

ALESSANDRA TRINDADE MACHADO

**ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS
PROGRAMADAS DOS ESCOLARES ADSCRITOS À EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA PEDRA VERMELHA: UMA APROXIMAÇÃO
DESCRITIVA**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2010

ALESSANDRA TRINDADE MACHADO

ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMADAS DOS
ESCOLARES ADSCRITOS À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PEDRA
VERMELHA: UMA APROXIMAÇÃO DESCRITIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Max André dos Santos

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2010

ALESSANDRA TRINDADE MACHADO

ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMADAS DOS
ESCOLARES ADSCRITOS À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PEDRA
VERMELHA: UMA APROXIMAÇÃO DESCRITIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Max André dos Santos

Banca Examinadora

Max André dos Santos _____ UFMG

Simone Dutra Lucas _____ UFMG

Aprovado em Conselho Lafaiete-MG em 18/12/2010.

*Era um sorriso fácil, espontâneo
Olhos vivos, pés descalços
Era a síntese da felicidade simples e cotidiana
do "aqui-agora",
Da sincera despreocupação com o porvir
E ria seu riso solto, despretenso...
Trazia em si uma contradição dilacerante:
sendo aquele sorriso um retrato claro e contundente
dos descaminhos da Odontologia
Ainda assim, era um sorriso
Autêntico... Dócil...
Ele parecia alheio ao meu olhar técnico
e à minha inclinação intervencionista,
não se importando com minhas impressões
E, em meio a um universo de representações,
a necessidade sentida talvez fosse menos sua e mais minha
E foi essa a lembrança que ficou...
Ainda assim, era um sorriso
Sorriso de criança...*

Aos escolares da Pedra Vermelha,

Ao sorriso anônimo que me enterneceu,

Aos meus queridos pais Walter e Vera, amor incondicional e genuíno: amigos, educadores e grandes incentivadores dos meus projetos de vida. Compreenderam e, em sua paciência infinita, respeitaram amorosamente cada uma de minhas ausências e meu desejo de buscar.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho, marcado por encontros e vivências, só foi possível graças à generosidade de muitas pessoas. Há aquelas, muito próximas do meu fazer cotidiano, que me inspiraram e colaboraram diretamente. Não poderia deixar de mencionar outras tantas que, mesmo fisicamente ausentes, fizeram-se não menos presentes através de sugestões, esclarecimentos e pontuações. Assim como há autores e pensadores que, mesmo tendo dirigido seus estudos para áreas diversas, contribuíram amplamente para minha compreensão de aspectos sutis que perpassam o complexo e vasto território representado pela saúde da família, no contexto da saúde pública, com noções, conceitos e abordagens que de certa forma, ao deixarem marcas importantes, me transformaram. As obras de um pensador da Educação como Paulo Freire, por exemplo, não chegaram às minhas mãos de forma isolada. Vieram acompanhadas da necessidade de respostas a lacunas nos processos de trabalho em saúde levantadas pelo curso, ou mesmo por um anseio de encontro com o outro que as tornaram tão importantes, quanto imprescindíveis, e que, seguramente, contribuíram para um novo olhar sobre as pessoas e o mundo. Foi um trabalho, portanto, marcado pela ruptura de velhos paradigmas e abertura à agregação de novos saberes. Como já dizia Hugo Hofmannsthal “*qualquer novo conhecimento provoca dissoluções e novas integrações*”. Assim, agradeço a cada um dos que contribuíram ou compartilharam as vivências que permitiram desconstruções e recriações.

À **Geralda Campos**, que colaborou ativamente na coleta de dados: um suporte técnico inestimável.

À **Vera Lúcia**, pela impagável cooperação no fornecimento de dados e informações. Através da sua colaboração, pude entender melhor o sutil significado do verdadeiro apreço ao saber compartilhado.

À **Renata Damazia**: seu auxílio ao longo do curso foi fundamental. As escolhas nos distanciaram, mas você continua muito próxima em pensamento e sentimento.

Aos **novos amigos**, pela incitação a uma ressignificação do “eu” e por me apontarem, carinhosamente, que há tempos de maturação, sendo essa um processo: tempo da semente, da fecundação, do nascimento do broto, do crescimento... O que tem ressoado em mim com vastos sentidos e significados. E este trabalho coincide com um tempo de primeiros cuidados no cultivo da semente.

Ao professor orientador **Max André dos Santos**, que me conduziu a esses novos amigos, também se tornando um deles: impecável educador e, sobretudo, um grande ser

humano. Apontou-nos sobre a arte e o encanto dos verdadeiros encontros, que podem nos tornar muito próximos, ainda que germinados à distância... Seu cuidado e compromisso com a democratização de saberes sempre me surpreenderam ao longo do curso. Agradeço a cada uma das pontuações nos inúmeros e-mails que iam e, afavelmente, vinham. Em sua doação gentil e fraterna, acompanhou-me com olhar atento e paciente ao longo do curso e no desenvolvimento desta pesquisa, orientando-me a partir de um vínculo de aceitação, compreensão e profunda generosidade.

À **Flávio Mattos**: o contato foi breve, mas decisivo. Agradeço pela disponibilidade e por cada uma das valiosas sugestões.

À **André Gabriel**: pelo auxílio no tratamento estatístico dos dados.

À querida amiga **Bethe**, que, com sua determinação e entusiasmo tamanhos, mostrou-me que a disciplina pode andar de mãos dadas com a leveza de quem acredita na possibilidade de “vôos”.

À **Fabiana Trindade**, irmã e amiga, pela cumplicidade nas incontáveis e preciosas reflexões compartilhadas e pelas ideias que surgiram ao longo de produtivas conversas. Suas inteligentes e deliciosas pontuações, sempre entremeadas com seu típico bom-humor, tornaram mais mansas, mas, não menos profundas, as reflexões. Tão mansas como seu tom mineiro.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram do trabalho e dessa etapa de educação continuada, seja com palavras, ideias ou incentivos.

“[...] Creio poder encaminhar o leitor-visita para dentro desta casa. Que ele entre nos quartos e percorra os corredores. Que visite as varandas e veja a paisagem de alguma janela. Que fique realmente à vontade e possa sentar-se numa boa e confortável poltrona. Do seu lado estarei sempre atento [...] Mas, como a casa é minha, tenho limites [...] Há coisas que não posso ver e há momentos de desamparo e de insegurança criados pela própria arquitetura da casa [...] Mas pode estar seguro o meu leitor-visita que fiz o que pude e tentei até mesmo lhe indicar o caminho do quintal e da cozinha [...] Fique à vontade.”

ROBERTO DAMATTA

RESUMO

O município mineiro de Moeda adotou a Estratégia de Saúde da Família em 2003, contando, atualmente, com duas Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, cada qual apresentando uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). A estratégia em saúde bucal adotada pelas mesmas tem sido, nos últimos sete anos, sistematicamente voltada aos escolares, remontando ao Sistema Incremental, adotado na década de 50. Contrapondo-se ao relativo êxito obtido em termos de melhores indicadores de saúde bucal dos escolares da rede municipal, tem sido observado um elevado índice de faltas às consultas odontológicas agendadas dos mesmos, com seus impactos à saúde e custos ao sistema. O presente estudo, exploratório e, predominantemente descritivo, propõe, como indicado por sua caracterização, a descrição do absenteísmo às consultas odontológicas programadas para os escolares do 2º período ao 9º ano do ensino fundamental da rede pública municipal, adscritos à ESF da Pedra Vermelha, com idades variando de cinco a 19 anos, no período de abril de 2009 a março de 2010. A revisão de literatura foi realizada a partir de consultas à base de dados *MEDLINE*, *LILACS*, *SciELO*, Biblioteca Digital da Unicamp, Biblioteca Digital da USP, Rede de Bibliotecas da Fiocruz e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UFMG, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Foram analisadas as seguintes variáveis: mês da consulta agendada; dia da semana do agendamento; sexo do escolar; escola em que estuda; série; microárea em que reside; sua faixa etária; profissional responsável pelo seu atendimento e sua codificação de acordo com o nível de necessidade curativa (N1: escolar que apresenta seis ou mais dentes cariados; N2: de quatro a cinco dentes cariados; N3: até três dentes cariados; SN: sem necessidades curativas). A análise estatística foi realizada com o *Programa R*, a partir do teste não-paramétrico do *Qui-Quadrado* e do *Modelo Logístico*. O *Teste de Pearson* e o *Envelope de Probabilidade* comprovaram a adequação global do modelo estatístico utilizado. Foram encontradas associações significativas ($p < 0,05$) da variável principal com duas variáveis: codificação do escolar e dia da semana. Os agendamentos relativos a escolares codificados como N3, apresentaram duas vezes mais *não comparecimentos*, comparando-se às demais codificações. Os agendamentos às sextas-feiras apresentaram aproximadamente duas vezes mais *comparecimentos*, quando comparados aos demais dias da semana. A partir dos resultados foram formuladas hipóteses explicativas para o absenteísmo às consultas, visando à construção de um conhecimento útil que, associado a abordagens qualitativas posteriores, possa subsidiar uma intervenção sobre a realidade. A alta prevalência do absenteísmo no período analisado, 28,52%, repercute negativamente no âmbito da abordagem clínica e saúde bucal dos escolares, e impacta a eficiência da ESB na utilização da capacidade instalada, o que representa prejuízo também institucional, constituindo-se, pois, em um desafio a ser superado.

Palavras-Chave: Consultas Odontológicas Agendadas; Escolares; Faltas às Consultas Odontológicas.

ABSTRACT

The city of Moeda adopted the Family Health Strategy (ESF) in 2003, counting currently with two Family Health Teams deployed, each one with a Team of Oral Health (ESB). The strategy adopted by the same has been the past seven years, systematically focused on school, dating from the Incremental System, adopted in the 50s. Opposed to the relative success in terms of better indicators of school children oral health in the city, there has been a high rate of missed dental appointments scheduled for them, with their impact on health and costs to the system. This study, exploratory and predominantly descriptive, proposes, as indicated by his characterization, the description of absenteeism for dental visits scheduled for the schoolchildren of the 2nd period to the 9th grade of elementary school of public health system, ascribed to the *ESF Pedra Vermelha*, aged 5-19 years, from April 2009 to March 2010. The literature review was conducted from queries to the database MEDLINE, LILACS, SciELO, Digital Library of UNICAMP, USP, the Digital Library Network of Libraries of Fiocruz and Digital Library of Theses and Dissertations UFMG, from January 2009 to December 2010. The following variables were analyzed: month of the scheduled appointment; day of the week's schedule; sex education; studying at school; series; micro area where he resides; his age; professional responsible for your care and codified according to the level need of healing (N1: school which has six or more decayed teeth; N2: four to five decayed teeth; N3: up to three decayed teeth; SN: no needs healing). Statistical analysis was performed with the *R Program* from the nonparametric test *Chi-square* and *Logistic Model*. The *Pearson Test* and *Envelope Probability* confirmed the overall adequacy of the statistical model. Significant associations ($p < 0.05$) were found between the main variable and two variables: encoding of school and day of week. The schedules for the students coded as N3, showed two times more *no-shows*, comparing to other encodings. Schedules on Fridays presented approximately two times more *shows*, when compared to other days. From the results were formulated explanatory hypotheses to the absenteeism consultations, aimed at building a useful knowledge, that combined with qualitative subsequent approaches, will can subsidize an intervention on reality. The high prevalence of absenteeism in the period, 28.52%, negative impact in the clinical management and oral health of schoolchildren, and impacts the efficiency of the ESB in capacity utilization, which also represents the institutional prejudice, becoming, therefore, a challenge to be overcome.

Keywords: Dental Consultations Scheduled; Students; Absenteeism Dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Tabelas

Tabela 1- Número de famílias, pessoas e escolares na faixa de 7 a 14 anos, cadastrados, adscritos à ESF da Pedra Vermelha. Moeda, 2010.....	23
Tabela 2- Número total, frequência relativa e frequência acumulada do número de agendamentos da população estudada, por mês, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	53
Tabela 3- Número total, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, por dia da semana, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	55
Tabela 4- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, por gênero, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	56
Tabela 5- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com sua codificação, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	57
Tabela 6- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com a escola em que o escolar agendado está matriculado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	60
Tabela 7- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com a série do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	61
Tabela 8- Porcentagem de famílias cobertas por abastecimento de água e destino das fezes e urina, segundo a modalidade e microárea. Moeda, 2010.....	62
Tabela 9- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com a microárea em que reside o escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	65
Tabela 10- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com a faixa etária do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	65
Tabela 11- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada do número de agendamentos da população estudada, de acordo com o profissional responsável pelo atendimento do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	67
Tabela 12- Número de agendamentos, comparecimentos, faltas e % de faltas em relação aos agendamentos, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha/Moeda, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	70
Tabela 13- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e o mês da consulta.....	73
Tabela 14- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e o dia da semana da consulta.....	75
Tabela 15- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e seu sexo.....	78
Tabela 16- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e sua codificação.....	79

Tabela 17- Número de agendamentos, faltas e % de faltas em relação aos agendamentos, por nível de necessidade, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	80
Tabela 18- Número de faltas por nível de necessidade, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	81
Tabela 19- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e a escola em que estuda.....	82
Tabela 20- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação Monte Carlo, do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar e sua série.....	84
Tabela 21- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar, e a microárea em que reside o mesmo.....	85
Tabela 22- Distribuição do número de agendamentos, número de faltas e porcentagem de faltas em relação aos agendamentos, por microárea, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	86
Tabela 23- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar, e sua faixa etária.....	87
Tabela 24- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar, e o profissional responsável pelo atendimento do agendado.....	89
Tabela 25- Análise de Desvio para o modelo, contendo todas as variáveis.....	90
Tabela 26- Análise de Desvio para o modelo final.....	91
Tabela 27- Teste de Wald para o modelo final.....	91
Tabela 28- Teste de Wald e Razões de Chance para o modelo final.....	92
Tabela 29- Teste Global de adequação do modelo.....	92
Tabela 30- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação de Monte Carlo, do cruzamento entre a codificação do escolar e a microárea em que reside.....	96
Tabela 31- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação Monte Carlo, do cruzamento entre a codificação do escolar e sua faixa etária.....	97
Tabela 32- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação Monte Carlo, do cruzamento entre a codificação do agendado e a escola em que estuda.....	99
Tabela 33- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.E. Senador Melo Viana, 2009.....	116
Tabela 34- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.M. Cláudio Pinheiro de Lima, 2009.....	117
Tabela 35- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.M. Domingos Antunes Gomes, 2009.....	118
Tabela 36- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.M. Getúlio Vargas, 2009.....	119
Tabela 37- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.M. Mário Delfino Ferreira, 2009.....	120

Lista de Quadros

Quadro 1- Conceituação esquemática de eficácia, eficiência e efetividade.....	35
Quadro 2- Apresentação das variáveis, categorias e pressupostos do estudo desenvolvido.....	46
Quadro 3- Níveis conceituais na metodologia quantitativa.....	48
Quadro 4- Resumo sobre o teste Qui-Quadrado.....	49
Quadro 5- Codificação adotada pela Equipe de Saúde Bucal de Moeda, a partir de 2003, para classificação do nível de necessidades curativas dos escolares da rede pública municipal.....	57
Quadro 6- As escolas municipais e estadual na área de abrangência da ESF da Pedra Vermelha, seu público alvo, localização, número total de escolares matriculados, número de escolares pertencentes à área de abrangência da Equipe e microárea em que residem. Moeda, 2009.....	59
Quadro 7- Componentes da Equipe de Saúde Bucal da ESF da Pedra Vermelha. Moeda, 2010.....	67
Quadro 8- Definição matemática de utilização da capacidade instalada proposta por Narvai.....	71
Quadro 9- Utilização da capacidade instalada pela ESB da Pedra Vermelha, no período do estudo...	72

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Proporção de consultas agendadas, por mês, da população estudada, no período de abril de 2009 a março de 2010	54
Gráfico 2- Proporção de consultas agendadas por dia da semana da população estudada, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	55
Gráfico 3- Proporção de consultas agendadas por sexo do escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	56
Gráfico 4- Proporção de consultas agendadas por codificação do escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	57
Gráfico 5- Proporção de consultas agendadas por escola em que estuda o agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	60
Gráfico 6- Proporção de consultas agendadas por série do escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	61
Gráfico 7- Proporção de consultas agendadas por microárea em que reside o escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	65
Gráfico 8- Proporção de consultas agendadas por faixa etária do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	66
Gráfico 9- Proporção de consultas agendadas por profissional, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	67
Gráfico 10- Distribuição da frequência relativa (%) de comparecimentos e faltas às consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de abril e 2009 a março de 2010.....	71
Gráfico 11- Proporção de tratamentos incompletos e completos em função de faltas às consultas agendadas, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	72
Gráfico 12- Número de comparecimentos e faltas às consultas, de acordo com o mês do agendamento, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	74
Gráfico 13- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas, de acordo com o dia da semana do agendamento, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	75
Gráfico 14- Distribuição da frequência relativa (%) de faltas às consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, por dia da semana, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	76
Gráfico 15- Número de comparecimentos e faltas dos escolares agendados, de acordo com o sexo, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	77
Gráfico 16- Gráfico de barras da distribuição do número de comparecimentos e faltas às consultas odontológicas programadas dos escolares agendados, por nível de necessidade, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	79
Gráfico 17- Gráfico de barras de proporção do número de faltas apresentado pelos escolares alvo do estudo, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	81
Gráfico 18- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas dos agendados, de acordo com a escola em que estudam, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	82
Gráfico 19- Gráfico de barras da porcentagem de comparecimentos e faltas às consultas, de acordo com a série do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	84
Gráfico 20- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas programadas, de acordo com a microárea em que reside o escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	85
Gráfico 21- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas programadas, de acordo com a faixa etária do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010....	87
Gráfico 22- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas programadas, de acordo com o profissional responsável pelo atendimento do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	89

Gráfico 23 -Envelope de probabilidade para o modelo estatístico utilizado no presente estudo.....	93
Gráfico 24 -Gráfico de barras da proporção de agendamentos de acordo com a codificação e microárea em que reside o agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	95
Gráfico 25 -Gráfico de barras da proporção de agendamentos, de acordo com a codificação e a faixa etária do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	97
Gráfico 26 -Gráfico de barras da proporção de agendamentos, de acordo com a escola e a codificação do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente comunitário de saúde
ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
CD: Cirurgião-dentista
CDC: *Centers for Disease Control and Prevention*
CEABSF: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
E.E: Escola Estadual
E.M: Escola Municipal
ESB: Equipe de Saúde Bucal
ESF: Equipe de Saúde da Família
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS: Lei Orgânica da Saúde
MS: Ministério da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
PAA: Programa de Aceleração da Aprendizagem
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF: Programa de Saúde da Família
SESP: Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SME: Secretaria Municipal de Educação
SUS: Sistema Único de Saúde
TCC: Trabalho de Conclusão de Curso
TSB: Técnico em Saúde Bucal
UBS: Unidades Básicas de Saúde
UES: Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	20
1.2	ÁREA DE ESTUDO: CAMPO DE PESQUISA	21
1.2.1	O MUNICÍPIO DE MOEDA	21
1.2.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO	22
1.2.3	TERRITORIALIZAÇÃO	22
1.2.4	PEDRA VERMELHA	23
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO	27
3.2	OS MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	28
3.2.1	SISTEMA INCREMENTAL	28
3.2.2	ODONTOLOGIA SIMPLIFICADA	28
3.2.3	ODONTOLOGIA INTEGRAL	29
3.2.4	PROGRAMA INVERSÃO DA ATENÇÃO – PIA	29
3.2.5	ATENÇÃO PRECOCE EM ODONTOLOGIA – ODONTOLOGIA PARA BEBÊS	30
3.3	A INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO SUS	31
3.4	ACESSO E ACESSIBILIDADE	32
3.4.1	ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA	33
3.4.2	ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL	33
3.4.3	ACESSIBILIDADE SÓCIO-CULTURAL	33
3.4.4	ACESSIBILIDADE ECONÔMICA	34
3.5	OUTROS ATRIBUTOS DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE	34
3.5.1	EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE	35
3.5.2	IMPACTO	35
3.5.3	ACEITABILIDADE E LEGITIMIDADE	36
3.5.4	OTIMIDADE	36
3.5.5	EQUIDADE	36
3.6	ASSIDUIDADE ÀS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	37
3.7	PRINCÍPIOS PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS	38
3.8	IMPORTÂNCIA DA DENTIÇÃO DECÍDUA E PERMANENTE	38
3.8.1	PERDA PREMATURA DOS DENTES DECÍDUOS	40

3.8.2	O PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE	40
4	CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO	41
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	42
4.2	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	43
4.3	MÉTODO DE COLETA DE DADOS	45
4.3.1	MÉTODO DE PESQUISA QUANTITATIVO	47
4.4	ANÁLISE DE DADOS	49
4.5	SUJEITOS DO ESTUDO	50
5	ANÁLISE DESCRITIVA DOS AGENDAMENTOS	52
5.1	MÊS DA CONSULTA AGENDADA	53
5.2	DIA DA SEMANA DO AGENDAMENTO	54
5.3	SEXO DO ESCOLAR AGENDADO	55
5.4	CODIFICAÇÃO DO ESCOLAR AGENDADO	56
5.5	ESCOLA EM QUE ESTUDA O ESCOLAR AGENDADO	58
5.6	SÉRIE DO ESCOLAR AGENDADO	60
5.7	MICROÁREA EM QUE RESIDE O ESCOLAR AGENDADO	62
5.7.1	MICROÁREA 1	62
5.7.2	MICROÁREA 2	63
5.7.3	MICROÁREA 3	63
5.7.4	MICROÁREA 4	63
5.7.5	MICROÁREA 5	64
5.8	FAIXA ETÁRIA DO ESCOLAR AGENDADO	65
5.9	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DO ESCOLAR AGENDADO	66
6	ANÁLISE ESTATÍSTICA DO PROBLEMA E DISCUSSÃO	69
6.1	O AGENDAMENTO DAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS DOS ESCOLARES	70
6.2	CRUZAMENTOS DE INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSULTAS AGENDADAS E O COMPARECIMENTO OU NÃO DO ESCOLAR	70
6.2.1	FALTAS GERAIS	70
6.2.2	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR MÊS	73
6.2.3	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR DIA DA SEMANA	74
6.2.4	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR SEXO	77
6.2.5	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR NÍVEL DE NECESSIDADE	78
6.2.6	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR ESCOLA	82
6.2.7	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR SÉRIE	83
6.2.8	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR MICROÁREA	85
6.3	DESCRIÇÃO DE FALTAS POR FAIXA ETÁRIA	86
6.4	DESCRIÇÃO DE FALTAS EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS	88
6.5	MODELO LOGÍSTICO	90

7	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	94
7.1	MICROÁREA EM QUE RESIDE O ESCOLAR AGENDADO	95
7.2	FAIXA ETÁRIA DO ESCOLAR AGENDADO	96
7.3	ESCOLA EM QUE ESTUDA O ESCOLAR AGENDADO	98
8	CONCLUSÕES	100
8.1	LIMITAÇÕES DA ABORDAGEM QUANTITATIVA	102
8.2	A DIVERSIDADE COMPLEMENTAR: NECESSIDADE DE UMA ABORDAGEM QUALITATIVA	103
8.3	A DIVERSIDADE COMPLEMENTAR: NECESSIDADE DE UMA ABORDAGEM QUALITATIVA	105
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICE	116

1 INTRODUÇÃO

*De primeiro, eu fazia e mexia, e pensar não pensava.
[...] E me inventei neste gosto de especular ideia.*

Guimarães Rosa
Grande Sertão: Veredas

1.1 Contextualização

O município mineiro de Moeda adotou, em 2003, a Estratégia de Saúde da Família como proposta para reorganização da atenção primária. Desde então, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) locais implementaram um sistema de codificação próprio, para classificação de necessidades dos escolares, que subsidia propostas de intervenção, através de abordagens preventivas e curativas.

Contraopondo-se a resultados significativos em termos de melhora das condições bucais dos escolares, alcançado nos últimos sete anos, tem sido observado um significativo número de faltas às consultas odontológicas programadas dos mesmos, o que tem levado a um alto índice de tratamentos incompletos, com seus impactos à saúde e custos ao sistema. Assim, o presente estudo, partindo de uma abordagem descritiva, levanta dados e informações que possam auxiliar uma primeira aproximação com os possíveis fatores relacionados ao absenteísmo dos escolares adscritos à Equipe de Saúde da Família (ESF) da Pedra Vermelha e que venham a subsidiar uma abordagem qualitativa posterior, visando à proposição de um plano de intervenção, através de um processo de planejamento estratégico, possibilitado pelas ferramentas apresentadas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

“[...] Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos” (MINAYO, 1993, p.90).

1.2 Área de Estudo: Campo de Pesquisa

1.2.1 O Município de Moeda

Moeda, situada a cerca de 60 km da capital mineira, possui uma população total em torno de 4.665 habitantes, somando-se zona rural e urbana (MOEDA, 2009).

Tendo sido elevada à condição de município em 1954 ao se desmembrar de Belo Vale, cidade vizinha, o nome Moeda remonta à parte da sua história: nos anos de 1700, Brasil-Colônia, alguns portugueses, a fim de fugir dos altos impostos do quinto do ouro, construíram um casarão denominado “Fazenda Boa Memória” ou “Fazenda Boa Vista”, onde cunhavam-se moedas falsas, sendo “sede” da primeira fundição de moedas clandestinas do país. A localidade onde foi construído o antigo casarão é hoje conhecida como “Moeda Velha” (Wikipedia.org).

A atividade econômica tradicional do município é a pecuária, com aplicação na agroindústria de pequeno porte, como a de laticínios, doces e alambiques, bem como agricultura de subsistência. O comércio local é incipiente e carente de investimentos. A partir da década de 80, o turismo começa a despontar como nova atividade, sendo tal fato, em muito, decorrente do término do asfaltamento da MG 825, que liga Moeda à BR 040.

Uma característica marcante do município é o número crescente de “sitiantes”, muito em função da tranquilidade local, associada à proximidade de Belo Horizonte. Tal fato tem se refletido na economia local, ao gerar empregos informais.

A crescente atividade exploradora de extração de minério tem gerado preocupação e manifestações locais, no sentido de preservação ambiental, embora uma outra parcela da população, voltada para o comércio, encontra-se satisfeita pelo “aquecimento” econômico local, principalmente o setor hoteleiro. Entretanto, olhares mais atentos sobre a Serra da Moeda têm resultado em fiscalizações rigorosas.

Na rede de ensino, o município conta com escolas situadas em comunidades rurais, bem como duas escolas no centro da cidade, não apresentando instituições voltadas para o Ensino Superior.

1.2.2 A Atenção Primária à Saúde no Município

A rede básica de saúde é formada pelo conjunto das Unidades Básicas de Saúde (UBS), encarregadas da atenção primária à saúde, que significa primeira atenção, e não atenção de baixa qualidade para problemas simples de saúde, como, costumeiramente, ocorre confusão. É na atenção primária que ocorrem ações básicas nos campos da promoção, prevenção, assistência individual e prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade (NARVAI,1992).

A Estratégia de Saúde da Família foi adotada em 2003, tendo sido implantadas duas Equipes de Saúde da Família: ESF da Pedra Vermelha e ESF de Porto Alegre. Há, também, uma unidade mista de saúde no centro do município, Fundação Municipal de Saúde Américo Fernandes da Silva, que conta com clínicos e especialistas como pediatra, gineco-obstetra, urologista, neurologista, psiquiatra, cardiologista e psicóloga. Conta ainda com serviços de vacinação, clínica odontológica, exames diagnósticos laboratoriais, radiológicos e eletrocardiograma.

Cada uma das ESF é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes estão alocadas em prédios antigos, com estrutura física relativamente precária, onde anteriormente funcionavam escolas da rede municipal.

1.2.3 Territorialização

O processo de territorialização tem como finalidade permitir a definição de prioridades, em termos de problemas e grupos, o que terá reflexos na definição de ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de ações sobre grupos priorizados. Assim, será possível um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e condições de vida (TEIXEIRA, PAIM & VILASBOAS 1998).

No município de Moeda, a territorialização para adscrição de famílias às ESF teve como referência uma linha férrea. O intuito foi a viabilização de acesso da população às Unidades Básicas de Saúde, garantindo-se o vínculo e cuidado das ESF com as famílias residentes em suas respectivas áreas de responsabilidade. Entretanto, em função da precariedade de transporte coletivo, acrescido da distância geográfica de algumas comunidades, alguns usuários consideram muito difícil o acesso às UBS.

1.2.4 Pedra Vermelha

Pedra Vermelha é uma pequena localidade situada a 7 km do centro de Moeda e constitui a sede de instalação de uma unidade de atenção primária à saúde, que conta com uma Equipe de Saúde da Família. De acordo com a territorialização e adscrição de clientela, a unidade de saúde assiste a demanda, organizada em cinco microáreas, não só dos habitantes da pequena localidade que lhe deu o nome, como de lugarejos e povoados situados nas imediações, além de parte da população residente no centro do município. Assim, a comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família da Pedra Vermelha, apresenta 764 famílias cadastradas, num total de 2.429 pessoas (MOEDA, 2010).

Tabela 1- Número de famílias, pessoas e escolares na faixa de 7 a 14 anos, cadastrados, adscritos à ESF da Pedra Vermelha. Moeda, 2010.

<i>Microárea</i>	<i>Número de famílias cadastradas</i>	<i>Número de pessoas</i>	<i>Número de escolares na faixa de 7 a 14 anos</i>
Microárea 1	177	564	76
Microárea 2	127	127	68
Microárea 3	145	498	79
Microárea 4	158	503	50
Microárea 5	157	402	53

Fonte: **SIAB**/Junho de 2010.

2 OBJETIVOS

Lapidar
Minha procura toda trama lapidar

José Renato & Milton Nascimento
Música: Anima

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo propõe analisar o absenteísmo às consultas odontológicas programadas para os escolares do 2º período ao 9º ano do ensino fundamental da rede pública municipal, adscritos à ESF da Pedra Vermelha, com idades variando de cinco a 19 anos, no período compreendido de março de 2009 a abril de 2010.

2.2 Objetivos Específicos

A partir das análises descritiva e estatística do absenteísmo serão formuladas hipóteses explicativas que possam subsidiar uma posterior abordagem qualitativa do problema pela equipe. Poderão, assim, ser estabelecidas propostas de intervenção, através de um processo de planejamento estratégico consonante com a realidade, a partir de ferramentas e instrumental teórico oferecidos pelo estudo. A proposta final é de que se obtenha um conhecimento útil que, juntamente com outras abordagens, fundamente uma prática de intervenção sobre a realidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

*E olhando a direção que indica a estrada,
reconheço minhas pegadas a investigar mistérios.*

Salvino Pires Sobrinho
Perfumes (2004)

3.1 A Estratégia de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde: Breve Histórico

O sistema de saúde brasileiro passou por rápidas e profundas mudanças ao longo das últimas décadas. Segundo Roncalli (2000, p.34), o atual modelo assistencial de saúde vigente no país, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS), resulta de “é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos de 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira”. A partir da Constituição de 1988, que criou o SUS, e das leis complementares 8.080 e 8.142 de 1990 que o regulamentaram, hoje conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS), teve início o seu processo de implantação no país (RONCALLI, 2000; CUNHA, 2004;). O principal objetivo era corrigir a prática “hospital-dependente”, que caracterizava um modelo hospitalocêntrico, possibilitando um acesso mais democrático da população às ações e serviços de saúde (ARAÚJO, 2005).

O sistema implantado é norteado por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários referem-se às ideias filosóficas que sustentam sua implantação (universalidade, equidade e integralidade). Os princípios organizativos norteiam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo os princípios doutrinários - descentralização dos serviços e participação social (RONCALLI, 2000).

Como estratégia para a consolidação do SUS, foi lançado, em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF) (VIANA, 2005), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família, cujo precursor, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, tinha como unidade de ação, a família. O programa apresentou bons resultados, particularmente no que se refere à redução dos índices de mortalidade infantil. A partir de 1994, teve início a formação das primeiras equipes de saúde da família, ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2001).

Em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, a Estratégia de Saúde da Família prioriza ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Suas bases incluem ainda aspectos relativos à área de abrangência com: adscrição de clientela, equipe multiprofissional, ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas, além da participação comunitária (BRASIL, 2006). Deve apresentar, assim, a lógica do rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e voltada prioritariamente para a dimensão biológica do processo saúde-doença, de forma a promover novas práticas (RABELLO & CORVINO, 2001).

Segundo o Pacto pela Saúde de 2006, do Ministério da Saúde, que descreve as atribuições da Atenção Básica, um dos princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família é a atuação no território, a partir do qual se desenvolve o diagnóstico situacional. Este, por sua vez, subsidia o planejamento de ações de intervenção na comunidade, com vistas à diminuição do risco de adoecer, através de um incremento na qualidade de vida (BRASIL, 2006).

3.2 Os Modelos de Atenção em Saúde Bucal

3.2.1 Sistema Incremental

Entre as décadas de 20 e 40, os serviços odontológicos eram oferecidos, pelo Estado, apenas nos grandes centros urbanos através de assistência à livre demanda. Por volta dos anos 50, a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) implantou o Sistema Incremental, onde passaram a ser ofertados serviços curativos aos escolares de seis a 14 anos de idade (ZANETTI et al., 1996). Como era dirigido a um grupo etário, caracterizava-se como um modelo excludente. Ao apresentar um enfoque curativo-reparador, mostrou-se ineficaz em termos de impacto nos níveis de saúde-doença bucal. A introdução de algumas medidas preventivas e de pessoal auxiliar (quatro mãos) não foram suficientes para assegurar uma redução da incidência de lesões cáries na população alvo (CORDÓN, 2001). Na mesma época, surgiram novas propostas alternativas à prática odontológica, tais como a Odontologia Sanitária ou Social, a Simplificada ou Comunitária, a Integral e, mais recentemente, a Coletiva (NARVAI, 1994).

3.2.2 Odontologia Simplificada

Na década de 70, em função de críticas e oposições ao Sistema Incremental, surge a Odontologia Simplificada, com a perspectiva de oferecer maior cobertura, com menores custos (NARVAI, 1996; ZANETTI et al., 1996). Mendes (1986, p.10) a define como uma prática profissional que buscava, “através da padronização, da diminuição dos passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia. E que, ao tornar-se mais produtiva, viabiliza os programas de extensão de cobertura.” A

simplificação da prática estomatológica não rompeu a lógica programática do modelo anterior (CORDÓN, 2001).

“Dessa forma, a odontologia simplificada não pretende uma mudança qualitativa da prática profissional. Tão só, erige-se como um apêndice à odontologia tradicional, uma odontologia complementar, destinada às classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, em especial, recursos humanos e equipamentos. Por consequência, os esforços se fizeram no sentido de simplificar recursos humanos, material de consumo, instrumental, equipes odontológicas, sistemas de trabalho, técnicas e espaço físico com o objetivo de estabelecer uma odontologia de alta produtividade. E o que se buscava era a produção de mais atos curativos, em menor tempo, e a um custo o mais baixo possível” (MENDES, 1986, p.10).

3.2.3 Odontologia Integral

O amadurecimento conceitual levou ao delineamento da proposta da odontologia integral, tornando-se imperativo gerar e difundir uma odontologia capaz de substituir a então prática hegemônica, permitindo o nascimento de um novo paradigma profissional. A simplificação dos elementos da prática profissional não é rejeitada completamente. Era buscada de forma diversa, com o intuito de não se negar a validade, universal, de determinados princípios técnicos da odontologia. Assim, a abordagem da odontologia integral se baseia em três pilares interdependentes entre si: simplificação dos elementos, ênfase na prevenção e desmonopolização do saber odontológico (MENDES, 1986). A proposta não se consolidou, a não ser em algumas experiências pontuais (CORDÓN, 2001).

3.2.4 Programa Inversão da Atenção – PIA

Surgiu no final dos anos 80 e início dos anos 90 a partir de elaborações teóricas de Loureiro & Oliveira (1995), tendo alcançado sucesso considerável em alguns municípios de Minas Gerais, como João Monlevade e Timóteo. Incorporou os avanços da Odontologia Integral, adaptando sua fundamentação teórica a uma estrutura organizativa baseada no SUS (RONCALLI et al., 1999). Sua principal característica baseava-se na intervenção precedendo o controle. Foi estabelecido, através de sua matriz programática, um modelo

centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. “Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da ‘cura’ para ‘controle’ e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional” (BRASIL, 2008, p.10). Na fase de estabilização busca-se reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal. Na fase de reabilitação, o objetivo é o restabelecimento da função e estéticas perdidas, decorrentes de sequelas da doença. Na terceira fase, de declínio, busca-se o controle da doença, introduzindo métodos de auto-cuidado, além de serem trabalhados com a população, os fatores condicionantes da doença (CÓRDON, 2001).

3.2.5 Atenção Precoce em Odontologia – Odontologia para Bebês

Trata-se de uma conquista da Odontologia, sendo sua inserção uma estratégia preventiva fundamental, representando a incorporação de um novo entendimento na abordagem de doenças bucais (BELLINI, 1991; PINTO,1996). Uma das experiências mais significativas dessa vertente, que resgata a necessidade de inclusão da clientela de zero a cinco anos em programas de saúde bucal, ficou conhecida como “Odontologia para Bebês” que teve, como grande propulsor, o Prof. Luís Reinaldo de Figueiredo Walter, com a implantação, em 1985, da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no estado do Paraná (RONCALLI et al., 1999). Sob o aspecto técnico e operacional houve redução na prevalência de doenças bucais, sobretudo a cárie dentária (CORDÓN, 1997).

“O que se pode observar é que esse é um fenômeno crescente e um número cada vez maior de municípios está implantando clínicas de bebês como sinônimo de assistência odontológica. O risco da disseminação deste tipo de prática é a repetição de um mesmo erro grave do passado, quando o foco da atenção era centrado em escolares, deixando o restante da população sem assistência, perpetuando um modelo excludente. Sob a justificativa da atenção precoce e deslumbrados com o sucesso deste tipo de prática, alguns municípios estão estabelecendo sistemas tão excludentes quanto os do passado incremental” (RONCALLI et al., 1999, p.4).

3.3 A inserção da Odontologia no SUS

Apesar do grande avanço da Odontologia nas últimas décadas, em termos de sofisticação e aparato técnico, o país chegou ao século XXI com uma política de saúde bucal deficiente, caracterizada pela falta de acesso de grande parte da população aos cuidados clínicos e preventivos (PINTO, 2000). Até o ano de 1998, 32% da população rural e 12,5% da população urbana brasileira nunca havia recebido qualquer tipo de tratamento odontológico (OLIVEIRA, 2005).

A inclusão da odontologia na Estratégia de Saúde da Família, motivada pela caótica situação de saúde bucal da população brasileira, ocorreu seis anos após a sua implantação, através da assinatura da Portaria GM/MS nº 1.444, do dia 28 de dezembro 2000, pelo então Ministro da Saúde José Serra, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios (BRASIL, 2000). A Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001), regulamentou as normas e diretrizes para este fim, tendo sido criadas duas modalidades de Equipes de Saúde Bucal:

- ESB Modalidade I: composta por um Cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB);
- ESB Modalidade II: composta por um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Cada ESB, que cobriria, em média, 6.900 pessoas, era referência para duas ESF. Tal proporção foi alterada a partir da Portaria nº 637/GM, em 2003, quando o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 em relação às ESF. Dessa forma, cada ESB passou a cobrir em torno de 3.450 pessoas (BRASIL, 2003).

Segundo Narvai (1992), na construção da democracia brasileira, a política tem contribuído sobremaneira para a melhoria da saúde bucal dos brasileiros, ao descentralizar e, portanto, ao dividir poderes e criar espaços para a divergência e questionamento ou consolidação de decisões. Sob este aspecto a criação do SUS, resultante de um processo político, tem um grande significado para a saúde bucal dos brasileiros e para a organização social da prática odontológica no país.

Silveira Filho (2002) propõe que, na organização dos processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Família, a implantação das atividades, através da ferramenta do planejamento estratégico, se dê em três momentos não estanques, nem fragmentados ou obrigatoriamente sequenciais. O momento 1 seria o de apropriação do território. As atividades clínicas desenvolvidas, nesse momento, deveriam ser as ações de prevenção e promoção à saúde, bem como atendimento odontológico à demanda. O momento 2 seria voltado para a espacialização das desigualdades e diferenças entre as microáreas, bem

como para a identificação dos grupos prioritários para atenção, entre os inscritos. Nesse segundo momento, as atividades clínicas estariam voltadas para a estabilização das patologias bucais. O momento 3 seria voltado ao cuidado longitudinal às famílias o que, em termos de atividades clínicas, representaria atenção restauradora às mesmas.

3.4 Acesso e Acessibilidade

Dentre as variáveis que dificultam a efetiva consolidação do SUS, o acesso aos serviços de saúde se constitui numa das questões mais relevantes. O estudo de aspectos relativos à acessibilidade aos mesmos é fundamental para a garantia da universalidade da atenção: “ele inter-relaciona características do sistema de prestação, da população, utilização dos serviços de saúde e satisfação das necessidades do consumidor, sendo determinado pelas políticas públicas aplicadas” (LORA, 2004, p.10).

De acordo com Starfield (2002), a acessibilidade possibilita a chegada aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos mesmos, visando aos melhores resultados possíveis, relacionando-se, pois, à forma como o indivíduo experimenta o serviço de saúde.

Fekete (1995) aponta 3 domínios nos modos de organização da assistência à saúde: acessibilidade, disponibilidade e utilização. A acessibilidade relaciona-se ao processo de buscar e receber assistência à saúde. A disponibilidade representa a presença de recursos e sua capacidade de produzir serviços. Já a utilização, sinaliza o consumo real dos serviços.

O conceito de acessibilidade aos cuidados de saúde é complexo, envolvendo várias vertentes. Para grande parte dos investigadores dessa questão, a acessibilidade relaciona-se, em sua maioria, com questões relativas a aspectos econômicos, à oferta de serviços de saúde e à capacidade física de aceder às unidades de saúde (REMOALDO, 2003). Seu estudo permite a compreensão da relação existente entre as necessidades e aspirações da população, relativas a ações de saúde, e a oferta de recursos para satisfazê-las. Tal conceito supera o entendimento de que a disponibilidade de recursos, em um dado lugar, e em determinado momento, assegura sua utilização plena. A acessibilidade resulta da combinação de fatores de dimensões distintas, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica (FEKETE, 1995).

3.4.1 Acessibilidade Geográfica

Relaciona-se à distância média entre a população e os recursos, devendo-se considerar, entretanto, que não mensura apenas distância, visto que uma determinada região pode apresentar características físicas que dificultam ou mesmo impedem o acesso da população, devendo ser medida, pois, em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para se obter assistência à saúde. Cabe pontuar que a acessibilidade geográfica não garante a possibilidade de utilização de recursos por parte da população. Credibilidade do serviço, preferência por médicos, existência de terceiro turno e outros motivos podem influir na acessibilidade geográfica teórica (FEKETE, 1995).

3.4.2 Acessibilidade Organizacional

Pode ser representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde, podendo estar na entrada ou no interior da Unidade de Saúde. Os primeiros relacionam-se a aspectos que caracterizam o contato inicial do usuário com a Unidade de Saúde, tais como: tempo para se obter uma consulta, a forma como se dá o agendamento ou marcação de horário, os turnos de funcionamento. Já os segundos dizem respeito às características que interferem com a assistência ao usuário dentro da unidade, podendo-se exemplificar: o tempo para ser atendido pelo médico e para a realização de exames laboratoriais. Cabe ressaltar que os obstáculos podem estender-se aos demais níveis do sistema (FEKETE, 1995).

Escorel et al. (2007) citam a acessibilidade temporal relacionando-a com os turnos em que acontecem os atendimentos e que podem dificultar o comparecimento da população trabalhadora.

3.4.3 Acessibilidade Sócio-cultural

Está relacionada a fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde, tais como percepções e crenças relativas à saúde-doença, credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros. Os obstáculos relativos à acessibilidade cultural podem ser considerados sob as perspectivas da população e do sistema de saúde. A redução destes obstáculos requer a atuação no nível da formação dos profissionais de saúde (FEKETE, 1995).

Segundo Escorel et al. (2007), a acessibilidade cultural no PSF é facilitada pela atuação do agente comunitário de saúde, funcionando como um elo mediador entre a

comunidade e o serviço de saúde, na medida em que esse profissional, sendo morador da comunidade de referência da unidade de saúde da família, em geral, pertence ao mesmo grupo social dos usuários.

3.4.4 Acessibilidade Econômica

O SUS é financiado por recursos fiscais de acesso universal, sem taxas de copagamento (ESCOREL et al., 2007). Um dos seus princípios constitucionais é o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assim, não deveriam existir barreiras econômicas à utilização dos mesmos. Portanto, não deveria se pensar em entraves na acessibilidade econômica. Entretanto, em função da insuficiente oferta de ações e serviços, o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda é elevado, incluindo aí: consumo de tempo, energia e recursos financeiros para a busca e obtenção dos serviços de saúde, prejuízos decorrentes da perda de dias de trabalho, possíveis perdas decorrentes de licença médica por doenças, o custo dos medicamentos, dentre outros (FEKETE, 1995).

A melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde deve estar alicerçada no aumento do vínculo entre o profissional e a comunidade adscrita. Outra observação fundamental é que o acolhimento, conceito muitas vezes tratado como diretriz operacional, é fundamental para a melhoria das condições de acessibilidade (LORA, 2004).

Para Pinheiro & Torres (2006), acesso oferecido e não utilizado pode ser decisivo para a diminuição da qualidade do SUS.

3.5 Outros Atributos da Qualidade da Prestação dos Serviços em Saúde

A qualidade do cuidado em saúde agrega os seguintes componentes: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Silva & Formigli (1994, p.2) citam, ainda, o impacto, a qualidade técnico-científica, a cobertura e a acessibilidade:

“Os atributos referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social. Podem ser assim agrupados: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade)”.

3.5.1 Eficácia, Eficiência e Efetividade

A eficácia consiste numa medida normativa relacionada ao alcance dos resultados. Em contrapartida, a eficiência mede a utilização dos recursos (FEKETE,1995), correspondendo, essa noção, às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos (SILVA & FORMIGLI, 1994). Já a efetividade consiste num atributo composto pela eficiência e pela eficácia (CAMPOS, 1988).

Quadro 1- Conceituação esquemática de eficácia, eficiência e efetividade

Eficácia= atos úteis/ atos
 Eficiência= atos/ custos
 Efetividade= atos úteis/ custos

Fonte: Fekete (1995).

3.5.2 Impacto

Constitui-se em uma das subdivisões da avaliação de desempenho (BRASIL, 2009, p.9):

“Impacto Final refere-se ao resultado gerado pelos produtos e serviços de um determinado sistema (organização, programa, política pública, rede etc.) no beneficiário final,ou seja, na sociedade. Exemplos: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); PIB per capita; Coeficiente de Gini. Impacto Intermediário é o resultado intermediário gerado pelos produtos e serviços de um determinado sistema (organização, programa, política pública, setor rede etc) em seu beneficiário”.

3.5.3 Aceitabilidade e Legitimidade

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aponta que, dentre os atributos no cuidado à saúde, o da aceitabilidade e da legitimidade se constituem naqueles que diretamente se relacionam com as expectativas e satisfação dos beneficiários.

“O conceito de aceitabilidade refere-se à adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende das avaliações subjetivas do paciente quanto à efetividade, eficiência e otimização e ainda da acessibilidade do cuidado (obter cuidado quando necessário e obtê-lo de forma fácil e conveniente), as características da relação médico-paciente (pacientes desejam ser tratados com consideração e respeito, ter suas perguntas respondidas e sua condição explicada) e as amenidades do cuidado (propriedades do cenário em que se dá o cuidado, sendo conveniente, confortável e agradável). Quanto à legitimidade, é a aceitabilidade do cuidado na forma como é visto pela comunidade ou a sociedade em geral” (BRASIL, 2004, p.31).

3.5.4 Otimidade

De acordo com Fekete (1995, p.55), o conceito de otimidade aproxima-se ao da eficiência, na medida em que também lida com a questão custo/benefício:

“Avalia os efeitos do cuidado em relação aos custos, a partir do seguinte questionamento: vale a pena adicionar pequenas melhorias se estas agregam um montante desproporcionalmente alto de custos? Em se tratando de situações nas quais há escassez de recursos esta pergunta assume caráter fundamental no planejamento das ações.”

3.5.5 Equidade

Está relacionada à igualdade de acesso para iguais necessidades (equidade horizontal), uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos (STARFIELD, 2002).

O que sustenta o princípio da equidade é a ideia de tratar, de forma diferente, os desiguais.

“[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades [...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...]. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais” (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001, p.35).

3.6 Assiduidade às Consultas Odontológicas

Uma série de fatores contribuem para a cárie dentária ser a patologia bucal que mais acomete as crianças, podendo-se citar, como exemplos, a inadequada realização de higiene bucal supervisionada em casa; os níveis sócio-econômico e cultural das famílias; o acesso a informações de saúde e ao tratamento odontológico, dentre outros. Porém, a questão da assiduidade às consultas odontológicas, em outros termos, o retorno periódico da criança ao ambiente odontológico em consonância com programa preventivo em que se encontra inserida, tem sido pouco discutido. A assiduidade às consultas constitui um fator fundamental para a melhoria dos níveis de saúde bucal das crianças, uma vez que, no retorno às consultas, podem ser reforçados conceitos de prevenção, hábitos de higiene e dieta, além de serem realizadas a profilaxia clínica e aplicação de flúor, de acordo com a necessidade individual (LEMOS et al., 2008).

Em estudo sobre o perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar a consultas odontológicas numa Equipe de Saúde da Família em um distrito do município de Ribeirão Preto/SP, Almeida et al. (2009) concluíram que o principal fator foi o esquecimento. Outros fatores relatados foram: horário inadequado do agendamento, trabalho, estudo e procura por tratamento odontológico particular. Os autores sugeriram a adoção de novas estratégias de agendamento, onde os agentes de saúde poderiam desempenhar um papel ativo no sentido de lembrar, periodicamente, a data das consultas. Em contrapartida, faz-se necessário o comprometimento da população.

Siqueira et al. (2009), em estudo realizado sobre a avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos, em idade pré-escolar, baseando-se no índice de comparecimento às consultas odontológicas numa Unidade Básica de Saúde, concluíram que o não comparecimento às mesmas indica ou o desconhecimento da importância do tratamento, ou o descaso com a saúde, pois os responsáveis ignoram seus benefícios. A gratuidade do tratamento, mesmo em se tratando de famílias de baixa renda, não garantiu o comparecimento. O índice analisado ajudou a quantificar a efetividade do programa e o

interesse dos responsáveis pelas crianças, fornecendo dados reais como subsídios à implementação de novas estratégias.

3.7 Princípios para Agendamento de Consultas

Abreu (2008), em estudo realizado sobre a avaliação da implantação do programa de saúde bucal da ESF, na zona leste de São Paulo, menciona que, nas Unidades Básicas de Saúde, 40% das vagas devem ser destinadas às crianças na faixa etária de zero a 14 anos.

“As demais vagas devem ser distribuídas aos maiores de 14 anos, levando-se em conta algumas prioridades como o controle ou manutenção dos usuários que tiveram seu tratamento concluído até os 15 anos, os idosos, os pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensos, portadores de HIV e outros encaminhados pela equipe multiprofissional ou aqueles identificados nas atividades grupais da própria unidade, lembrando, não obstante, a garantia constitucional de universalidade do acesso às ações e serviços de saúde. As gestantes deverão ser especialmente consideradas e orientadas sobre a possibilidade de realizar tratamento odontológico durante a gestação e puerpério. Os idosos devem ter suas vagas asseguradas, tendo em vista a legislação específica que protege este grupo, muitas vezes alijado dos serviços de saúde. Os usuários atendidos como urgências também poderão ser agendados para tratamento, conforme os critérios de risco e organização da unidade de saúde” (ABREU, 2008, p. 57).

O número de indivíduos agendados estará relacionado à composição da ESB, sendo que as faltas relativas aos agendamentos deverão ser substituídas pela demanda espontânea do dia e urgências. Nas unidades com elevado índice de faltas, poderão ser agendadas uma ou duas consultas a mais, a fim de garantir plena utilização do equipamento e rendimento da equipe (ABREU, 2008).

3.8 Importância da Dentição Decídua e Permanente

A dentição humana é composta por duas fases: a decídua ou temporária e a permanente. Em determinada etapa do desenvolvimento da criança (entre seis e 12 anos de

idade), dentes decíduos e permanentes estão presentes na cavidade bucal, constituindo o que se chama de dentição mista (SUCUPIRA, 2000).

É conhecida a relação entre história de cárie na dentição decídua e seu acometimento na dentição permanente, em função da transmissibilidade da doença (GRAY et al., 1991).

Nogueira et al. (1998) citam que o dente decíduo é importante para o bom desempenho das funções mastigatórias, articulação, fonação e oclusão. Segundo Paixão & Fuziy (2003, p.1):

“O melhor mantenedor de espaço é o próprio dente, onde dentro de uma harmonia com a musculatura bucal desempenha funções de mastigação, fonética, deglutição e estética. São também responsáveis pelo estímulo de desenvolvimento dos maxilares, mantém o espaço do dente permanente, contêm os antagonistas no plano oclusal, além de guiar a erupção dos dentes permanentes.”

Alterações na dentição decídua ou permanente podem ter impactos funcionais, como dificuldade para mastigar; perda do apetite; perda de peso; dificuldade para dormir; alterações comportamentais, como irritabilidade e baixa auto-estima; falta ao trabalho; e, no caso de crianças, pode haver diminuição do rendimento escolar (TESCH et al., 2007). Feitosa & Colares (2003) relatam que as crianças portadoras de cárie severa apresentam, em geral, além de dificuldades funcionais, alterações emocionais e sociais, o que pode interferir em seu processo de socialização. Além disso, convém salientar que a odontalgia impacta negativamente a qualidade de vida, podendo provocar queda no aprendizado e dificuldades no convívio social (BASTOS et al., 2007).

Alves, Volschan & Haas (2004, p.2) enfatizam a necessidade de se motivar os pais à conscientização da real importância da saúde bucal para a saúde geral de seus filhos:

“É importante enfatizar a co-responsabilidade dos pais na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos, uma vez que é comum o fato de alguns pais ao levarem as crianças para avaliação odontológica sentirem-se livres das responsabilidades com os cuidados de higiene bucal, transferindo para o dentista toda a responsabilidade de promover sua saúde bucal.”

3.8.1 Perda Prematura dos Dentes Decíduos

A perda prematura dos dentes decíduos pode ocorrer em função de traumatismo dental, reabsorção prematura de raízes dentárias ou como resultado de lesões cáries extensas que comprometem a manutenção do elemento na cavidade bucal (MARTINS, 1998).

Van der Linden (1986) cita como consequências das perdas prematuras de dentes decíduos: a) migração de dentes adjacentes para a região da perda, com fechamento ou redução do espaço destinado à irrupção do dente permanente sucessor; b) encurtamento do arco; c) extrusão do antagonista.

“A perda pode ainda provocar: inclinações de dentes adjacentes, favorecendo o futuro apinhamento dentário; impacções dos dentes permanentes sucessores; aumento do trespasse vertical; redução na capacidade mastigatória; distúrbios na fonética; instalação de hábitos bucais viciosos e problemas de ordem psicológica” (PAIXÃO & FUZYI, 2003, p.2).

3.8.2 O Primeiro Molar Permanente

Sua formação é iniciada na fase de vida intra-uterina e, ao nascimento da criança, principia sua mineralização. Por volta do terceiro ano de vida, a coroa dental encontra-se calcificada, iniciando-se na fase dos seis anos, aproximadamente, a sua erupção, época da dentição mista (GUEDES-PINTO, 1994).

Segundo Issao (1980) *apud* Almeida, Lobato & Almeida (2007,p.1):

“Cerca de 25% dos primeiros molares permanentes inferiores se apresentam cariados um ano após a erupção. Após três anos, 50% deles estão cariados e passados seis anos, o mesmo ocorre em mais de 70%. Isso pode ser explicado por vários fatores, como a anatomia oclusal, repleta de fóssulas e fissuras, a ocupação mais posterior no arco, a dificuldade da criança em higienizar a região e a falta de informação dos pais quanto a existência de dentes permanentes tão cedo na boca de seus filhos.”

A perda de um molar permanente pode acarretar problemas de saúde bucal, como: distúrbios oclusais e na articulação têmporo-mandibular; redução da capacidade mastigatória; gengivite; mesialização dos segundos molares permanentes no lado da perda dental; extrusão, retração gengival e hipersensibilidade do primeiro molar permanente, com a perda do antagonista (MAGALHÃES & NEVES, 1993 *apud* AGUIAR & SANTOS, 1996).

4 CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO

*Subiu a construção como se fosse sólido
Ergueu no patamar quatro paredes mágicas
Tijolo com tijolo num desenho lógico*

Chico Buarque de Holanda
Música: Construção

4.1 Caracterização do Estudo

Em ciências sociais, uma categorização comum de estudos científicos é a que estabelece três tipos básicos: *estudos exploratórios*, *estudos descritivos* e *estudos experimentais*. Os *estudos exploratórios* são caracterizados pelo aprofundamento sobre um determinado tema pelo pesquisador, para, posteriormente, se planejar uma pesquisa do tipo descritiva ou experimental (TRIVIÑOS,1987). Roncalli (2000) comenta que o estudo exploratório pode parecer uma fase de um determinado trabalho, e não o trabalho em si. Entretanto, de acordo com o seu grau de aprofundamento, favorece a elaboração de hipóteses significativas, que apontem para linhas de pesquisa e trabalhos futuros. Para Triviños (1987) *apud* Roncalli (2000, p.29), os *estudos experimentais* consistem em “modificar deliberadamente, e de maneira controlada, as condições que determinam um fato ou fenômeno e em observar e interpretar as mudanças que ocorrem neste último”. Os *estudos descritivos* são utilizados para descrever, o mais detalhadamente possível, uma realidade através de seus fatos e fenômenos. Dentro da categoria são possíveis algumas subdivisões, como os *estudos descritivos correlacionais*, os *estudos de caso*, *estudos descritivos do tipo causal-comparativo* e *análise documental*. Nos *estudos descritivos correlacionais*, além da descrição de determinadas variáveis, são estabelecidas algumas relações de ordem quantitativa. Já os *estudos de caso* visam o aprofundamento na descrição de determinada realidade, tendo como característica fundamental o fato de sua validade estar circunscrita ao caso que se estuda. No estudo descritivo baseado na *análise documental*, como o próprio nome indica, a situação é descrita a partir de documentos. O *estudo descritivo causal-comparativo* procura determinar como é o fenômeno, de que maneira e por que ocorre, quando o controle da variável independente não é possível.

Na realidade, as diferenças são sutis e as subdivisões meramente didáticas, podendo diferentes abordagens se permearem. O trabalho, embora apresente características de um estudo exploratório, que subsidia a abordagem do tema, é predominantemente descritivo.

“[...] a pesquisa descritiva procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos sem manipulá-lo” (CERVO & BERVIAN, 1996, p. 49).

A partir da definição das tipologias de estudos feita por Triviños (1987), o presente trabalho se enquadra em *estudo descritivo correlacional*, na medida em que se estabelecem relações de ordem quantitativa com variáveis definidas, e *estudos de caso*, na medida em que, havendo um recorte temporal e espacial delimitado do problema analisado, não são permitidas generalizações de resultados. Independentemente da subdivisão teórica em que se enquadra, a abordagem descritiva irá compor uma base conceitual sobre a qual se tentará aprofundar o objeto, qual seja, o absenteísmo dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha às consultas odontológicas programadas.

4.2 Pesquisa Bibliográfica

Foram buscadas referências a partir de consultas às bases de dados *MEDLINE* e *LILACS* (Sistema BIREME), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde Pública¹, bem como pesquisas na *SciELO*², considerando-se associações de descritores relativos e pertinentes ao tema em estudo, como:

- Absenteísmo às consultas odontológicas;
- Comparecimento às consultas odontológicas programadas;
- Fatores relacionados ao comparecimento às consultas;
- Acesso e acessibilidade na atenção básica;

¹ A Biblioteca Virtual em Saúde Pública engloba as seguintes bases de dados:

LILACS – Sistema BIREME

AdSAÚDE – Rede Nacional de Administração em Saúde

MS- Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde

ENSP- Acervo da Escola Nacional de Saúde Pública

REPIDISCA- Rede Pan-Americana de Informação e Documentação em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente

MEDLINE- Literatura Internacional em Ciências da Saúde

Disponível em: <<http://www.bibcir.fsp.usp.br>>. Acesso em agosto 2010.

² **MEDLINE** é uma base de dados produzida pela National Library of Medicine (NLM), EUA, com referências e resumos de artigos de periódicos em medicina e áreas afins, desde 1966. **LILACS** (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é uma base de dados cuja instituição responsável é a BIREME. Compreende a literatura relacionada às Ciências da Saúde, publicadas nos países da Região desde 1982. A **SciELO** (Scientific Electronic Library Online) representa um modelo para publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na rede. Foi desenvolvido para responder às necessidades de comunicação científica nos países em desenvolvimento e, particularmente, na América Latina e Caribe. Disponível em: <<http://www.bibcir.fsp.usp.br>>. Acesso em agosto 2010.

- Atributos da qualidade dos serviços em saúde;
- Metodologia da pesquisa científica;
- Categorização de estudos científicos;
- Percepção dos pais com relação à saúde bucal dos filhos.

Os critérios para inclusão dos artigos científicos encontrados, foram a sua disponibilidade na íntegra, bem como sua adequação e relevância aos objetivos do estudo proposto.

Procedeu-se, ainda, com a busca ativa por trabalhos, teses e dissertações aprovados e publicados em revistas especializadas em saúde bucal e saúde coletiva, em sítios confiáveis na internet, dentre os quais:

- *Biblioteca Digital da Unicamp*³
<http://libdigi.unicamp.br/document/list.php?tid=7>
- *Biblioteca Digital da USP*
<http://www.teses.usp.br/>
- *Rede de Bibliotecas da Fiocruz*
<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>
- *Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UFMG*
<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/>

Também foram consultados capítulos de livros, cujo conteúdo foi considerado pertinente às proposições da pesquisa.

³ O acesso foi obtido mediante cadastro prévio no *Sistema Nou-Rau*.

4.3 Método de Coleta de Dados

Os dados secundários utilizados neste estudo foram obtidos do banco de dados disponibilizado pelo levantamento anual de necessidades em saúde bucal, realizado em março de 2009 pela ESB municipal. Procedeu-se, ainda, com uma análise de agendas dos profissionais, referentes aos anos de 2009 e 2010, bem como de prontuários odontológicos dos escolares.

Foi realizado um levantamento de dados relativo ao índice de faltas no período de abril de 2009 a março de 2010, relacionando-o a variáveis, caracterizando-se, assim, a etapa descritiva do problema levantado. Segundo Triviños (1987) , as variáveis de um estudo podem ser definidas como sendo “características observáveis de algo que podem apresentar diversos valores”.

O objetivo geral é aferir correlações do *comparecimento* ou *não comparecimento* às consultas agendadas, a variável principal, a outras nove variáveis categóricas coletadas:

1. mês da consulta agendada;
2. dia da semana do agendamento;
3. sexo do escolar agendado;
4. sua codificação de acordo com o nível de necessidade odontológica;
5. escola em que estuda;
6. série;
7. microárea em que reside;
8. faixa etária do agendado;
9. profissional responsável pelo atendimento do agendado.

A Escola Estadual Senador Melo Viana, localizada no centro do município e que recebe alunos das cinco microáreas, é a única que oferta o ensino médio em Moeda. Entretanto, foram coletados dados relativos à faltas apenas dos escolares até a 8ª série ou 9º ano do ensino fundamental, em função de sua maior dependência dos pais ou responsáveis para comparecimento às consultas.

Quadro 2- Apresentação das variáveis, categorias e pressupostos do estudo desenvolvido

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Pressupostos</i>
1. Mês da consulta agendada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abril/ 2009 ▪ Maio/ 2009 ▪ Junho/ 2009 ▪ Julho/ 2009 ▪ Agosto/ 2009 ▪ Setembro/ 2009 ▪ Outubro/ 2009 ▪ Novembro/ 2009 ▪ Dezembro/ 2009 ▪ Janeiro/ 2010 ▪ Fevereiro/ 2010 ▪ Março/ 2010 	Possibilidade de maior número de faltas em meses que correspondem à férias escolares, em função da diminuição de transportes alternativos para comparecimento à UBS.
2. Dia da semana da consulta agendada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segunda-feira ▪ Terça-feira ▪ Quarta-feira ▪ Quinta-feira ▪ Sexta-feira 	Possibilidade de se aferir diferenças relativas ao número de faltas nos diferentes dias da semana.
3. Sexo do escolar agendado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo masculino ▪ Sexo feminino 	Possibilidade da existência de diferenças significativas de faltas entre gêneros.
4. Codificação do escolar agendado	<p>Codificação adotada pela ESB municipal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N1: 6 ou mais dentes cariados ▪ N2: de 4 a 5 dentes cariados ▪ N3: até 3 dentes cariados ▪ SN: sem necessidade curativa 	Possibilidade de serem observadas diferenças no número de faltas, de acordo com os níveis de necessidades curativas dos escolares agendados.
5. Escola em que estuda o escolar agendado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E.E. Senador Melo Viana ▪ E.M. Cláudio Pinheiro de Lima ▪ E.M. Domingos Antunes Gomes ▪ E.M. Getúlio Vargas ▪ E.M. Mário Delfino Ferreira 	Possibilidade de diferenças significativas no número de faltas às consultas, relativas a agendamentos de alunos matriculados em uma das cinco escolas.
6. Série em que estuda o escolar agendado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2º período ▪ 1º ano ▪ 2º ano ▪ 3º ano ▪ 4º ano ▪ 5º ano ▪ 6º ano e 6º ano PAA ▪ 7º ano ▪ 8º ano e 8º ano PAA ▪ 9º ano 	Possibilidade de maior número de faltas às consultas, relativas a agendamentos de alunos matriculados em séries específicas.

Variáveis	Categorias	Pressupostos
7. Microárea em que reside o escolar agendado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Microárea 1 ▪ Microárea 2 ▪ Microárea 3 ▪ Microárea 4 	Influência do fator acessibilidade geográfica no acesso aos serviços de saúde.
8. Faixa etária do escolar agendado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 a 9 anos ▪ 10 a 14 anos ▪ Mais de 15 anos 	A faixa etária estaria relacionada à maior ou menor dependência dos pais, por parte do agendado, para comparecimento às consultas odontológicas.
9. Profissional responsável pelo atendimento do escolar agendado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissional A ▪ Profissional B ▪ Profissional C 	Aceitabilidade do agendado ao profissional.

4.3.1 Método de Pesquisa Quantitativo

Gil (2002) define a pesquisa como um procedimento racional e sistemático, cujo objetivo é obter respostas aos problemas que são propostos. É desenvolvida mediante o concurso de conhecimentos disponíveis e da utilização criteriosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos.

A pesquisa quantitativa, que fundamenta o presente trabalho, pressupõe a existência de objetos de observação comparáveis entre si, lidando com a possibilidade de serem estabelecidas relações causais entre os fenômenos (BOURDON, 1989).

“[...] Os métodos quantitativos são, essencialmente, instrumentos auxiliares para a descrição. Ajudam a focalizar com maior detalhe as regularidades que se apresentam nos dados coletados pelo pesquisador. As médias, taxas e porcentagens são formas de resumir as características e as relações que se encontram nos dados” (MITCHELL, 1987, p. 81-82).

Mitchell (1897) afirma, ainda, que as medidas estatísticas possibilitam a utilização de artifícios que esclareçam a relação entre os diversos fatos coletados pelo observador. No entanto, o autor deixa claro que a quantificação visa auxiliar o trabalho de campo, não se constituindo, entretanto, na perspectiva principal.

Turato (2005) traça perfis de métodos aplicados ao campo de saúde. Segue sua proposição ao método quantitativo.

Quadro 3- Níveis conceituais na metodologia quantitativa

<i>Níveis conceituais</i>	
<i>Paradigma mais influente</i>	Positivismo
<i>Atitude científica</i>	Busca da explicação do comportamento das coisas
<i>Força do método</i>	Atribuída à qualidade de alta confiabilidade/reprodutibilidade dos resultados que foram obtidos
<i>Objeto de estudo</i>	Fatos (vistos e descritos)
<i>Objetivos da pesquisa</i>	Estabelecimento matemático das relações causa-efeito
<i>Interesse por comparações</i>	Ocorrências confrontadas entre grupos expostos e não expostos a certas variáveis ou situações
<i>Perfil da amostra</i>	Número maior de sujeitos; representantes com características do todo populacional
<i>Apresentação dos resultados</i>	Em linguagem matemática (tabelas, quadros)
<i>Alvo da discussão dos resultados</i>	Estabelecimento das correlações entre resultados (matemáticos)
<i>Finalização da concepção teórica</i>	Construção teórica inicial é verificada e testada

Fonte: Recortes de tabela elaborada por : TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Saúde Pública, n.39, v.3: p.507-14, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> Acesso em: 10 mai. 2010.

4.4 Análise de Dados

As variáveis do estudo foram organizadas em um banco de dados informatizado, a partir do programa *Microsoft Office Excel 2007* (APÊNDICE B). Foi inicialmente realizado o teste de *Qui-Quadrado* (TRIOLA, 2005) entre a variável *comparecimento* ou *não comparecimento* à consulta agendada, com as demais variáveis estudadas.

Quadro 4- Resumo sobre o teste Qui-Quadrado

Hipóteses: H_0 : Não existe associação entre as variáveis
 H_1 : Existe associação entre as variáveis

Suposições:

Amostras independentes;

Frequências esperadas maiores que 5 em cada célula da tabela de contingência;

Estatística de teste:

$$\chi^2_{(l-1)(c-1)} = \sum_{i=1}^l \sum_{j=2}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Onde:

O_{ij} é a frequência observada;

$E_{ij} = \frac{(O_{i+})(O_{+j})}{O_{++}}$ é a frequência esperada;

$\chi^2_{(l-1)(c-1)}$ é a distribuição de Qui-Quadrado com $(l-1) \cdot (c-1)$ graus de liberdade, sendo l o número de linhas da tabela e c o número de colunas

Fonte: Triola, Mário F. *Introdução à Estatística*. LTC, 2005. 682p.

Em alguns casos, a suposição do teste *Qui-Quadrado* referente às frequências esperadas maiores que cinco, não foram satisfeitas. Dessa forma, a inferência foi realizada via *simulação Monte Carlo*.

Para quantificar a associação encontrada pelo teste de *Qui-Quadrado*, assim como verificar o efeito de todas as variáveis estudadas de forma simultânea sobre a variável *comparecimento* ou *não comparecimento* às consultas, foi ajustado o *Modelo Logístico* (COLOSIMO & GIOLO, 2006). Primeiramente, as variáveis foram selecionadas pela *análise de desvio* (ANODEV) e, em seguida, os coeficientes referentes aos níveis de cada variável foram testados via *teste de Wald*. Dessa forma, utilizando a interpretação de razão de chance do *Modelo Logístico*, foi possível quantificar o efeito das variáveis selecionadas.

Para verificar a adequação global do modelo estatístico utilizado, foram realizados o *teste de Pearson* e o *envelope de probabilidade*.

O programa estatístico utilizado para cruzamento dos dados coletados foi o *Programa R*⁴, versão 11.

A análise estatística por frequência relativa, apresentada em algumas situações, foi efetuada através da ferramenta de filtros do programa *Microsoft Office Excel 2007*, previamente mencionado, baseando-se em comparações percentuais.

Para melhor visualização e compreensão dos resultados, os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

4.5 Sujeitos do estudo

Escolares do 2º período ao 9º ano (8ª série) do ensino fundamental, com idades variando de cinco a 19 anos, adscritos à ESF da Pedra Vermelha. Todos eles residentes em uma das quatro microáreas da área de abrangência. Os escolares residentes na microárea cinco, têm o tratamento odontológico realizado na Fundação Municipal de Saúde de Moeda por outros profissionais da atenção primária não pertencentes a ESF da Pedra Vermelha e, por isso, não entraram no estudo.

A ênfase estratégica no município tem sido dada aos escolares, remetendo ao Sistema Incremental, introduzido na década de 50.

⁴ O *Programa R* é um *software* livre para aplicação de técnicas estatísticas, disponível em <http://www.r-project.org/>. Começou a ser desenvolvido em 1991 por Robert Gentleman e Ross Ihaka, do Departamento de Estatística da Universidade de Auckland em Nova Zelândia, mais conhecidos por "R & R", do qual originou-se o nome R do programa. O primeiro relato de sua distribuição foi em 1993. Em 1997 foi formado um grupo de profissionais que têm acesso ao código fonte do R, possibilitando, assim, a atualização mais rápida do software. Desde então o R vem ganhando cada vez mais adeptos em todo o mundo, em parte devido ao fato de ser totalmente gratuito e também por ser um programa que exige do usuário o conhecimento das análises que está fazendo, diminuindo assim as chances de uma interpretação errada dos resultados. Outro fato importante para a difusão do R é a sua compatibilidade com quase todos os sistemas operacionais. Disponível em: <<http://www.r-project.org/>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

“O foco está centrado na atenção a escolares, na faixa etária de 6 a 14 anos, que estudam em escolas públicas, por meio de técnicas de escovação, aplicação de flúor e acompanhamento clínico” (SANTOS & ASSIS, 2006).

O atendimento aos mesmos é organizado a partir de levantamento anual de necessidades, realizado pela equipe de saúde bucal municipal, através do qual os mesmos são classificados de acordo com o nível de necessidade curativa (codificação). Concomitante ao tratamento curativo, é realizada uma abordagem preventiva individual e coletiva. Esse atendimento a escolares vem resultando em significativas melhoras nos indicadores de saúde bucal ao longo dos últimos sete anos.

Os aspectos preventivos a esse grupo estão alicerçados em abordagem individual no consultório, palestras nas escolas, organização de teatros com participação dos ACS e escovação supervisionada, trimestral, acompanhada de aplicação tópica de flúor. Nas visitas às escolas, participam um CD, a TSB e ASB. Assim, somente um dos dois CD se ausenta do consultório em prol da abordagem preventiva coletiva nas escolas, o mesmo ocorrendo no período de levantamento de necessidades dos escolares.

Contrapondo-se à estratégia dirigida aos escolares, observa-se uma falta de planejamento na abordagem e atendimento a adultos, idosos e crianças em idade pré-escolar, que é organizado a partir da livre demanda. Como apontado por Roncalli (2000), a organização de serviços de saúde a partir da demanda espontânea ou da livre demanda é um modelo que reforça a atitude dos indivíduos que só procuram o serviço quando estão doentes.

Há uma lista de espera que funciona como referência para agendamentos da população adulta. Assim, se de um lado o atendimento a escolares é sistematizado, o relativo a adultos tem sido realizado sem o respeito ao princípio da equidade, que se pautaria num levantamento epidemiológico, além de percepções subjetivas de saúde bucal. A falta de planejamento e protocolos assistenciais revela um mau aproveitamento de recursos humanos e materiais disponíveis.

“Planejar é o requisito elementar da administração em saúde pública, pois serve para ordenar de forma sistemática a conduta de cada profissional para alcançar uma nova realidade, melhor que a atual. E, dessa forma, através de uma melhor organização dos sistemas de prestação de cuidados em saúde, proporcionar um aumento significativo dos padrões de saúde bucal de toda a população, reduzindo, e se possível, eliminando as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos” (PINTO, 2000).

5 ANÁLISE DESCRITIVA DOS AGENDAMENTOS

Um cientista não faz a ciência, mas oferece um enfoque, um ponto de vista, uma interpretação [...] Na prática, toda a interpretação realiza apenas uma versão historicamente possível.

Pedro Demo
(Pesquisador e escritor brasileiro)

A descrição dos agendamentos às consultas odontológicas, do público alvo, previamente à abordagem sobre as faltas, é proposta com a finalidade de se prover informações gerais sobre os mesmos, de acordo com as nove variáveis estudadas.

Foram realizados 554 agendamentos, referentes a 239 escolares, no período analisado.

5.1 Mês da Consulta Agendada

Pode-se observar, através do Graf.1 e da Tabela 2, que grande parte das consultas, 75,6%, foram agendadas entre os meses de abril e outubro de 2009. Considerando-se que o levantamento anual de necessidades foi realizado, pela ESB municipal, em março de 2009, é compreensível que, nos primeiros meses subsequentes, ocorra um maior número de agendamentos dos escolares. Entre novembro de 2009 e março de 2010, a frequência de agendamentos da população estudada diminui. Nesse momento, a ESB prioriza o atendimento odontológico da população adulta.

O mês que apresentou o maior número de consultas agendadas foi junho de 2009, com um percentual de 14,3%. Dezembro de 2009 foi o mês que apresentou o menor número de agendamentos, com um percentual de 3,8.

Tabela 2- Número total, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, por mês, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Mês da consulta	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
Abril 2009	61	11,0%	11,0%
Mai 2009	72	13,0%	24,0%
Junho 2009	79	14,3%	38,3%
Julho 2009	63	11,4%	49,7%
Agosto 2009	48	8,7%	58,4%
Setembro 2009	37	6,7%	65,1%
Outubro 2009	58	10,5%	75,6%
Novembro 2009	34	6,1%	81,7%
Dezembro 2009	21	3,8%	85,4%
Janeiro 2010	34	6,1%	91,6%
Fevereiro 2010	24	4,3%	95,9%
Março 2010	23	4,2%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.



Gráfico 1- Proporção de consultas agendadas, por mês, da população estudada, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.2 Dia da Semana do Agendamento

As consultas foram agendadas das segundas às sextas-feiras, no período de funcionamento da UBS da Pedra Vermelha: a partir das 7 horas da manhã, sendo a última consulta agendada às 15 horas.

Pode-se observar que o dia da semana que apresentou o maior número de agendamentos foi a terça-feira, com um percentual de 25,1%, seguido da sexta-feira, com 24,9%. Quinta-feira foi o dia da semana que apresentou menor número de agendamentos, com um percentual de 11,4%.

Tabela 3- Número total, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, por dia da semana, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Dia da semana	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
Segunda-feira	93	16,8%	16,8%
Terça-feira	139	25,1%	41,9%
Quarta-feira	121	21,8%	63,7%
Quinta-feira	63	11,4%	75,1%
Sexta-feira	138	24,9%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

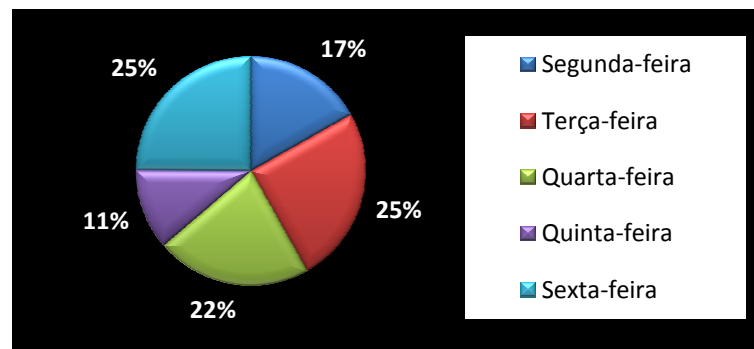


Gráfico 2- Proporção de consultas agendadas por dia da semana, da população estudada, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.3 Sexo do Escolar Agendado

Nota-se um equilíbrio entre o gênero do escolar e o número de consultas agendadas. Os escolares do sexo masculino foram responsáveis por 52,5% dos agendamentos.

Tabela 4- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, por gênero, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Sexo	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
Feminino	263	47,5%	47,5%
Masculino	291	52,5%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

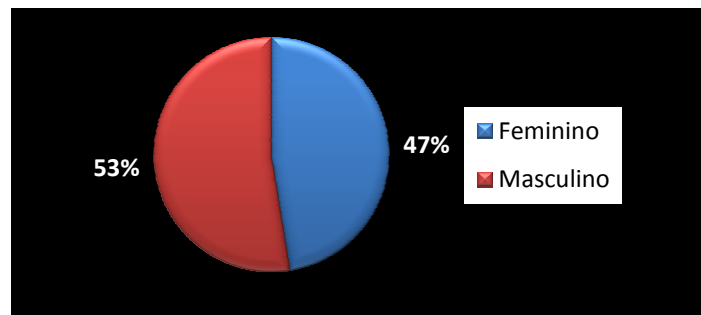


Gráfico 3- Proporção de consultas agendadas por sexo do escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.4 Codificação do Escolar Agendado

Anualmente é realizado o levantamento de necessidades curativas dos escolares, que é feito nas próprias escolas, por profissionais da ESB municipal, previamente calibrados. Os alunos são classificados em N1, N2, N3 e SN, de acordo com o número de elementos dentais cariados observados ao exame visual.

N1 representa o número 1 em necessidades curativas, em função da maior gravidade de sua condição bucal, demandando, pois, mais horas clínicas do odontólogo. No outro extremo, SN representa os “sem necessidade” de intervenções curativas, demandando, assim, uma abordagem preventiva, que é feita, no consultório, pela TSB.

O que se espera, com o decorrer das intervenções curativas e práticas educativas, é o aumento gradativo dos escolares “sem necessidade” (SN) e diminuição dos N1, que representam os casos prioritários e, portanto, mais graves.

Quadro 5- Codificação adotada pela Equipe de Saúde Bucal de Moeda, a partir de 2003, para classificação do nível de necessidades curativas dos escolares da rede pública municipal.

N1	Presença de 6 ou mais dentes cariados (a presença de resto radicular ou de elemento necessitando tratamento endodôntico, já enquadram o estudante em N1)
N2	Presença de 4 a 5 dentes cariados
N3	Presença de 1 a 3 dentes cariados
SN	Sem necessidade de tratamento curativo. Entram na estratégia da ESB para manutenção preventiva.

Fonte: ESB do município de Moeda, 2010.

A grande maioria dos agendamentos, 41,7%, foram relativos a escolares codificados como N3. Apenas 9,4% corresponderam a escolares codificados como N1, o que é compreensível, uma vez que o levantamento anual de necessidades realizado em 2009, pela ESB, revelou um maior número de escolares codificados como N3 e SN (APÊNDICE A).

Tabela 5- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com sua codificação, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Codificação do escolar	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
N1	52	9,4%	9,4%
N2	114	20,6%	30,0%
N3	231	41,7%	71,7%
SN	157	28,3%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

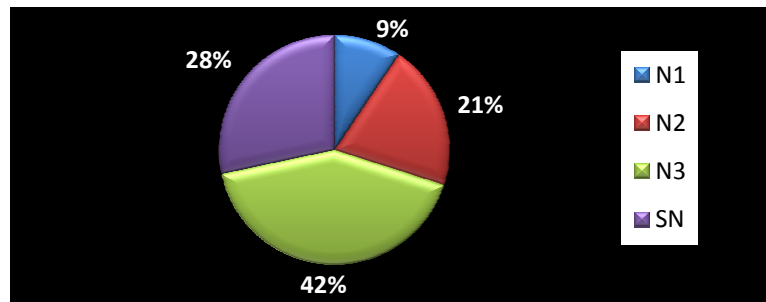


Gráfico 4- Proporção de consultas agendadas por codificação do escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.5 Escola em que Estuda o Escolar Agendado

Moeda dispõe de seis escolas públicas, sendo uma delas, a Escola Estadual (E.E.) Senador Melo Viana, pertencente à rede estadual de ensino. Destas, cinco recebem alunos da área de abrangência da ESF da Pedra Vermelha.

O município apresenta uma única escola particular, responsável pelo ensino de crianças em fase pré-escolar: dois a quatro anos de idade. Não apresenta instituições de ensino superior ou técnico-profissionalizante.

Quadro 6- As escolas municipais e estadual na área de abrangência da ESF da Pedra Vermelha, seu público alvo, localização, número total de escolares matriculados, número de escolares pertencentes à área de abrangência da Equipe e microárea em que residem. Moeda, 2009.

<i>Escola</i>	<i>Público alvo</i>	<i>Localização</i>	<i>Total de escolares</i>	<i>Escolares pertencentes à área de abrangência da ESF da Pedra Vermelha</i>	<i>Microáreas em que residem os escolares</i>
E.E. Senador Melo Viana	6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio	Centro	661	125	Microáreas 1,2,3 e 4
Escola Municipal (E.M.) Cláudio Pinheiro de Lima	2º período ao 5º ano do ensino fundamental	Centro	314	36	Microáreas 1,2,3 e 4
E.M. Domingos Antunes Gomes	2º período ao 5º ano do ensino fundamental	Povoado Azevedo (Micro 3)	46	46	Microárea 3
E.M. Getúlio Vargas	2º período ao 5º ano do ensino fundamental	Povoado C. do Espinho (Micro2)	57	57	Microáreas 1,2 e 3
E.M. Mário Delfino Ferreira	2º período ao 5º ano do ensino fundamental	Povoado Vila Coco (Micro 4)	57	57	Microáreas 1,3 e 4

Fonte: Secretaria Municipal de Educação (SME) /Moeda 2009.

Observa-se que 34,3% dos agendamentos foram relativos a escolares matriculados na E. E. Senador Melo Viana, enquanto a proporção das outras escolas variou de 14,3% (E. M. Getúlio Vargas) a 19% (E. M. Domingos Antunes Gomes). A E.E Senador Melo Viana, que apresentou o maior percentual de agendamentos, é a única escola no município que apresenta, além do ensino fundamental, o ensino médio, tendo, portanto, um maior número de alunos matriculados. Em função disso, é justificável que tenha sido a escola que apresentou um maior número de agendamentos.

Tabela 6- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com a escola em que o escolar agendado está matriculado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Escola em que estuda	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
E.E. Senador Melo Viana	190	34,3%	34,3%
E.M. Cláudio Pinheiro de Lima	80	14,4%	48,7%
E.M. Domingos Antunes Gomes	105	19,0%	67,7%
E.M. Getúlio Vargas	79	14,3%	81,9%
E.M. Mário Delfino Ferreira	100	18,1%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

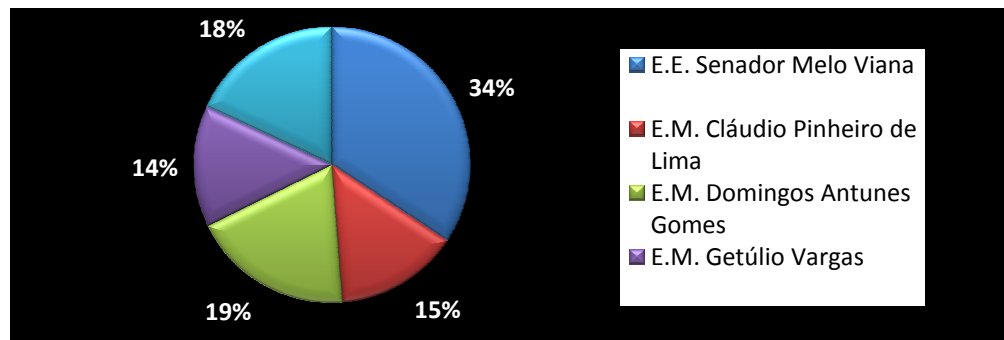


Gráfico 5- Proporção de consultas agendadas por escola em que estuda o agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.6 Série do Escolar Agendado

A maioria das consultas agendadas, 73,6%, foram relativas a escolares que cursavam o 2º ano (33,6%), o 4º ano (19,9%) e o 7º ano (20,2%) do ensino fundamental. Os escolares de turmas especiais, Programa de Aceleração de Aprendizagem (PAA), não somaram 1% das consultas agendadas, já que estas turmas apresentam menor número de alunos matriculados. A distribuição descrita pode ser melhor visualizada no Graf. 6.

Tabela 7- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com a série do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Mês da consulta	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
2o período	16	2,9%	2,9%
1o ano	7	1,3%	4,2%
2o ano	186	33,6%	37,7%
3o ano	24	4,3%	42,1%
4o ano	110	19,9%	61,9%
5o ano	28	5,1%	67,0%
6o ano	47	8,5%	75,5%
6o ano PAA	2	0,4%	75,8%
7o ano	112	20,2%	96,0%
8o ano	10	1,8%	97,8%
8o ano PAA	3	0,5%	98,4%
9o ano	9	1,6%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

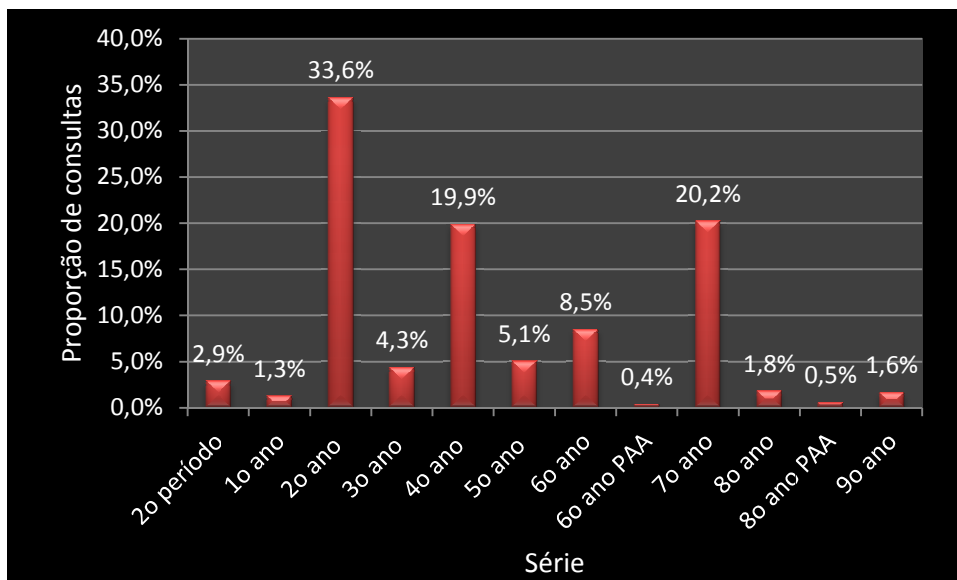


Gráfico 6- Proporção de consultas agendadas por série do escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.7 Microárea em que Reside o Escolar Agendado

De acordo com a territorialização, a área de abrangência da ESF da Pedra Vermelha compreende cinco microáreas, estando localizada, sua UBS, na microárea 3. Cada uma destas apresenta peculiaridades.

O Ministério da Saúde, bem como entidades representativas da área odontológica, recomendam a fluoretação da água de abastecimento, seguindo normas preconizadas pelo citado órgão (BRUNELLE & CARLOS, 1990). Os efeitos preventivos do flúor em relação à cárie dentária, amplamente reconhecidos em ações de saúde pública, são maiores quando se tem a água de abastecimento público utilizada como veículo, em função de sua abrangência coletiva, custo, efetividade e frequência de consumo (BUZALAF et al., 2002). Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention-CDC* (1999), o controle da cárie dentária pelo uso da água fluoretada é de 40% a 70% em crianças, dependendo do índice de prevalência da doença, reduzindo entre 40% a 60% a perda dentária em adultos.

Pode-se observar que apenas as famílias adscritas às microáreas 1 e 5, apresentam abastecimento de água fluoretada em seus domicílios. Segue breve caracterização das microáreas.

Tabela 8- Porcentagem de famílias cobertas por abastecimento de água e destino de fezes e urina, segundo a modalidade e microárea. Moeda, 2010.

Área	Abastecimento de Água			Destino de Fezes e Urina		
	Rede pública	Poço ou nascente	Outros	Sistema de esgoto	Fossa	Céu aberto
Micro 1	46,89%	52,54%	0,56%	11,30%	86,44%	2,26%
Micro 2	0%	99,21%	0,79%	0%	98,43%	1,57%
Micro 3	0%	100%	0%	0%	97,93%	2,07%
Micro4	0%	100%	0%	0,63%	82,28%	17,09%
Micro5	31,28%	68,46%	0,26%	23,30%	71,99%	4,71%

Fonte: SIAB/Junho 2010.

5.7.1 Microárea 1

É composta por localidades e povoados pertencentes à área urbana, bem como à área rural. Dispõe de áreas pavimentadas, que oferecem melhores condições de acessibilidade geográfica à UBS, assim como não pavimentadas. Localiza-se,

geograficamente, próxima ao centro do município. Em termos de abastecimento de água, 46,89% das famílias cadastradas na microárea são beneficiadas pelo abastecimento de água da rede pública, correspondendo, pois, à porcentagem daquelas que têm acesso à água de abastecimento fluoretada.

5.7.2 Microárea 2

Predominantemente rural. 100% das famílias cadastradas apresentam, em seus domicílios, abastecimento de água proveniente de poço, nascente ou outros e, em termos de destino das fezes e urina, em 100% das residências é através de fossas ou a céu aberto (MOEDA, 2010). O quadro sanitário da microárea é compatível com achados epidemiológicos de levantamento realizado, em 2008, pela ESF no povoado Coqueiro do Espinho, pertencente à microárea. Segundo o estudo, 49,62% da população da referida localidade teve pelo menos um episódio de verminose, atendido na UBS, entre janeiro de 2003 a novembro de 2008. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), uma prevalência superior a 5% de casos de verminoses em uma dada população indica condições de saúde e moradia precárias, o que sustenta a necessidade da intervenção de gestores de saúde em união com os profissionais da área. Contrapondo-se a esses achados, foi a microárea que apresentou um dos menores percentuais de faltas dos escolares às consultas.

5.7.3 Microárea 3

Assim como a microárea 2, a microárea 3 também é predominantemente rural. Nela está localizada a UBS da Pedra Vermelha. 100% das famílias cadastradas têm seu abastecimento de água através de poço ou nascente, e 100% das mesmas têm, como destino das fezes e urina, a fossa ou céu aberto (MOEDA, 2010).

5.7.4 Microárea 4

Também predominantemente rural. 100% das famílias apresentam água de abastecimento através de poços ou nascentes. 99,37% têm, como destino das fezes e

urina, a fossa ou céu aberto, sendo apenas 0,63% contemplados com sistema de esgoto (MOEDA, 2010). Configura-se como uma microárea que apresenta localidades e povoados distantes da UBS, como Moeda Velha, em que há maiores dificuldades de acesso à UBS, seja em função da distância geográfica, seja em função das menores alternativas de transporte coletivo. Acrescenta-se a isso o fato da microárea ter apresentado, ao longo dos anos, dificuldades na contratação de agentes comunitários de saúde. Estes funcionam como elo de ligação com a UBS e auxiliam também na questão de agendamentos de consultas.

5.7.5 Microárea 5

Localizada na área urbana. 23,3% das famílias apresentam rede de esgoto em seus domicílios, e 31, 28% apresentam abastecimento de água da rede pública (MOEDA, 2010). Em termos de assistência odontológica, os escolares residentes nessa microárea têm a abordagem curativa realizada na Fundação Municipal de Saúde de Moeda, localizada no centro do município. A intenção, quando dessa divisão, foi facilitar o acesso às ações de saúde bucal, favorecidas pela acessibilidade geográfica. Portanto, os escolares residentes nessa microárea não tiveram suas faltas às consultas levantadas, uma vez que não tiveram a abordagem curativa realizada na UBS da Pedra Vermelha.

Pode-se observar que a maioria dos agendamentos, 40%, é relativa a escolares que residem no microárea 3. A microárea 1 foi a que apresentou o menor percentual de agendamentos às consultas ao público alvo. Na prática, o que se tem observado é a solicitação de pais ou responsáveis para que escolares residentes na microárea 1, consultem no centro do município, em função da proximidade com a Fundação Municipal de Saúde.

Tabela 9- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com a microárea em que reside o escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Microárea em que reside	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
Micro 1	86	15,5%	15,5%
Micro 2	117	21,1%	36,6%
Micro 3	223	40,3%	76,9%
Micro 4	128	23,1%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

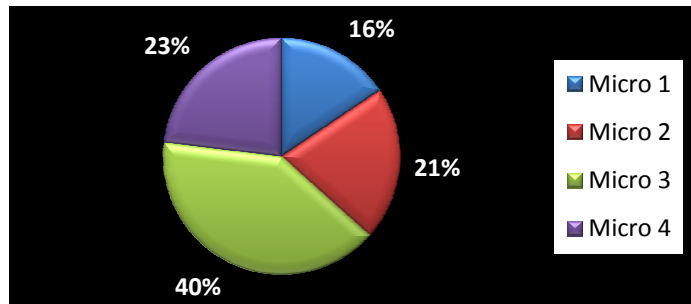


Gráfico 7- Proporção de consultas agendadas por microárea em que reside o escolar, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.8 Faixa Etária do Escolar Agendado

Observa-se que 52% das consultas foram agendadas para atender a escolares com faixa etária entre cinco e nove anos. Apenas 8,7% das consultas foram agendadas para escolares com mais de 15 anos, corroborando a ênfase estratégica dada, pela equipe, ao atendimento a escolares mais novos.

Tabela 10- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada de agendamentos da população estudada, de acordo com faixa etária do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Faixa etária	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
5 a 9 anos	288	52,0%	52,0%
10 a 14 anos	218	39,4%	91,3%
Mais de 15 anos	48	8,7%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

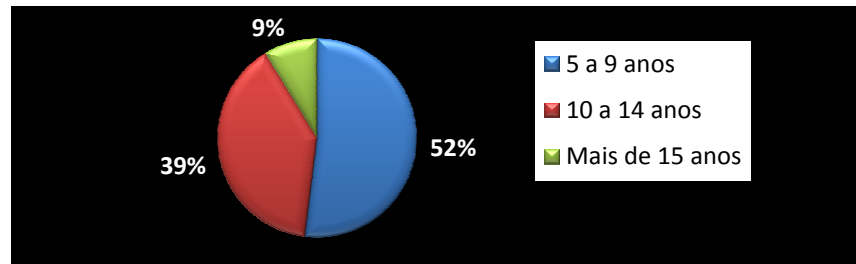


Gráfico 8- Proporção de consultas agendadas por faixa etária do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

5.9 Profissional Responsável pelo Atendimento do Escolar Agendado

Como previamente mencionado, o município de Moeda conta com duas Equipes de Saúde da Família, implantadas há aproximadamente sete anos. O atendimento odontológico é realizado nas duas UBS, bem como na unidade mista. A UBS de Porto Alegre possui ESB com um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal. A ESF da Pedra Vermelha, quando da realização do estudo, não dispunha de ESB, mas contava com dois CD que, juntos, cumpriam 30 horas semanais, além de uma ASB e uma TSB. Nesta última, os profissionais dentistas, já concursados, foram cedidos pela unidade mista Fundação Municipal de Saúde, tendo sido inseridos na Estratégia de Saúde da Família há aproximadamente sete anos, de forma que suas cargas horárias fossem remanejadas para se adequarem à proposta de reorganização da atenção em saúde bucal.

Quadro 7- Componentes da Equipe de Saúde Bucal da ESF da Pedra Vermelha. Moeda, 2010.

<i>Profissional</i>	<i>Local de atuação</i>	<i>População assistida</i>
Profissional A CD (cirurgião-dentista)	PSF Pedra Vermelha	Escolares: Senador Melo Viana, Domingos Antunes Gomes, Mário Delfino, Getúlio Vargas; Adultos.
Profissional B CD	PSF Pedra Vermelha	Menores de 5 anos; Escolares da Escola Cláudio Pinheiro; Domingos Antunes Gomes, Mário Delfino, Getúlio Vargas; Adultos.
Profissional C TSB (Técnica em Saúde Bucal)	PSF Pedra Vermelha e PSF Porto Alegre	Atendimento/controlado dos escolares sem necessidade de tratamento curativo: abordagem preventiva .
Profissional D ASB (Auxiliar de Saúde Bucal)	PSF Pedra Vermelha	Não realiza intervenções clínicas.

Fonte: ESB da Pedra Vermelha, 2010.

O profissional B foi responsável por 43,3% das consultas agendadas ao público alvo; o profissional C, por 35,9% e os 20,8% restantes foram de responsabilidade do profissional A. Assim, observa-se uma diferença significativa no número de agendamentos a escolares entre os profissionais A e B.

Tabela 11- Número absoluto, frequência relativa e frequência acumulada do número de agendamentos da população estudada, de acordo com o profissional responsável pelo atendimento do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Profissional	Número de Agendamentos	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
A	115	20,8%	64,1%
B	240	43,3%	43,3%
C	199	35,9%	100%
Total	554	100%	

Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

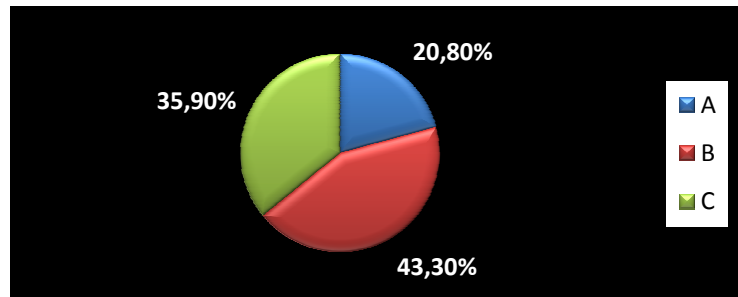


Gráfico 9- Proporção de consultas agendadas por profissional, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010.

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DO PROBLEMA E DISCUSSÃO

À nossa frente a lagoa imensa [...] Nela aparecem refletidas, invertidas, as coisas do mundo de fora [...] Mas se o observador for curioso e não tiver medo ele poderá mergulhar. E seus olhos verão então um outro mundo que da superfície não se podia ver[...] restos de naufrágios, e todo tipo de formas que do lado de fora não podiam ser vistas. Um mesmo lago: de fora uma coisa; nas funduras outra.

Rubem Alves
Crônica: A Lagoa

6.1 O Agendamento das Consultas Odontológicas dos Escolares

As consultas odontológicas são agendadas, num primeiro momento, seguindo-se critérios epidemiológicos relativos ao nível de necessidade curativa de cada escolar, dado este fornecido pelo levantamento anual de necessidades. São enviados cartões de agendamentos para as escolas onde estão matriculados os escolares, que são repassados aos mesmos através de funcionários das respectivas escolas.

Outra forma de agendamento é através dos ACS, que entregam diretamente aos pais ou responsáveis, os cartões de agendamento.

Em casos de solicitações de remarcações, os novos agendamentos são realizados diretamente com um dos profissionais da ESB da unidade ou com o ACS da microárea onde o escolar reside.

6.2 Cruzamentos de Informações Sobre as Consultas Agendadas e o Comparecimento ou não do Escolar

6.2.1 Faltas Gerais

Foi considerado como falta, o não comparecimento à consulta odontológica agendada sem prévia comunicação à ESB, com antecedência mínima de 24 horas.

Tabela 12- Número de agendamentos, comparecimentos, faltas e % de faltas em relação aos agendamentos, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha/ Moeda, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Agendamentos	Comparecimentos	Faltas	% de faltas em relação aos agendamentos
554	396	158	28,52%

Fonte: Levantamento realizado pela ESB da Pedra Vermelha em 2010.

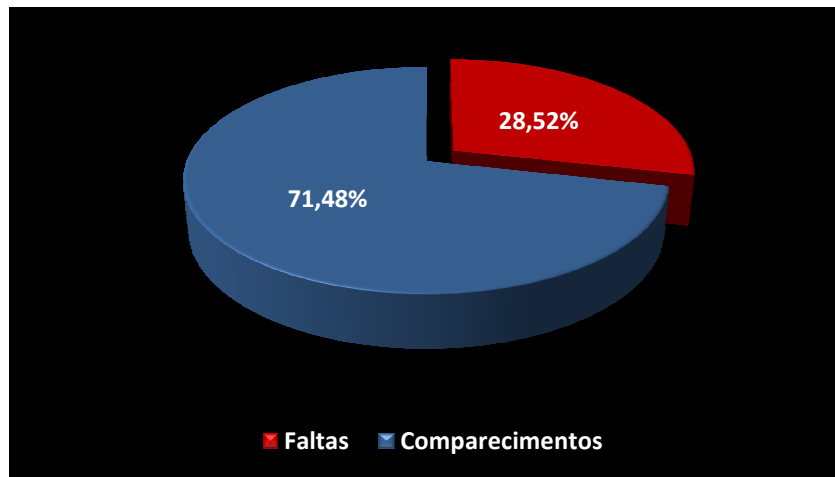


Gráfico 10- Distribuição da frequência relativa (%) de comparecimentos e faltas às consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de abril de 2009 a março de 2010. Fonte: Levantamento realizado pela ESB do PSF da Pedra Vermelha, em 2010

O estudo foi realizado, conforme mencionado, a partir dos 554 agendamentos realizados no período de 12 meses. Embora o enfoque do trabalho não seja nos escolares faltosos, individualmente, e sim nas faltas de uma forma geral, é importante mencionar que, entre os 239 escolares agendados, 108 tiveram pelo menos uma falta. Isto equivale afirmar que 45,19% dos escolares agendados apresentaram pelo menos uma falta, o que é significativo.

Um dos indicadores de eficiência definido por Narvai (1996), é a utilização da capacidade instalada.

Quadro 8- Definição matemática de utilização da capacidade instalada proposta por Narvai

$$\frac{AR}{AA} \times 100$$

AR = total de atendimentos realizados
AA = total de atendimentos agendados

Segundo o autor, valores inferiores a 90% merecem análise detalhada dos fatores envolvidos.

Quadro 9- Utilização da capacidade instalada pela ESB da Pedra Vermelha, no período do estudo

AR: 554 agendamentos X 100 = 71,48%
AA: 396 atendimentos

Como o valor encontrado, 71,48%, foi inferior aos 90% preconizados como referência, infere-se que o absenteísmo requer um olhar cuidadoso por parte da equipe local, impactando, negativamente, a eficiência da ESB na utilização de recursos humanos e materiais disponíveis. Em termos clínicos, as faltas geram tratamentos curativos incompletos, com seus efeitos negativos à saúde bucal, comprometendo, também, o atributo da eficácia.

O percentual de 28,52% de faltas gerou um percentual aproximado de tratamentos incompletos, 28,31%, como pode ser verificado no Graf.11.

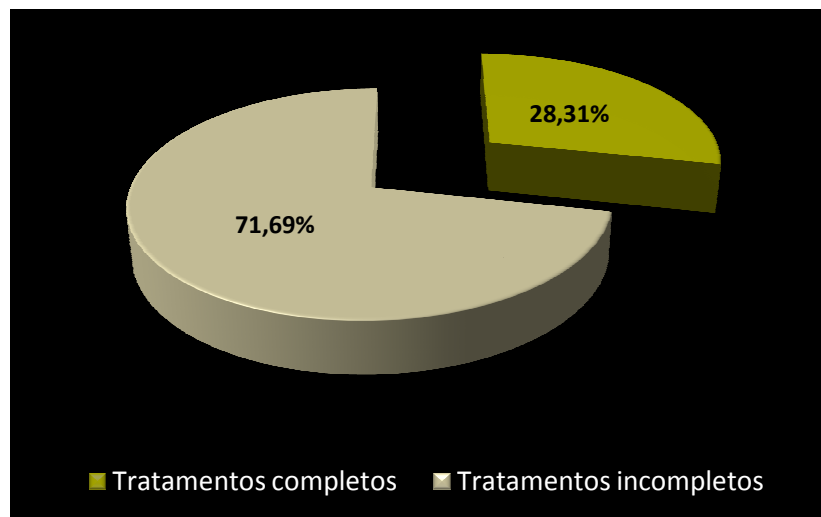


Gráfico 11- Proporção de tratamentos incompletos e completos em função de faltas às consultas agendadas, no período de abril de 2009 a março de 2010.

6.2.2 Descrição de Faltas por Mês

De acordo com o Graf.12, em dezembro de 2009 o número de faltas foi maior que o de comparecimentos, comparando-se aos outros meses. No entanto, como o P-valor⁵ do teste de Qui-Quadrado foi igual a **0,127**, pode-se afirmar que não existem evidências de que exista associação entre o mês da consulta agendada e o comparecimento ou não à mesma.

Tal achado contraria a possível associação das férias escolares, nos meses de julho, parte de dezembro e janeiro, com faltas às consultas. Nesses meses, há diminuição na oferta de transportes alternativos, como ônibus escolares, que poderiam dificultar o acesso aos serviços odontológicos. Entretanto, a análise estatística revela que a variável *mês da consulta agendada* não influenciou significativamente o comparecimento ou não à mesma.

Tabela 13- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e o mês da consulta

Mês da consulta	Comparecimentos	Faltas	Total
Abril 2009	44	17	61
Mai 2009	55	17	72
Junho 2009	63	16	79
Julho 2009	47	16	63
Agosto 2009	28	20	48
Setembro 2009	25	12	37
Outubro 2009	40	18	58
Novembro 2009	26	8	34
Dezembro 2009	10	11	21
Janeiro 2010	27	7	34
Fevereiro 2010	16	8	24
Março 2010	15	8	23
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=16,386$	G.L. ⁶ =11	P-Valor ⁷ = 0,127

⁵ Como o P-valor encontrado, **0,127**, foi maior que o nível de significância adotado (0,05), aceita-se a hipótese nula: não há associação entre as variáveis *comparecimento ou não à consulta* e *mês da consulta agendada*.

⁶ Graus de liberdade corresponde à fórmula matemática: (número de linhas - 1) X (número de colunas - 1), também expressa por (r - 1) X (c - 1) (TRIOLA, 2005). Na Tabela 13, o valor (r - 1) é igual ao número de meses - 1, sendo, portanto, igual a 11. Este é multiplicado pelo valor (c - 1), que é igual ao número de colunas (2 colunas: compareceu e faltou) - 1. Portanto, 11 x 1 = 11 graus de liberdade.

⁷ O nível de significância (*nível-p*, *p-valor* ou *valor de prova*) adotado foi de **0,05**, que corresponde a um índice decrescente de confiabilidade de um resultado. É o limite que se toma como base para afirmar que um certo desvio é decorrente do acaso ou não. São aceitos como estatisticamente significativos os níveis P = 0,05 e P = 0,01, ou seja, 5% e 1% respectivamente. Quanto maior o nível-p, menos se pode acreditar que a relação observada entre as variáveis na amostra é um indicador confiável da relação entre as respectivas variáveis da população (Laboratório de Informática – ICB – UFPA – Fátima Conti, disponível em: <http://www.cultura.ufpa.br/dicas/biome/biopdf/biotestes.pdf>).

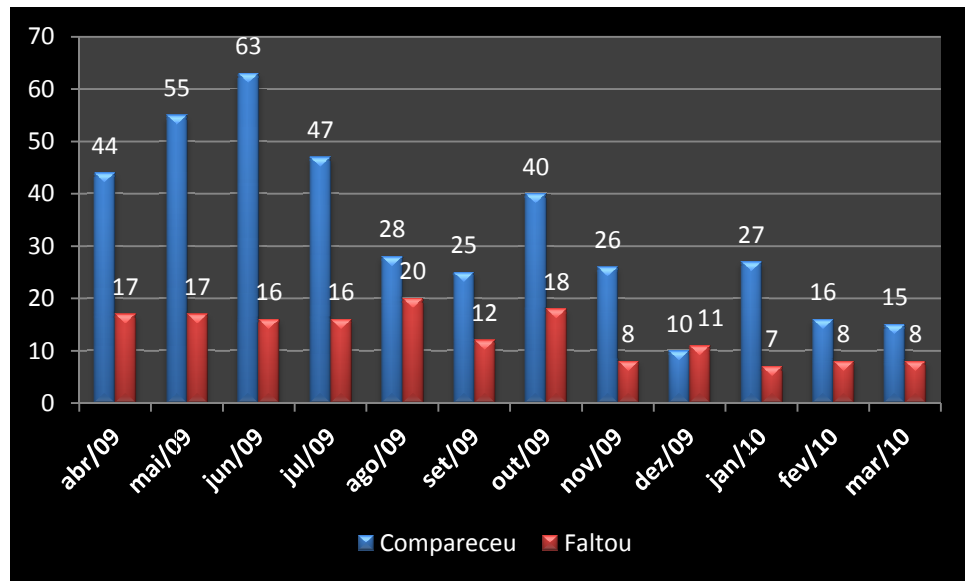


Gráfico 12- Número de comparecimentos e faltas às consultas, de acordo com o mês do agendamento, no período de abril de 2009 a março de 2010.

6.2.3 Descrição de Faltas por Dia da Semana

Pode-se observar, através do Graf.13, que parece existir uma associação entre o dia da semana e o comparecimento ou não à consulta agendada. Enquanto em um total de 138 agendamentos às sextas-feiras, apenas 23 faltaram, às quintas-feiras o número de faltas foi o mesmo, embora o total de agendamentos tenha sido de apenas 63.

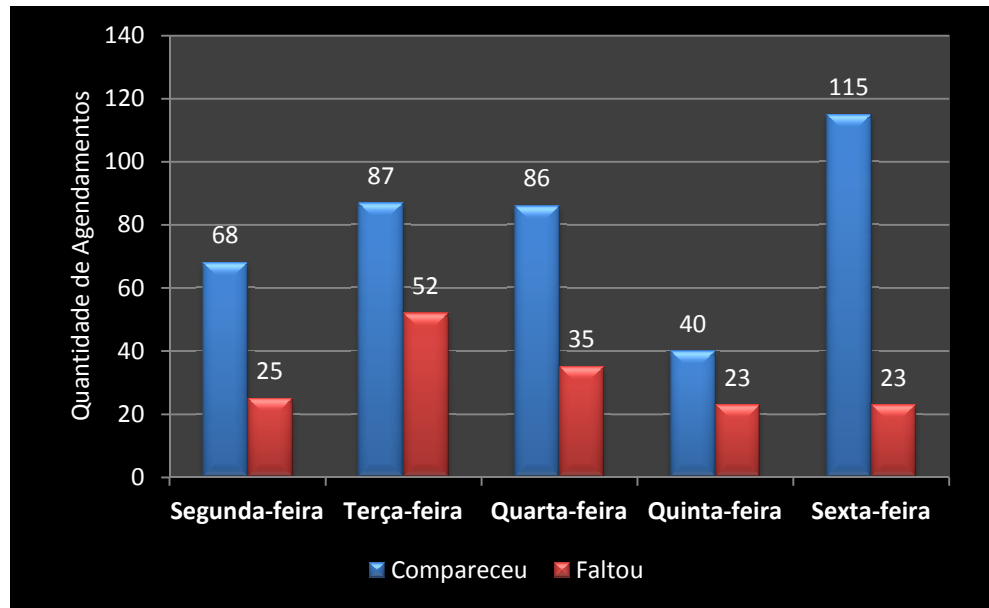


Gráfico 13- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas, de acordo com o dia da semana do agendamento, no período de abril de 2009 a março de 2010.

O P-valor⁸ do teste de Qui-Quadrado é de **0,002**, o que corrobora as evidências de uma associação entre o dia da semana e o comparecimento ou não do escolar à consulta agendada. Foi observado um maior número de comparecimentos às sexta-feiras.

Em termos percentuais, observa-se que as terças e quintas-feiras apresentaram maior percentual de faltas em relação aos demais dias da semana.

Tabela 14- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e o dia da semana da consulta

Dia da semana	Comparecimentos	Faltas	Total
Segunda-feira	68	25	93
Terça-feira	87	52	139
Quarta-feira	86	35	121
Quinta-feira	40	23	63
Sexta-feira	115	23	138
Total	396	158	554
Estadística de teste	$\chi^2=17,004$	<i>G.L.=4</i>	<i>P-Valor=0,002</i>

⁸ Como o P-valor encontrado, **0,002**, foi inferior ao nível de significância adotado (0,05), rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa: há associação entre as variáveis *comparecimento ou não à consulta*, e o *dia da semana*.

A segunda-feira foi o dia que apresentou o segundo menor percentual de faltas em relação aos agendamentos. Uma possível questão levantada: estariam esses menores percentuais de faltas às consultas, às sextas-feiras, associados a um receio de dor aos finais de semana? Em relação às segundas-feiras, estaria esse segundo menor percentual de faltas associado à ocorrência de dor nos finais de semana?

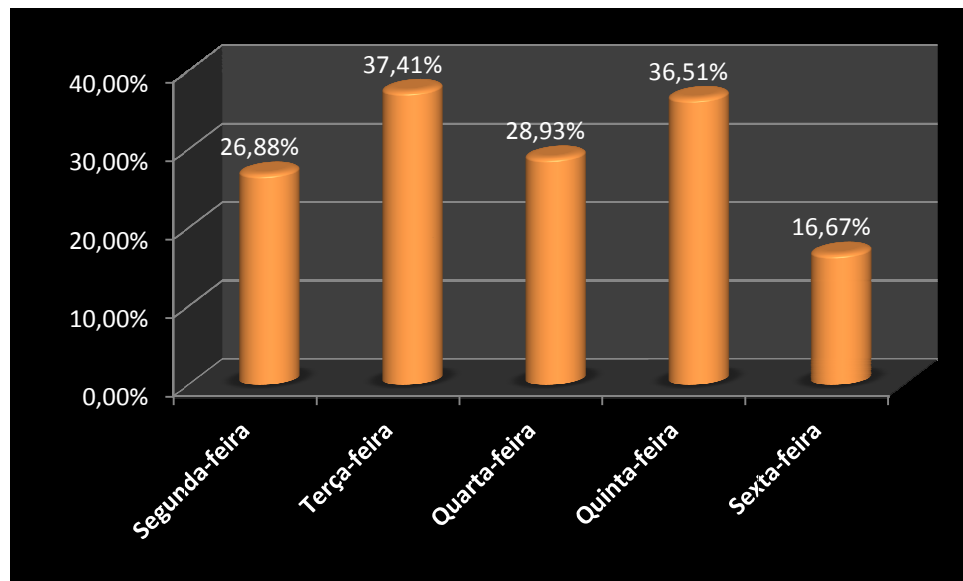


Gráfico 14- Distribuição da frequência relativa (%) de faltas às consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, por dia da semana, no período de abril de 2009 a março de 2010.

6.2.4 Descrição de Faltas por Sexo

Faye et al. (2004) relatam que o medo e a ansiedade em relação ao tratamento odontológico podem conduzir à “fuga ao tratamento”. Em estudo realizado no Senegal, a fim de avaliar o medo e a ansiedade relativos ao tratamento odontológico em crianças residentes em Dakar, a partir de métodos psicométricos, constataram um *score* significativamente maior em crianças do sexo feminino em relação ao masculino. Moraes et al. (2004) também concluíram que as meninas apresentam mais medo, durante o tratamento odontológico, quando comparadas aos meninos.

Em estudo realizado por Bottan et al. (2008), constatou-se que houve um maior percentual de comparecimentos às consultas entre crianças do gênero feminino, demonstrando que, embora os sujeitos do sexo feminino apresentem mais ansiedade em relação à consulta odontológica, preocupam-se mais com sua saúde oral, efetivando mais consultas.

No presente estudo, de acordo com o Graf.15, não foi observada associação entre o sexo do escolar e o comparecimento ou não do mesmo à consulta agendada. Com o P-valor do teste de Qui-Quadrado igual a 0,187, pode-se afirmar que não existem evidências de que exista tal associação. Portanto, o sexo do escolar não influenciou o fato do mesmo faltar ou comparecer às consultas agendadas.

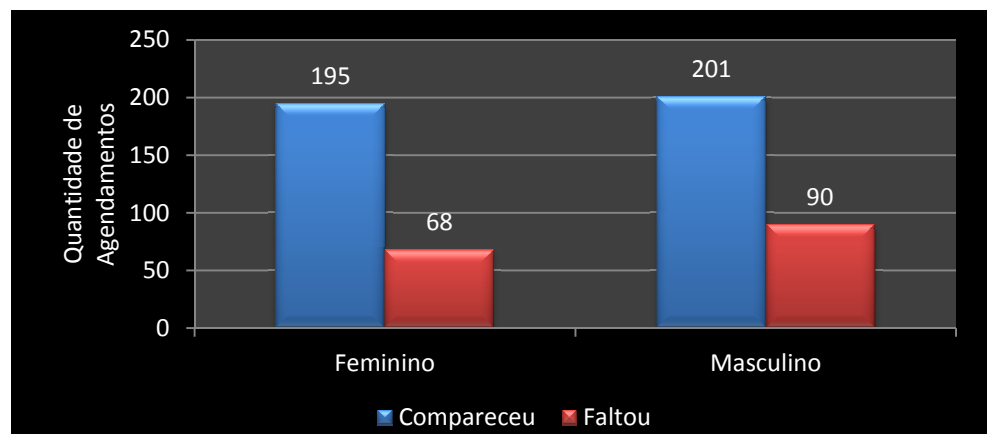


Gráfico 15- Número de comparecimentos e faltas dos escolares agendados, de acordo com o sexo, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Tabela 15- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e seu sexo

Sexo	Comparecimentos	Faltas	Total
Feminino	195	68	263
Masculino	201	90	291
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=1,743$	G.L.=1	P-Valor=0,187

6.2.5 Descrição de Faltas por Nível de Necessidade

A avaliação das necessidades populacionais ignora os aspectos sócio-comportamentais e culturais, realizando o planejamento dos serviços de saúde bucal considerando apenas necessidades normativas, pois se enquadra em um modelo baseado na identificação de doenças, sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente (LEÃO & SHEIHAM,1995).

Há que se diferenciar “demanda” de “necessidade”. A demanda é definida como uma ação dirigida: “alguém que precisa de algo, a procura de outrem que esteja capacitado a oferecer soluções adequadas” (BELARDINELLE, 1987). Em contrapartida, a necessidade, em termos de saúde bucal, por exemplo, pode ser referida como a expressão numérica dos problemas bucais de uma dada população. Chaves (1986) conceitua a demanda ou procura, como “necessidade sentida”.

Pode-se observar, através do Graf.16, que parece existir uma associação entre a codificação do agendado, e seu comparecimento ou não à consulta. Em um total de 231 agendamentos, cuja codificação do escolar era N3, 82 faltaram, enquanto o número de faltas de escolares codificados como SN foi de apenas 36, em 157 consultas agendadas.

O P-valor do teste de *Qui-Quadrado* de **0,015** , mostra que há evidências de que exista uma associação entre a codificação do agendado e seu comparecimento ou não à consulta programada. Foi observado um maior número de comparecimentos relativos a escolares codificados como SN e N1 do que o esperado, caso não houvesse associação, assim como um maior número de faltas relativas a agendados classificados como N3.

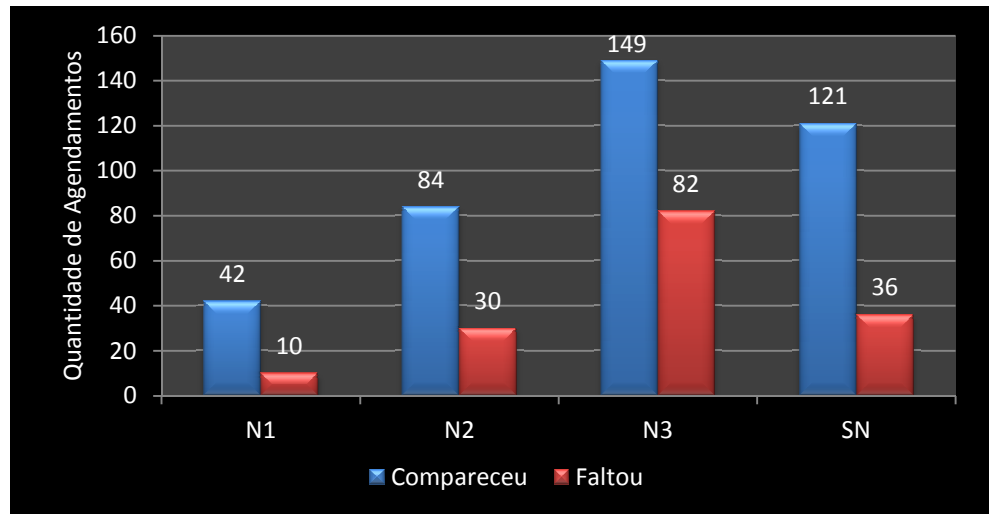


Gráfico 16- Gráfico de barras da distribuição do número de comparecimentos e faltas às consultas odontológicas programadas dos escolares agendados, por nível de necessidade, no período de abril de 2009 a março de 2010.

O P-valor do teste de *Qui-Quadrado* de **0,015**, mostra que há evidências de que exista uma associação entre a codificação do agendado e seu comparecimento ou não à consulta programada. Foi observado um maior número de comparecimentos relativos a escolares codificados como SN e N1 do que o esperado, caso não houvesse associação, assim como um maior número de faltas relativas a agendados classificados como N3.

Tabela 16- Tabela de contingência e teste *Qui-Quadrado* do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e sua codificação

Codificação do escolar	Comparecimentos	Faltas	Total
N1	42	10	52
N2	84	30	114
N3	149	82	231
SN	121	36	157
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=10,397$	<i>G.L.=3</i>	<i>P-Valor=0,015</i>

O maior percentual de faltas, 35,50%, foi relativo a agendamentos de escolares codificados como N3. Desconsiderando-se os agendamentos de escolares SN, que não apresentam necessidades curativas, um fato interessante foi a constatação da relação inversa entre o percentual de faltas e a necessidade curativa do agendado.

Tabela 17- Número de agendamentos, faltas e % de faltas em relação aos agendamentos, por nível de necessidade, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de março de 2009 a abril de 2010.

Codificação	Agendamentos	Faltas	% de faltas em relação aos agendamentos
N1	52	10	19,23%
N2	115	30	26,09%
N3	231	82	35,50%
SN	156	36	23,08%
Total	554	158	28,52%

Fonte: Levantamento realizado pela ESF da Pedra Vermelha, em 2010.

A princípio, esse menor percentual de faltas relativas a agendamentos dos escolares que apresentam maiores necessidades clínicas, codificados como N1, parece animador, no sentido de possível indicação de comprometimento com o tratamento. Em contrapartida, o maior percentual de faltas relacionadas aos agendamentos de escolares com menores necessidades curativas, pode soar como a visão de que não há necessidade sentida ou demanda pelo usuário ou pais, a despeito da necessidade referida pela equipe. O desafio será transformar a necessidade em demanda.

Outra questão importante é a percepção da gravidade da doença. Uma hipótese é a de que entre os escolares codificados como N1, ocorra maior percepção da gravidade da doença, por eles ou pelos responsáveis, o que acaba determinando maior acesso aos serviços odontológicos.

Considerando-se que o número de agendamentos no período analisado foi de 554 e o número de faltas foi de 158, torna-se importante ressaltar que o número de faltas não é igual ao número de escolares faltosos, uma vez que um mesmo escolar agendado pode ter faltado a mais de um agendamento. Partindo-se dessa premissa, foi aferido o número de escolares que faltaram: 108. Destes, 77 apresentaram uma falta, contrapondo-se a seis que apresentaram seis faltas. Assim, observa-se que a grande maioria dos faltosos, teve uma falta. Considerando-se que os SN requerem apenas uma consulta para alta ao tratamento odontológico, e os N3 requerem de uma a duas consultas, uma falta pode representar a não conclusão do tratamento. Um N3 com tratamento incompleto, pode se tornar um N2 ou N1, caso não seja novamente agendado.

Tabela 18- Número de faltas por nível de necessidade, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Codificação do escolar	1Falta	2 Faltas	3 Faltas	4 Faltas	Total
N1	4	1	0	1	6
N2	10	5	2	1	18
N3	37	9	5	3	54
SN	26	3	0	1	30
Total	77	18	7	6	108

Fonte: Levantamento realizado pela ESB da Pedra Vermelha, em 2010.

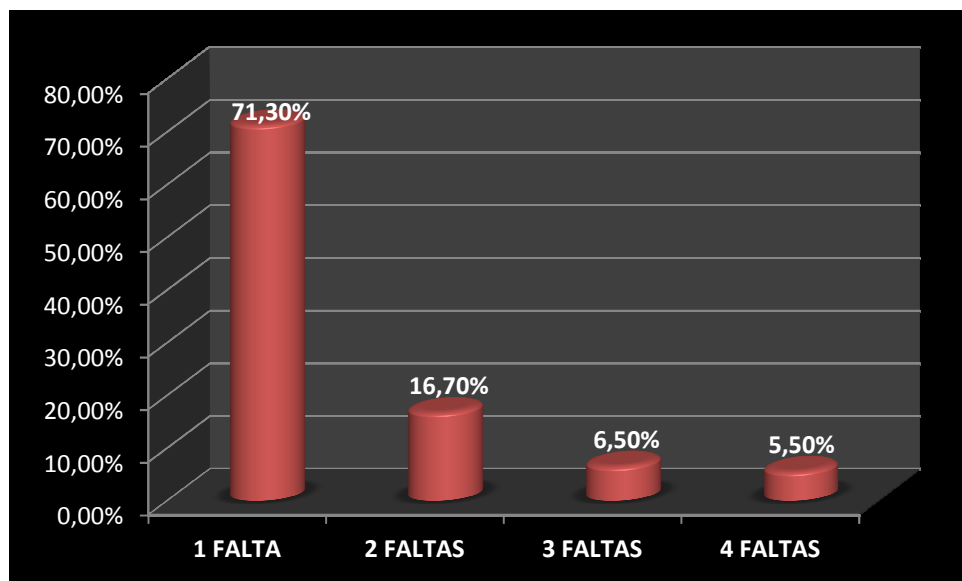


Gráfico 17- Gráfico de barras da proporção do número de faltas apresentado pelos escolares alvo do estudo, no período de abril de 2009 a março de 2010.

6.2.6 Descrição de Faltas por Escola

Aparentemente, de acordo com o Graf.18, não houve associação entre a escola em que o agendado estuda, e o seu comparecimento ou não à consulta programada. Como o P-valor do teste de Qui-Quadrado foi igual a 0,740 , pode-se afirmar que não existem evidências de que exista tal associação.

As diferenças quantitativas de comparecimentos ou não às consultas, entre agendamentos feitos a alunos de diferentes escolas, poderiam estar associadas, caso tivessem sido verificadas, a possíveis falhas na entrega dos cartões de agendamento aos escolares das instituições em questão (sejam estas falhas relativas ao não repasse dos cartões de agendamento às escolas ou falhas no repasse das escolas aos escolares, pais ou responsáveis).

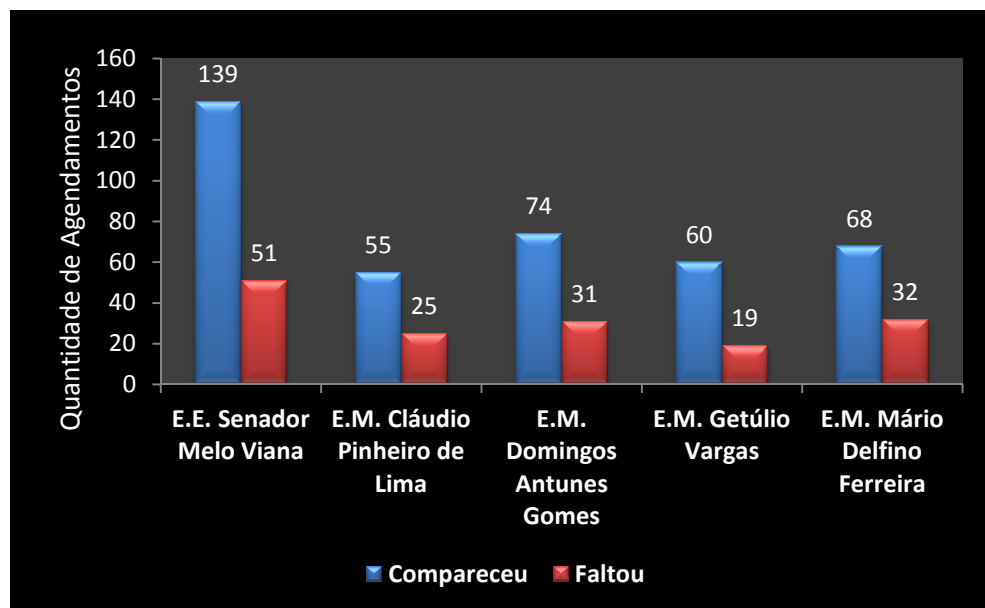


Gráfico 18- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas dos agendados, de acordo com a escola em que estudam, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Tabela 19- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar agendado, e a escola em que estuda

Escola em que estuda	Comparecimentos	Faltas	Total
E.E. Senador Melo Viana	139	51	190
E.M. Cláudio Pinheiro de Lima	55	25	80
E.M. Domingos Antunes Gomes	74	31	105
E.M. Getúlio Vargas	60	19	79
E.M. Mário Delfino Ferreira	68	32	100
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=1,975$	G.L.=4	P- Valor=0,740

6.2.7 Descrição de Faltas por Série

Pode-se observar no Graf.19, que aparentemente existe uma associação entre a série do escolar e seu comparecimento ou não à consulta agendada, pois a proporção de faltas de escolares no 8º ano PAA é maior do que a de comparecimentos, enquanto no 6º ano PAA, todos compareceram à consulta.

No entanto, observa-se que o total de escolares nessas séries é muito baixo, e essa associação pode ser meramente uma variação amostral. O P-valor do teste de Qui-Quadrado, via simulação de Monte Carlo⁹, igual a 0,712, mostra que não existem evidências significativas de tal associação.

⁹ A *Simulação de Monte Carlo* foi utilizada em função da constatação de que, em algumas caselas da Tabela 20, não houve o número mínimo de 5 observações.

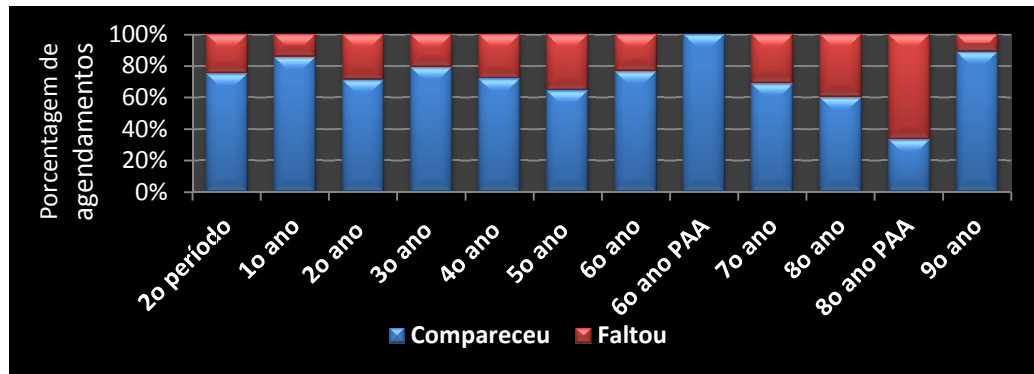


Gráfico 19- Gráfico de barras da porcentagem de comparecimentos e faltas às consultas, de acordo com a série do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Tabela 20- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação de Monte Carlo, do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar e sua série

Mês da consulta	Comparecimentos	Faltas	Total
2o período	12	4	16
1o ano	6	1	7
2o ano	132	54	186
3o ano	19	5	24
4o ano	79	31	110
5o ano	18	10	28
6o ano	36	11	47
6o ano PAA	2	0	2
7o ano	77	35	112
8o ano	6	4	10
8o ano PAA	1	2	3
9o ano	8	1	9
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=8,166$	P- Valor=0,712	

6.2.8 Descrição de Faltas por Microárea

Uma vez que, nem todos os alunos de uma mesma escola residem numa mesma microárea e, partindo-se do pressuposto de que as diferentes microáreas apresentam suas peculiaridades, costumes, diversidades culturais, bem como diferentes aspectos que envolvem acesso/acessibilidade, considerou-se relevante aferir as faltas às consultas agendadas, por microárea.

Aparentemente, de acordo com o Graf. 20, não existe associação entre o comparecimento ou não do escolar à consulta agendada e a microárea em que ele reside. Com o P-valor do teste de Qui-Quadrado igual a 0,494 , pode-se afirmar que não existem evidências de que exista tal associação.

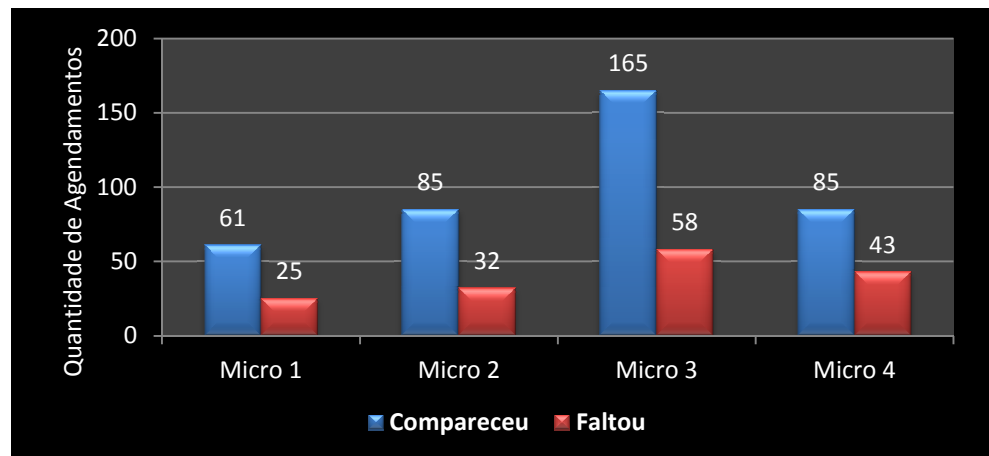


Gráfico 20- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas programadas, de acordo com a microárea em que reside o escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Tabela 21- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar, e a microárea em que reside o mesmo

Microárea em que reside	Comparecimentos	Faltas	Total
Micro 1	61	25	86
Micro 2	85	32	117
Micro 3	165	58	223
Micro 4	85	43	128
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=2,397$	G.L.=3	P-Valor=0,494

A aparente inexistência de associação entre a microárea em que reside o escolar e o seu comparecimento ou não à consulta agendada corrobora a hipótese de FEKETE (1995) de que o fator acessibilidade geográfica (FEKETE,1995), embora contribua, não determina o acesso aos serviços de saúde. No presente estudo, embora tenha sido observado que um menor percentual de faltas ocorreu em agendamentos de escolares residentes na microárea 3, onde se localiza a UBS da Pedra Vermelha, o P- valor indica que as diferenças observadas entre as microáreas não foram significativas.

Tabela 22- Distribuição do número de agendamentos, número de faltas e porcentagem de faltas em relação aos agendamentos, por microárea, dos escolares adscritos à ESF da Pedra Vermelha, no período de abril de 2009 a março de 2010.

<i>Microárea</i>	<i>Agendamentos</i>	<i>Faltas</i>	<i>% de faltas em relação aos agendamentos</i>
Micro 1	86	25	29,07%
Micro 2	117	32	27,35%
Micro 3	223	58	26,00%
Micro 4	128	43	33,59%

Fonte: Levantamento realizado pela ESB em 2010.

6.3 Descrição de Faltas por Faixa Etária

Aparentemente, de acordo com o Graf.21, não existe associação entre o comparecimento ou não do escolar à consulta agendada, e sua faixa etária. Com o P-valor do teste de Qui-Quadrado igual a **0,250**, pode-se afirmar que não existem evidências de que exista tal associação.

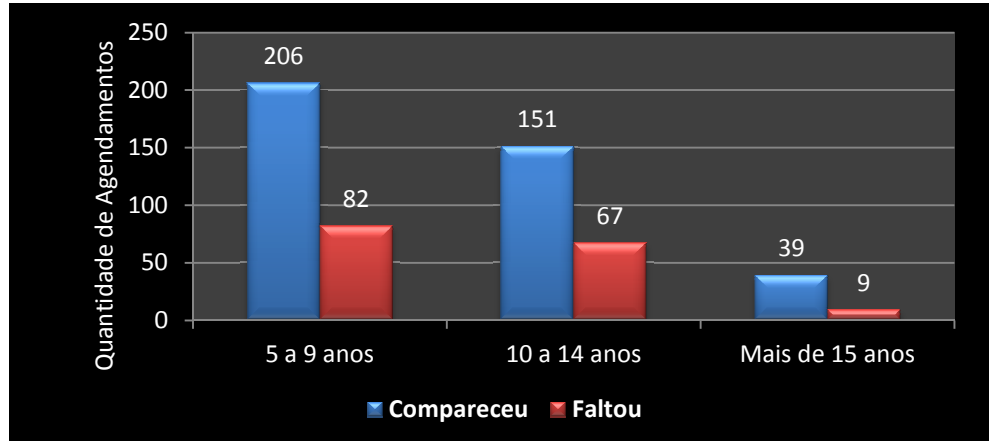


Gráfico 21- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas programadas, de acordo com a faixa etária do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Tabela 23- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar, e sua faixa etária

Faixa Etária	Comparecimentos	Faltas	Total
5 a 9 anos	206	82	288
10 a 14 anos	151	67	218
Mais de 15 anos	39	9	48
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=2,772$	G.L.=2	P-Valor=0,250

Seria importante avaliar a percepção de pais ou responsáveis pela saúde bucal dos filhos, bem como a percepção do próprio escolar sobre sua saúde bucal. No caso dos escolares mais novos, por exemplo, essa abordagem poderia ser feita de forma lúdico-pedagógica, usando recursos próprios para a idade.

É necessário que se verifique, também, a dimensão da acessibilidade organizacional, a qual permitirá aferir se há relação entre o fato dos pais não levarem seus filhos às consultas, e a questão da incompatibilidade de seu horário de trabalho com o de funcionamento da UBS.

Uma outra questão interessante, seria avaliar se o absenteísmo está relacionado ao medo ou ansiedade da criança em relação ao tratamento odontológico. Para Anderson (1997) *apud* Kanegane et al. (2003, p.6):

“O medo é uma emoção primária que indica que uma situação de perigo foi reconhecida, fazendo com que o indivíduo concentre toda sua atenção no evento. Já a ansiedade representa o medo que foi transferido da situação original para uma situação imaginada, decorrente de fatos semelhantes ou que desencadeiam a lembrança de uma situação prévia.”

Assim, a ansiedade se configura como emoção relacionada à avaliação de ameaça incerta, potencial, enquanto o medo relaciona-se a estratégias defensivas em resposta a ameaça real, presente (BLANCHARD, D.C. & BLANCHARD, R.J. 1988 *apud* GRAEFF, 2007).

O medo e a ansiedade relacionados à Odontologia podem trazer consequências negativas e situações estressantes para o profissional e para a criança, resultando em irregularidade nas visitas ao dentista, não comparecimento ao atendimento, podendo, pois, interferir no tratamento odontológico em si (GUERRA et al., 2004).

6.4 Descrição de Faltas em Relação aos Profissionais

Observando-se o Graf. 22, parece não existir associação entre o comparecimento ou não do escolar à consulta agendada, e o profissional. Com o P-valor do teste de Qui-Quadrado igual a 0,711, pode-se afirmar que não existem evidências de que exista tal associação.

Assim, não se pode inferir que houve menor ou maior aceitabilidade ao tratamento odontológico de determinado profissional.

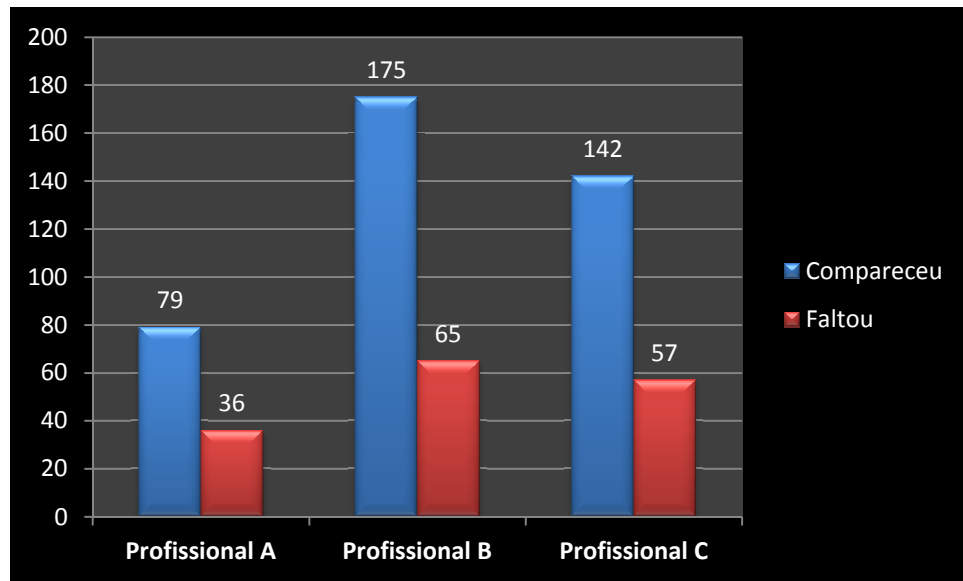


Gráfico 22- Gráfico de barras do número de comparecimentos e faltas às consultas programadas, de acordo com o profissional responsável pelo atendimento do escolar agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

Tabela 24- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado do cruzamento entre o comparecimento ou não do escolar, e o profissional responsável pelo atendimento do agendado

Profissional	Compareceu	Faltou	Total
A	79	36	115
B	175	65	240
C	142	57	199
Total	396	158	554
Estatística de teste	$\chi^2=0,682$	G.L.=2	P-Valor=0,711

6.5 Modelo Logístico

Para verificar, simultaneamente, se existe efeito das variáveis estudadas sobre a variável *comparecimento* ou *não à consultas agendadas*, assim como quantificar esse efeito, procedeu-se com a utilização do *Modelo Logístico*¹⁰ (COLOSIMO & GIOLO, 2006), tendo como variável resposta o *comparecimento* ou *não à consultas agendadas* e as variáveis: codificação do escolar, dia da semana, mês, sexo, profissional, microárea que reside, faixa etária e escola que estuda, como variáveis explicativas.

Primeiramente, selecionou-se as variáveis significativas através da análise de desvio.

Com a análise de desvio pode-se perceber que somente as variáveis *codificação do escolar* e *dia da semana*, contribuem de forma significativa para explicar a variável *comparecimento* ou *não comparecimento*. As variáveis *codificação do escolar* e *dia da semana* são significativas, pois reduzem o desvio do modelo em 10,455 com 3 graus de liberdade e 13,108 com 4 graus de liberdade, respectivamente. Já as demais variáveis reduzem pouco o desvio do modelo, quando comparado com seus respectivos graus de liberdade. Dessa forma, não são significativas.

Como apenas duas variáveis foram significativas, testando a interação entre elas, observa-se na análise de desvio abaixo, que a interação não é significativa.

Tabela 25- Análise de Desvio para o modelo, contendo todas as variáveis

	G.L	Deviance	G.L Residual	Deviance Residual	P-valor
Nulo			553	662,36	
<i>Codificação do escolar</i>	3	10,455	550	651,9	0,015
<i>Dia da semana</i>	4	13,108	546	638,8	0,011
Mês	11	12,911	535	625,88	0,299
Sexo	1	2,430	534	623,45	0,119
Profissional	2	0,896	532	622,56	0,639
Microárea em que reside	3	1,439	529	621,12	0,697
Faixa Etária	2	3,023	527	618,1	0,221
Escola em que estuda	4	2,574	523	615,52	0,631

¹⁰ Também chamado de Modelo de Regressão Logística, tem como função quantificar as diferenças encontradas entre duas variáveis.

Após testar a interação entre as duas variáveis selecionadas e verificar que não são significativas para explicar o comparecimento ou não às consultas agendadas, infere-se que o modelo final será composto pelas variáveis *codificação do escolar* e *dia da semana*.

Tabela 26- Análise de desvio para o modelo final

Fonte	G.L	Deviance	G.L Residual	Deviance Residual	P-valor
Nulo			553	662,36	
<i>Codificação do escolar</i>	3	10,455	550	651,90	0,0151
<i>Dia da semana</i>	4	13,108	546	638,80	0,0108
Codificação do escolar: Dia da semana	12	14,315	534	624,48	0,2810

Observando-se os coeficientes do modelo relacionado aos níveis das duas variáveis, pode-se perceber que somente o nível N3 em codificação do escolar e o dia da semana sexta feira, são significativos. Dessa forma, o intercepto do modelo irá representar N1, N2 e SN, quando se compara o efeito da variável *codificação do escolar*. Já quando se pretende verificar o efeito da variável *dias da semana*, o intercepto irá representar todos os dias, exceto sexta-feira. Com isso, observa-se que a chance de comparecimento a uma consulta é diferente entre as codificações do escolar, comparando-se N3 com as demais codificações, bem como diferente entre os dias da semana, comparando-se sexta-feira com os demais dias.

Tabela 27- Teste de Wald para o modelo final

Fonte	Coeficiente	Erro-Padrão	Z	P-valor
Intercepto	-1,35	0,40	-3,40	0,001
C. E - N2	0,36	0,42	0,85	0,397
C. E - N3	0,73	0,38	1,83	0,055
C. E - SN	0,31	0,43	0,72	0,474
Quinta – feira	0,37	0,33	1,09	0,274
Segunda – Feira	-0,18	0,33	-0,54	0,590
Sexta – Feira	-0,66	0,32	-2,08	0,038
Terça – Feira	0,26	0,29	0,89	0,374

Para quantificar essa diferença, através do modelo logístico podem ser verificadas as razões de chance, apresentadas na tabela seguinte.

Tabela 28- Teste de Wald e Razões de chance para o modelo final

Fonte	Coefficiente	Erro- Padrão	Z	P-valor	Razão de Chance
Intercepto	-1,35	0,40	-3,40	0,001	1,00
C. E - N3	0,73	0,38	1,91	0,055	2,08
Sexta – Feira	-0,66	0,32	-2,08	0,038	0,52

Verificando as razões de chance, tem-se as seguintes interpretações:

- As consultas agendadas com a codificação do escolar N3 possuem aproximadamente duas vezes a chance de não comparecimento, quando comparado com as codificações N1, N2 e SN.
- As consultas agendadas às sextas-feiras, possuem aproximadamente duas vezes a chance de comparecimento, quando se compara aos demais dias da semana.

Para verificar a adequação global do modelo, foram realizados o teste de Pearson e a estatística χ^2 (soma dos quadrados não ponderados), sendo que as duas corroboraram a adequação do modelo. Pode-se observar que as duas estatísticas não rejeitaram a hipótese nula de adequação do modelo¹¹.

Tabela 29- Teste Global de adequação do modelo

Medidas de qualidade	Estatística de teste	G.L	P-valor
Estatística de Pearson	552,06	546	0,414
Estatística χ^2 *	0,1461	-	0,502

*Unweighted sum-of-squares statistic

¹¹ H_0 (hipótese nula): Adequação do modelo. Como os P-valores encontrados foram maiores que 0,05, o nível de significância adotado, aceita-se a hipótese nula, que indica, portanto, que o modelo estatístico adotado foi adequado.

Segue o envelope de probabilidade para o modelo realizado, evidenciando, assim, a boa qualidade do ajuste.

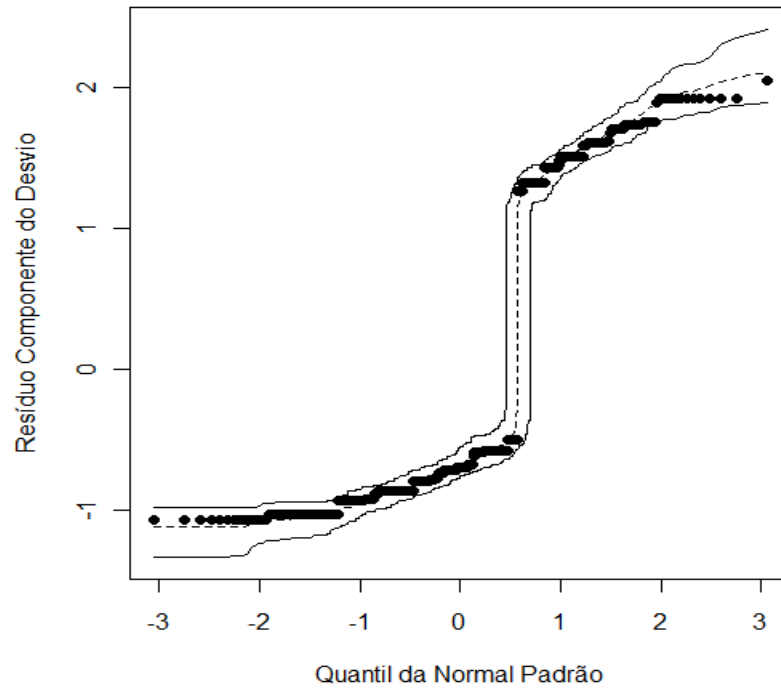


Gráfico 23- Envelope de probabilidade para o modelo estatístico realizado no presente estudo

7 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

*A fascinação de descobrir
Que outros olhos possam ver
O que normalmente não se vê*

Flávio Venturini
Música: Fascinação

7.1 Microárea em que Reside o Escolar agendado

Pode-se observar através do Graf.24, que parece existir uma associação entre a codificação do agendado e a microárea em que reside. Nas microáreas 3 e 4, por exemplo, a proporção de agendados codificados como N3 é maior do que nas microáreas 1 e 2, que por sua vez, apresentam mais agendados codificados como SN.

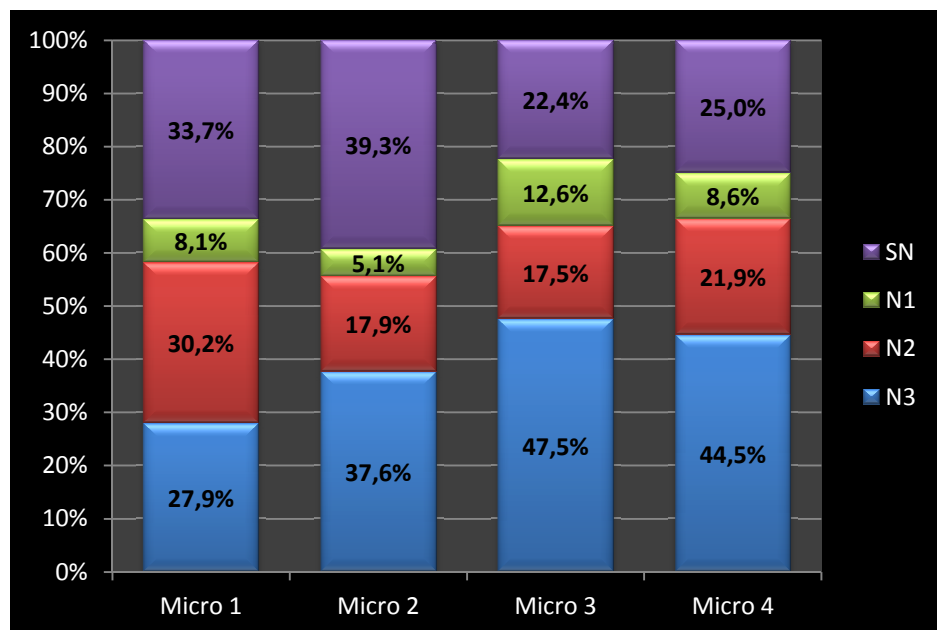


Gráfico 24- Gráfico de barras da proporção de agendamentos de acordo com a codificação e microárea em que reside o agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

O P-valor do teste *Qui-Quadrado* via *simulação de Monte Carlo* é de 0,002 e revela que há evidências significativas de que exista uma associação entre a codificação do agendado e a microárea em que reside.

Dessa forma, pode-se concluir que, aparentemente, os agendados que residem nas microáreas 1 e 2, tendem a ser codificados como SN mais do que os que residem nas microáreas 3 e 4, que, por sua vez, tendem a ser codificados como N3 mais do que nas microáreas 1 e 2. Um fato curioso e passível de investigação é que a microárea 2, a despeito das condições sanitária precárias e da ausência de abastecimento de água fluoretada, foi a que apresentou o maior percentual de alunos codificados como SN. Já a microárea 1, que apresenta 46,89% das famílias com acesso a água de abastecimento

público fluoretada, foi a que apresentou o segundo maior percentual de codificados como SN.

Tabela 30- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação de Monte Carlo do cruzamento, entre a codificação do escolar e a microárea em que reside

Microárea em que reside	Codificação do escolar				Total
	SN	N1	N2	N3	
Micro 1	29	7	26	24	86
Micro 2	46	6	21	44	117
Micro 3	50	28	39	106	223
Micro 4	32	11	28	57	128
Total	157	52	114	231	554
Estadística de Teste	$\chi^2 = 25,875$		P-valor = 0,002		

7.2 Faixa Etária do Escolar Agendado

Pode-se observar através do Graf. 25, que parece existir uma associação entre a codificação do agendado e sua faixa etária. Na faixa etária entre cinco e nove anos, por exemplo, a proporção de agendados codificados como SN é menor do que nas demais faixas. Pode-se observar, também, que a grande maioria de agendados classificados como N1 também pertencem a essa faixa etária. Tal achado é interessante, pois revela a necessidade de se realizar um trabalho com pré-escolares, que ao entrarem nas escolas, podem contribuir para aparecimento de novos N1.

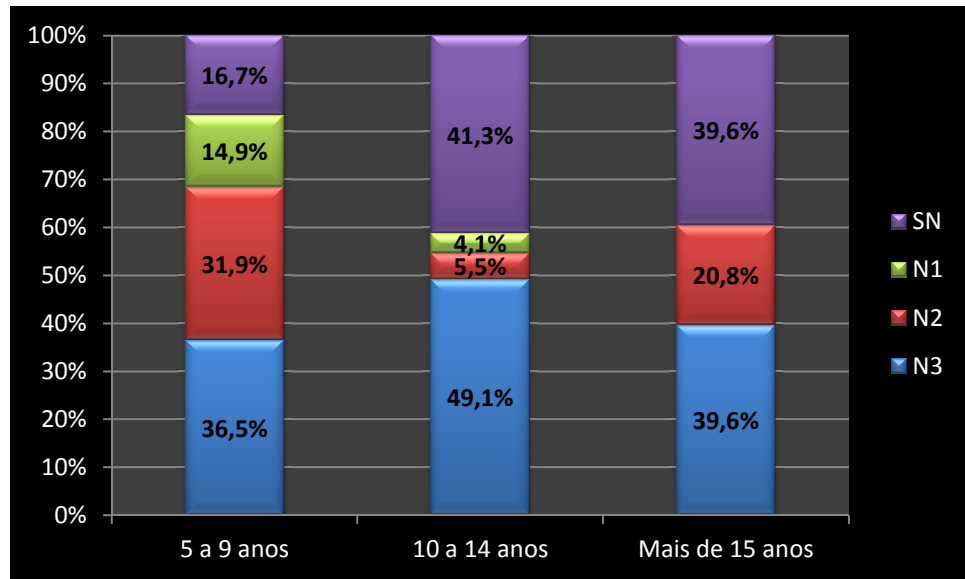


Gráfico 25- Gráfico de barras da proporção de agendamentos, de acordo com a codificação e a faixa etária do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

O P-valor do teste de Qui-Quadrado via simulação de Monte Carlo é de 0,000 e revela que há evidências significativas de que exista uma associação entre a codificação do agendado e a sua faixa etária.

Aparentemente, os agendados na faixa etária entre cinco e nove anos, tendem a ser codificados como N1 e N2, mais do que os demais.

Tabela 31- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação de Monte Carlo, do cruzamento entre a codificação do escolar e sua faixa etária

Faixa Etária	Codificação do escolar				Total
	SN	N1	N2	N3	
5 a 9 anos	48	43	92	105	288
10 a 14 anos	90	9	12	107	218
Mais de 15 anos	19	0	10	19	48
Total	157	52	114	231	554
Estatística de Teste	$\chi^2 = 96,1891$		P-valor = 0,000		

7.3 Escola em que Estuda o Escolar Agendado

Pode-se observar através do Graf. 26, que parece existir uma associação entre a codificação do agendado e a escola em que estuda. Nas escolas E. M. Getúlio Vargas e E. M. Mário Delfino Ferreira, observa-se uma proporção de agendados codificados como N3 menor do que nas demais escolas. Pode se observar, também, que a escola E. E. Senador Melo Viana apresentou a maior proporção de agendados codificados como SN.

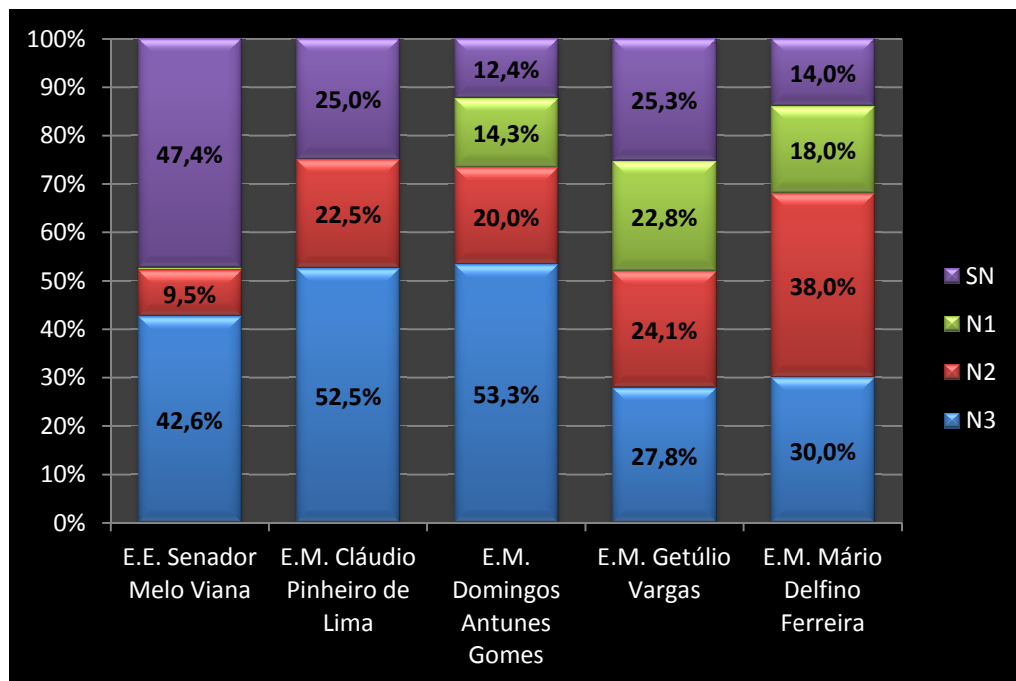


Gráfico 26- Gráfico de barras da proporção de agendamentos, de acordo com a escola e a codificação do agendado, no período de abril de 2009 a março de 2010.

O P-valor do teste de *Qui-Quadrado* via *simulação de Monte Carlo* é de 0,000 e revela que há evidências significativas de que exista uma associação entre a codificação do agendado e a escola em que estuda. A E.E. Senador Melo Viana é a que apresenta o maior percentual de alunos SN. Trata-se da única escola municipal que apresenta o ensino médio, recebendo alunos de todas as microáreas. Um fato interessante é que a instituição recebe alunos de faixas etárias maiores, corroborando a constatação de que as faixas etárias mais elevadas tendem a ser codificadas mais como SN do que as faixas etárias inferiores. As escolas E.M. Getúlio Vargas, E.M. Domingos Antunes Gomes e E.M. Mário Delfino Ferreira

recebem exclusivamente alunos das microáreas 2, 3 e 4, respectivamente. Estas são microáreas desprovidas de abastecimento de água pública e , portanto, fluoretada. Os alunos destas escolas apresentaram maiores proporções de codificação N1, o que indica que parece haver associação entre o abastecimento de água fluoretada e a codificação do escolar.

Tabela 32- Tabela de contingência e teste Qui-Quadrado, via simulação de Monte Carlo, do cruzamento entre a codificação do agendado e a escola em que estuda

Escola em que estuda	Codificação do escolar				Total
	SN	N1	N2	N3	
E.E. Senador Melo Viana	90	1	18	81	190
E.M. Cláudio Pinheiro de Lima	20	0	18	42	80
E.M. Domingos Antunes Gomes	13	15	21	56	105
E.M. Getúlio Vargas	20	18	19	22	79
E.M. Mário Delfino Ferreira	14	18	38	30	100
Total	157	52	114	231	554
Estatística de Teste	$\chi^2 = 129,999$		P-valor = 0,000		

8 CONCLUSÕES

*Catar a verdade contida
em cada concha de mão [...]*

*Recortar o sentido
como o alfaiate-artista,
costurá-lo pelo avesso
com a inconsútil emenda
à vista*

*Como o arqueólogo
reunir os fragmentos [...]*

Affonso Romano de Sant'Anna
Poema: Catando os Cacos do Caos

A alta prevalência de faltas, do público alvo, às consultas odontológicas programadas, **28,52%**, no período analisado, repercutiu negativamente no âmbito do tratamento, podendo causar insucesso na abordagem clínica. Compromete, ainda, a eficiência da ESB na utilização da capacidade instalada, o que representa um prejuízo institucional. Há que se considerar, também, a questão do desgaste profissional gerado pelo não comprometimento dos pais ou escolares com o tratamento odontológico. O absenteísmo constituiu-se, portanto, em um desafio a ser superado.

Alguns aspectos podem ser pontuados:

- Somente as variáveis *dia da semana* da consulta agendada e *codificação* do agendado mostraram relação significativa com o absenteísmo ($p < 0,05$);
- Os agendamentos relativos à codificação do escolar N3 possuem, aproximadamente, 2 vezes a chance de *não comparecimento* quando se compara com as codificações N1, N2 e SN;
- As consultas agendadas às sextas-feiras, possuem aproximadamente duas vezes a chance de comparecimento, comparado-se com os demais dias da semana;
- Existe uma associação significativa entre a codificação do agendado e a microárea em que reside. Pode-se concluir que, aparentemente, os agendados que residem nas microáreas 1 e 2 tendem a ser codificados mais como SN, do que os que residem nas microáreas 3 e 4, que, por sua vez, tendem a ser codificados como N3 mais do que nas microáreas 1 e 2;
- Há evidências significativas de que exista uma associação entre a codificação do agendado e a sua faixa etária. Aparentemente, os agendados na faixa entre cinco e nove anos tendem a ser mais codificados como N1 e N2, em relação aos demais. (Embora as diferenças de faltas entre faixas etárias não seja significativa, a maior concentração de codificados N1 e N2 entre os escolares de menor faixa etária, indica a necessidade de trabalho voltado para os pais dos escolares);
- Existe uma associação significativa entre a codificação do agendado e a escola em que estuda. Nas escolas E. M. Getúlio Vargas e E. M. Mário Delfino Ferreira, observa-se uma menor proporção de agendados codificados como N3, do que nas demais escolas.

Pode-se observar, também, que a escola E. E. Senador Melo Viana apresentou a maior proporção de escolares codificados como SN.

Os impactos resultantes do absenteísmo não foram quantificados, mas puderam ser observados na prática de atuação dos profissionais da ESB da Pedra Vermelha, como, por exemplo:

- manutenção de casos N1, N2 e N3, que poderiam ter atingido o nível SN, ou mesmo evolução de casos menos graves para quadros de maiores necessidades curativas, o que representará custos à saúde bucal do escolar e ônus ao sistema: o incremento da necessidade na abordagem curativa irá requerer mais horas clínicas do profissional para um mesmo escolar, além de mais recursos materiais;
- urgências na clínica odontológica;
- perda precoce de dentes decíduos;
- perda precoce dos primeiros molares permanentes, que, segundo Normando (2003), está associada ao desenvolvimento de má oclusões na dentição permanente;
- espaços “ociosos” pontuais nas agendas dos profissionais. Numa visão estritamente positivista, considerando-se que cada agendamento é feito de hora em hora, e que cada dia de trabalho corresponde a oito horas de trabalho, 158 faltas representariam 158 horas não trabalhadas, ou em torno de 20 dias, no decorrer de 12 meses, sem atendimento. Entretanto, é preciso ressaltar que, em muitos momentos, os espaços “deixados” pelos não comparecimentos, foram “preenchidos” pelo atendimento à demanda espontânea de adultos ou mesmo de escolares com urgências.

8.1 Limitações da Abordagem Quantitativa

Se a referência para o saber é o profissional, tal postura dificulta a chegada ao saber do outro. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente (VALLA, 1996,p.179).

A abordagem descritiva quantitativa não permite aferir fatores causais relacionados ao absenteísmo dos escolares, e não se constituiu propósito do estudo. Algumas hipóteses podem ser formuladas, mas a explicação para o problema não é possível com o método utilizado. A interpretação da descrição numérica permitiu a constatação da relação dependente entre variáveis. O confronto com a literatura também possibilita a formulação de hipóteses, como:

- horário de trabalho dos pais ou responsáveis sendo incompatível com os horários agendados, relacionando-se à acessibilidade temporal, conforme apontado por Almeida et al. (2009): dimensão da disponibilidade;
- cultura de que a dentição decídua é menos importante e desconhecimento da sua relevância e influência na dentição permanente;
- falha na entrega de cartões de agendamento pelos ACS ou professores;
- adoecimento dos pais, responsáveis ou crianças, impossibilitando o comparecimento às consultas;
- facilidade na marcação de consultas, que, se por um lado favorece o acesso (Santos, 2005), por outro, pode contribuir para as faltas;¹²
- esquecimento do dia da consulta pelos pais ou responsáveis, conforme estudo de Almeida et al. (2009);
- medo e ansiedade da criança em relação ao tratamento odontológico.

8.2 A Diversidade Complementar: Necessidade de uma Abordagem Qualitativa

As abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos não são excludentes em relação ao outro, não guardando relação de oposição entre si. Os dados fornecidos por ambas se complementam numa pesquisa (MINAYO, 1996).

¹² Em estudo descritivo relativo à organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário em unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes, Santos (2005) analisou a variável “facilidade encontrada pelo paciente na marcação de consulta”, encontrando 43% de satisfação relacionado à facilidade de marcação e 21% relataram facilidade relativa.

“O sinergismo dos efeitos da combinação das diferentes técnicas para responder e analisar questões é reconhecido pelos pesquisadores envolvidos na avaliação de intervenções em promoção de saúde. Conforme Nutbeam (1998), a triangulação, que significa usar mais de uma abordagem para responder às mesmas questões, melhora a confiança e a consistência dos resultados” (FLORES & DREHMER, 2003, p.3).

Roncalli (2000) ressalta a complementaridade das duas abordagens que, em um dado momento, “se imbricam e ajudam a compor a descrição de uma dada realidade”.

A pesquisa qualitativa nasceu no selo da Antropologia e da Sociologia, e vem ganhando espaço. Costuma, ao longo de seu desenvolvimento, ser direcionada, e não busca enumerar ou medir eventos. Geralmente não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. Alicerçada num amplo foco de interesse, parte de uma perspectiva diferenciada das pesquisas quantitativas. Há o contato direto do pesquisador com a situação objeto de estudo, sendo frequente a busca pelo entendimento de fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada (NEVES, 1996). A abordagem qualitativa envolve a propriedade de apreensão de aspectos não mensuráveis da realidade (MINAYO, 1993). Trabalham com significados, valores, motivações e crenças, respondendo a noções muito particulares (POPE & MAYS, 1995).

“Como educador preciso de ir “lendo” cada vez melhor a leitura do mundo que os grupos populares com quem trabalho fazem de seu contexto imediato e do maior de que o seu é parte. O que quero dizer é o seguinte: não posso de maneira alguma, nas minhas relações político-pedagógicas com os grupos populares, desconsiderar seu saber de experiência feito. Sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão de sua própria presença no mundo. E isso tudo vem explicitado ou sugerido ou escondido no que chamo “leitura do mundo” que precede sempre a “leitura da palavra”. Se, de um lado não posso me adaptar ou me “converter” ao saber ingênuo dos grupos populares, de outro, não posso, se realmente progressista, impor-lhes arrogantemente o meu saber como o verdadeiro” (FREIRE, 2002, p. 32)

Quais as reais causas do absenteísmo? Como se pretende transformar uma situação que se desconhece em profundidade? Qual a percepção dos pais ou responsáveis acerca da saúde bucal de seus filhos? Qual a percepção dos próprios escolares? O absenteísmo às consultas odontológicas programadas e seus impactos, que constituem um problema para a equipe de saúde bucal, constituem-se em problema concreto para o pais dos escolares ou para os próprios escolares? Muito provavelmente, não... A partir daí, como problematizar determinada situação para que um indivíduo se torne sujeito ativo no processo de saúde bucal de seu filho?

A construção do conhecimento dos fatores envolvidos no absentéismo e implementação de mudanças necessárias perpassa pela necessidade da escuta do saber do outro. A troca de informações, numa escuta permeada pela dialética, permite a elaboração de um novo saber, fundamentado não apenas na interpretação de dados numéricos coletados pelo profissional, mas num saber mais amplo, porque fruto de construção conjunta: pais dos escolares, escolares e profissionais. Assim, tem-se o diálogo como descoberta, como forma de aprender e apreender a realidade na qual os pais dos escolares, bem como os próprios escolares, estão inseridos e onde se pretende atuar, ou co-atuar.

8.3 A Diversidade Complementar: Necessidade de uma Abordagem Qualitativa

As abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos não são excludentes em relação ao outro, não guardando relação de oposição entre si. Os dados fornecidos por ambas se complementam numa pesquisa (MINAYO, 1996).

O sinergismo dos efeitos da combinação das diferentes técnicas para responder e analisar questões é reconhecido pelos pesquisadores envolvidos na avaliação de intervenções em promoção de saúde. Conforme Nutbeam (1998), a triangulação, que significa usar mais de uma abordagem para responder às mesmas questões, melhora a confiança e a consistência dos resultados (FLORES & DREHMER, 2003).

Roncalli (2000) ressalta a complementaridade das duas abordagens que, em um dado momento, “se imbricam e ajudam a compor a descrição de uma dada realidade”.

A pesquisa qualitativa nasceu no selo da Antropologia e da Sociologia, e vem ganhando espaço. Costuma, ao longo de seu desenvolvimento, ser direcionada, e não busca enumerar ou medir eventos. Geralmente não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. Alicerçada num amplo foco de interesse, parte de uma perspectiva diferenciada das pesquisas quantitativas. Há o contato direto do pesquisador com a situação objeto de estudo, sendo frequente a busca pelo entendimento de fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada (NEVES, 1996). A abordagem qualitativa envolve a propriedade de apreensão de aspectos não mensuráveis da realidade (MINAYO,

1993). Trabalham com significados, valores, motivações e crenças, respondendo a noções muito particulares (POPE & MAYS,1995).

Como educador preciso de ir "lendo" cada vez melhor a leitura do mundo que os grupos populares com quem trabalho fazem de seu contexto imediato e do maior de que o seu é parte. O que quero dizer é o seguinte: não posso de maneira alguma, nas minhas relações político-pedagógicas com os grupos populares, desconsiderar seu saber de experiência feito. Sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão de sua própria presença no mundo. E isso tudo vem explicitado ou sugerido ou escondido no que chamo "leitura do mundo" que precede sempre a "leitura da palavra". Se, de um lado não posso me adaptar ou me "converter" ao saber ingênuo dos grupos populares, de outro, não posso, se realmente progressista, impor-lhes arrogantemente o meu saber como o verdadeiro (FREIRE. Pedagogia da Autonomia,1992:32).

Quais as reais causas do absenteísmo? Como se pretende transformar uma situação que se desconhece em profundidade? Qual a percepção dos pais ou responsáveis acerca da saúde bucal de seus filhos? Qual a percepção dos próprios escolares? O absenteísmo às consultas odontológicas programadas e seus impactos, que constituem um problema para a equipe de saúde bucal, constituem-se em problema concreto para o pais dos escolares ou para os próprios escolares? Muito provavelmente, não... A partir daí, como problematizar determinada situação para que um indivíduo se torne sujeito ativo no processo de saúde bucal de seu filho?

A construção do conhecimento dos fatores envolvidos no absenteísmo e implementação de mudanças necessárias perpassa pela necessidade da escuta do saber do outro. A troca de informações, numa escuta permeada pela dialética, permite a elaboração de um novo saber, fundamentado não apenas na interpretação de dados numéricos coletados pelo profissional , mas num saber mais amplo, porque fruto de construção conjunta: pais dos escolares, escolares e profissionais. Assim, tem-se o diálogo como descoberta, como forma de aprender e apreender a realidade na qual os pais dos escolares , bem como os próprios escolares, estão inseridos e onde se pretende atuar, ou co-atuar.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Mas, tão certo quanto o erro
de ser barco a motor
e insistir em usar os remos,
É o mal que a água faz
quando se afoga
E o salva-vidas não está lá porque não vemos*

Renato Russo
Música: Daniel na Cova dos Leões

Pode-se dizer que o absenteísmo dos escolares às consultas odontológicas não se constitui fator isolado. Intimamente atreladas a ele encontram-se lacunas ou falhas, atribuídas não só aos escolares em si e aos responsáveis, como profissionais, gerências, ou mesmo da organização, avaliação e monitoramento dos processos de trabalho.

Cabe enfatizar que as faltas às consultas odontológicas se constituem num problema municipal que ocorre não só em escolares. O foco nos mesmos representou um recorte do tema e ocorreu em função da maior facilidade de sua identificação e localização pelo levantamento de necessidades anual, realizado pela equipe, e por seu cadastro nas escolas. Há que se considerar as faltas em pré-escolares, que dependem dos pais ou responsáveis para comparecimento às consultas, estando essa presença intimamente ligada à percepção de saúde bucal dos cuidadores. Assim como há também, embora não quantificadas no presente estudo, faltas às consultas odontológicas na população adulta.

Nas limitações de um trabalho de conclusão de curso, não se pretendeu um esgotamento do tema, especialmente por se tratar de um estudo em nível municipal. Tampouco a descrição numérica do problema e correlação com variáveis elucidou as verdadeiras causas do absenteísmo. Assim, a abordagem não pretendeu lançar um olhar explicativo unilateral e fragmentado sobre o problema levantado. Subestimar a necessidade de um enfoque qualitativo posterior, seria negar as bases que fundamentam a abordagem de uma equipe de saúde da família, em que o trabalho e reflexões conjuntas são imperativas, bem como inerente à sua concepção a incorporação da participação social.

O levantamento e tabulação de dados funcionaram como instrumento para uma visualização inicial, ou primeira aproximação com o tema, que possa subsidiar uma abordagem qualitativa posterior, pautada num olhar dos cuidadores, escolares e da comunidade em geral e, portanto, fundamentada em trocas dialógicas e consonantes com o contemporâneo paradigma do saber: um processo de construção coletiva e que, portanto, requer a integração da “voz do outro”.

REFERÊNCIAS

*Trabalho intelectual é uma expressão errada.
Não é "trabalho" - é prazer, dissipação[...]*

Mark Twain
(Escritor norte-americano: 1835-1910)

ABREU, S.C.C. **Avaliação da Implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/>>. Acesso em: 4 set. 2010.

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, G.L. et al. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. **Cienc Odontol Bras**, v.12, n.1: p. 77-86, jan./mar. 2009.

ALVES, M.U.; VOLSCHAN, B.C.; HAAS, N.A.T. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Universidades Privadas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.4, n.1: p.47-51, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo7v41.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

ANDERSON, J.W. Fear in dental chair. *Oral Health*, v.87: p. 9-12, 1997 *apud* KANEGANE, K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n.6, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18023.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2009.

ARAÚJO, L.C. *O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

BASTOS, J.L.D. et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. **Ciência Saúde coletiva**, v.12, n.6, nov./dez. 2007.

BELARDINELLI, V.H. Clínica particular, necessidade e possibilidade de fazê-la crescer: análise da demanda. **Odont. Mod.**, v.14, n.4: p. 39-49, 1987.

BELLINI, H. T. **Ensaio sobre programas de saúde bucal**. Biblioteca da ABOPREV, Fasc.3, maio 1991.

BLANCHARD, D.C.; BLANCHARD, R.J. Ethoexperimental approaches to the biology of emotion. **Annu Rev Psychol**, v. 39, n. 1: p.43-68, 1988 *apud* GRAEFF, F.G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitáriaadrenal. **Rev.Bras.Psiquiatr**, v.29, suppl.1, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000500002>. Acesso em: 27 dez. 2009.

BOTTAN, E.R. et al. Relação entre consulta odontológica e ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com um grupo de adolescentes. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.5, n.2: p.27-32, 2008.

BOURDON, R. **Os métodos em sociologia**. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. São Paulo: Ática, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.144 de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de dez. 2000. Seção I, p.85.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 267 de 6 de março de 2001**. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 7 de mar. 2001. Seção I, p.67.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 673 de 3 de junho de 2003**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 4 de jun. 2003. Seção I, p.44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Qualificação da Saúde Suplementar: Nova perspectiva no processo de regulação**. Rio de Janeiro, dez. 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/completo.pdf. Acesso em: 23 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica, Pactos pela Saúde - 2006**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Caderno de atenção básica**, n.17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Melhoria da gestão pública por meio da definição de um guia referencial para medição de desempenho da gestão e controle para o gerenciamento dos indicadores de eficiência, eficácia e de resultados do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – 2009**. Brasília: Ministério do Planejamento, Secretaria de Gestão, 2009. Disponível em www.gespublica.gov.br/ferramentas/pasta.../guia_indicadores_jun2010.pdf. Acesso em: 12 nov.2010.

BRUNELLE, J.A.; CARLOS, J.P. Recent trends in dental caries in U.S. children and the effect of water fluoridation. **J Dent Res**,v. 69(Spec N): p.723-7,1990.

BUZALAF, M.A.R. et al. Fluctuations in public water fluoride level in Bauru, Brazil. **J Public Health Dent**,v.62: p.173-6, 2002.

CAMPOS,F.E. **Resolutividade** - Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde. Belo Horizonte: Imprensa Universitária,1988.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Achievements in public health, 1900-1999: Fluoridation of Drinking Water to Prevent Dental Caries. **MMWR**,v.48, n. 41, p.933-40,1999.

CERVO, A L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 4ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 90p.

CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3 ed .São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448p.

COLOSIMO, E. A.; GIOLO, S. R. **Análise de Sobrevivência Aplicada**. 1 ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2006. 355p.

CORDÓN, J. A. **Avanços na gerência e desenvolvimento de sistemas de saúde bucal no Brasil: considerações críticas**. XIII ENATESPO/II Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva. Cuiabá-MT, 1997.

CORDÓN, J.A. **Modelos de atenção em Saúde Bucal**. Apresentação em PPT, Brasília – DF, 2001.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of Quality**, Arch Pathol Med., v.114: p.1115-1118, 1990.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.21, n.2, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> >. Acesso em: 23 dez. 2009.

FAYE, M. et al. Study of fear dental treatments in pediatrics in Senegal. **Dakar Med**, v.49, n.2: p.91-95, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

FEITOSA, S.; COLARES, V. As repercussões da cárie precoce na infância na qualidade de vida de pré-escolares. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 34, p. 542-548. nov./dez. 2003.

FEKETE, M C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil, p. 177-184, 1995.

FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciênc Saúde Colet**, v. 8, n. 3: p. 743–752, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Belo Horizonte, 2002. 92p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAY, M.M. et al. The relationship between caries experience in the deciduous molars at 5 years and in first permanent molars of the same child at 7 years. **Community Dent. Health**, v. 8, p. 3-7, 1991.

GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de Odontopediatria**. 9 ed. São Paulo-SP: Pancast, 1994.

GUERRA, P. et al. Medo e/ou ansiedade como fator inibitório para visita ao dentista. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.40, n.1: p.001-110, jan./mar. 2004.

ISSAO, M. Primeiro Molar Permanente. In: INTERLANDI, S, Ortodontia: Bases para iniciação. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1980 *apud* ALMEIDA, N.S.; LOBATO, C.M.; ALMEIDA, H.A.A. **O primeiro molar permanente e sua importância para a**

odontopediatria e ortodontia. Disponível em:

<<http://www.odontologia.com.br/artigod.asp?id=703>>. Acesso em: 5 set. 2010.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relationship between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J dent Res**, v.74: p.1408-13, 1995.

LEMOS, L.V.F.M. et al. Influência do Fator Assiduidade à Consulta Odontológica na Prevalência de Cárie Dentária em Indivíduos Atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí, SP, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.8, n.2: p.203-207, maio/ago. 2008.

LORA, A.P. **Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira – SP.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

LOUREIRO, C.A.; OLIVEIRA, F.J. **Inversão da atenção:** uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p.

MAGALHÃES, L.C, NEVES, M.L.R. Primeiro molar permanente: um grave problema de Saúde Pública. **Odontol. Mod.**, v.20, p.23, 1993 *apud* AGUIAR, S. M. H. C., PINTO, R.S. Lesões cariosas, restaurações e extrações por processo carioso de primeiros molares permanentes. Estudo clínico e radiográfico. **Rev. Odontol. UNESP**, v.25, n.2, p.345-355, 1996. Disponível em: < <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v25n2a16.pdf>>. Acesso em 6 set. 2010.

MENDES, E.V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.4, out./dez. 1986. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400012> Acesso em: 20 jun 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento:** Uma Abordagem à Pesquisa Qualitativa. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. p.90-196.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 1996.

MITCHELL, J. C. A questão da quantificação na antropologia social. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas:** Métodos. São Paulo: Global, 1987.

MOEDA. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Moeda, 2009. Acesso em: 20 ago. 2009.

MOEDA. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Moeda, 2010. Acesso em: 15 jun. 2010.

NARVAI, P.C. *Saúde bucal:* assistência ou atenção – Odontologia em Silos – Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: Rede Cedros, 1992. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigo/art-saucol/assisate.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

NARVAI, P.C. **Avaliação de ações de saúde bucal.** São Paulo: USP/ Faculdade de Saúde Pública, 1996. 16p.

NEVES, J.L. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n.3, 1996.

NOGUEIRA, A.J.S. Perdas precoces de dentes decíduos e suas conseqüências para dentição futura: elaboração de propostas preventivas. **Associação Brasileira de Odontologia**, v.6, n.4: p.228-33,1998.

OLIVEIRA, J.L.C. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes, 2005**. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, São Paulo, 2005.

PAIXÃO R.F, FUZIY, A. **Abordagem ortodôntica das perdas dentais precoces**. In: Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de Campinas, n. 104, 2003.

PINHEIRO, R.S. ; TORRES, T.Z.G. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.4: p.999-1010, 2006.

PINTO, V.G. **A odontologia no município**. Porto Alegre: RGO, 1996. 252 p.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2000.

POPE,C; MAYS,N. Reaching the parts other methods cannot reach: na introduction to qualitative methods in health and health service research, In: **British Medical Journal**, n.311, p42-45, 1995.

RABELLO,S.B.; CORVINO, M.P.F. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Odontol**, v.58: p.266-7, 2001.

REMOALDO,P.C. Acessibilidade aos Cuidados Primários de Saúde dos Concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto, **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 19, p.107-119, 2003.

RONCALLI, A. G et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v.2, n.1, jan/mar 1999.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva**. Tese (Doutorado) _ Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, jan./mar. 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232006000100012&script=sci_arttext> Acesso em: 14 jun. 2009.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**,v.10, n.1, jan./mar. 1994.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista do Programa Saúde da Família**, Brasília, DF, p. 36-43, dez. 2002.

SIQUEIRA, D. et al. Avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos pelo índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças em idade pré-escolar. **ConSientige Saúde**, 2009, v.8, n.2: p.239-244.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

SUCUPIRA, A. C. et al. **Pediatria em consultório**: Saúde e as doenças bucais. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2000, p. 48-60.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S., VILASBOAS, A.L. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.7,.n.2: p.7-28, 1998.

TESCH, F.C. et al. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.11, 2007. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100003>. Acesso em: 6 jun.2009.

TRIOLA, M.F. Introdução à Estatística. LTC, 2005. 682p.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo Atlas: 1987. 175p.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo Atlas: 1987. 175p. *apud* RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. Tese (Doutorado) _ Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000, p 29.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. **Saúde Pública**, n.39, v.3: p.507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf> Acesso em junho/2010 > Acesso em: 10 mai. 2010.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Moeda_\(Minas_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Moeda_(Minas_Gerais))>. Acesso em: 14 mai. 2009.

VALLA, V.V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação e Realidade**, v. 21, n.2: p.177-190,1996.

VAN DER LINDEN, F, P. G. As conseqüências das perdas prematuras dos dentes decíduos. Ortodontia: desenvolvimento da dentição. 1 ed. São Paulo: Quintessence, 1986, p. 129-53.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.P. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v.15, p.225-64, 2005.

ZANETTI, C.H.G et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.13, p.18-35, 1996.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Tabelas com totais de alunos N1, N2, N3 e SN, por escola, de acordo com o levantamento anual de necessidades realizado pela ESB em 2009.

Tabela 33- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.E. Senador Melo Viana, 2009.

	N1	N2	N3	SN	Total
6º ano PAV	0	2	3	4	9
6º ano	1	1	9	19	30
7º ano	0	1	12	20	33
8º ano PAV	0	1	5	2	8
8º ano	0	0	7	18	25
9º ano	0	0	5	15	20
TOTAL	1	5	41	78	125

Fonte: Levantamento realizado pela ESB em 2009.

Tabela 34- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.E. Cláudio Pinheiro de Lima, 2009.

	N1	N2	N3	SN	Total
2º período	0	0	3	0	3
1º ano	0	1	3	3	7
2º ano	0	2	2	3	7
3º ano	0	1	1	1	3
4ª ano	0	1	9	6	16
5º ano	0	0	2	4	6
TOTAL	0	5	20	17	42

Fonte: Levantamento realizado pela ESB em 2009.

Tabela 35- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.M. Domingos Antunes Gomes, 2009.

	N1	N2	N3	SN	Total
2º período	1	0	3	0	4
1º ano	0	2	4	1	7
2º ano	2	6	4	1	13
3º ano	1	4	0	1	6
4º ano	1	0	1	1	3
5º ano	0	0	5	3	8
TOTAL	5	12	17	7	41

Fonte: Levantamento realizado pela ESB em 2009.

Tabela 36- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.M. Getúlio Vargas, 2009.

	N1	N2	N3	SN	Total
2º período	0	1	0	1	2
1º ano	1	1	3	1	6
2º ano	1	5	5	2	13
3º ano	1	3	5	3	12
4ª ano	0	1	5	2	8
5º ano	0	1	4	3	8
TOTAL	3	12	22	12	49

Fonte: Levantamento realizado pela ESB em 2009.

Tabela 37- Total de alunos, de acordo com a codificação relativa ao nível de necessidades curativas, na E.M. Mário Delfino Ferreira, 2009.

	N1	N2	N3	SN	Total
2º período	0	5	1	4	10
1º ano	0	2	2	3	7
2º ano	3	4	4	1	12
3º ano	0	2	0	0	2
4º ano	0	1	4	0	5
5º ano	0	1	8	3	12
TOTAL	3	15	19	11	48

Fonte: Levantamento realizado pela ESB em 2009.

