,4% das crianças dessa idade livres de cárie, mas um resultado aquém da proposição da OMS. Anos se passaram desde a realização destes estudos, porém levantamentos regionais conduzidos mais recentemente no Brasil permitem observar que ocorreram pequenas diminuições na prevalência de cárie dentária na primeira infância¹⁰⁻¹². As sutis reduções nos índices de cárie dentária na idade de 5 anos ao longo do tempo podem refletir dificuldade de acesso e resolutividade nas RAS no que se refere ao atendimento odontológico infantil.

Podemos entender acesso como a capacidade de obtenção de cuidados em saúde, quando necessários, de uma maneira fácil e conveniente. Trata-se de produzir serviços que respondam às necessidades de saúde da população¹³. Já a resolutividade diz respeito à resposta que

se dá ao indivíduo quando este procura os serviços de saúde. A capacidade de um serviço ser resolutivo tem um aspecto quantitativo de absorver a demanda e um aspecto qualitativo relativo à capacidade de solucionar de fato os problemas da população. Quanto à avaliação da resolutividade, ela pode ocorrer dentro de um serviço, relativa à sua capacidade de atender a sua demanda e encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado, e pode ser avaliada em nível de sistema, que se refere à resolução do problema do usuário dentro de diferentes níveis de atenção^{14,15}.

Diante dos conceitos abordados, o objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão integrativa da literatura sobre o acesso e a resolutividade da atenção em saúde bucal na primeira infância nas Redes de Atenção em Saúde do SUS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram consultadas as bases de dados do Medline/Pubmed, SciELO e Google Scholar e selecionados artigos publicados nos idiomas inglês e português entre 2005 e 2021. Os descritores utilizados na busca foram identificados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo eles “Sistema Único de Saúde”, “Odontopediatria”, “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Secundária à Saúde”, “Unified Health System”, “Pediatric Dentistry”, “Health Services Accessibility”, “Primary Health Care”, “Secondary Care”.

REVISÃO DA LITERATURA

A literatura que avaliou uso de serviços odontológicos por crianças em idade pré-escolar demonstra que o percentual de acesso a primeira consulta odontológica por crianças de 0 a 5 anos varia de 13,3% a 78%¹⁶⁻¹⁹. Os principais motivos pelos quais as crianças não consultam o cirurgião-dentista durante a primeira infância são os pais não perceberem a necessidade, dificuldade de acesso ao posto de saúde, falta de interesse da família, falta de tempo, a criança não apresentar dentes, não ter recebido indicação e ter recebido orientações preventivas de outros profissionais¹⁷.

Os dados permitem inferir que a população ainda associa a Odontologia à realização de procedimentos curativos, uma vez que pré-escolares sem experiência de cárie ou lesões em mucosa acessam menos os serviços^{18,20}. Os estudos observaram que o aumento na idade da criança^{16,17}, maior renda familiar^{17,18}, maior escolaridade materna¹⁷, a família residir em moradia própria¹⁸, melhor cobertura de serviços da atenção básica à saúde¹⁹, inclusão da saúde bucal nas ações programáticas de saúde infantil¹⁹, agenda aberta para crianças²¹, consultas coletivas²¹, busca ativa em campanhas de vacinação e visitas domiciliares²¹ estiveram associados à maior acesso a serviços odontológicos na primeira infância.

São poucos os estudos que avaliam o percentual de resolutividade em atendimentos odontológicos infantis na atenção básica, mas sugerem variação de 37,93% e 49,6%^{22,23}. Soares *et al.*²³ avaliaram os percentuais de resolutividade do atendimento odontológico infantil em Belo Horizonte, onde as equipes de saúde bucal (ESB) estavam inseridas nas equipes de saúde da família (ESF) atuando no levantamento de necessidades da população adscrita, e em Diamantina (MG), onde havia modelo de atendimento à demanda espontânea. Os autores perceberam que o acesso e a resolutividade dos serviços podem ser influenciados por características relacionadas aos serviços, sendo benéfica a presença da equipe de saúde bucal na equipe multiprofissional da saúde da família. Cardoso *et al.*²² avaliaram em Belo Horizonte (MG) o uso e a resolutividade dos serviços odontológicos da atenção primária relativos a

crianças com necessidades de tratamento observadas por estratégias de busca ativa nas escolas. Dentre as crianças que tinham necessidades de intervenção odontológica, apenas 44,3% acessou os serviços e realizou primeira consulta odontológica, e, destas, 49,6% concluiu tratamento. Os autores observaram ainda que as crianças com maior número de necessidades de intervenções odontológicas acessaram mais os serviços, porém verificaram iniquidades em saúde bucal no sentido de que crianças que vivam sob risco socioeconômico muito alto acessaram menos que aquelas que não tinham risco ou tinham risco baixo.

Ainda no que se refere à organização dos serviços, a literatura traz dados relativos ao efeito do acompanhamento das ESBs na saúde bucal infantil^{20,24}. Jardim *et al.*²⁰ avaliaram o impacto de uma ação programática de saúde da criança realizada em Porto Alegre (RS) e observaram que a realização de consultas odontológicas anuais até os 4 anos de idade não apresentou impacto na prevenção de cárie dentária e que o número de consultas odontológicas foi maior entre os pacientes com experiência de cárie. Os autores discutem que as estratégias de prevenção devem considerar o contexto familiar, visto que a cárie dentária é multifatorial. Tonelli *et al.*²⁴ compararam a necessidade de tratamento odontológico de crianças de 0 a 5 anos que eram acompanhadas pelas ESBs da atenção primária com a necessidade daquelas crianças que não eram acompanhadas pelas equipes na cidade de Montes Claros (MG). O estudo observou que crianças que não recebiam acompanhamento pela ESB apresentavam mais necessidades de tratamento que as crianças que eram acompanhadas. Embora os autores não tenham encontrado diferença em relação ao valor do índice ceo-d, as crianças acompanhadas pela equipe de saúde bucal apresentavam o componente restaurado estatisticamente maior que aquelas que não eram acompanhadas. Ou seja, o acompanhamento pela ESB aumentou a proporção do componente restaurado no índice ceo-d, que é um indicador de acesso à tratamento odontológico.

Além de proporcionar acesso e resolutividade²²⁻²⁴, o atendimento odontológico pela ESB nas unidades básicas de saúde traz benefício ao aspecto de continuidade do cuidado. Pereira *et al.*²⁵ avaliaram a continuidade do cuidado de crianças e adolescentes que receberam atendimento de urgência odontológica na rede pública do município de Curitiba (PR). Os autores consideraram descontinuidade como a ausência de registro de atendimento eletivo nos seis meses seguintes ao atendimento de urgência. Os dados apontaram uma incidência de descontinuidade do cuidado de 42,2%, sendo maior o risco de descontinuidade de tratamento quando a urgência era atendida na unidade de pronto atendimento (UPA), em comparação às urgências atendidas nas unidades básicas de saúde (UBS). Houve maior risco de descontinuidade do cuidado também para crianças menores de 4 anos quando comparadas às crianças de 5 a 11 anos de idade. Os resultados desse estudo apontam que a descontinuidade do cuidado pode estar relacionada a sistemas de referência inadequados e a uma interface deficiente entre os diferentes pontos da rede de atenção, além de confirmar o dado já descrito em outros trabalhos de que crianças de tenra idade têm dificuldade de acesso a tratamento odontológico na rede pública de saúde.

Alguns estudos sugerem que profissionais generalistas que atuam na rede podem apresentar dificuldades na gestão do comportamento infantil durante o atendimento odontológico, impactando na oferta de serviços na primeira infância^{26,27}. Silva *et al.*²⁶ avaliaram o perfil da assistência odontológica pública a crianças e adolescentes em São Luís (MA) e observaram que dentre as 41 unidades que atendiam crianças, 97,5% atendiam a faixa etária de 6 a 12 anos, porém somente 46,34% atendiam a faixa etária de 0 a 3 anos. Machado *et al.*²⁷ avaliaram condutas clínicas em 531 atendimentos de urgência odontológica de crianças menores de 6 anos, realizados pelo SUS na cidade de Goiânia (GO) e observaram que em 43,5% das situações nenhum procedimento odontológico foi realizado. Além disso, quanto mais jovem a criança, menor foi a chance de um procedimento para alívio de dor ser realizado, predominando a prescrição medicamentosa.

A maioria dos trabalhos que avaliam atendimento odontológico infantil no SUS se referem à atenção primária, sendo poucos os estudos que referem o atendimento infantil em CEOs. O estudo de Gomes *et al.*²⁸ avaliou as causas de absenteísmo de crianças em primeira consulta odontológica nos CEOs da cidade de Curitiba(PR). Eles avaliaram dados do período de 2010 a 2013, referentes a 1663 agendamentos de primeira consulta de crianças de 0 a 12 anos de idade. Os autores observaram percentual de absenteísmo de 28,3%. O estudo verificou que crianças provenientes de regiões cuja renda familiar distrital era inferior a dois salários mínimos tiveram 2,3 vezes mais chances de não serem levadas à consulta e que cada dia a mais de aguardo por uma consulta especializada aumentou em 0,1% a chance de falta.

Vicente *et al.*²⁹ propuseram uma reflexão sobre a inclusão do Odontopediatra nos CEOs a partir da análise da assistência odontológica prestada a crianças no SUS. Os autores destacam a necessidade do especialista em Odontopediatria no CEO, com base na necessidade de mudar o perfil de cárie dentária na primeira infância, destacado pelos Projetos SB Brasil 2003⁸ e 2010⁹.

DISCUSSÃO

Os estudos que avaliaram acesso de crianças em idade pré-escolar a serviços odontológicos demonstram, em geral, baixo percentual de uso por esses usuários¹⁶⁻¹⁸. Variáveis relacionadas à organização dos serviços podem facilitar o acesso a tratamento, como a presença da ESB na ESF, estratégias de busca ativa, a inclusão da saúde bucal nas ações programáticas de saúde infantil e adequada comunicação entre os pontos de atenção^{19,22,24,25}. De maneira semelhante, a organização dos serviços pode influenciar na resolutividade do atendimento odontológico infantil na atenção primária, de maneira que a presença da ESB na ESF apresenta-se como fator positivo²³.

Os estudos sobre acesso e resolutividade do atendimento odontológico infantil nas RAS permitem ainda perceber iniquidades em saúde bucal. Crianças que vivem em risco socioeconômico mais baixo, pertencentes a famílias de baixa renda e sem moradia própria, e cujas mães têm menor escolaridade encontraram maior dificuldade em acessar os serviços^{17,18,22}.

A literatura disponível permite verificar que o atendimento odontológico a crianças em idade pré-escolar ocorre majoritariamente na atenção primária. Esse resultado é esperado, dado o caráter familiar desse nível de atenção⁵. A pouca expressividade da atenção secundária e terciária nos estudos sobre odontopediatria ao passo que há menção sobre necessidade de encaminhamento de uma parcela das crianças à atenção secundária^{22,27} abre, no entanto, espaço à discussão da importância de ofertar atendimento especializado infantil na rede pública de saúde.

Atualmente as especialidades obrigatórias para credenciamento de um serviço de saúde como CEOs são Endodontia, Periodontia Especializada, Cirurgia Oral Menor, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Estomatologia com Ênfase na Detecção do Câncer Bucal. A especialidade de Odontopediatria não faz parte do rol de especialidades obrigatórias, e, considerando que são raros os estudos que mencionam atendimento infantil em CEOs, é provável que sejam poucas as localidades do Brasil que ofereçam atendimento especializado em Odontopediatria na rede pública de saúde.

Alguns estudos^{26,18} permitem a reflexão de que profissionais generalistas podem apresentar dificuldades em gerir o comportamento infantil durante o atendimento odontológico. Considerando a necessidade de ampliar o acesso e a resolutividade dos atendimentos odontológicos infantis na APS e a dificuldade no atendimento infantil por parte dos profissionais, ações de educação permanente podem trazer resultados positivos. Bavaresco *et al.*^{30,31} observaram que a realização de um curso de educação à distância sobre Odontopediatria oferecido pelo Telessaúde-RS ampliou o conhecimento de profissionais da rede de atenção básica e que a maioria dos participantes estavam satisfeitos com a capacitação recebida.

Vicente *et al.*²⁹ sugerem a inclusão do Odontopediatra nos CEOs, visto que o Brasil ainda não atingiu a meta da OMS para o ano 2000 relativa à idade de 5 anos. Os autores destacam que o declínio da cárie dentária ocorreu de maneira desigual no país, com maior concentração de doença em comunidades de baixa renda, que têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Visto que alguns estudos sugerem dificuldades no atendimento odontológico na primeira infância²⁵⁻²⁷, a presença do Odontopediatra no CEO poderia ser benéfica no sentido de realizar procedimentos que exijam tecnologias mais duras, como endodontia em dentes decíduos e tratamento reabilitador em crianças com alta experiência de cárie, e tecnologias leve-duras, como clínica geral em crianças com comportamento de difícil gestão. Além disso, o Odontopediatra inserido na RAS pode auxiliar em atividades de educação permanente dos demais profissionais.

CONCLUSÃO

É necessário que o atendimento odontológico infantil na atenção primária seja incentivado e que ações de educação permanente sejam oferecidas, dada a capilaridade e o caráter familiar desse nível de atenção. A presença da ESB nas ESF, a realização de busca ativa, a inclusão da saúde bucal no rol de atividades relacionadas à saúde da criança e a comunicação entre os pontos da rede contribuem para maior acesso e resolutividade no atendimento odontológico infantil na atenção primária. A inclusão da especialidade de Odontopediatria na atenção secundária, no entanto, merece atenção, uma vez que existem crianças que demandam encaminhamento devido à maior densidade tecnológica requerida por seus tratamentos e a presença do Odontopediatra no CEO contribui para melhorar a resolutividade em nível de rede de saúde.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflict of interest.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
- 2 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5):2297-305.
- 3 Brasil. Lei n° 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF; 1990.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- 6 Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWSC, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate.* 2014;38:252-64.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal – resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- 10 Nunes VH, Perosa GB. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, lócus de controle e atitudes parentais. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(1):191-200.
- 11 Queiroz FS, Costa LED, Santos KLS, Simões TMS, Silva PV. Cárie dentária e fatores associados em crianças de 5 anos de idade do município de Patos-PB. *Arch Health Invest.* 2018;7(5):190-4.
- 12 Peluzio FL, Zanin L, Florio FM. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de Jerônimo Monteiro, Espírito Santo, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2019;21(3):7-14.
- 13 Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli P JL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. *Saúde Debate.* 2014;38:182-94.
- 14 Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MAD. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):345-51.
- 15 Santos TVC, Penna CMM. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. *Pensar Acadêmico.* 2015;12(1):98-108.
- 16 Kramer PF, Ardenghi TM, 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 Saúde Pú. 2008;24(1):150-6.*
- 17 Comassetto MO, Baumgarten A, Kindlein KA, Hilgert JB, Figueiredo MC, Faustino-Silva DD. Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(3):953-61.
- 18 Rodrigues LAM, Martins AMEBL, Silveira MF, Ferreira RC, Souza JGS, Silva JM, *et al.* Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(10):4247-56.
- 19 Schwendler A, Faustino-Silva DD, Rocha CF. Saúde bucal na ação programática da criança: indicadores e metas de um serviço de atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(1):201-7.
- 20 Jardim LE, Pereira MR, Figueiredo MC, Faustino-Silva DD. Oral health access and early caries in childhood in a primary care service in Southern Brazil: a cross-sectional study. *PBOCI.* 2020; 20:e4806.
- 21 Schwendler A, Nespolo GF, Faustino-Silva DD, Rocha CF. Dental visit in the healthcare program for kids: strategies and challenges in the view of oral health teams in basic health units of Porto Alegre, Brazil. *PBOCI.* 2016;16(1):369-79.
- 22 Cardoso AVL, Vargas AMD, Amaral JHL, Vasconcelos M, Machado HM, Soares ARS, *et al.* Use and resolutivity of the oral health public services offered to children in a large municipality. *RGO (Porto Alegre).* 2018;66(1):60-9.
- 23 Soares ARS, Campos FL, Paiva PCP, Vasconcelos M, Senna MIB, Ferreira RC. Organização e resolutividade dos serviços públicos odontológicos para a atenção em saúde bucal de pré-escolares: estudo em dois municípios brasileiros. *Arq Odontol.* 2019;55:1-11.
- 24 Tonelli SQ, Rodrigues LAM, Alencar AM, Rodrigues CAQ. Avaliação do impacto de fatores socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde bucal na prevalência de cárie dentária em crianças. *RFO UPF.* 2016;21(2):172-7.
- 25 Pereira FAO, Assunção LRS, Ferreira FM, Fraiz FC. Urgência e descontinuidade do cuidado em saúde bucal de crianças e adolescentes. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(9):3677-84.
- 26 Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCFN. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). *Ciênc Saúde Colet.* 2007;12(5):1237-46.
- 27 Machado GCM, Daher A, Costa LR. Factors associated with no dental treatment in preschoolers with toothache: a cross-sectional study in outpatient public emergency services. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(8):8058-68.
- 28 Gomes MAG, Abreu MHNG, Ferreira FM, Fraiz FC, Menezes JVN. No-shows at public secondary dental care for pediatric patients: a cross-sectional study in a large Brazilian city. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(5):1915-23.
- 29 Vicente SP, Spezzia S, Garrubbo CC, Ribeiro IHB, Fávero MCM, Corrêa MSNP, *et al.* A inclusão do odontopediatra nos centros de especialidades odontológicas. *Rev Uningá.* 2015;24(3):113-7.
- 30 Bavaresco CS, Bragança SG, D'Ávila OP, Umpierre R, Harzhein E, Rodrigues JA. Pediatric dentistry in primary healthcare: creation, development, and evaluation of a distance education course. *Telemed J E Health.* 2018;24(8):624-30.
- 31 Bavaresco CS, Bragança SG, Fries FP, Sória GS, Moura FRR, Rivaldo EG, *et al.* Satisfaction of primary healthcare dentists after the completion of a distance learning course in pediatric dentistry. *Iran J Public Health.* 2019;48(8):1439-44.