

MARCEL ROCHA TEODORO

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS DA
ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2019**

Marcel Rocha Teodoro

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS DA
ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no curso de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública.

Orientadora: Miriam Pimenta Parreira do Vale
Coorientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

Belo Horizonte

2019

Ficha Catalográfica

T314a Teodoro, Marcel Rocha.
2019 Avaliação e controle do absenteísmo às consultas da
T odontologia no Programa Saúde na Escola / Marcel Rocha
Teodoro. -- 2019.

94 f. : il.

Orientadora: Miriam Pimenta Parreira do Vale.

Coorientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Odontologia. 2. Planos e programas de saúde. 3. Assistência odontológica. 4. Absenteísmo. 5. Estudantes. I. Vale, Miriam Pimenta Parreira do. II. Ferreira, Efigênia Ferreira e. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada por: Sérgio Barbosa dos Santos - CRB: 6/3182.

Biblioteca Faculdade de Odontologia - FAO UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS DA
ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

MARCEL ROCHA TEODORO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública/Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Aprovada em 18 de julho de 2019, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Miriam Pimenta Parreira do Vale - Orientadora
FO-UFMG

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira
FO-UFMG

Prof(a). Marcella Guimarães Assis
UFMG

Prof(a). Rosa Nubia Vieira de Moura
FO-UFMG

Belo Horizonte, 18 de julho de 2019.

Para meu filho Celso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha esposa pela paciência e apoio constantes e ao meu filho por ser a razão da minha existência; aos meus pais e irmã pelos exemplos; às minhas orientadoras que apoiaram a ideia e tanto me ajudaram; aos professores do mestrado profissional que abriram meus horizontes; e às secretarias de saúde e às equipes de saúde bucal que apoiaram esse projeto.

“Age de tal modo que a máxima da tua ação se possa tornar princípio de uma legislação universal”.

Immanuel Kant

RESUMO

O absenteísmo de escolares que participam do Programa Saúde na Escola – PSE não é um evento isolado. As faltas às consultas odontológicas possuem motivos que precisam ser estudados em conjunto para que se possa intervir visando à redução de seus índices. Objetivos: mensurar o absenteísmo no agendamento e no tratamento entre escolares com necessidade de tratamento; avaliar os motivos dos responsáveis pelos escolares para o não comparecimento na consulta agendada e propor estratégias para o enfrentamento do absenteísmo. Metodologia: O estudo usa uma metodologia analítica descritiva dos resultados do levantamento de necessidade de tratamento e do acompanhamento das ações curativas nos escolares além de entrevistas utilizando roteiro semiestruturado com as mães de escolares analisadas sob o aspecto descritivo qualitativo. Resultados: dos avaliados 47,4% necessitavam de tratamento. Daqueles que receberam a comunicação para agendamento apenas 32,98% realizaram a marcação. Marcada a consulta, 75,52% compareceram. Dos estudantes que compareceram à primeira consulta 43,55% ainda se encontravam em tratamento; 30,66% abandonaram; e 25,78% tiveram seu tratamento concluído. Somando-se a não marcação ao não comparecimento à primeira consulta e ao abandono do tratamento obteve-se um valor de 85,31% dos estudantes com necessidade clínica constatada que se ausentaram às consultas. As mães revelaram como principais motivos ao absenteísmo os de fundo socioculturais. Entre eles a dificuldade de acesso a informações sobre saúde; as diferentes percepções de necessidade de tratamento; descaso e desinteresse; falta de tempo; violência urbana; esquecimento; não poder faltar ao trabalho para levar a criança à consulta; falta de responsabilidade dos responsáveis; medo de dentista; dificuldade de acesso a unidade de saúde; demora na marcação das consultas; defasagem do serviço para atender toda a demanda. Alternativas de enfrentamento foram sugeridas: aumento a participação do agente comunitário de saúde; tratamento realizado na escola; redução do tempo de espera para o agendamento; mais profissionais no serviço; lembrete eletrônico da consulta; aumento das ações de educação em saúde para os pais. Conclusões: A constante avaliação e controle dos serviços de saúde são de fundamental importância para a organização dos SUS. O fenômeno do absenteísmo nos mostra a complexidade das relações em saúde. As questões socioculturais tem uma contribuição deveras importante, pois servem de base para se construir a definição individual sobre o que é a necessidade de tratamento. A forma como os responsáveis pelas crianças veem a saúde é crucial para a decisão de quando se iniciar um tratamento. A mudança desse paradigma é a chave para que se alcance uma saúde bucal universal baseada na promoção, educação e prevenção em saúde.

Palavras chave: Absenteísmo, Escolares, Odontologia, Motivação, Promoção, e Tratamento.

ABSTRACT

Evaluation and control of absenteeism to dentistry consultations in the school health program

Absenteeism of school children participating in the PSE is not an isolated event. The lack of dental consultations has motives that need to be studied together in order to intervene in order to reduce their rates. Objectives: to measure absenteeism in scheduling and treatment among schoolchildren in need of treatment; to evaluate the reasons of the responsible ones for the students for the non attendance in the scheduled appointment and to propose strategies for the confrontation of the absenteeism. Methodology: The study uses an analytical methodology descriptive of the results of the survey of the need for treatment and the follow up of the curative actions in the students, besides interviews using a semi - structured script with the mothers of schoolchildren analyzed under the descriptive qualitative aspect. Results: 47.4% of the patients required treatment. Of those who received the communication for scheduling only 32.98% made the markup. After the consultation, 75.52% attended. Of the students who attended the first consultation 43.55% were still undergoing treatment; 30.66% abandoned; and 25.78% had their treatment completed. Adding non-marking to non-attendance at the first visit and dropping out of treatment resulted in 85.31% of the students with clinical need who were absent from the consultations. The mothers revealed as main reasons for absenteeism those of socio-cultural background. Among them the difficulty of access to health information; the different perceptions of the need for treatment; neglect and disinterest; lack of time; urban violence; forgetfulness; not be able to miss work to get the child to the consultation; lack of accountability of those responsible; fear; difficulty in accessing the health unit; delay in scheduling appointments; service to meet all demand. Coping alternatives were suggested: increased participation of the community health agent; treatment performed at school; reduced waiting time for scheduling; more professionals in the service; electronic appointment reminder; increased health education actions for parents. Conclusions: The constant evaluation and control of health services is of fundamental importance for the organization of SUS. The phenomenon of absenteeism shows us the complexity of health relations. Sociocultural issues have a very important contribution, since they serve as the basis for building the individual definition of what the need for treatment is. How caregivers see health is crucial for deciding when to start treatment. Changing this paradigm is the key to achieving universal oral health based on health promotion, education and prevention.

Key words: Absenteeism, Child development, Community dentistry, Motivation, Promotion, Treatment.

Lista de ilustrações

Quadro 1 - Codificação utilizada pelo município para classificação dos escolares...25	
Figura 1 - Trajetória dos escolares desde o levantamento de necessidades até a conclusão do tratamento odontológico.....36	
Quadro 2 - Percepção das mães sobre o problema do absenteísmo, por temas e categorias, 2018.....37	
Quadro 1A - Percepção das mães sobre o problema do absenteísmo, por temas e categorias,2018.....38	
Gráfico 1 - Distribuição da necessidade de tratamento odontológico em escolares, São Joaquim de Bicas,2018.....53	
Gráfico 2. Fluxo do levantamento de necessidades até o tratamento na UBS, escolares, São Joaquim de Bicas, 2018.....54	
Gráfico 3: Trajetória dos escolares no atendimento odontológico vigente no município, São Joaquim de Bicas,2018.....56	
Gráfico 4. Trajetória dos escolares no atendimento odontológico vigente no município e na “Escola Piloto”61	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da necessidade de tratamento odontológico entre escolares examinados no PSE, por código e por escola, 2018	35
Tabela 2 – Acompanhamento do trajeto do tratamento feito pelos escolares, do exame na escola até a conclusão do tratamento	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART – Atraumatic Restorative Treatment

CAP – Caixa De Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro De Atenção Psicossocial

COEP – Comitê De Ética Em Pesquisa

CNDSS – Comissão Nacional De Determinantes Sociais Em Saúde

EC29 – Emenda Constitucional Número 29

ECA – Estatuto Da Criança E Adolescente

ESB – Equipe De Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde Da Família

eSF – Equipe De Saúde Da Família

IAP – Instituto De Aposentadoria E Pensão

IDH – Índice De Desenvolvimento Humano

NASF – Núcleo De Apoio A Saúde Da Família

PACS – Programa De Agentes Comunitários De Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSE – Programa Saúde Na Escola

PSF – Programa Saúde Da Família

SUS – Sistema Único De Saúde

TCLE – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

TRA – Tratamento Restaurador Atraumático

UBS – Unidade Básica De Saúde

UFMG – Universidade Federal De Minas Gerais

UPA – Unidade De Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO/REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
1.1	Odontologia no Brasil	15
1.2	O Sistema Único de Saúde – SUS	16
1.3	A Estratégia Saúde da Família – ESF.....	18
1.4	O Programa Saúde na Escola – PSE	18
1.5	O Absenteísmo	20
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	Objetivo Geral	23
3.2	Objetivos Específicos	23
4	METODOLOGIA	23
4.1	Etapa quantitativa	25
4.2	Etapa qualitativa	26
5	RESULTADOS.....	27
5.1	Artigo	27
5.2	Produto técnico	51
5.3	Resultados da intervenção	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES.....	71
Apêndice 1 Roteiro semiestruturado de entrevista com as mães sobre o absenteísmo dos escolares e não marcação da consulta inicial.....	71
Apêndice 2 Termo de consentimento livre e esclarecido (mães)	72
Apêndice 3 Transcrição, obtenção dos núcleos de sentido, processo de condensação e interpretação das respostas das mães	73
ANEXOS	81
Anexo 1 Autorização do município para realização do projeto de intervenção	81
Anexo 2 Normas de submissão da Revista Ciência e Saúde Coletiva	82
Anexo 3 Termo de consentimento livre e esclarecido (tratamento na escola) ..	88
Anexo 4 Aprovação do COEP – UFMG	89

1 INTRODUÇÃO/REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Odontologia no Brasil

A odontologia, no Brasil, iniciou na época do Brasil colônia e era realizada com autorização da coroa portuguesa por barbeiros. Devido à falta de interesse dos barbeiros em vir para o Brasil, a coroa não se importava que fosse realizada por escravos, embora essa concessão não fosse bem vista. Permitia-se, excepcionalmente, o atendimento de outros escravos e pessoas carentes. Com isso, a prática passou a ser vista como uma atividade menos importante. Um longo processo histórico levou a odontologia à profissionalização. Infelizmente, chegado ao século XX, apesar de toda a evolução científica e técnica, a odontologia continuava com seu potencial de alcance social deveras reduzido (SILVA e PERES, 2007).

Os relatórios Flexner (1910) e Gies (1926) estruturaram o ensino da odontologia com uma concepção mecanicista que reduz a doença apenas à sua causalidade biológica. Com isso, se deu ênfase a um processo puramente curativista de alto custo, baixa cobertura e pequeno impacto epidemiológico (MOYSES, 2004). Esse cenário começou a se alterar com o movimento da reforma sanitária, mesmo que com um atraso histórico em relação à medicina e à enfermagem, buscou uma odontologia mais integrada de forma interdisciplinar e multiprofissional (MORITA e KRIGER, 2004), que visa à criação de vínculo e responsabilização dentro dos princípios do SUS (RONCALI, 2000). A prática odontológica contemporânea busca a articulação do individual com o coletivo, a recuperação da saúde das populações adscritas, a promoção de saúde e a prevenção sem perder de vista as necessidades em caráter curativa e de urgência dos cidadãos (BRASIL, 2004).

Um fator dificultador para a expansão da implantação da odontologia nos serviços públicos é a necessidade de utilização de tecnologias duras para sua execução (SOUZA e RONCALI, 2007). Entretanto, notou-se um aumento das ações, serviços e acesso odontológicos nas últimas duas décadas (MANIA, 2017; CRUZ, *et al.*, 2018; MELO, BRAGA E FORTE, 2011; PAIM, *et al.*, 2011).

Uma estratégia do SUS para se perseguir o objetivo da melhoria dos serviços foi aumentar o acesso e melhorar os índices epidemiológicos com a inserção das equipes de saúde bucal – ESB nas equipes de saúde da família – eSF, como uma forma de reorientação do serviço (MIOTTO, SANTOS E FARIAS, 2015).

1.2 O Sistema Único de Saúde – SUS

O Sistema de Saúde Brasileiro, ao longo de sua história, foi constituído por diferentes instituições públicas e privadas. Durante o século XX, suas ações seguiram um modelo basicamente impositivo militarista. Nos anos das décadas de 1920 e 1930, o direito à saúde foi vinculado à forma como o indivíduo vinculava-se ao mercado de trabalho e assim formou-se um sistema fragmentado e desigual (PAIM, *et al*, 2011), devido à criação das Caixas e Aposentadoria e Pensão – CAP regulamentadas em 1923, quando os trabalhadores e seus empregadores organizaram-se em torno das reivindicações previdenciárias e de acesso a saúde. As CAPs foram transformadas em Institutos de aposentadoria e pensão – IAPs no governo Vargas e o acesso a esses benefícios passou a ser da categoria profissional e não mais de determinadas empresas (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007). Durante a década de 1970, o movimento da reforma sanitária passou a atribuir à saúde um caráter social e político que deveria ser enfrentado no espaço público. Esse movimento ganhou força e tornou-se a base para que as reformas fossem alavancadas (PAIM, *et al.*, 2011). Reformas estas que pretendiam alterar o paradigma da época no qual apenas o indivíduo que contribuía para a previdência social por meio de seu vínculo empregatício tinha acesso a assistência à saúde, enquanto o restante da população precisava recorrer a serviços filantrópicos e seu tratamento beirava à indigência (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 organiza a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido por políticas socioeconômicas. Tais medidas necessitam ter, como objetivo principal, a redução do risco de adoecimento e de outros agravos. Além disso, o acesso às ações e serviços de saúde deve ser universal e igualitário em sua promoção, proteção e recuperação. As ações de saúde, por serem consideradas de relevância pública, devem ser fiscalizadas, controladas e avaliadas pelo Poder Público (BRASIL, 1988)

e devem ter o objetivo de equiponderar as desigualdades sociais (STOPA, *et al.*, 2017) uma vez que o modelo de Estado que norteia o SUS é um Estado-providência que tem o objetivo de garantir uma cidadania plena (RONCALI, 2000). Esse dever do Estado de garantir a saúde não exclui o das pessoas, da família, das empresas ou da sociedade (BRASIL, 1990).

Os serviços públicos e suas ações constituem um sistema único integrante de uma rede regionalizada e hierarquizada que seguem três principais diretrizes: a descentralização, tendo uma única direção em cada esfera de governo; o atendimento integral com priorização às questões preventivas, sem que os serviços assistenciais sejam prejudicados e a participação da comunidade. A construção do Sistema Único de Saúde – SUS e sua manutenção é um processo contínuo, sempre em busca de uma saúde universal, integral e equalitária a todos os cidadãos (BRASIL, 1988, 1990), sendo proibida a exclusão de qualquer pessoa com base em gênero, idade, crença, etnia, raça/cor, orientação sexual, nacionalidade, estado de saúde, identidade de gênero, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (BRASIL, 2017). Esse objetivo deve ser alcançado através de uma gestão e prestação de serviços descentralizada que visem à promoção da participação da sociedade em todas as esferas de governo.

Desde a Constituição de 1988, o SUS vem se estabelecendo como um sistema de saúde complexo e dinâmico, que conseguiu melhorar enormemente o acesso à atenção básica e urgência, além de conseguir uma cobertura quase universal de vacinação e assistência pré-natal. Além disso, também investe fortemente em recursos humanos e na produção industrial de produtos farmacêuticos mais necessários ao país (PAIM, *et al.*, 2011).

Um elemento fundamental para a gestão do SUS é a avaliação do sistema. Através de um sistema avaliativo sólido é possível reorganizar o serviço, suas ações e execuções a fim de melhor corresponder às necessidades da população. Para alcançar esta meta, utilizam-se informações sobre eficiência, efetividade e eficácia dos serviços, processos e resultados alcançados pelo sistema (BRASIL, 2004).

1.3 A Estratégia Saúde da Família - ESF

O Programa Saúde da Família – PSF foi criado em 1994 com o objetivo de reorganizar o modelo de assistência à saúde baseando-se na atenção básica conforme os princípios do SUS, gerando um novo paradigma de atuação entre as unidades de saúde e a população. O PSF procura essa reorganização por meio de um diagnóstico da saúde da comunidade, de um processo de planejamento e programação local da complementariedade de suas ações, da abordagem multiprofissional, do uso de referências e contra referências, de educação continuada e do estímulo a ação intersectorial, acompanhamento, avaliação das ações e controle social (BRASIL, 1997).

Uma década após sua implantação, devido aos resultados alcançados, o PSF evoluiu. Adquiriu o status de política nacional que constituiu a prática das ações de saúde em termos territoriais e populacionais. Esse fortalecimento foi orientado pela adscrição da clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde e planejamento baseado na realidade local (SOUSA E HAMANN, 2009).

A forma de se pensar SUS inclui a Equipe de Saúde Bucal – ESB dentro da Equipe de Saúde da Família – eSF como uma possibilidade de mudar o modelo assistencial baseado no curativismo, biologismo e tecnicismo, uma vez que sua lógica se baseia não só na integralidade do cuidado, mas também na busca ativa das famílias. A entrada oficial do cirurgião dentista na equipe de saúde da família ocorreu apenas no ano 2000. Foi um fator que contribuiu com um grande impulso para a expansão do PSF no Brasil (SOUZA e RONCALI, 2007).

1.4 O Programa Saúde na Escola - PSE

A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde – CNDSS reconhece que a determinação social da doença deve ser combatida. Propõe que sejam criados programas intersectoriais de desenho transversal nos vários setores de intervenção governamental; programas formulados por diferentes ministérios que se articulem em seu contexto para atingir um público alvo determinado e seus problemas;

programas setoriais de um ministério que afetem vários de seus grupos alvos. As decisões da comissão têm compromisso com equidade em busca da universalidade de acesso à saúde, assim como a fundamentação de suas recomendações em análises de evidências sólidas e com a ação de combater as iniquidades e seus fatores desencadeantes (CNDSS, 2008).

O Programa Saúde na Escola - PSE foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, com a finalidade de contribuir com a formação dos estudantes da rede pública utilizando estratégias de promoção, prevenção e atenção à saúde através da integração permanente entre as ações e políticas de saúde e educação (BRASIL, 2007). O programa tem como diretrizes: a descentralização e o respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de saúde e educação a fim de potencializar os resultados das ações propostas; respeito às realidades territoriais do espaço; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade na formação; transversalidade ao longo do tempo no cuidado; controle social; monitoramento e avaliação permanente (BRASIL, 2015).

A escolha por este tipo de intervenção deveu-se ao fato da escola ser um espaço que estimula o desenvolvimento do pensamento político e crítico e por ajudar na construção dos valores pessoais, crenças e formas de interpretar o mundo e conceitos (BRASIL, 2015). O período escolar é de fundamental importância para se trabalhar sobre questões de saúde já que é o momento em que a criança está aprendendo ou criando novos hábitos e costumes (SOUZA, *et al.*, 2012). Conforme os direitos fundamentais e a proteção integral à criança e ao adolescente garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990).

O Governo Federal propõe, para que o PSE alcance suas metas e objetivos fundamentais, a intersetorialidade entre Saúde e a Educação no momento do planejamento, da gestão e da tomada de compromissos, assim como o uso da territorialização das Equipes de Saúde da Família onde as escolas estão inseridas. É necessário também que sejam identificadas as zonas de maior vulnerabilidade e a cobertura escolar. Essa sinergia entre as políticas desses dois setores deve gerar uma qualidade de vida melhor para as crianças e adolescentes (BRASIL, 2015).

Doze eixos de ações estruturam o PSE, um deles, as ações relativas à Odontologia, que incluem a avaliação da saúde e higiene bucal (BRASIL, 2007). Dentro das atividades de responsabilidade da ESB estão ações para o planejamento e execução das atividades. Cabe à equipe o planejamento intersetorial; reunião com os responsáveis e famílias; avaliação de saúde bucal, avaliação conjunta do ambiente escolar, registro e análise de resultados; discussão de resultados; ações de prevenção de doenças e agravos e promoção à saúde dentro do projeto pedagógico das escolas; atividades de educação em saúde e; incentivo ao ambiente saudável nas escolas (BRASIL, 2016).

1.5 O absenteísmo

O absenteísmo é definido como uma palavra derivada do latim que tem como um de seus significados a ausência decidida antecipadamente (MICHAELIS, 2019). Essa ausência tem como característica a falta de comunicação antecipada à unidade de saúde responsável pelo atendimento (CRUZ, *et al.* 2018). É também definido como um padrão habitual no processo de trabalho, dever ou obrigação, sendo por falta ou atraso, como consequência de um motivo (TEIXEIRA, 2017).

As justificativas mais comuns para a falta às consultas marcadas são o esquecimento ou perda do horário; o responsável que não pode acompanhar a criança na consulta; o responsável estar doente no dia da consulta; não possuir dinheiro para a passagem de ônibus; o responsável não ser informado da marcação via escola; a pessoa precisar cuidar do irmão; a distância até o centro de saúde; entre outros (JANDREY e DREHMER, 1999). O tratamento muito longo, estar doente, mudança para outra localidade, não ser bem atendido ou medo são mais alguns dos fatores que influenciam no absenteísmo de acordo com Rocha e Bercht, (2000). Isso mostra que o absenteísmo de escolares não é um evento isolado. Ele está intimamente ligado ao responsável legal da criança, aos profissionais, gerentes e até mesmo a forma de organização do serviço, a sua avaliação e seu monitoramento do atendimento aos usuários (MACHADO, 2010).

Apesar da grande demanda reprimida de tratamento odontológico apresentada pela população brasileira, os índices de absenteísmo às consultas são notadamente altos, o que demonstra um comportamento multifatorial, que torna necessário o conhecimento dos motivos que fazem os usuários perderem suas consultas (MIOTO, SANTOS e FARIAS, 2015). O fenômeno do absenteísmo nos mostra a complexidade das relações em saúde. Uma grande disponibilidade de oferta de serviço não é suficiente para que aconteça a real utilização dos mesmos. É necessário analisar também diversos fatores, como demografia e epidemiologia, entre tantos outros, a fim de se entender esse intrincado processo (HAITER, 2014).

O absenteísmo às consultas da odontologia é um problema que acentua a insuficiência e ineficácia dos serviços de saúde, uma vez que o usuário ocupa uma vaga de tratamento que não é utilizada e mantém o profissional mal aproveitado por não estar produzindo naquele horário, fato que dificulta o acesso de outros usuários ao serviço. Altos índices de absenteísmo devem gerar preocupação no gestor. Este precisa tentar solucionar essa questão através de uma reflexão sobre os motivos desencadeadores dessa ocorrência (ROCHA e BERCHT, 2000; TOREZANI, 2015). Os índices de absenteísmo podem ser percebidos em todo país em níveis crônicos e preocupantes (CRUZ, *et al.*, 2018).

O usuário que opta pelo absenteísmo às consultas não tem a percepção das dificuldades que esse comportamento gera para o planejamento da equipe, nem do prejuízo aos outros usuários que poderiam utilizar a vaga de atendimento perdida (TOREZANI, 2015). O envolvimento dos estudantes e familiares nas etapas de planejamento e programação é uma estratégia que ajuda na integração entre gestores, profissionais e comunidade (CHIARI, *et al.* 2018). Essa técnica tem como objetivo responder a questões de interesse para que se possa justificar a tomada de decisão dos gestores objetivando uma maior efetividade das intervenções (FERREIRA *et al.*, 2014).

A utilização dos serviços de saúde está intimamente relacionada a diversos fatores, como os serviços disponíveis, a necessidade e a percepção dessa necessidade pelo usuário, assim como fatores geográficos e socioculturais. Estudos epidemiológicos de base populacional tornam possível o conhecimento de certos fatores, enquanto

outros necessitam de análises qualitativas para um adequado planejamento, formulação de estratégias de saúde e uso dos serviços (STOPA *et al.*, 2017).

Os motivos que levam ao absenteísmo necessitam ser estudados para a melhoria do serviço, uma vez que altos índices refletem não só na falta do paciente ou perda de recursos financeiros, mas também nas filas de espera para atendimento, na resolubilidade dos tratamentos e no aumento das necessidades de tratamento em caráter de urgência (MIOTO, SANTOS e FARIAS, 2015; TOREZANI, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

As faltas às consultas odontológicas possuem motivos que precisam ser estudados em conjunto para que se possa intervir visando à redução de seus índices, a fim de melhorar a oferta dos serviços, uma vez que gestores necessitam diariamente tomar decisões que visam esta melhoria. Com relação ao absenteísmo às consultas odontológicas das crianças atendidas pelo Programa Saúde na Escola é necessária uma ação que busque alternativas sistêmicas para sua resolução, que envolvam, não apenas o serviço odontológico, mas as equipes de saúde da família, escola, pais e responsáveis, assim como toda a comunidade.

O presente estudo visa não apenas conhecer os motivos pessoais e sistêmicos que levam ao absenteísmo, mas também propor alternativas para os gestores aplicarem em seus municípios a fim de reduzi-lo. Saber quais são os motivos que levam ao absenteísmo dos escolares participantes do PSE às consultas em suas UBS referenciadas pelo PSF facilitará a tomada de decisão dos gestores para seu enfrentamento. A partir de uma avaliação dos motivos encontrados para o absenteísmo, buscar-se-á encontrar as melhores estratégias para seu enfrentamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer os motivos pessoais, sociais e estruturais que levam ao absenteísmo, apontando possíveis alternativas para a solução do problema, neste e em outros municípios.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Mensurar o absenteísmo no agendamento e no tratamento entre escolares com necessidade de tratamento;

3.2.2 Avaliar os motivos dos responsáveis pelos escolares para o não comparecimento na consulta agendada;

3.2.3 Propor estratégias para o enfrentamento do absenteísmo, implementando uma intervenção e avaliando os resultados obtidos na intervenção.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, quantitativo e qualitativo desenvolvido em São Joaquim de Bicas, município de pequeno porte, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gérias. O município pertence à microrregião de saúde de Betim, estando a 48 Km da capital e a 16 Km da cidade sede da microrregião de saúde. Possui 71,7 Km² estando a uma altitude média acima do nível do mar de 758 m. Apresenta ligação direta com a Rodovia Fernão Dias, BR 381, ligando aos principais centros industriais do país. É atendida por rede ferroviária e o transporte público coletivo por ônibus é realizado por uma única empresa de transportes. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH segundo o censo de 2010 é de 0,662, enquanto o Estado de Minas Gerais tem o valor de 0,727. Sua população é aproximadamente 73% rural e 27% urbana e um total de 30.989 habitantes. De acordo com o mesmo censo, entre 2000 e 2010 a população do município cresceu

3,47% sendo o crescimento da nação foi de 1,17%. No mesmo período, a taxa de urbanização passou de 75,56% para 72,83%. Mortalidade infantil de 11,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2017 (IBGE, 2019; SÃO JOAQUIM DE BICAS, 2017).

O município dispõe de sistema de saúde, na atenção primária, composto por sete (7) Equipes de Saúde da Família - PSF e uma (1) Equipe do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Além disso, compõem a atenção primária, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, três Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família modalidade 1, dois consultórios odontológicos convencionais em unidades de saúde, uma Farmácia de Minas. Com relação à atenção à saúde de média complexidade, a rede municipal é composta por uma policlínica, uma unidade de pronto atendimento – UPA e um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Os exames e procedimentos constantes no rol de média e alta complexidade não ofertados pela cidade recebem encaminhamentos para os municípios de Betim ou Belo Horizonte conforme a Programação Pactuada Integrada-PPI. O município investe 30% do tesouro municipal em saúde o que configura o dobro do preconizado como valor mínimo de investimento na Emenda Constitucional 29 – EC 29.

A saúde em São Joaquim de Bicas busca se organizar por área de abrangência, procurando efetivar o atendimento dos usuários do SUS dentro de um território próximo à sua residência. Dessa forma, espera facilitar a criação de um vínculo entre a equipe de saúde de referência e seus usuários, possibilitando assim o cuidado em atenção primária, com priorização ao controle das doenças crônicas e degenerativas, por meio dos programas assistenciais prioritários, em busca da elevação dos indicadores de saúde.

O município ainda enfrenta um grave problema de violência urbana, pois está entre as trinta cidades com maior número de homicídios por armas de fogo do país (WAISELFISZ, 2015). Conta com três presídios em seu território sob a administração estadual, que dispõe de serviços de saúde bucal próprios.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o Parecer nº 2.756.888, cujo parecer consubstanciado esta presente no Anexo 4.

4.1 Etapa quantitativa, desenvolvida com dados secundários, apresentando os resultados do levantamento de necessidade de tratamento odontológico feito nas escolas e posteriormente o acompanhamento das ações curativas dos educandos encaminhadas à unidade de saúde.

O município do estudo realiza o levantamento de necessidade de tratamento odontológico dos educandos de 6 a 17 anos matriculados nas escolas do município anualmente. Foram responsáveis pelo procedimento seis (6) profissionais da equipe de Saúde Bucal do município e quatorze (14) estudantes estagiários, cursando o último período do curso de odontologia, no momento da coleta de dados. Os estudantes receberam um treinamento prático, de três semanas, com o protocolo utilizado pelo município para a classificação das necessidades dos educandos avaliadas (SÃO JOAQUIM DE BICAS, 2017).

O quadro 1 mostra a classificação utilizada pelo município para codificar os escolares. Em 2018 as escolas Nossa senhora da Paz, Ildeu Gabriel de Resende, Domingos Justino e CEI Farofa serviram como piloto para a inclusão de um novo código a ser testado, o código 4.

Quadro 1. Codificação utilizada pelo município para classificação dos escolares segundo a necessidade de cuidado odontológico

Código 00	Livre de cárie. Todos os dentes hígidos.
Código 0	Já teve contato com a cárie e apresenta restaurações, mas sem lesões ativas de cárie no momento.
Código 1	Apresenta até 3 lesões de cárie que necessitam tratamento ou exodontia.
Código 2	Apresenta de 4 a 8 lesões de cárie que necessitam tratamento ou exodontia
Código 3	Apresenta 9 ou mais lesões de cárie que necessitam tratamento ou exodontia
Código 4	Necessita de exodontia por motivos ortodônticos.

O exame dos educandos foi realizado em março e abril de 2018, nas escolas, durante o horário de aulas, sempre antes do horário do intervalo (recreio), e coincidente com o expediente do profissional responsável pela equipe. Utilizou-se, para o exame, iluminação natural e abaixadores de língua descartáveis e os

examinadores utilizaram todos os equipamentos de biossegurança. Todos foram orientados a, em caso de dúvida quanto à atividade cariada, considerar como positivo para cárie. Deste modo, evitou-se com esta medida, a presença de falsos negativos. As escolas que não alcançaram 100% de avaliação dos alunos tiveram como motivos a falta dos alunos nos dias das visitas e a falta de profissional responsável lotado durante um dos turnos, o que impossibilitou o trabalho.

Os encaminhamentos foram entregues de acordo com as especificidades de cada equipe de saúde bucal. O acompanhamento e os tratamentos foram realizados até o fim da primeira quinzena de novembro, quando os dados foram atualizados pela última vez. Os resultados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados através de análise descritiva e percentuais.

4.2 Etapa qualitativa, desenvolvida por meio entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e depois transcritas para não se perder informações, uma vez que a fala é um elemento que revela desde sistemas de valores até representações históricas, culturais e socioeconômicas (MINAYO, 2014). Foram entrevistadas mães de educandos encaminhadas para tratamento depois de serem examinadas na escola. O roteiro que norteou as entrevistas está no Apêndice (1).

A entrevista iniciou-se com uma pergunta disparadora: *“Porque sua criança não compareceu ao tratamento na Unidade de Saúde?”* Desse ponto em diante, as mães foram estimuladas a falar o que as impediu de levar seus filhos ou enteados para tratamento, as dificuldades enfrentadas, o reconhecimento da necessidade de tratamento, a existência de queixa de dor pela criança, se a criança já havia feito algum tratamento, em atendimento emergencial ou sequencial, a resposta do município e como solucionar o problema.

Ter a criança matriculada em escola do município foi critério único de inclusão das mães participantes. Inicialmente, selecionaram-se as mães de forma aleatória por sorteio segundo o nome da criança na lista de chamada das escolas. Para essas foi enviado um convite para comparecer no posto de saúde de sua área de abrangência. Foram escolhidas, por conveniência, duas mães para representar cada uma das áreas abrangidas pelas equipes odontológicas, totalizando 10

entrevistadas. Devido ao fato da ausência de algumas mães à entrevista, novas pessoas foram sorteadas, por mais duas vezes consecutivas. Como novamente nenhuma compareceu, mudou-se a estratégia de captação. Foi realizada uma visita às escolas da região e o número faltante de entrevistadas foi completado. As mães convidadas para a entrevista, que se dispuseram a participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice 2). Percebendo que as respostas começaram a se repetir como resultado das entrevistas, decidiu-se por manter esse número de dez como valor final.

As entrevistas das mães que compareceram à unidade de saúde foram realizadas nas próprias unidades em local reservado, livre de estresse, de forma individual, permitindo-se que fossem acompanhadas por suas crianças quando necessário. As demais entrevistas foram conduzidas em frente à escola, em local arborizado e tranquilo também de forma individual.

A análise dos dados iniciou-se com a leitura exaustiva das transcrições feita por três pesquisadores, optando-se pela análise de conteúdo, conforme GRANEHEIM e LUNDMAN (2004). Cada pesquisador, individualmente após a leitura, identificou os núcleos de significado apontados nas entrevistas, condensou as falas, interpretou, e finalmente, definiu as categorias. Após esta etapa, os três pesquisadores se reuniram e chegaram a um consenso quanto às categorias. Esse trabalho foi organizado em um quadro visto no Apêndice (3).

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa e sua subsequente discussão subsidiaram a elaboração de um artigo científico e um produto técnico.

5.1 Artigo científico

O artigo científico, resultado parcial dessa pesquisa, foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva classificada como B1 no Qualis/Capes, cujas normas de submissão encontram-se no Anexo 2.

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS DA
ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**EVALUATION AND CONTROL OF ABSENTEEISM TO DENTISTRY
CONSULTATIONS IN THE SCHOOL HEALTH PROGRAM**

*Marcel Rocha Teodoro - Teodoro, M. R. < mrteodoro2@gmail.com >

*Miriam Pimenta Parreira do Vale - Vale, M. P. < miriamodonto@gmail.com >

*Efigênia Ferreira e Ferreira - Ferreira, E. F. < efigeniaf@gmail.com >

*Rosa Nubia Vieira de Moura – Moura, R, N, V < bdmoura96@gmail.com >

Resumo

As faltas às consultas odontológicas possuem motivos que precisam ser estudados em conjunto para que se possa intervir visando à redução de seus índices. O estudo tem como objetivo mensurar o absenteísmo no agendamento e tratamento de escolares avaliar os motivos para o não comparecimento à consulta agendada e propor estratégias para o enfrentamento do absenteísmo. Foi realizada uma análise descritiva dos resultados do levantamento de necessidade e do acompanhamento das ações curativas. Entrevistas em roteiro semiestruturado com as mães foram analisadas sob o aspecto descritivo qualitativo. Daqueles que receberam a comunicação para agendamento, apenas 32,98% realizaram a marcação. Marcada a consulta, 75,52% compareceram. Dos educandos que compareceram à primeira consulta, 30,66% abandonaram. Somando-se a não marcação ao não comparecimento e ao abandono, obteve-se um valor de 85,31% dos estudantes se ausentaram às consultas. As mães revelaram que questões socioculturais tem uma contribuição muito importante e propuseram formas de se reduzir o absenteísmo. A forma como os responsáveis

pelos escolares vê a saúde é crucial para a decisão de quando se iniciar um tratamento. A mudança desse paradigma é a chave para que se alcance uma saúde bucal universal baseada na promoção, educação e prevenção em saúde.

Palavras chave: Absenteísmo, Escolares, Odontologia

Abstract

The absences of dental consultations has motives that need to be studied together in order to intervene in order to reduce their rates. The study aims to measure absenteeism in scheduling and treatment among schoolchildren; evaluate the reasons for those responsible for not attending the scheduled appointment; and propose strategies for coping with absenteeism. A descriptive analysis of the results of the need assessment and the follow up of the curative actions was carried out. Semistructured interviews with the mothers were analyzed under the descriptive qualitative aspect. Of those who received the communication for scheduling only 32.98% made the markup. After the consultation, 75.52% attended. Of the students who attended the first consultation, 30.66% dropped out. In addition to non-marking, non-attendance and dropout, 85.31% of the students were absent from consultations. The mothers revealed that socio-cultural issues have a very important contribution and proposed ways of reducing absenteeism. How caregivers see health is crucial for deciding when to start treatment. Changing this paradigm is the key to achieving universal oral health based on health promotion, education and prevention.

Key words: Absenteeism, Child development, Community Dentistry

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS é uma conquista da população brasileira estabelecida pela Constituição da República de 1988. A construção do SUS e sua manutenção é um processo contínuo, sempre em busca de uma saúde universal, integral e igualitária a todos os cidadãos¹. Inúmeras estratégias para a conquista da atenção universal à saúde foram implementadas ao longo dos anos de sua existência. Observamos que políticas públicas que visam garantir o acesso equânime têm ajudado o Estado em sua busca de universalidade em saúde².

Em uma dessas formas de se buscar uma saúde integral, que seja pautada pela prevenção, sem negligenciar a importância das ações curativas, criou-se o Programa Saúde na Escola – PSE. Esse programa busca integrar as ações dos Ministérios da Educação e da Saúde em ações interdisciplinares envolvendo setores específicos de ambos. O PSE foi instituído com a finalidade de contribuir com a formação dos estudantes da rede pública por meio de estratégias de promoção, prevenção e atenção à saúde através da integração permanente entre as ações e políticas de saúde e educação. Entre as ações desenvolvidas estão a avaliação da necessidade de tratamento, a escovação supervisionada, os bochechos fluoretados, palestras, entre outros³.

A necessidade de tratamento odontológico entre escolares concentra se, quase em sua totalidade, ao tratamento da cárie dentária. A cárie dentária pode impactar negativamente na qualidade de vida das pessoas, em qualquer idade, de forma adversa. Dor, dentes sensíveis, sangramento gengival e mau hálito são algumas das condições que são reconhecidas como causadoras de impacto nas performances diárias das crianças⁴.

A avaliação da necessidade de tratamento dos escolares, pelas equipes do PSE, é de fundamental importância para a saúde dos educandos, uma vez que dá a oportunidade de se

detectar problemas de saúde bucal em estágio inicial ou mesmo solucionar os de maior incômodo. Ao serem informados do problema, os pais ou responsáveis devem procurar os serviços de saúde para o tratamento, antes que as condições encontradas evoluam para formas mais graves. Esse tratamento precoce tem seu valor aumentado junto à comunidade escolar, uma vez que inúmeros problemas de origem bucal podem afetar o desempenho das crianças na escola e na vida⁵.

No entanto, após os encaminhamentos à Unidade de Saúde, muitos escolares não se apresentam para o tratamento. Este fenômeno, o absenteísmo, tem ocorrido com muita frequência nestes casos.

O absenteísmo, palavra derivada do latim, é definido como a ausência decidida antecipadamente⁶. As justificativas mais comuns para a falta das crianças às consultas marcadas são o esquecimento ou perda do horário, o responsável que não pode acompanhar a criança à consulta por vários motivos, dentre eles, o responsável não ser informado da marcação via escola e a distância até o centro de saúde⁷. O tratamento muito longo, adoecimento da criança, mudança para outra localidade, não ser bem atendido ou medo são mais alguns dos fatores que influenciam no absenteísmo⁸.

Isso nos mostra que o absenteísmo de escolares não é um evento isolado. Ele está intimamente ligado ao responsável legal da criança, aos profissionais e até mesmo à forma como o serviço se organiza, avalia e monitora o atendimento dos usuários⁹. Altos índices de absenteísmo devem gerar preocupação ao gestor, que precisa conhecer os motivos desencadeadores dessa ocorrência para solucioná-la⁸.

O presente estudo tem como objetivo conhecer os motivos pessoais, sociais e estruturais que levam ao absenteísmo de escolares ao tratamento odontológico, apontando possíveis alternativas para a solução do problema, nos municípios.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em município de pequeno porte, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gérias. Sua população é 73% rural e 27% urbana e um total de 30.989 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano-IDH, segundo o censo de 2010 é de 0,662 e apresenta taxa de mortalidade infantil de 11,9 óbitos por mil nascidos vivos¹⁰. A saúde municipal busca se organizar por área de abrangência, procurando efetivar o atendimento dos usuários do SUS dentro de um território próximo à sua residência. O município ainda enfrenta um grave problema de violência urbana, pois está entre as trinta cidades com maior número de homicídios por armas de fogo do país¹¹.

Este é um estudo de desenho transversal, desenvolvido em duas etapas: Etapas quantitativa e qualitativa.

Etapa quantitativa, desenvolvida com dados secundários, apresentando os resultados do levantamento de necessidade de tratamento odontológico feito nas escolas e posteriormente o acompanhamento das ações curativas dos escolares encaminhadas à unidade de saúde.

Anualmente, o município do estudo realiza o levantamento de necessidade de tratamento odontológico dos escolares matriculados nas escolas do município. Foram responsáveis pelo procedimento seis (6) profissionais da equipe de Saúde Bucal do município e quatorze (14) estudantes estagiários, cursando o último período do curso de odontologia, no momento da coleta de dados. Os estudantes receberam um treinamento de três semanas, com o protocolo utilizado pelo município para a classificação das necessidades dos educandos avaliados.

Os escolares são classificados por códigos próprios do município, de acordo com o quadro de saúde bucal apresentado: 00 (todos os dentes hígidos), 0 (sem dentes com lesões ativas de cárie, mas com restaurações), 1 (até 3 dentes com lesões de cárie ativas), 2 (4 a 8 dentes com lesões de cárie ativas), 3 (>9 dentes com lesões de cárie ativas) e 4 (necessita de exodontia motivo ortodôntico). O código quatro tem como seu exemplo principal a erupção do permanente sem a esfoliação do decíduo, necessitando de intervenção no consultório.

Os exames foram realizados em março e abril de 2018, nas escolas, durante o horário de aulas, sempre antes do horário do intervalo (recreio), e coincidente com o expediente do profissional responsável pela equipe. Utilizou-se iluminação natural e abaixadores de língua descartáveis. Todos foram orientados a, em caso de dúvida quanto à atividade cariada, considerar como positivo para cárie. Deste modo, evitou-se com esta medida, a presença de falsos negativos.

Os encaminhamentos foram entregues aos pais através do caderno de avisos dos escolares. Todos que receberam a comunicação sobre a necessidade de tratamento foram informados por meio do documento, explicando o procedimento para a marcação da consulta, na unidade de saúde mais próxima de sua residência. O acompanhamento dos tratamentos foi realizado até o fim da primeira quinzena de novembro quando os dados foram atualizados pela última vez. Os resultados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados por análise descritiva e percentuais.

Etapa qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e depois transcritas para não se perder informações, uma vez que a fala é um elemento que revela desde sistemas de valores até representações históricas, culturais e socioeconômicas¹². Foram entrevistadas mães de escolares matriculados nas escolas do município que aceitaram participar da pesquisa.

A entrevista iniciou-se com uma pergunta disparadora: “*Porque sua criança não compareceu ao tratamento na Unidade de Saúde?*” A partir daí as mães foram estimuladas a falar o que as impediu de levar os escolares para tratamento, as dificuldades enfrentadas, o reconhecimento da necessidade de tratamento, a existência de queixa de dor pela criança, se a criança já havia feito algum tratamento, em atendimento emergencial ou sequencial, entre outros.

Inicialmente, selecionaram-se as mães de forma aleatória por sorteio segundo o nome da criança na lista de chamada das escolas. Para essas foi enviado um convite para comparecer no posto de saúde de sua área de abrangência. Foram escolhidas duas mães para representar cada uma das áreas abrangidas pelas equipes odontológicas, totalizando 10 entrevistadas. Devido ao fato da ausência de algumas mães à entrevista, novas pessoas foram sorteadas, por mais duas vezes consecutivas. Como novamente nenhuma compareceu, mudou-se a estratégia de captação. Foi realizada uma visita às escolas da região e o número faltante de entrevistadas foi completado. As mães convidadas para a entrevista, que se dispuseram a participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas das mães que compareceram à unidade de saúde foram realizadas nas próprias unidades em local reservado, livre de estresse, de forma individual, permitindo-se que fossem acompanhadas por suas crianças quando necessário. As demais entrevistas foram conduzidas em frente a escola, em local arborizado e tranquilo, também de forma individual.

A análise dos dados se iniciou com a leitura exaustiva das transcrições feita por três pesquisadores, optando-se pela análise de conteúdo, conforme Graneheim e Lundman¹³. Cada pesquisador, individualmente após a leitura identificou os núcleos de significado apontados nas entrevistas, condensou as falas, interpretou, e finalmente definiu as categorias. Após esta etapa, os três pesquisadores se reuniram e chegaram a um consenso sobre as categorias.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o número 2.756.888.

RESULTADOS

Dos 3.643 escolares de 6-17 anos matriculados nas escolas municipais, 2.859 foram examinados. As escolas que não alcançaram 100% de avaliação dos alunos tiveram como motivos a falta dos alunos nos dias das visitas e a falta de profissional responsável lotado durante um dos turnos, o que impossibilitou o trabalho. Os dados estão expostos na Tabela 1.

Dos examinados, 953 (33,33%) apresentaram todos os dentes hígidos e 551 (19,27%) sem necessidade de tratamento, mas com tratamentos anteriores realizados, totalizando 1504 (52,60%) escolares saudáveis. Outros 77 (2,69%) escolares, estavam indicados para extração, por motivos ortodônticos (código 4), portanto sem presença de cárie dentária. Do restante do grupo, 1.278 (44,70%) escolares necessitam de tratamento para cárie dentária (códigos 1, 2 e 3), sendo que, 347 (12,14%) apresentam caso de alta gravidade (códigos 2 e 3), (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da necessidade de tratamento odontológico entre escolares examinados no PSE, por código e por escola, 2018.

Escola	Códigos						Avaliados
	00	0	1	2	3	4	
Antônio Júnior	97	8	139	36	1	0	281
CEI Centro	150	30	66	33	2	0	281
Altidório Amaral	198	104	233	38	11	0	584
Pedra Branca	66	12	83	33	16	0	210
CEI Pedra Branca	57	0	26	8	0	0	91
Nossa Senhora da Paz	7	143	29	1	1	3	184
Ildeu Gabriel de Resende	41	88	45	45	11	32	262
Domingos Justino	15	25	22	12	10	20	104
CEI Farofa	9	69	9	10	3	22	122
Jesus Chaves de Oliveira	23	13	39	9	0	0	84
Patrocínia Cândida	138	32	143	45	2	0	360
CEI Pituchinha	111	11	44	7	0	0	173
José Estevão	41	16	53	12	1	0	123
Total	953	551	931	289	58	77	2859
(%)	33,33	19,28	32,56	10,11	2,03	2,69	100

Fonte: coordenação de Saúde Bucal de São Joaquim de Bicas, 2018.

Na tabela 2, observou-se que, apesar da necessidade constatada (n=1355), somente 1124 (82,95%) dos escolares receberam os encaminhamentos das equipes de saúde bucal para o tratamento nas unidades básicas de saúde. Destes que receberam a comunicação para agendamento, apenas 378 (33,62%) dos pais ou responsáveis pelos escolares se dirigiram ao centro de saúde para realizar a marcação da consulta. Dos que marcaram a consulta, 91 (24,07%) abandonaram o tratamento antes mesmo de seu início.

Até o mês de novembro de 2018, dos 287 escolares que compareceram à primeira consulta agendada, 125 (43,55%) ainda se encontravam em tratamento e 74 (25,78%) tiveram seu tratamento concluído. Sendo assim, as perdas vão ocorrendo desde o exame feito, depois no encaminhamento à Unidade de Saúde, seguindo-se ao agendamento e à continuidade do tratamento. A partir dos escolares com necessidade de tratamento, 125 (9,22%) estavam em atendimento e 74 (5,46%) tinham concluído o tratamento, representando uma resolubilidade provável de 199 (14,68%) da necessidade, não havendo mais nenhuma desistência.

Tabela 2. Acompanhamento do trajeto do tratamento feito pelos escolares, do exame na escola até a conclusão do tratamento.

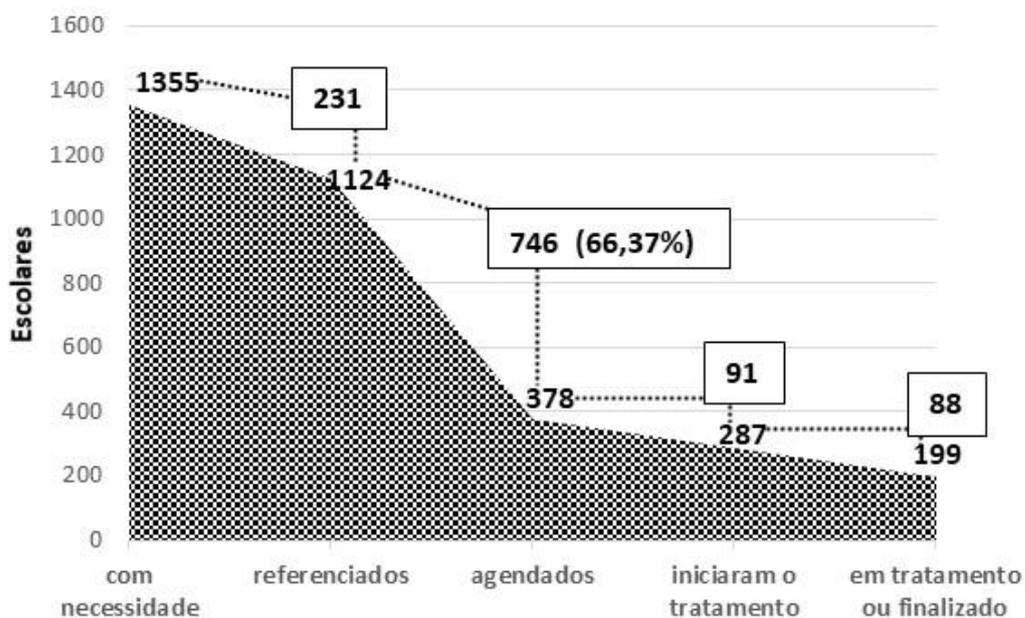
Escolas	N	AVA	NTTO	REF	ATTO	TTO	ABND	TC	ETTO
Antônio Júnior	514	281	176	2	1	1	0	1	0
CEI Centro	351	281	101	101	36	22	11	3	8
Altidório Amaral	728	584	282	282	101	79	27	33	19
Pedra Branca	231	210	132	132	4	4	0	1	3
CEI Pedra Branca	122	91	34	33	6	3	3	0	0
Nossa Senhora da Paz	423	184	34	22	8	8	4	3	1
Ildeu Gabriel de Resende	291	262	133	93	47	36	8	3	25
Domingos Justino	121	104	64	60	45	31	9	8	14
CEI Farofa	122	122	44	44	41	27	4	10	13
Jesus Chaves de Oliveira	84	84	48	48	10	8	0	0	8
Patrocínia Cândida	360	360	190	190	35	29	2	7	20
CEI Pituchinha	173	173	51	51	13	12	5	2	5
José Estevão	123	123	66	66	31	27	15	3	9
TOTAL	3643	2859	1355	1124	378	287	88	74	125

Fonte: Coordenação de Saúde Bucal de São Joaquim de Bicas, 2018.

N-total de escolares; AVAL-avaliados; NTTO- necessita tratamento; REF-Referenciado para a unidade de saúde; ATTO-Agendado o tratamento; TTO- tratamento; ABND-abandono de tratamento; TC-tratamento concluído; ETTO-em tratamento.

A figura 1 representa o movimento de perdas consecutivas dos escolares na trajetória do tratamento. Observa-se que a queda maior se concentra entre o momento do referenciamento e o agendamento da consulta da unidade de saúde (66,37%).

Figura 1: Trajetória dos escolares desde o levantamento de necessidades até a conclusão do tratamento odontológico



Apesar dos dados quantitativos terem explicado onde estavam ocorrendo às falhas e a magnitude do problema, com relação ao atendimento aos escolares com necessidade de

atendimento, pretendeu-se compreender os motivos percebidos pelos pais ou responsáveis deste problema. De fato, a maior perda neste percurso ocorreu entre o encaminhamento feito para a Unidade de Saúde e o agendamento que deveria ser feito pelos pais ou responsáveis.

Inúmeros fatores podem contribuir para o absenteísmo e as mães entrevistadas apontaram sua visão. O conteúdo das entrevistas, classificados em categorias e temas, auxiliaram nesta compreensão, conforme descrito no quadro 1A.

Quadro 1A. Percepção das mães sobre o problema do absenteísmo, por temas e categorias, 2018.

Tema	Categoria	Respostas
Ruídos na Comunicação	Conversa entre escola, UBS e pais.	<i>Não dá atenção (...) ao que a Vanessa (ASB) fala. (...)</i> <i>Não achava que ela precisava (...) por que é os primeiros dentes (...) foi bom por que fiquei sabendo que ela precisava.</i>
		<i>Falam que não mandou (o encaminhamento) para não trazer (...) por que sempre coloca no caderninho.</i> <i>Criança não entregou (o encaminhamento) (...) por falta de atenção ou (...) medo.</i> <i>Lembro não. vi os dentes (...) bem ruim trouxe para marcar.</i>
Ausências às consultas	Descuido	<i>Tem umas que é negligência.</i> <i>Preguiça com certeza.</i> <i>É por conta da mãe (...) tratou os que precisa mais e não traz.</i> <i>(...) na maioria é responsabilidade dos pais (...) fala “ah não precisa mexer com isso mais não...”.</i> <i>Tem a ver com os pais (...) falta responsabilidade.</i>
	Dificuldades da vida	<i>Muita correria dentro de casa (...) levar eles lá no ponto. Tá uma ladrãozada, criança some</i> <i>Por esquecimento, as vezes por compromisso.</i> <i>É muita coisa para uma mãe (...) solteira</i> <i>Só doença</i> <i>Pais trabalha fora e não tem responsável pra levar.</i> <i>Acho que não tem tempo (...) alguns perde a hora.</i>
	Acesso geográfico	<i>Falta de condições de poder vir porque aqui não tem ônibus.</i> <i>O transporte aqui é muito precário</i> <i>É a distância (...) tem uns que mora muito longe do posto.</i>
Resposta do serviço	O caminho da urgência	<i>É mais rápido, mas (...) é a mesma coisa.</i> <i>Solução de emergência. De dor, infecção (...) e orientação. Tratamento (...) é prolongado e resolve o problema.</i> <i>A urgência só (...) faz uma limpeza, uma coisa fácil e remarca.</i>
	Tratamento demorado	<i>Tanto que faz aqui ainda é pouco (paciente)</i> <i>Demora muito pra ter retorno acaba que a gente perde o dia</i>
Alternativas	O Serviço	<i>Se colocasse mais gente para atender (...) seria melhor.</i> <i>Agentes de saúde (...) indo em casa e falar diretamente com o responsável (...) pegando assinatura...</i> <i>Atendimento não ser tão prolongado</i> <i>Ônibus que (...) vai na escola (...) e trata a pessoa lá.</i> <i>Se pudesse vir outra pessoa, mas nem sempre eles aceitam tem que ser a mãe.</i> <i>Ameaçar tirar o bolsa família. (...) num instante (...) leva o filho.</i>
	Os usuários	<i>Mais carta (...) depois de muita insistência eles vem.</i> <i>Mandar bilhete pro escolar (...) avisando que amanhã tem dentista (...) ou (...) mensagem do whatsapp.</i> <i>Marca uma reunião (...) explica o tratamento e como é importante.</i> <i>Conscientização (...) levar para as famílias, mas precisa colaboração.</i> <i>Conversar com as crianças para ativar as mães</i>

DISCUSSÃO

O que falam os números

Partindo do número inicial de escolares com necessidade de tratamento (1355), desconsiderando os que não foram examinados (perda de 21,53%), observamos claramente a existência de um problema. De 1355 escolares necessitando atendimento odontológico, somente 199 (14,68%) estão em tratamento ou já o concluíram. Em outras palavras, 85,32% foram perdidos durante este trajeto. Com esta taxa de cobertura, pode-se afirmar que esta ação do Programa Saúde na Escola não tem sido exitosa. Além disso, provavelmente, esses faltosos, em algum momento, retornarão ao serviço com problemas de saúde ainda mais complexos.

As perdas começam no referenciamento (17,04%), apesar de ser constatada a necessidade de atendimento, portanto um problema organizacional. Dos 1124 escolares referenciados ao tratamento, somente 199 (17,70%) chegaram ao final do trajeto. Os valores do absenteísmo, de maneira geral podem ser estimados em 85,32%, já que o referenciamento pode ser considerado um agendamento. Esse valor é maior dentre os encontrados na literatura, como, por exemplo, no estudo de Melo *et al*¹⁴ que encontrou 48,3%. No entanto, esses números podem estar relacionados à procura inicial pelo serviço. A complexidade do Programa Saúde na Escola nos mostra que essa avaliação pode não refletir a realidade do serviço, uma vez que o programa nos permite identificar os estudantes que necessitam de tratamento antes mesmo que procurem o serviço de saúde.

O que as mães falam

As respostas das mães à entrevista foram organizadas de acordo com os temas encontrados.

Ruídos na comunicação

Em relação à como a forma de comunicação pode afetar o absenteísmo, percebe-se, por meio da fala das respondentes, que a falta de informação sobre a importância do tratamento de dentes decíduos é um fator importante. Uma de suas falas diz: “*Não achava que ela precisava (...) por que é os primeiros dentes (...) foi bom por que fiquei sabendo que ela precisava*”. Sendo isso não só uma falha de comunicação dos serviços de saúde¹⁵, mas também uma questão cultural da população, refletida em sua vulnerabilidade social como, acesso a meios de informação, escolarização e segurança¹⁶.

A percepção da mãe sobre a necessidade de tratamento também foi um ponto abordado pelas entrevistadas. “*É por conta da mãe (...) tratou os que precisa mais e não traz*”. Como discute Melo *et al*¹⁴ a percepção da condição de saúde bucal tem sua importância por representar a condição de saúde subjetiva, valores e expectativas culturais do sujeito, geralmente com maior ênfase nos sintomas e consequências dos problemas, o que contribui diretamente na forma de procura pelo serviço.

Desconsiderar as recomendações profissionais sobre a necessidade de se manter assíduo ao tratamento para uma melhor saúde bucal também foi apontado pelas entrevistadas. Como evidenciado na seguinte fala “*Não dá atenção (...) ao que a Vanessa [ASB] fala. (...) Não dá ouvido, tem que dar*”. Como constatado por Lemos *et al*¹⁷ que evidencia o descaso com a assiduidade como fator que dificulta ou até mesmo impede o trabalho do dentista nas questões que envolvem a educação em saúde bucal. Ainda há, segundo Rocha e Bercht⁸, nesse trabalho de educação a necessidade de se incorporar um método pedagógico constante que seja capaz de reconhecer as necessidades, misérias, dificuldades e grandezas do usuário como ator social

para melhor compreendê-lo. Dessa forma novas formas de comunicação poderão tornar-se mais eficientes.

Quanto ao agendamento da consulta uma respondente não se lembrava de ter recebido o encaminhamento da escola e decidiu levar a criança ao dentista. “Lembro não. Vi os dentes (...) bem ruim trouxe para marcar”. Existe problema de comunicação nesta etapa¹⁵. Os escolares são os mensageiros do referenciamento e pode até ocorrer que não entreguem o formulário aos pais, por vários motivos, incluindo o medo.

Ausências às consultas

Com relação ao motivo das ausências às consultas, as mães apontaram o descuido, as dificuldades da própria vida e o acesso geográfico como problemas. Fatores como preguiça, negligência e desmazelo foram citadas várias vezes. As mães se referem a um certo desinteresse ou mesmo uma indiferença como constatado por Lawrence¹⁸.

Mas, perder o horário da consulta por falta de tempo também foi relatado nessa fala “*Acho que não têm tempo*”. Os motivos foram vários como: “*É muita coisa para uma mãe (...) solteira; Pais trabalham fora e não tem responsável pra levar; muita correria dentro de casa*”.

O fato de os pais terem que trabalhar e por isso não poderem levar seus filhos às consultas foi o motivo mais apresentado pelas entrevistadas como determinante para o absentéismo fato já constatado na literatura^{16,15,19}, uma vez que legalmente apenas responsáveis pelo menor podem assinar a ficha para início do tratamento. Nem sempre os responsáveis podem se ausentar de seus empregos e mesmo que o façam, isso pode ser visto com maus olhos pelo

empregador. Assim para evitar problemas no emprego, muitos deixam de levar as crianças às consultas.

Motivos de doença também foram citados como fator gerador de absenteísmo como anteriormente constatado por Bender *et al*¹⁶. Afinal, com uma criança doente em casa, o responsável não pode levar à consulta a criança com horário agendado.

A violência urbana é apontada como um fator a ser considerado. “*Muita correria dentro de casa (...) levar eles lá no ponto. Tá uma ladraozada. Criança some*”. Assim a falta de segurança pública torna-se um motivo para que a criança não vá ao atendimento. Uma preocupação claramente justificada ao se analisar os dados do Mapa da violência de 2016 que coloca o município entre os trinta com maior número de mortes por armas de fogo do Brasil¹¹.

Ter outros compromissos gera esquecimento que favorece as faltas às consultas como um descuido para com a criança, apesar de ser interpretado pela mãe como uma dificuldade da vida. “*Por esquecimento, as vezes por compromisso*” como evidenciado na fala desta respondente pode significar um baixo grau de comprometimento com o tratamento da criança uma vez que entre dois diferentes compromissos agendados esqueceu-se exatamente o que envolvia a criança. Ainda assim o esquecimento pode ser a exemplificação do fenômeno do absenteísmo como discutido por Bittar²⁰, Ferreira¹⁹ e Teixeira²¹ que o mostraram como fator de destaque.

Como motivo das ausências ligado à responsabilização por descuido, percebe-se uma inversão de valores quando a escola se torna responsável pela saúde criança e não um ponto de apoio. A escola mandar trazer tira dos pais a responsabilidade de acompanhar a saúde da criança em seu dia a dia. Apesar de ser uma ação estratégica do PSE essa transferência talvez deva ser repensada no futuro delimitando melhor os limites da ação da escola e dos pais na saúde dos

escolares. Ainda nessa questão do descuido a falta de ação dos pais é evidenciada quando a respondente nos diz “*Tem a ver com os pais (...) falta responsabilidade*”.

A fuga da própria responsabilidade para com seus filhos, como é apontada por Ferreira¹⁹ como um fator importante de absenteísmo que pode ser evidenciado na seguinte fala: “Falam que não mandou para não trazer (...) por que sempre coloca no caderninho”. Colocando assim a culpa de falta à consulta em uma falha de comunicação, quando isto pode ter ocorrido por falha ao acompanhar os bilhetes, que sempre são enviados pela escola para os pais, no caderno de avisos.

Por fim a responsabilidade pela falta ainda acaba sendo dividida com criança. “Criança não entregou (...) por falta de atenção ou (...) medo”. Sendo a criança menor de idade, cabe aos pais o controle das comunicações enviadas pela escola. Não se deve esperar que a criança tome a iniciativa de apresentar o bilhete com o encaminhamento, pois inúmeros fatores podem influenciar a decisão da criança de ocultar o encaminhamento, sendo que o medo de dentista pode ser um dos principais, de acordo com Armfield *et al*²².

Resposta do serviço

Com relação ao acesso dos escolares ao tratamento como fator que pode contribuir para o absenteísmo, a falta de entendimento das mães sobre a diferença entre o tratamento realizado na urgência e o tratamento agendado é fator decisivo. “*É mais rápido, e (...) é a mesma coisa*”. Evidencia-se o não conhecimento da diferença entre os dois tipos de atendimento. Assim é compreensível que os encaminhamentos para marcação sejam ignorados já que o entendimento é que quando houver real necessidade aos olhos do responsável, basta ir ao serviço de urgência para resolver o problema. Mesmo considerando a possibilidade de tratamento de urgência, existe o problema que a maioria das entrevistadas não entende o que é feito em um atendimento de urgência como demonstrada nessa fala “*A urgência só (...) faz*

uma limpeza, uma coisa fácil e remarca". Isto interfere diretamente no acesso aos atendimentos, para a população e geral, tornando esta entrada mais confusa e ineficiente. Apenas uma entrevistada demonstrou conhecer a diferença entre essas duas modalidades de tratamento. *"Solução de emergência. De dor, infecção (...) e orientação. Tratamento (...) é prolongado e resolve o problema"*. Essa demonstra entender que o tratamento eletivo é mais resolutivo em longo prazo. Essa dificuldade de entendimento pode ser reflexo de barreira à informação sobre o serviço, fato muito citado na literatura como motivo para o absenteísmo¹⁵.

Com relação ao acesso geográfico, a falta de transporte coletivo e sua eficiência foram considerados fatores determinantes. *"Falta de condições de poder vir porque aqui não tem ônibus"* ou *"O transporte aqui é muito precário"* são relatos que demonstram a necessidade de se repensar a questão do transporte público para melhorar o acesso dos usuários. A distância do posto de saúde deve ser considerada *"É a distância (...) tem uns que mora muito longe do posto"*. Não tendo transporte público eficiente, a distância se torna um problema para aqueles que precisam se locomover a pé^{15, 16}.

A influência do acesso sobre o absenteísmo também é influenciada pela demora que se tem na marcação de consultas subsequentes a fim de dar prosseguimento ao tratamento, o que pode levar ao esquecimento da data marcada. *"Demora muito pra ter retorno acaba que a gente perde o dia"* é uma frase que pode ser a exemplificação do fenômeno do absenteísmo como discutido por Bittar²⁰ e Teixeira²¹, que mostraram ser este um fator de destaque para o esquecimento. No entanto, a assiduidade às consultas e a conseqüente redução do absenteísmo reduziria por si só essa demora na marcação.

Através do encaminhamento da escola, as mães que levam seus filhos para marcar a consulta tem prioridade no agendamento, pulando qualquer fila ou acolhimento. Mesmo assim o tratamento é demorado devido à grande demanda do serviço, que torna deveras complicado o

atendimento para toda a população que procura pelo atendimento. Apesar da expansão dos serviços de atendimento odontológico nos últimos anos, essa foi insuficiente em sua tentativa de aumentar o acesso a todas as camadas sociais²³.

Alternativas

Diante do quadro apresentado, as mães foram estimuladas a sugerir alternativas possíveis para se resolver o problema do absenteísmo. Essas alternativas foram organizadas em subtemas do serviço e dos usuários.

Com relação ao serviço, surgiu a seguinte fala: “*Agentes de saúde (...) indo em casa e falar diretamente com o responsável (...) pegando assinatura para ter a responsabilidade que já sabe sobre isso (...) tirar a (...) responsabilidade da criança*”. Apesar de ser uma forma diferente de transferência da responsabilidade parental da criança para o serviço, pode ser uma alternativa viável caso não sobrecarregue o serviço do agente comunitário de saúde. Essa alternativa que busca um maior envolvimento do agente comunitário de saúde aumentando seu número de visitas também foi sugerido por Foltz²⁴, com a finalidade de se reduzir o absenteísmo.

“Ônibus que (...) vai na escola (...) e trata a pessoa lá” é uma opção que busca trazer de volta a imagem do dentista na escola. Essa sugestão facilitaria a questão do sair do trabalho, pois o tratamento seria na própria escola e o responsável teria apenas que consentir com o tratamento por escrito. Além disso, seria mais ágil e não ficaria restrito a uma só escola podendo ser levado periodicamente a todas as áreas de saúde do município. Esse atendimento também serviria como alternativa para redução das agendas nas unidades de saúde ao evitar o atendimento dos escolares na cadeira da unidade.

Conforme Souza *et al*²⁵ seria possível intensificar o atendimento das necessidades odontológicas dos escolares, lembrando que se faz necessária a autorização dos pais ou

responsáveis através da assinatura de um TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) para o tratamento dos escolares na escola. Uma das mães sugere para o acompanhamento “*vir outra pessoa, mas nem sempre eles aceitam tem que ser a mãe*”, revelando a questão da responsabilidade parental sobre as decisões de saúde da criança. A primeira consulta, por questões legais, deve ser autorizada pelo responsável legal para a assinatura da ficha e plano de tratamento. Após essa autorização, sugere-se que outra pessoa possa levar a criança, desde que o tratamento realizado seja o que foi autorizado no plano de tratamento executado e autorizado pelo responsável.

Esta ação poderia ser vantajosa para todos, desde que fosse uma decisão compartilhada, e não uma transferência de problemas para o estado, omitindo-se neste caso, a corresponsabilização, assim como o vínculo e a autonomia, como dispositivos nas relações do cuidado²⁶.

Uma maior agilidade na marcação dos retornos também foi sugerida em “*Não demorasse pra remarca*” e “*Atendimento não ser tão prolongado (...) parece que eles cansam*”. Essa opção acaba sendo uma consequência do resultado de outras ações. Pois com mais profissionais, maior chance de atendimento, e menor espera pela consulta, inicial ou de retorno. Por isso a necessidade de se ampliar o serviço foi um dos pontos mais abordados. A fala *prioritária* “*Se pudesse tá atendendo mais pessoas (...). Se colocasse mais gente para atender (...) seria melhor*” sugere o aumento do número de profissionais de saúde bucal do município para atender a demanda crescente. Essa medida, segundo Miotto *et al*²⁷ ajudaria a reduzir a demora pela espera da nova consulta, diminuindo o esquecimento.

Quanto às alternativas sobre as formas de abordagem aos usuários, foi considerado o fato de que muitos pais não levam em consideração a necessidade de tratamento apresentada, mas apenas a por eles sentida. Sendo assim a fala “*Mais carta (...) depois de muita insistência eles vem*” tem o sentido de tentar um convencimento pela insistência. Apesar de ser uma boa

sugestão, esbarra na dificuldade de o serviço precisar notificar os pais repetidas vezes para que cumpram seu papel de responsável da criança. No entanto, é uma forma sugerida na literatura^{24,27}.

O uso da tecnologia para a comunicação para com os pais também foi mencionado. “*Mandar bilhete pro escolar (...) avisando que amanhã tem dentista (...) mensagem do whatsapp*” podem ser importantes ferramentas para diminuir as questões de absenteísmo por esquecimento^{24,27}.

Uma das sugestões diz: “*Conscientização (...) levar para as famílias (...), mas precisa colaboração*”. Nota-se que a responsabilidade é colocada sobre o Estado e a família deve apenas colaborar. Segundo a Constituição de 1988 a saúde é dever do Estado, mas isso não exonera a família da responsabilidade²⁸. E a questão do absenteísmo não pode ser creditada apenas ao Estado. Ainda no campo da transferência da responsabilidade há a fala: “*Conversar com as crianças para ativar as mães*”. Dessa forma, tornar a criança responsável por fazer com que o pai a leve ao dentista. Não parece uma opção que surtirá efeitos positivos, mas talvez possa tornar esses escolares adultos mais conscientes no futuro.

Uma alternativa que parece ser mais efetiva para curto e longo prazo assim como para a formação de cidadãos mais empoderados sobre sua saúde surge na fala desta entrevistada: “*Marca uma reunião (...) explica o tratamento e como é importante*”. Estratégias mais efetivas de educação em saúde em todos os momentos de interação com o usuário podem ser efetivas para a resolução do absenteísmo segundo²⁴.

A sugestão de “*Ameaçar tirar o bolsa família. (...) num instante (...) leva o filho*” não encontra respaldo legal para ser implementada e vai contra os princípios do SUS¹.

CONCLUSÃO

A constante avaliação e controle dos serviços de saúde são de fundamental importância para a organização dos SUS. A partir de um retrato fidedigno da realidade em que se encontram os serviços de saúde e as comunidades em que se inserem é que os gestores podem perceber se existem, ou quais são, os problemas em seus serviços e orientar suas decisões a fim de alcançar seus objetivos. Os esforços estatais para que a saúde realmente seja um direito universal no Brasil necessita ser consolidado por decisões que gerem uma real melhoria das condições de saúde da população.

Apesar da grande demanda reprimida de tratamento odontológico apresentada pela população brasileira, os índices de absenteísmo às consultas são altos entre escolares. O fenômeno do absenteísmo nos mostra a complexidade das relações em saúde. Uma grande disponibilidade de oferta de serviço não é suficiente para que aconteça a real utilização dos serviços.

As questões socioculturais têm uma contribuição deveras importante, pois servem de base para se construir a definição individual sobre o que é a necessidade de tratamento. É muito preocupante a quantidade registrada de não procura ao tratamento odontológico, apesar da necessidade constatada pelo serviço. A forma como os responsáveis pelos escolares vê a saúde é crucial para a decisão de quando se iniciar um tratamento. A mudança desse paradigma é a chave para uma que se alcance uma saúde universal baseada na promoção, educação e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.
2. Gomes, D.R.; Gomes, D.R.; Mattos, M.P., Desigualdades em saúde e a estratificação social no acesso aos serviços de saúde. *Rev. das Ciências da Saúde do Oeste Baiano. Higia* 2016; 1 (2): 19-33.
3. Brasil. Decreto nº6.286 de 5 de dezembro de 2017. Brasília, DF, Presidência de república, 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
4. Aimée, N.R.; van Wijk, A.J.; Maltz, M. et al. Dental caries, fluorosis, oral health determinants, and quality of life in adolescents. *Clin Oral Invest* 21, 1811–1820 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00784-016-1964-3>
5. Ortiz, F. R.; Radaman, Y.H.; Bayardo González, R.A.; Ardenghi, T.M. Factors associated with Oral Health-Related Quality of Life of preschool children in Southern Brazil. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol.* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Oct 22] ; 64(3): 256-262. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-863720160003000033254>
6. Michaelis. Dicionário Brasileiro da língua portuguesa. Editora Melhoramentos Ltda., 2019 [11/02/2019]. Disponível em <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>
7. Jandrey, C.M.; Drehmer, T.M. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário (MSC) do centro de pesquisas em odontologia social (CPOS) – UFRGS. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*; 40(2): 24-8, jan. 2000.
7. Paredes, S.O.; Fernandes, J.R.L.; Fernandes, J.M.F.A.; Menezes, V.A. Utilização dos serviços odontológicos por pré-escolares em um município de pequeno porte do Estado da Paraíba. *Rev. odontol. UNESP* [Internet]. 2015 June; 44(3): 181-187. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772015000300181&lng=en
8. Rocha, C.R.; Bercht,S.B, Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de saúde Murialdo. *R. Fac. Odontol, Porto Alegre*, v.42, n.2, p. 25 – 31, dez, 2000.
9. Piovesan, C.; Antunes, J.L.F.; Mendes, F.M.; Guedes,.RS.; Ardenghi, T.M. Influence of children's oral health- related quality of life on school performance and school absenteeism. *J Public Health Dent.* 2012;72(2):156-163. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22372974/>

10. IBGE; Instituto Brasileiro de geografia e estatística. São Joaquim de Bicas. 2019 [2019/06/16]. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joaquim-de-bicas.html?>
11. Waiselfisz, J.J. Mapa de violência 2016. Homicídios por armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro. Flacso Brasil. 2015.
12. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. Rio de Janeiro. Hucitec. 2014
13. Graneheim, U.; Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*; 24:105–12; 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515>
14. Melo, A.C.B.V.; Braga, C.C.; Forte, F.D.S., Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma unidade de saúde da família de João Pessoa – PB. *R Bras ci Saúde* 15(3): 309-318, 2011.
15. Cruz, D.F.; Cavalcanti, R.P.; Lucena, E.H.G.; Padilha, W.W.N., A regulação da saúde bucal e o absenteísmo: cenários e possibilidades. *REFACS (online)* 2018; 6(2):228-237
16. Bender, A.S.; Molina, L.R.; Mello, A.L.S.F., Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev. Espaço para a Saúde, Londrina*, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.
17. Lemos, V.F.M.; Barbosa, D.L.; Ramos, C.J.; Myaki, S.I., Influência do fator assiduidade à consulta odontológica na prevalência de cárie em indivíduos atendidos na bebê clínica da prefeitura do município de Jacareí, SP, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 8(2):203-207, maio/ago, 2008.
18. Lawrence, S.M., Dental values as a factor affecting attendance among patients with high dental fear. Department of psychology/School of dentistry. College of arts and sciences at West Virginia University. Morgantown, 2005.
19. Ferreira, M.B, Lopes, A.C.; Lion, M.T.; Lima D.C.; Nogueira, D.A.; Pereira, A.A., Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia saúde da família. *Rev. da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 14, n. 1, p. 411-419, jan./jul. 2016.
20. Bittar, O.J.M.V; Magalhães, A.; Martines, C.M.; Felizola, N.B.G.; Falcão, L.H.B., Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no Estado de São Paulo. *Bepa* 13(152):19-32. São Paulo, 2016.
21. Teixeira, M.L. Absenteísmo dos usuários nas consultas odontológicas em equipes de saúde da família: Uma revisão. 2017. 19f. Faculdade de medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre - RS, 2017.

22. Armfield, J.M.; Stewart, J.F.; Spencer, A.J., The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007, 7.
23. Stopa, S.R. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, pesquisa nacional de saúde 2013. *Rev. Saúde Pública*. 51 Supl 1:3s 2017.
24. Foltz, L. Enfrentamento do absenteísmo no centro de especialidades médicas e odontológicas de Araucária/PR. Especialização em gestão em saúde. Departamento de administração geral e aplicada. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2016.
25. Souza, M.C.A.; Casotti, E.; Bello, R.F.; Marque, A.S.; Nóra, M.B., Promovendo saúde em crianças de uma escola quilombola na zona rural: relato de experiência. *Rev. Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2012; 14(2): 25-30
26. Ayres, J.R.C.M., Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface* 2004; 8 (14):73-92.
27. Miotto, M.H.M.B.; Santos, L.R.; Farias, C.M.L, Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 17(4): 121 – 128, out – dez, 2015.
28. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, Senado, 1990.

5.2 Produto técnico

DIAGNOSTICO E INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO EM ODONTOLOGIA ATRAVÉS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

*Marcel Rocha Teodoro - Teodoro, M. R.

*Miriam Pimenta Parreira do Vale - Vale, M. P.

*Efigênia Ferreira e Ferreira - Ferreira, E. F.

RESUMO

As faltas às consultas odontológicas necessitam de intervenção que vise à redução de seus índices. Somando-se o não agendamento, ao não comparecimento à primeira consulta e ao abandono do tratamento obteve-se um valor de 82,3% dos estudantes com necessidade clínica restauradora constatada que se ausentaram às consultas. Este caminho iniciado teve alguma mudança de rumo quando novos aspectos foram surgindo a partir da análise dos dados. Alternativas de enfrentamento foram sugeridas para tentar solucionar o problema observando as sugestões apresentadas. A alternativa emergencial escolhida foi realizar o Tratamento Restaurador Atraumático nas escolas (sigla em inglês, *ART*). A ação melhorou os resultados em todos os momentos avaliados, mas deixou arestas que precisam ser aplainadas.

1 INTRODUÇÃO

As faltas às consultas de odontologia, conhecida como absenteísmo, é um problema que gera a insuficiência e ineficácia dos serviços de saúde, uma vez que o usuário ocupa uma vaga de tratamento que não é utilizada e mantém o profissional ocioso naquele horário. Além disto impede o acesso de outros usuários ao tratamento

odontológico. Altos índices de absenteísmo devem gerar preocupação ao gestor que precisa solucionar a questão, procurando, inicialmente conhecer o tamanho e os motivos desencadeadores dessa ocorrência (ROCHA e BERCHT, 2000).

Os municípios têm no rol de suas competências, como preconizado pelo Programa Saúde na Escola - PSE, verificar as condições de saúde bucal em todos os escolares matriculados na rede pública de ensino. Os que apresentam necessidade são encaminhados para tratamento nas Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Para conhecer o problema do absenteísmo, informalmente observado pelos profissionais de saúde, e procurar a solução mais adequada, desenvolvemos este estudo.

2 CONHECENDO O PROBLEMA

Esta intervenção foi realizada em São Joaquim de Bicas, município próximo a Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, com população estimada de quase 30.000 habitantes em 2018.

A fim de se entender a realidade do absenteísmo nesse município, realizou-se, inicialmente uma pesquisa analítica e descritiva, de caráter quantitativo e qualitativo.

Durante o ano de 2018, foi feito o levantamento de necessidades de tratamento nos escolares da rede pública de ensino fundamental neste município, para planejamento das ações curativas, que seriam realizadas

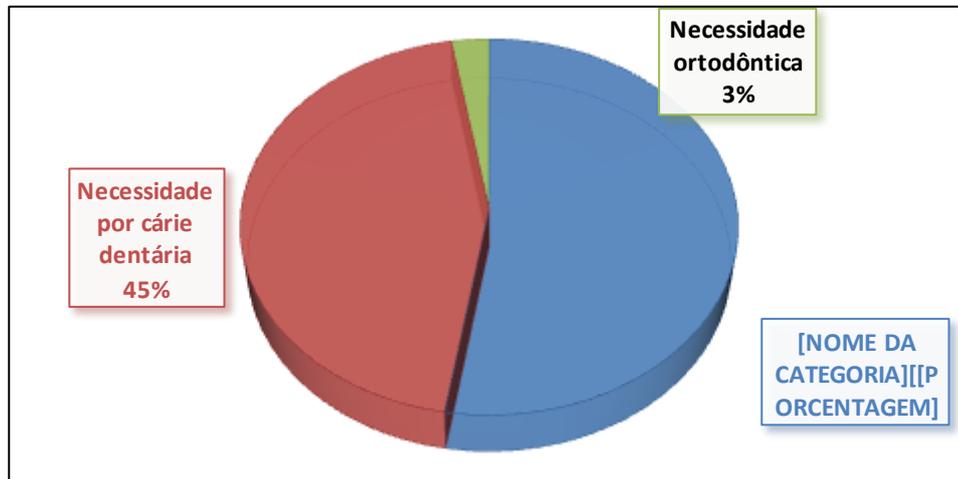
Este levantamento seguiu uma adaptação dos critérios sugeridos pela Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura de Belo Horizonte, classificando as crianças com e sem necessidades cirúrgico-restauradoras, com gradação de menor a maior gravidade, acrescido do exame de necessidade de tratamento ortodôntico.

3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dos 2859 escolares examinados, na própria escola onde estavam matriculados, 1504 (52,6%) estavam livres de cárie, 1278 (44,7%) necessitavam tratamento

cirúrgico-restaurador e 77(2,7%) necessitavam de correção ortodôntica¹, sendo que estes seriam encaminhados para atenção secundária.

Gráfico 1. Distribuição da necessidade de tratamento odontológico em escolares, São Joaquim de Bicas, 2018

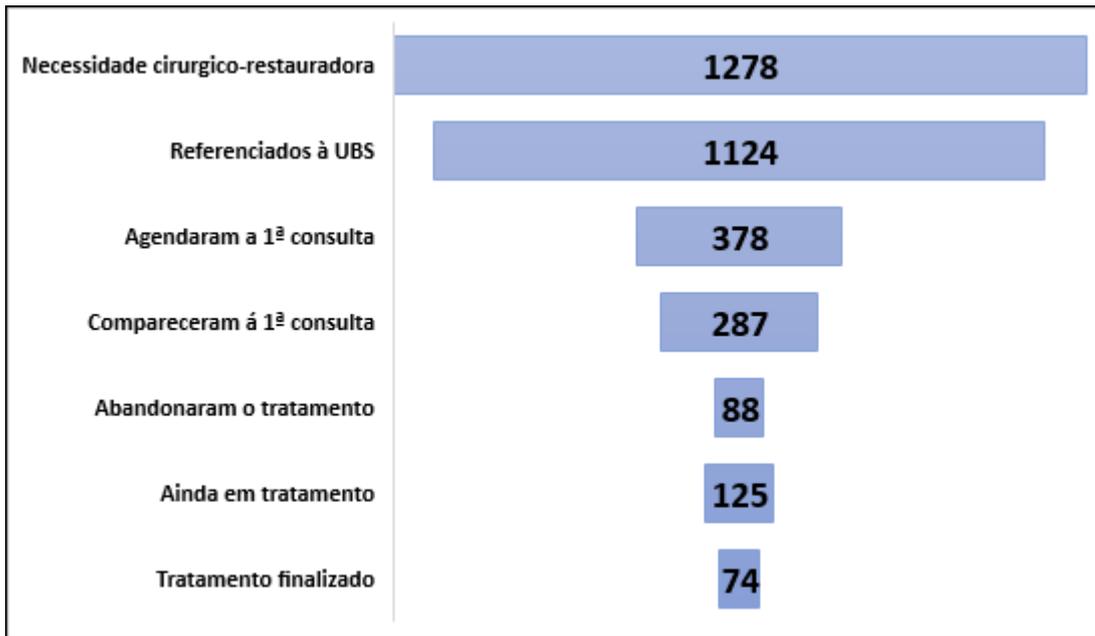


Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2019

Dos 1278 escolares que apresentaram necessidade de tratamento restaurador, 1124 (87,9%) foram encaminhados através do documento de encaminhamento, que continha também as orientações de como proceder para o agendamento na UBS.

Gráfico 2. Fluxo do levantamento de necessidades até o tratamento na UBS, escolares, São Joaquim de Bicas, 2018

¹ Escolares diagnosticados com necessidade de correção ortodôntica deveriam ser encaminhados para a Atenção Secundária - CEO



Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2019

No gráfico 2, podemos observar que, dos encaminhamentos feitos, somente 378 estudantes foram agendados para consulta odontológica, por seus responsáveis e 91 escolares (24%) não compareceram à 1ª consulta.

Dos 287 escolares que compareceram, 88 (30,6%) abandonaram o tratamento, 74 (25,8%) concluíram e 125 (43,5%) ainda se encontravam em atendimento no momento da finalização da fase de diagnóstico deste estudo. Sendo assim, somando-se o não comparecimento à primeira consulta (91) e ao abandono durante o tratamento (88), obteve-se um valor de 47,3% dos escolares que se ausentaram às consultas da odontologia, a partir do agendamento feito pelos responsáveis. Esta foi a taxa de absentismo observada.

Existem outros pontos de estrangulamento que são importantes, embora não se configurem como absenteísmo. Este é um posicionamento comum entre profissionais de saúde, mas percebe-se neste estudo que não é um problema único e isolado. Todos os aspectos deverão ser avaliados, se a tentativa e solucionar o problema.

Por este motivo, todas as análises avaliaram a inclusão ou não de escolares no atendimento odontológico a partir do total de crianças consideradas com necessidade de tratamento odontológico.

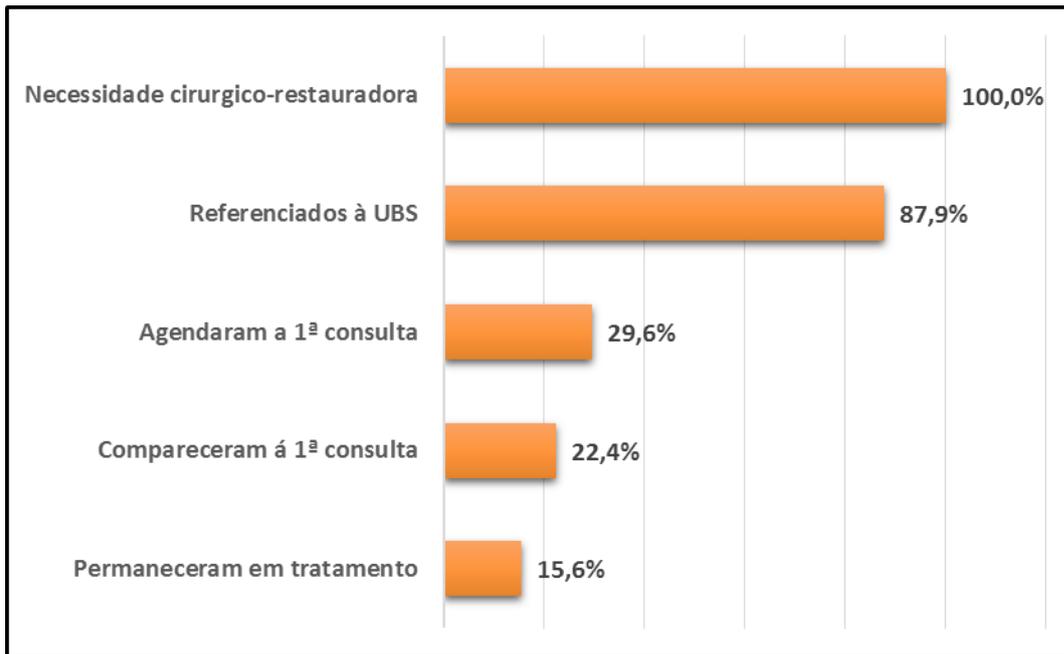
3 O OUTRO LADO DO PROBLEMA

O resultado observado neste estudo nos indica um problema complexo, como já comentado, que vai além do absenteísmo. Observando o Gráfico 3, de 1278 escolares identificados com problemas que necessitariam de atendimento odontológico, somente 199 foram incluídos no sistema (74 com tratamento finalizado e 125 em tratamento). Isto significa um percentual de 15,6 escolares.

Os valores observados do absenteísmo às consultas encontradas (47,3%), são concordantes com o apresentado na literatura, como no estudo de Melo, Braga e Forte (2011) que encontraram 48,3%. No entanto, esses são valores que estão relacionados à procura inicial pelo serviço. A complexidade do Programa Saúde na Escola nos mostra que essa avaliação pode não representar a realidade do serviço. A ideia de identificar os estudantes que necessitam de tratamento antes mesmo que procurem o serviço de saúde, tem apresentado problemas.

Observando o fluxo, do exame até o tratamento na UBS (Gráfico 3) notamos que as perdas entre etapas são subsequentes e vão se acumulando. Temos a perda do encaminhamento da escola para a UBS: 12 % dos escolares com necessidade não receberam o encaminhamento. Mais perdas são notadas no intervalo entre o encaminhamento e o agendamento de consulta na UBS, competência compartilhada entre os responsáveis pelos escolares e profissionais do PSE e/ou da escola: 66,4% dos responsáveis não agendaram seus filhos para a 1ª consulta odontológica. O problema é bem maior do que o absenteísmo.

Gráfico 3: Trajetória dos escolares no atendimento odontológico vigente no município, São Joaquim de Bicas, 2018



Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2019

A fim de entender o motivo destas perdas, pela percepção dos responsáveis pelos escolares, foi feita uma pesquisa qualitativa com mães dos escolares que participaram da pesquisa de diagnóstico epidemiológico. Foram feitas entrevistas com dez mães de alunos da rede municipal e, após análise, foram extraídos os problemas apontados e as sugestões elaboradas por elas.

4 PROBLEMAS E SUGESTÕES APONTADOS PELAS MÃES ENTREVITADAS

Alguns problemas vividos são apontados pelas mães.

- Com relação ao encaminhamento apontaram que este poderia ser feito pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, entregando na própria casa, com recibo assinado.
- Que este agendamento não fosse tão distante. Recebem o encaminhamento e agendam a consulta para meses depois.
- Com relação ao comparecimento à primeira consulta, relatam os problemas que podem ocorrer: a dificuldade de tempo pelos afazeres domésticos ou pelo trabalho; o impedimento por não ter com quem deixar os outros filhos; a distância da residência até a UBS (em alguns casos) e a dificuldade de transporte; a possibilidade de outra pessoa poder fazer esta tarefa, muitas vezes negada pela UBS em função de necessidade de dados no prontuário.

- Com relação ao atendimento em si, apontam o espaçamento entre consultas que desanimam as mães e as crianças ou mesmo trazem o esquecimento da hora marcada.
- Algumas mães consideram que existe por parte dos pais, em alguns casos, o *desleixo, a preguiça e a pouca importância* dada ao tratamento.

As mães fizeram algumas sugestões:

- As mães se incomodam e não aceitam que a criança, como é a mensageira que leva o recado do encaminhamento para os pais, seja a responsável (algumas relataram que não receberam o encaminhamento).
- Sugerem reforço na lembrança das consultas marcadas, pela própria criança na agenda/caderno que os pais devem olhar diariamente, repetir o encaminhamento se a criança não for agendada ou mesmo enviar mensagem pelo *Whatsapp*,
- Consideram que seria preciso aumentar os profissionais que atendem nas UBS. Mais pessoas aumentaria a chance de atendimento menos espaçado.
- Sugerem o trabalho de conscientização com as mães e as crianças, esclarecendo a necessidade do tratamento.
- Medidas mais drásticas também foram sugeridas como “ameaçar tirar o bolsa família”.
- Seria a solução se “o tratamento fosse feito na própria escola” como “um ônibus que vai nas escolas”.

5 PRIMEIRO ENFRENTAMENTO

Para o primeiro enfrentamento, a equipe de saúde bucal do município pensou em alguma medida que fosse resolutiva, de maneira mais premente, em função do alto percentual de escolares que mesmo necessitando, estavam sem atendimento. Optou-se por escolher a opção “Ônibus que (...) vai na escola (...) e trata a pessoa lá”, uma vez que essa solução resolveria simultaneamente diversos problemas. Não seria usado o “ônibus”, mas seria levado o atendimento à escola

Ao levar o atendimento para a escola, os pais não precisariam se ausentar de seus trabalhos para levar seus filhos às consultas; o problema da autorização inicial para tratamento no consultório acabaria com a assinatura da autorização para realização na própria escola; a não procura inicial pelo serviço deixaria de ser uma questão de preocupação imediata; a agenda dos profissionais dos postos de saúde não seria sobrecarregada pelos encaminhamentos das escolas; a distância dos agendamentos para a primeira consulta e retornos subsequentes não seria um fator dificultador e não geraria esquecimento da consulta; diminuiria influência dos pais e responsáveis no curso do tratamento e reduziria a necessidade de procura aos serviços de urgência em momentos de dor.

Diante das condições encontradas, uma vez que as escolas não contam com consultórios odontológicos e o município não tem consultório móvel, decidiu-se que a técnica do Tratamento Restaurador Atraumático seria a mais indicada. Essa técnica possibilita a restauração de dentes cariados a menor custo, com baixa inversão tecnológica (não utiliza equipamentos elétricos) e com resultados já sedimentados na literatura com relação a sua eficácia.

Consiste na remoção do tecido cariado através de instrumentos manuais que podem ser levados em pequenas bolsas e posterior restauração com cimento de ionômero de vidro, sem a necessidade de anestesia. (FRENCKEN *et al.*, 2001). É também considerada uma técnica restauradora para promoção de saúde em populações, já que tem um importante papel na paralisação da doença cárie e apresenta eficiência clínica comprovada no controle da evolução do processo carioso (FONSECA, OLIVEIRA E DOMINGOS, 2010).

Embora tenha algumas limitações, com relação a casos mais graves, resolveria o problema imediato, sem custo adicional. Os escolares com necessidades mais complexas, seriam encaminhados para a UBS.

6 PLANO DE AÇÃO

Participaram da estratégia uma professora universitária e uma técnica de saúde bucal do município, que foram as responsáveis pela ação e monitoramento de 20 estagiários, graduandos de um curso de Odontologia, estagiando no município, sob supervisão do Coordenador de Saúde Bucal, do município. Estes foram divididos em dois grupos de dez integrantes, por horário de atendimento.

Foi conduzida uma intervenção piloto em uma escola, selecionada por conveniência, para possíveis adequações da técnica, caso necessário. A escola, a partir de agora denominada “Escola Piloto” é a maior do município, localizada na região central e fica a cerca de 3km da UBS de referência.

Esta intervenção piloto foi organizada em quatro fases:

1. Primeira visita à escola: explicação da proposta à diretoria e corpo docente da escola; escolha do ambiente onde seriam realizados os atendimentos odontológicos; preparação e teste das instalações para as atividades.
2. Segunda visita à escola: identificação dos escolares que necessitavam do atendimento odontológico, entrega dos termos de consentimento para que os responsáveis autorizassem a realização do tratamento.
3. Início das consultas de atendimento até a conclusão do trabalho, para os escolares autorizados a receber o tratamento.
4. Encaminhamento dos estudantes cujas necessidades de tratamento não foram concluídas pela técnica selecionada.

7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A proposta de enfrentamento ao absenteísmo apresentada à Secretaria de Saúde do município foi aceita e autorizada. O termo de autorização municipal assinado pela secretária de saúde se encontra no Anexo (1).

Quando os escolares foram avaliados na escola o estudo piloto, por meio do PSE, dos 728 alunos matriculados (idade 6 a 15 anos), 584 (80,2%) foram avaliados e destes, 282 (48,3%) precisavam de tratamento, 101(35,8%) haviam agendado a 1ª consulta, mas somente 79 compareceram.

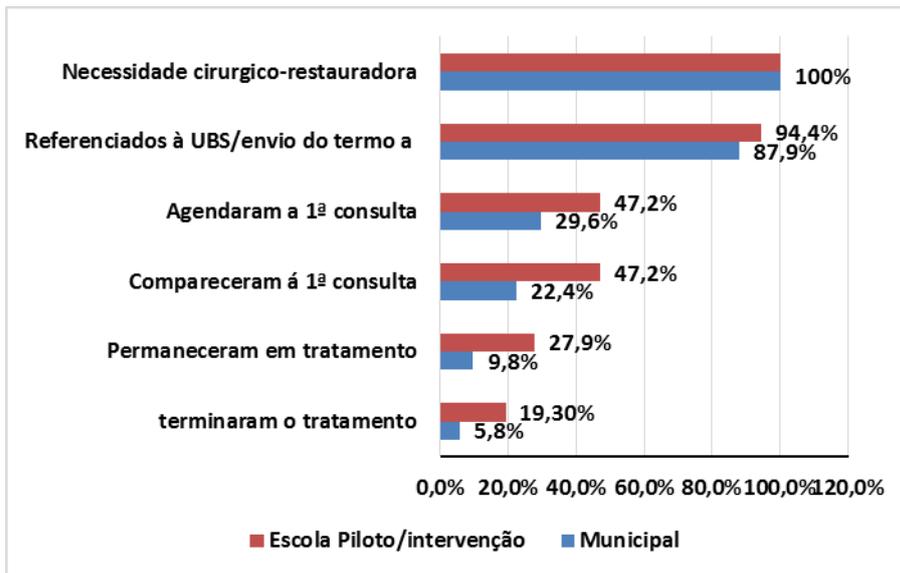
Na intervenção piloto, foram selecionados 233 escolares, entre os com necessidade de tratamento com menor gravidade, já que a técnica *ART* não é indicada para casos mais complexos. Destes, 220 (94,4%) receberam o Termo de Consentimento para que os responsáveis autorizassem o tratamento, mas somente 110 o fizeram (50%).

Todos os escolares cujos pais autorizaram, foram tratados. Em função das limitações apresentadas pela técnica *ART* em casos mais graves, 45 (41%) dos escolares tiveram seu tratamento concluído e 65 foram tratados e encaminhados para a UBS para conclusão do tratamento.

O gráfico 4 mostra a comparação do modelo vigente no município e a intervenção realizada na “Escola Piloto”

Conforme o planejamento, a autorização para tratamento foi entregue a todos os estudantes codificados no exame com menor gravidade, para consentimento dos pais. Apenas 5,6% dos estudantes não receberam, por terem mudado de escola ou faltado às aulas nos dias designados para a realização do trabalho. Considerando que habitualmente, os encaminhamentos eram entregues para 83%, houve melhora nesse momento ao entregar o termo para 94%.

Gráfico 4. Trajetória dos escolares no atendimento odontológico vigente no município e na “Escola Piloto”



Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2019

Apenas 110 autorizações foram devolvidas pelos pais ou responsáveis autorizando o tratamento, representando 47,2% de devolução. Isso reflete uma melhoria em relação à forma até então utilizada pelo município por que era de 27,89% dos alunos que precisavam de atendimento que realmente agendavam consultas nas unidades básicas de saúde. Mas uma perda de quase 50% das crianças por ausência da assinatura dos responsáveis é preocupante. e

O atendimento do projeto obteve 19,30% dos escolares com tratamento concluído, 27,9% encaminhados para a UBS para conclusão. Este valor representa quase 50% dos escolares atendidos bem melhor que 15,6% verificados no modelo do município.

A técnica do *ART* não foi suficiente para completar o atendimento às necessidades de tratamento de 29,54% dos alunos gerando encaminhamentos à unidade básica de saúde de referência. Esses foram encaminhados para suas unidades básicas de saúde – UBS já com parte de seu tratamento iniciado. O gráfico 1 mostra a comparação dos resultados antes e depois da intervenção nos diferentes momentos do serviço.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constante avaliação e controle dos serviços de saúde são de fundamental importância para a organização dos SUS. A partir de um retrato fidedigno da realidade em que se encontram os serviços de saúde e das comunidades em que se inserem, propiciam aos gestores uma melhor percepção dos problemas no serviço a fim de orientar duas decisões objetivando uma maior resolutividade no atendimento. Os esforços estatais para que a saúde realmente seja um direito universal no Brasil, necessita ser consolidado por decisões que gerem uma real melhoria das condições de saúde da população.

Apesar da grande demanda reprimida de tratamento odontológico apresentada pela população brasileira, os índices de absenteísmo às consultas são altos entre os escolares. No entanto, considerando o absenteísmo como falta à consulta, outros aspectos precisam ser avaliados. Os resultados mostram a complexidade das relações em saúde. Uma grande disponibilidade de oferta de serviço não é suficiente para que aconteça a real utilização deles, como constatado pela intervenção realizada, onde mesmo sem que fosse necessário o deslocamento dos pais ou responsáveis para a realização das consultas, estes não consentiram com o tratamento proposto.

A utilização do *ART* na escola escolhida para esse projeto piloto gerou resultados positivos. O aumento do atendimento aos escolares e da conclusão dos tratamentos foi de fundamental importância para a manutenção da saúde bucal dos estudantes. Entretanto, a não autorização do atendimento através da não devolução do TCLE teve um índice muito alto. Sendo assim, novas estratégias devem ser utilizadas para se somar ao atendimento na escola e nas UBSs. As opções que visem a maior conscientização da importância da saúde bucal e suas repercussões na vida dos estudantes, maior ênfase em promoção, educação e prevenção em saúde devem ser mais exploradas com os pais.

Problemas estruturais e de organização dos serviços de saúde são muito lembrados pelos indivíduos para justificar este resultado. Entretanto, as questões socioculturais têm uma contribuição importante, pois servem de base para se construir a definição individual sobre o que é a necessidade de tratamento. É muito preocupante a

quantidade registrada de não procura ao tratamento odontológico, apesar da necessidade constatada pelo serviço. A forma como os responsáveis pelas crianças vem a saúde é crucial para a decisão de quando se iniciar um tratamento.

Outro fator importante que deve ser apontado é a tentativa de transferência de responsabilidade parental. A fuga à responsabilidade para com a saúde dos filhos ocasiona a responsabilização do Estado ou da própria criança como únicos culpados pelos problemas de saúde. Assim, estratégias que visem a corresponsabilização na promoção, educação e prevenção em saúde precisam ser implementadas em conjunto com as ações de recuperação para que essa mentalidade perca força no cotidiano dos usuários do SUS. A mudança desse paradigma é a chave para uma que se alcance uma saúde bucal universal baseada na promoção, educação e prevenção em saúde. E para isto é preciso estar mais atento.

O maior entrave observado nos problemas apontados, encontra-se exatamente nos momentos em que os responsáveis precisam agir, agendando a consulta, levando a criança na hora marcada ou ainda, autorizando seu tratamento na escola. Para esta última ação, nenhuma das justificativas apresentadas pelas mães se adequaria.

A corresponsabilização não vai acontecer se não houver a coparticipação. Quando se iniciou este estudo, a preocupação se concentrou no absenteísmo. No entanto a entrevista com as mães foi muito importante para entendermos além dos problemas vividos e relatados. Por que apareceram tantas justificativas para o fato observado neste estudo?

As decisões nunca são discutidas ou mesmo repassadas para os interessados. Esse estudo é um exemplo. Perdeu-se a oportunidade de discutir com as mães a nova modalidade a ser experimentada. A escola foi informada, mas para os responsáveis, nem isto. Ninguém se responsabiliza pelo que não é seu. Seria interessante junto com mães e profissionais da escola, discutir sobre a seguinte questão: Fazer o atendimento em horário de aula seria bom para as famílias, para as crianças, para a escola?

Esta é uma grande mudança que precisa se feita. A conscientização que é bastante apregoada tem que refletir sobre alguns fundamentos da coparticipação e corresponsabilidade.

REFERÊNCIAS

FONSECA, L.M.P.; OLIVEIRA, A.L.B.M.; DOMINGOS, P.A.S., Tratamento restaurador atraumático: alternativa viável para a promoção de saúde bucal. **UNINGÁ Review**. 2010 Abr. No 03. p. 39-49.

FRENCKEN, J.; Holmgren, C.J. **Tratamento restaurador atraumático (ART) para a cárie dentária**. São Paulo: Editora Santos; 2001.

MELO, A.C.B.V.; BRAGA, C.C.; FORTE, F.D.S., Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma unidade de saúde da família de João Pessoa – PB. **R bras ci Saúde** 15(3):309-318, 2011

ROCHA, C.R.; BERCHT,S.B, Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de saúde Murialdo. **R. Fac. Odontol**, Porto Alegre, v.42, n.2, p. 25 – 31, dez, 2000.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constante avaliação e controle dos serviços de saúde são de fundamental importância para a organização dos SUS. A partir de um retrato fidedigno da realidade em que se encontram os serviços de saúde e as comunidades em que se inserem, é que os gestores podem perceber se existem, ou quais são, os problemas em seus serviços e orientar suas decisões a fim de alcançar seus objetivos. Os esforços estatais para que a saúde realmente seja um direito universal no Brasil, necessita ser consolidado por decisões que gerem uma real melhoria das condições de saúde da população.

Apesar da grande demanda reprimida de tratamento odontológico apresentada pela população brasileira, os índices de absenteísmo às consultas são altos entre escolares. O fenômeno do absenteísmo nos mostra a complexidade das relações em saúde. Uma grande disponibilidade de oferta de serviço não é suficiente para que aconteça a real utilização dos mesmos, como constatado pela intervenção realizada, onde mesmo sem que fosse necessário o deslocamento dos pais ou responsáveis para a realização das consultas, estes não consentiram com o tratamento proposto.

Problemas estruturais e de organização dos serviços de saúde são muito lembrados pelos indivíduos para justificar o absenteísmo. Entretanto, as questões socioculturais tem uma contribuição deveras importante, pois servem de base para se construir a definição individual sobre o que é a necessidade de tratamento. É muito preocupante a quantidade registrada de não procura ao tratamento odontológico, apesar da necessidade constatada pelo serviço. A forma como os responsáveis pelas crianças veem a saúde é crucial para a decisão de quando se iniciar um tratamento.

Outro fator importante que deve ser notado é a tentativa de transferência de responsabilidade parental. A fuga à responsabilidade para com a saúde dos filhos ocasiona a responsabilização do Estado ou da própria criança como únicos culpados pelos problemas de saúde. Assim, estratégias que visem a corresponsabilização, promoção, educação e prevenção em saúde precisam ser implementadas em conjunto com as ações de recuperação para que essa mentalidade perca força no cotidiano dos usuários do SUS. A mudança desse paradigma é a chave para uma que se alcance uma saúde bucal universal baseada na promoção, educação e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF, **Ministério da Saúde**, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, **Senado**, 1988.

BRASIL. Decreto nº6.286 de 5 de dezembro de 2017. Brasília, DF, **Presidência da República**, 2017.

BRASIL. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2004.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 199. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, **Senado**, 1990.

BRASIL. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF, **Ministério da Saúde**, Gabinete do Ministro, 2017.

BRASIL. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde – PNAAS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, **Ministério da Saúde**, 36p. 1997.

BRASIL. Série Cadernos Temáticos do PSE. Promoção da Saúde Bucal. Brasília, DF, **Ministério da Saúde; Ministério da Educação**, 2016.

CHIARI, A.P.G, *et al.* Rede intersetorialidade do Programa Saúde na Escola: sueitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**. 34 (5),10 maio 2018.

Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da Saúde (CNDSS). **As causas das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Comissão Nacional sobre determinantes Sociais de Saúde. Abril. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf último acesso em 18/06/2019.

CRUZ, D.F., *et al.* A regulação da saúde bucal e o absenteísmo: cenários e possibilidades. **REFACS (online)**, 6(2):228-237; 2018.

FERREIRA,I.R.C, *et al.* **Manual metodológico – Avaliação da intersetorialidade no programa saúde na escola. Utilização da metodologia de avaliação rápida**. Curitiba: Champagnat Editora PUCPR, 2014. 70p.

GRANEHEIM U, LUNDMAN B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Educ Today**; 24:105–12; 2004.

HAITER, S.J.C, **Avaliação das faltas às consultas odontológicas no serviço de saúde: revisão de literatura**. Especialização em saúde coletiva e da família. Faculdade de odontologia da Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba –SP, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Joaquim de Bicas Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joaquim-de-bicas.html>? Último acesso em 16/06/2019.

JANDREY, C.M.; DREHMER, T.M. **Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário (MSC) do centro de pesquisas em odontologia social (CPOS) – UFRGS**. Resumo da dissertação apresentada ao PPG-Odontologia. p.24-28. Faculdade de Odontologia da UFRGS. Porto Alegre. 1999.

MACHADO, A.T, **Absenteísmo às consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à equipe de saúde da família de pedra vermelha: uma aproximação descritiva**. 2010. 121f. Especialização em atenção básica da saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete – MG, 2010.

MANIA, T.V., **Absenteísmo à consulta odontológica de crianças até 5 anos: o caso de Belo Horizonte**. 2017. 79f. Dissertação de mestrado. Pós graduação. Faculdade de odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2017.

MELO, A.C.B.V.; BRAGA, C.C.; FORTE, F.D.S., **Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma unidade de saúde da família de João Pessoa – PB**. **R bras ci Saúde** 15(3):309-318, 2011

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da língua portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda, 2019/11/02. Disponível apenas em formato digital em <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. Hucitec. 2014.

MIOTTO, M.H.M.B.; SANTOS, L.R.; FARIAS, C.M.L, **Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família**. **REV. BRAS. PESQ. SAÚDE**, Vitória, 17(4): 121 – 128, out – dez, 2015.

MORITA, M.C.; KRIGER, L., **Mudanças nos cursos de odontologia e sua interação com o SUS**. **Revista da ABENO**, 4(1):17-21, jan/dez, 2004.

MOYSES, S., **Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia**. **Revista da ABENO**, 4(1):17-21, jan/dez, 2004.

PAIM, J, *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. **Lancet**, 377(9779) 1778-1797, 2011.

PEREIRA, R.M., **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de estudantes das escolas públicas de ensino fundamental da cidade estrutural, distrito federal**. 2016. 62f. Faculdade de ciências da saúde. Universidade de Brasília. Brasília – DF, 2016.

PINTO, L.F; GIOVANELLA, L, Do programa saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018.

ROCHA, C.R.; BERCHT,S.B, Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de saúde Murialdo. **R. Fac. Odontol**, Porto Alegre, v.42, n.2, p. 25 – 31, dez, 2000.

RONCALI, A.G., **A organização da demanda em serviços de saúde bucal. Universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. 239f. Tese de doutorado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba. 2000.

SÃO JOAQUIM DE BICAS, **Circular interna 002** de 2017. Coordenação de saúde bucal. Disponível sob requisição em odontosjbicas@gmail.com.

SÃO JOAQUIM DE BICAS, **Plano municipal de saúde**. Secretaria de saúde, São Joaquim de Bicas, 2017.

SILVA JUNIOR, AG; ALVES, CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. in Morosini, Márcia Valéria G. C.(Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. - Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.240p.

SILVA, R.H.A.; PERES, A.S., Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia. Clín.- Científ.**, Recife, 6 (1): 7-11, jan/mar., 2007.

SOUZA, M.C.A., *et. al.* Promovendo saúde em crianças de uma escola quilombola na zona rural: relato de experiência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2012; 14(2): 25-30.

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M, Programa Saúde da Família no Brasil: Uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G., Saúde bucal no programa saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

STOPA, S.R. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, pesquisa nacional de saúde 2013. **Rev Saude Publica**. 51 Supl 1:3s 2017.

TEIXEIRA, M.L. **Absenteísmo dos usuários nas consultas odontológicas em equipes de saúde da família: Uma revisão**. 2017. 19f. Faculdade de medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre - RS, 2017.

TOREZANI, G.S. **Estudo sobre as faltas às consultas e seus motivos: uma análise da comunidade Sete Anões – Mesquita/RJ**. Especialização em saúde da família. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Universidade aberta do SUS. Rio de Janeiro, 2015.

Waiselfisz, J.J. **Mapa de violência 2016. Homicídios por armas de fogo no Brasil**. Rio de Janeiro. Flacso Brasil. 2015.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro semiestruturado de entrevista com as mães sobre o absenteísmo dos escolares e não marcação da consulta inicial.

- O Porquê do absenteísmo
- O porquê de desconsiderar o agendamento na Unidade Básica de Saúde, quando informado da necessidade.
- A necessidade de tratamento.
- A reposta do município.
- Reincidência de faltas.
- Relação da urgência com o absenteísmo às consultas.
- Como solucionar o problema.

Apêndice 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (mães)

Título do projeto: AVALIAÇÃO E CONTROLE DO ABSENTEISMO ÀS CONSULTAS DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa do curso de mestrado da Faculdade de Odontologia da UFMG. Após serem esclarecidas as informações a seguir, no caso de concordar em fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas fica com você e a outra com o pesquisador responsável. Queremos saber porque os escolares que são examinados nas escolas, para ver como estão os dentes, e precisam marcar consulta na Unidade de Saúde, não marcam a consulta ou quando marcam não aparecem no dia marcado. Precisamos saber porque isto está acontecendo para encontrar uma solução para este problema. Queremos que as crianças que precisam, consigam tratar os dentes. Os resultados deste estudo, além de ajudarem a melhorar o serviço, serão apresentados em revistas científicas. O seu nome não aparecerá em lugar nenhum. Ficará em segredo. Se concordar em participar, você será entrevistado. A entrevista será em local tranquilo e silencioso em uma unidade de saúde do município, em um horário melhor para você. Vamos gravar a entrevista para não esquecer nada que você quiser comentar. Você não será prejudicado, se não quiser participar. Não terá que pagar nada e nem ira receber nada. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Miriam Pimenta Parreira do Vale, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – tel.: (31)3409.2442. Se tiver alguma dúvida sobre questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005 – campus Pampulha – Belo Horizonte – MG – CEP 31270-901, tel.: (31)3409.4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Belo horizonte, xx/xx/2018

Miriam Pimenta Parreira do Vale

Marcel Rocha Teodoro

Pesquisadora responsável

Pesquisador principal

Eu _____ li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que eu participe desta pesquisa. Fui informado de que tenho plena liberdade para recusar a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, se me arrepender de aceitar. Assinarei duas cópias desse consentimento, uma ficará com o pesquisador e receberei uma cópia assinada.

Assinatura do participante

Apêndice 3 – Transcrição, obtenção dos núcleos de sentido, processo de condensação e interpretação das respostas das mães.

Transcrição	Núcleo de significado	Condensado	Interpretação
Ah, no caso, tem umas que é negligencia né. Outras porque trabalham deve ser que não tem ninguém pra trazer.	Tem umas que é negligencia né. Outras porque trabalham deve ser que não tem ninguém pra trazer.	Tem umas que é negligencia.	Descuido
Mandar mais carta talvez. Que eles ia vê que tá, ah tá mandando muito talvez eu indo lá vai resolver o problema. Por que muita gente pensa assim, depois de muita insistência que eles vem.	Mandar mais carta talvez. (...) Por que muita gente pensa assim, depois de muita insistência que eles vem.	Mais carta (...) depois de muita insistência eles vem.	Os usuários
Porque as vezes é muita coisa né. Muita correria dentro de casa. As vezes não tem, tem que levar eles lá no ponto agora. Ela mesmo não pode nem subir só pra casa porque lá agora tá uma ladraozada né. Criança as vezes some né. Ai tem que sempre tá no pé pra pegar né lá no ponto.	Muita correria dentro de casa. As vezes não tem, tem que levar eles lá no ponto Lá agora tá uma ladraozada. Criança as vezes some	Muita correria dentro de casa (...) levar eles lá no ponto Tá uma ladraozada. Criança some	Dificuldades da vida
Até ve que eles não vem né. Não dá atenção também a Vanessa, ao que a Vanessa fala. Pra eles vim e eles não vem né. Não da ouvido, tem que dar né.	Não dá atenção também a Vanessa (ASB), ao que a Vanessa fala. Pra eles vim e eles não vem né. Não da ouvido, tem que dar né.	Não dá atenção (...) ao que a Vanessa (ASB) fala. (...) Não da ouvido, tem que dar	Conversa entre escola, UBS e pais.
Conversar também com as crianças né para poder sempre ativar a mães né pra poder trazer né.	Conversar também com as crianças para poder sempre ativar a mães pra poder trazer	Conversar com as crianças para ativar as mães	Os usuários
Ah umas é preguiça. É	É preguiça com	Preguiça com	Descuido

<p>preguiça com certeza de trazer. Ou as vezes falta de condições né de poder vir porque aqui não tem ônibus né, são poucos ônibus. Então nem todos tem disponibilidade de vim pra cá né.</p>	<p>certeza de trazer. Ou as vezes falta de condições né de poder vir porque aqui não tem ônibus né, são poucos ônibus..</p>	<p>certeza (...) Ou (...) falta de condições de poder vir porque aqui não tem ônibus.</p>	<p>Acesso geográfico</p>
<p>Que eu me lembro não. Eu vi os dentes do menino bem ruim eu trouxe para marcar.</p>	<p>Que eu me lembro não. Eu vi os dentes do menino bem ruim eu trouxe para marcar.</p>	<p>Lembro não. Vi os dentes (...) bem ruim trouxe para marcar.</p>	<p>Conversa entre escola, UBS e pais</p>
<p>As vezes por esquecimento, as vezes por compromisso sem lembrar né. Eu mesmo foi por esquecimento mesmo e teve outros compromisso acabaram que eu esqueci mesmo. Não teve jeito</p>	<p>As vezes por esquecimento, as vezes por compromisso sem lembrar né.</p>	<p>Por esquecimento, as vezes por compromisso</p>	<p>Dificuldades da vida</p>
<p>Eu acho que, na minha opinião, poderia mandar o bilhete pro escolar na escola. Mandar o bilhete avisando que amanhã tinha que ter dentista. Ou até um grupo né. Um grupo para poder avisar que tem dentista. Mandar por mensagem, seria melhor, né. Por mensagem. Por que por whatsapp num grupo todo mundo ia saber o dia que tem dentista né. Eu acredito por mensagem do whatsapp, mensagem privada né. Seria interessante.</p>	<p>Eu acho que, na minha opinião, poderia mandar o bilhete pro escolar na escola. Mandar o bilhete avisando que amanhã tinha que ter dentista (...) Eu acredito por mensagem do whatsapp, mensagem privada né.</p>	<p>Mandar bilhete pro escolar (...) avisando que amanhã tinha dentista (...) ou (...) mensagem do whatsapp.</p>	<p>Os usuários</p>
<p>Eu acho que a é, é muita coisa né. A gente não pode falar assim que é. Eu não sei né, eu não sei da vida de cada uma né. Mas é muita coisa para uma só mãe. É</p>	<p>Mas é muita coisa para uma só mãe. É muita coisa e ultimamente os menino tá sendo mais filho de mãe solteira</p>	<p>É muita coisa para uma mãe (...) solteira</p>	<p>Dificuldades da vida</p>

<p>muita coisa e ultimamente os menino tá sendo mais filho de mãe solteira. Eu tenho nove e sou mãe solteira, mas se eu puder eu saio catando assim murro em ponta de faca se eu acho que é para melhoria dos meus filhos e minha.</p>			
<p>Tem porque nós não tem ônibus no horário por exemplo. Olha só agora já ta praticamente dispensado e nós vai ter que esperar até onze pouca pra pegar o ônibus pra voltar pra casa. O transporte aqui é muito precário.</p>	<p>Tem porque nós não tem ônibus no horário por exemplo. (...).O transporte aqui é muito precário.</p>	<p>O transporte aqui é muito precário.</p>	<p>Acesso geografico</p>
<p>Ah, só aqui? Assim, só vim aqui? Eu acho que não. Acho que precisa mais. Muita gente pra pouca. Tanto que faz aqui ainda é pouco.</p>	<p>Eu acho que não. Acho que precisa mais. Muita gente pra pouca. Tanto que faz aqui ainda é pouco</p>	<p>Não. (...). Muita gente. Tanto que faz aqui ainda é pouco</p>	<p>Tratamento demorado</p>
<p>Uns ônibus que eles arrumam que vai na escola e a escola fica lá e trata a pessoa lá mesmo. Isso ai quebrava bastante o pé de quem não pode ficar o tempo todo. Por que praticamente, assim, se a gente pudesse é assim, vir outra pessoa, mas nem sempre eles aceitam outra pessoa tem que ser a mãe mesmo. Então isso né. Por que olha pro cê ver. Eu é, eu sou mãe solteira então é eu e minha filha mais velha, ela tem 29 anos de idade. Mas os meninos começaram a passar mal ai internava um num</p>	<p>Uns ônibus que eles arrumam que vai na escola e a escola fica lá e trata a pessoa lá mesmo</p> <p>(...) se a gente pudesse é assim, vir outra pessoa, mas nem sempre eles aceitam outra pessoa tem que ser a mãe mesmo</p>	<p>Ônibus que (...) vai na escola (...) e trata a pessoa lá.</p> <p>Se pudesse vir outra pessoa, mas nem sempre eles aceitam tem que ser a mãe.</p>	<p>O serviço</p> <p>O serviço</p>

lugar e outro noutro e dava o maior gaio porque era de menor e não pode.			
Oh cara, só tem uma coisa que as pessoas trás o filho e leva o filho em qualquer lugar. É só ameaçar tirar o bolsa família. Vai tirar o bolsa família, ai você vê a maioria das criança só é vacinada por causa do bolsa família. Ai num instante todo mundo leva o filho em qualquer lugar.	É só ameaçar tirar o bolsa família (...) Ai num instante todo mundo leva o filho em qualquer lugar.	Ameaçar tirar o bolsa família. (...). num instante (...) leva o filho.	O serviço
Eu achei muito bom por que eu não achava que ela precisava fazer tratamento ainda por que é os primeiros dentes dela então, assim foi bom por que ai eu fiquei sabendo que ela precisava do atendimento e eu trouxe ela, foi bom. E ajudou muito porque no caso eu iria levar ela só depois que ela trocasse os dentes no dentista né.	Não achava que ela precisava fazer tratamento ainda por que é os primeiros dentes dela então, assim foi bom por que ai eu fiquei sabendo que ela precisava do atendimento e eu trouxe ela, foi bom.	Não achava que ela precisava (...) por que é os primeiros dentes (...) foi bom por que fiquei sabendo que ela precisava.	Conversa entre escola, UBS e pais
Acho que é por conta da mãe mesmo. Por que criança não tem como vir só. E elas as vezes pensa que o tratamento acabou. Pensa, acha que não precisa mais porque já tratou alguns dentes, os que precisa mais e não traz	Acho que é por conta da mãe mesmo. (...) Acha que não precisa mais porque já tratou alguns dentes, os que precisa mais e não traz	É por conta da mãe (...) tratou os que precisa mais e não traz.	Descuido
Alguns eu acho que não tem tempo, não tem tempo, alguns perde a hora.	Alguns eu acho que não tem tempo, não tem tempo, alguns perde a hora.	Acho que não tem tempo (...) alguns perde a hora.	Descuido
Tipo assim, marca uma reunião assim orientar eles. Explicar direitinho	Marca uma reunião assim orientar eles.	Marca uma reunião (...) explica o	Os usuários

como que é o tratamento. Explicar como que é importante o tratamento odontológico pras crianças né.	Explicar direitinho como que é o tratamento. Explicar como que é importante	tratamento e como é importante.	
Por que as. É mais rápido né, mas eu acho que o tratamento é a mesma coisa. Atenção de atender é a mesma coisa, eu acho.	É mais rápido né, mas eu acho que o tratamento é a mesma coisa	É mais rápido mas (...) é a mesma coisa	O caminho da urgência
O atendimento não ser, dependendo do atendimento não ser tão prolongado as vezes né. que criança, assim dependendo, porque se for um adolescente, 12 ou 13 anos pra frente, mas se for menos eles não tem muita maturidade pra eles se eles vir num lugar duas, três vezes eles já não quer ta voltando. Se eles vem com frequência assim muitas vezes parece que eles cansam.	O atendimento não ser, dependendo do atendimento não ser tão prolongado (...) Se eles vem com frequência assim muitas vezes parece que eles cansam.	Atendimento não ser tão prolongado	O serviço
Não, eu acho que tá bom, não penso assim eu não sei se é caro, se o custo sai muito alto pra prefeitura, assim eu acho que se eles pudesse tá atendendo mais pessoas né, no agendamento deles. Se colocasse mais gente para atender, não, pudesse atender, se tivesse mais vaga seria melhor.	Acho que se eles pudesse tá atendendo mais pessoas né, no agendamento deles. Se colocasse mais gente para atender, não, pudesse atender, se tivesse mais vaga seria melhor.	Se colocasse mais gente para atender (...) seria melhor.	O serviço
Ah alguns também é a distancia né, porque tem uns mora muito longe do posto né. aí fica mais difícil né.	É a distancia né, porque tem uns mora muito longe do posto né. aí fica mais difícil né.	É a distância (...) tem uns mora muito longe do posto	Acesso geográfico
Ai, acho que só doença mesmo.	Ai, acho que só doença mesmo	Só doença	Dificuldades da vida
Ah muitas vezes falam	Ah muitas vezes	Falam que não	Conversa entre

que não mandou para não trazer mesmo né por que sempre coloca no caderninho do menino né.	falam que não mandou para não trazer mesmo né por que sempre coloca no caderninho do menino né.	mandou para não trazer (...) por que sempre coloca no caderninho	escola, UBS e pais.
Olha não sei, pode ser por fato dos pais que trabalha fora e não tem responsável pra levar. E outra também que tem vez que muitas mães que até hoje não da muita questão pra isso. No meu caso eu sempre levei. Eu até os meus eu sempre tô levando. Faço cadastro desde recém nascido, então sempre eles vão.	Pode ser por fato dos pais que trabalha fora e não tem responsável pra levar. E outra também que tem vez que muitas mães que até hoje não da muita questão pra isso.	Pais trabalha fora e não tem responsável pra levar.	Dificuldades da vida
Primeiro, pode ser que se for muito novo pode ser por medo mesmo, alguma coisa assim, por que geralmente sempre tem aquelas coisa ah é dentista, os barulho. Eu creio que na maioria das vezes é responsabilidade dos pais mesmo. Que as vezes, vai lá e solucionou uma dor por exemplo e fala “ah não precisa mexer com isso mais não, tal”. Infelizmente, apesar da gente tá nessa era agora ainda tem muita gente que não dá ligação pros dentes.	Se for muito novo pode ser por medo mesmo (...) na maioria das vezes é responsabilidade dos pais mesmo (...) vai lá e solucionou uma dor (...) e fala “ah não precisa mexer com isso mais não, tal”.	(...) na maioria é responsabilidade dos pais (...) fala “ah não precisa mexer com isso mais não, tal”.	Descuido
A criança né que não entregou, muitas vezes por falta de atenção ou ate mesmo por medo de ir, aí não chega.	A criança que não entregou, muitas vezes por falta de atenção ou até mesmo por medo de ir	Criança não entregou (...) por falta de atenção ou (...) medo	Conversa entre escola, UBS e pais.
Pra mim é porque é solução ali de	É porque é solução ali de	Solução de emergência. De	O caminho da urgência

<p>emergência. De dor né, infecção que tiver e orientação. E no tratamento além de tirar isso, é prolongado, trata e resolve né o problema.</p>	<p>emergência. De dor né, infecção que tiver e orientação. E no tratamento além de tirar isso, é prolongado, trata e resolve né o problema</p>	<p>dor, infecção (...) e orientação. Tratamento (...) é prolongado e resolve o problema.</p>	
<p>Eu creio que como a gente tem as agentes de saúde elas podiam estar indo em casa e falar diretamente com o responsável. Pelo fato dos pais trabalhar hoje em dia, podem não estar sempre em casa, mas eu creio que tem sempre um responsável. Então a prefeitura colocar pessoas, até esses agentes mesmo pra ta indo e conversar, tipo pegando assinatura para ter a responsabilidade que o pai, a mãe ou um responsável já sabe sobre isso, pra tirar a tipo assim, a questão da criança né fala “ah não deu pra levar e tal” já não é responsabilidade da criança, sendo de menor, porque sendo de maior é conversar com ele mesmo junto com o pai e conscientizar esse adolescente, pré-adolescente geralmente, são eles porque quando adulto já sabe né, quando a dor vem não tem nem como né. Mais é isso mesmo.</p>	<p>Tem as agentes de saúde elas podiam estar indo em casa e falar diretamente com o responsável (...) tipo pegando assinatura para ter a responsabilidade que o pai, a mãe ou um responsável já sabe sobre isso (...) tirar a (...) responsabilidade da criança.</p>	<p>Agentes de saúde (...) indo em casa e falar diretamente com o responsável (...) pegando assinatura...</p>	<p>O serviço</p>
<p>Mais é conscientização mesmo né. Falar e mostrar para o responsável a preocupação e também</p>	<p>Mais é conscientização mesmo né (...) levar essa questão para as famílias</p>	<p>Conscientização (...) levar para as famílias (...), mas precisa colaboração.</p>	<p>O serviço</p>

<p>tipo assim, a prefeitura poder levar essa questão para as famílias mostrando que a prefeitura se empenha em ajudar, mas precisa também da colaboração pra que dê andamento. Muita das vezes a gente sabe que né, hoje em dia, é muito falho esse sistema tudo mas, assim, eu creio que a partir do momento que tem cobrança que a população tá aproveitando disso ela tem o papel de desempenhar mais, ser melhor para desempenhar.</p>	<p>mostrando que a prefeitura se empenha em ajudar, mas precisa também da colaboração pra que dê andamento</p>		
<p>Levei, mas o problema também é que tipo, quando vai demora muito pra poder ter retorno ai acaba que a gente perde o dia. Isso aconteceu também com a minha. Ai se ce vai remarcar demora muito pra remarcar de novo.</p>	<p>Quando vai demora muito pra poder ter retorno ai acaba que a gente perde o dia.</p>	<p>Demora muito pra ter retorno acaba que a gente perde o dia</p>	<p>Tratamento demorado</p>
<p>Tem. Que a urgência só faz coisa pequena tipo, igual se o dente tiver doendo, eles ali só faz uma limpeza, uma coisa fácil e remarca pra você te que voltar</p>	<p>Tem. Que a urgência só faz coisa pequena, eles ali só faz uma limpeza, uma coisa fácil e remarca.</p>	<p>A urgência só (...) faz uma limpeza, uma coisa fácil e remarca.</p>	<p>O caminho da urgência</p>

Anexos

Anexo 1 – Autorização do município para realização do projeto de intervenção

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOAQUIM DE BICAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



Autorização

Buscando alcançar novas formas de oferta de serviço de saúde e uma maior cobertura das ações da odontologia nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola – PSE.

Autorizo a realização do “Projeto de intervenção sobre o absenteísmo” apresentado a essa secretária de autoria de Marcel Rocha Teodoro o qual ficará responsável pela sua execução e acompanhamento.

Vanilda da Silva Maia
Secretária de Saúde

Vanilda da Silva Maia
Secretária Municipal de Saúde
Gestora SUS São Joaquim de Bicas - MG

Anexo 2 – Normas de submissão da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia. Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais. Orientações para organização de números temáticos A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos. O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema. Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses

números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês. Recomendações para a submissão de artigos Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Seções da publicação Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço. Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área. Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço. Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço. Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte. Apresentação de manuscritos Não há taxas e encargos da submissão 1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos. 2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times

New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site. 3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original. 4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos. 5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000). 6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos. 7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores. 8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.). 9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>). A autoria 1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. 2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo. 3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito. Nomenclaturas 1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo. 2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão. Ilustrações e Escalas 1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela

(elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em

parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição. Referências 1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ... ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. 3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). 4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) 5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.) Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos Coates V, Correa MM.

Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582. 12. Dissertação e tese Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002. Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001. Outros trabalhos publicados 13. Artigo de jornal Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5). 14. Material audiovisual HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995. 15. Documentos legais Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set. Material no prelo ou não publicado Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004. Material eletrônico 16. Artigo em formato eletrônico Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf> 17. Monografia em formato eletrônico CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995. 18. Programa de computador Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Anexo 3 – TCLE para atendimento na escola

Termo de consentimento livre e esclarecido para procedimentos odontológicos

Autorização para diagnóstico e/ou execução de Tratamento Restaurador Atraumático – ART na escola.

Escola: _____

Aluno: _____

Por meio deste instrumento de autorização, assinado por mim, dou pleno consentimento ao município, por meio de sua Secretaria de Saúde, junto ao setor de Odontologia, por intermédio de sua equipe de profissionais e/ou estagiários devidamente autorizados, a realizar diagnóstico, planejamento e tratamento no menor acima identificado, de acordo com os conhecimentos científicos publicados na literatura odontológica. Os procedimentos odontológicos que o menor será submetidos serão realizados em âmbito escolar por conta do Sistema Único de Saúde – SUS.

Tenho pleno conhecimento que os procedimentos que serão realizados para fins de diagnóstico e tratamento tem o objetivo de tentar controlar a doença carie ativa no menor identificado, que a técnica que será utilizada pode não ser suficiente para sanar todas as necessidades de saúde bucal do menor e que consultas regulares ao serviço de saúde bucal se fazem necessárias para o tratamento de problema de saúde bucal mais complexos, assim como para a manutenção da saúde.

Concordo plenamente que, além da programação do tratamento pelo município, todas e quaisquer outras informações relacionadas ao planejamento, diagnóstico e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva do município, dando plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país ou estrangeira, sempre respeitando os respectivos códigos de ética.

Declaro serem verdadeiras as informações relatadas.

São Joaquim de Bicas, de _____ de 20____

Assinatura de autorização do responsável

Anexo 4 – Aprovação pelo COEP – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e controle do absenteísmo às consultas da odontologia no Programa Saúde na Escola

Pesquisador: Miriam Pimenta Parreira do Vale

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90296218.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.756.888

Apresentação do Projeto:

O Sistema Único de Saúde – SUS é uma conquista da população brasileira estabelecida pela Constituição da República. A construção do SUS e sua manutenção é um processo contínuo, sempre em busca uma saúde universal, integral e equalitária a todos os cidadãos. (BRASIL, 1988). Esse objetivo deve ser alcançado através de uma gestão e prestação de serviços descentralizada que vise a promoção da participação da sociedade em todas as esferas de governo. (PAIM, 2011). Inúmeras estratégias para a conquista da atenção universal à saúde foram implementadas ao longo dos anos de sua existência.

O absenteísmo é definido como uma palavra derivada do latim que tem como um de seus significados a ausência decidida antecipadamente (MICHAELIS, 2017). É também caracterizado como um padrão habitual no processo de trabalho, obrigação ou dever, sendo por falta ou atraso, em decorrência de um motivo (TEIXEIRA, 2017).

O presente estudo é observacional analítico do tipo transversal. A pesquisa ocorrerá no município de São Joaquim de Bicas, Estado de Minas Gerais, Brasil, cidade de 30.000 habitantes da região metropolitana de Belo Horizonte, com 22,3% de sua população ocupada, com 2,5 salários mínimos como média dos salários mensais dos trabalhadores, que possui 13 escolas de ensino fundamental e cerca de 4000 crianças matriculadas, onde a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 95,7% e que não possui água fluoretada em todo o município. O estudo acontecerá a partir da data de aprovação pelo COEP até 31 de julho de 2019. As etapas de coletas serão realizadas em três

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e controle do absenteísmo às consultas da odontologia no Programa Saúde na Escola

Pesquisador: Miriam Pimenta Parreira do Vale

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90296218.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.756.888

Apresentação do Projeto:

O Sistema Único de Saúde – SUS é uma conquista da população brasileira estabelecida pela Constituição da República. A construção do SUS e sua manutenção é um processo contínuo, sempre em busca uma saúde universal, integral e equalitária a todos os cidadãos. (BRASIL, 1988). Esse objetivo deve ser alcançado através de uma gestão e prestação de serviços descentralizada que vise a promoção da participação da sociedade em todas as esferas de governo. (PAIM, 2011). Inúmeras estratégias para a conquista da atenção universal à saúde foram implementadas ao longo dos anos de sua existência.

O absenteísmo é definido como uma palavra derivada do latim que tem como um de seus significados a ausência decidida antecipadamente (MICHAELIS, 2017). É também caracterizado como um padrão habitual no processo de trabalho, obrigação ou dever, sendo por falta ou atraso, em decorrência de um motivo (TEIXEIRA, 2017).

O presente estudo é observacional analítico do tipo transversal. A pesquisa ocorrerá no município de São Joaquim de Bicas, Estado de Minas Gerais, Brasil, cidade de 30.000 habitantes da região metropolitana de Belo Horizonte, com 22,3% de sua população ocupada, com 2,5 salários mínimos como média dos salários mensais dos trabalhadores, que possui 13 escolas de ensino fundamental e cerca de 4000 crianças matriculadas, onde a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 95,7% e que não possui água fluoretada em todo o município. O estudo acontecerá a partir da data de aprovação pelo COEP até 31 de julho de 2019. As etapas de coletas serão realizadas em três

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.756.888

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o absenteísmo ao tratamento odontológico entre escolares do ensino fundamental e médio do município de São Joaquim de Bicas.

Objetivo Secundário: Mensurar o absenteísmo no agendamento e no tratamento entre escolares com necessidade de tratamento odontológico; Avaliar a percepção dos profissionais de saúde bucal sobre o absenteísmo no agendamento e no tratamento odontológico entre escolares no município; Avaliar os motivos dos responsáveis pelos escolares para o não comparecimento na consulta odontológica agendada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes poderão se expor a riscos mínimos como cansaço e desconforto pelo tempo gasto nas respostas da entrevista.

Benefícios:

Contribuição para a comunidade científica; Auxiliará na tomada de decisão pelos gestores para enfrentar o absenteísmo; Ajudará a entender os porquês do absenteísmo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é exequível e de importância para a comunidade e para o Sistema Sus.

Os profissionais e os pais responderão uma entrevista, onde ocorrerá a gravação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram: Informação básica do projeto, justificativa da ausência do TALE, cronograma, parecer final do departamento, autorização da Secretária Municipal de Saúde - Gestora do Sus/João Joaquim de Bicas, autorização da Secretária de Educação, TCLE para os profissionais, TCLE para os pais, projeto original, Folha de rosto.

Recomendações:

No TCLE para os profissionais e para os pais não está informando a orientação detalhada do projeto de pesquisa. Recomenda-se inserir no TCLE dos pais e dos profissionais as informações citadas. Se houver gravação, fotografias ou filmagens esclarecer com quem, onde e por quanto tempo ficarão armazenados. O tempo ideal é de 5 a 10 anos, podendo haver também destruição dos dados logo após transcrição dos mesmos;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, sou favorável pela aprovação do projeto "Avaliação e controle do absenteísmo às consultas da

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 2.756.888

odontologia no Programa Saúde na Escola"

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1131978.pdf	22/05/2018 22:29:32		Aceito
Outros	RespostaafaltadoTALE.pdf	22/05/2018 22:26:04	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/05/2018 18:51:23	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
Parecer Anterior	parecerfinal.pdf	20/05/2018 23:52:22	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacaovanilda.pdf	20/05/2018 23:51:51	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacaoeunice.pdf	20/05/2018 23:51:35	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/05/2018 11:24:41	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpais.pdf	20/05/2018 11:24:19	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMarcel.pdf	20/05/2018 11:23:54	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	17/05/2018 10:40:50	Miriam Pimenta Parreira do Vale	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.756.888

Outros	90296218parecer.pdf	05/07/2018 12:58:34	Vivian Resende	Aceito
Outros	90296218aprovacao.pdf	05/07/2018 12:58:49	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Julho de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br