

TAIOMARA VIEIRA MANIA

**ABSENTEÍSMO À CONSULTA ODONTOLÓGICA DE CRIANÇAS COM ATÉ 5
ANOS: o caso de Belo Horizonte**

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2017

TAIOMARA VIEIRA MANIA

**ABSENTEÍSMO À CONSULTA ODONTOLÓGICA DE CRIANÇAS COM ATÉ 5
ANOS: o caso de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, instituições e serviços de saúde bucal.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas.

Co-orientadora: Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

Faculdade de Odontologia - UFMG

Belo Horizonte

2017

Ficha Catalográfica

M278a Mania, Taiomara Vieira.
2017 Absenteísmo à consulta odontológica de crianças com até
T 5 anos: o caso de Belo Horizonte / Taiomara Vieira Mania. --
2017.

78 f. : il.

Orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas.
Coorientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

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

1. Absenteísmo. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Criança. 4. Saúde bucal. 5. Serviços básicos de saúde. I. Vargas, Andréa Maria Duarte. II. Ferreira, Efigênia Ferreira e. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

ABSENTEÍSMO À CONSULTA ODONTOLÓGICA DE CRIANÇAS DE 5 ANOS: o caso de Belo Horizonte

TAIOMARA VIEIRA MANIA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Saúde Coletiva.

Aprovada em 28 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas - Orientadora
FO/UFMG

Prof(a). Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa
UNIMONTES

Prof(a). Livia Guimarães Zina
FO/UFMG

Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira
FO/UFMG

Belo Horizonte, 28 de julho de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA TAIOMARA VIEIRA MANIA

Aos 28 dias de julho de 2017, às 14:00 horas, na sala 3403 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Andrea Maria Duarte Vargas (Orientadora) – FO/UFMG, Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa – UNIMONTES, Livia Guimarães Zina – FO/UFMG e Efigênia Ferreira e Ferreira – FO/UFMG, para julgamento da dissertação de Mestrado, área de concentração em Saúde Coletiva, intitulada: **Absenteísmo à consulta odontológica de crianças de 5 anos: o caso de Belo Horizonte**. A Presidente da Banca, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 28 de julho de 2017.

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas

Prof(a). Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa

Prof(a). Livia Guimarães Zina

Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força e por iluminar meu caminho.

À minha família, a quem devo o que sou.

Ao querido Cássio, pelo carinho, pela atenção e pela capacidade de sempre me trazer paz.

A todos que me auxiliaram direta e indiretamente para a realização deste trabalho, em especial às minhas queridas orientadoras, Prof. Dra. Andrea e Prof. Dra. Efigênia pelo apoio, atenção, incentivo, paciência, além da disponibilidade em solucionar as dúvidas que surgiram ao longo deste trabalho.

A todos os meus professores do mestrado, tão importantes em minha vida acadêmica, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos colegas, que ficarão guardados na lembrança e no coração.

MANIA, Taiomara Vieira. Absenteísmo à consulta odontológica de crianças com até 5 anos: o caso de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

RESUMO

Estudos epidemiológicos têm apontado que as crianças brasileiras na faixa etária de cinco anos apresentam elevada prevalência de cárie e um alto índice de faltas às consultas agendadas na rede pública de saúde. **Objetivo:** Compreender as razões que levam os pais ou responsáveis de crianças até 5 anos de idade ao não comparecimento ao tratamento odontológico na rede pública de saúde. **Metodologia:** Seguindo a metodologia qualitativa, foram selecionadas pelo menos duas mães ou cuidadores de pacientes que faltaram à consulta odontológica agendada, em cada uma das regiões administrativas de Belo Horizonte – MG, Brasil, totalizando 18 entrevistados. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados obtidos foram lidos, tematizados e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Os depoimentos evidenciaram que os responsáveis, embora tenham a percepção da necessidade de tratamento odontológico das crianças, enfrentam dificuldades para levá-las às consultas agendadas por não estarem disponíveis para acompanhar a criança (e. g., por falta de tempo livre do trabalho). Alguns narraram o esquecimento devido à demora entre data de marcação e data da consulta, enquanto outros elencaram doença da criança no dia do atendimento. Pode-se observar que houve ruído na comunicação entre os atores sociais envolvidos, confirmado por meio de relatos de desconhecimento do agendamento. **Conclusão:** É necessário incluir o aconselhamento centrado no empoderamento dos cuidadores durante o planejamento de estratégias para a promoção e atenção à saúde bucal de crianças com 5 anos ou menos. Além disso, a modificação na forma como é realizado o agendamento das crianças (e. g., com lembretes próximos à data da consulta ou horários alternativos de funcionamento das unidades de saúde) poderia beneficiar a utilização do serviço.

Descritores: absenteísmo; acesso aos serviços de saúde; criança; saúde bucal; serviços básicos de saúde.

MANIA, Taiomara Vieira. No-show to dental appointments of children up to 5 years: Belo Horizonte's case. Dissertation (Master of Science in Dentistry) – Postgraduate Program in Dentistry – Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

ABSTRACT

Epidemiological surveys have revealed a high prevalence of caries among children aged 5 years in Brazil, as well as the population's high no-show rate at dental appointments scheduled in the public health system. **Objective:** To identify the reasons for nonattendance at dental appointments scheduled in the public health system among children aged up to 5 years. **Methodology:** Following a qualitative methodology, at least two mothers or caregivers of patients who missed dental appointments from each administrative region of Belo Horizonte – MG, Brazil, for a total of 18 mothers, were interviewed. Interviews followed a semistructured script, were audio recorded, and were transcribed in full. Data were read, classified into themes, and subjected to content analysis. **Results:** Interviews showed that caregivers, although perceiving their children's need for dental care, struggle to fulfill scheduled appointments because they cannot be available to accompany the children (e.g., due to lack of time off from work). Some interviewees reported forgetting appointments due to the lengthy lapse between the scheduling and appointment dates, whereas others attributed nonattendance to children's illness on the day of the appointments. Interviews also revealed miscommunication between the social actors involved, as confirmed by reports of their lack of knowledge about the scheduled appointments. **Conclusion:** Empowerment-focused caregivers' counseling is necessary in planning oral health promotion strategies for children aged 5 years or less. Interventions in the scheduling system (e.g., offering appointment reminders or alternative appointment times in health units) could also benefit their use of the service.

Key-words: absenteeism; basic health services; child; health services accessibility; oral health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
3	OBJETIVOS	17
4	METODOLOGIA	18
5	ARTIGO	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICES	
	Apêndice A	45
	Apêndice B	46
	Apêndice C	47
	ANEXOS	
	Anexo A	67
	Anexo B	68

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, houve avanço na oferta de tratamento odontológico em função da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Bucal. A rede pública conta com o atendimento odontológico em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em âmbito convencional ou dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), e atendimentos odontológicos especializados nos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO (BORGES, 2011; BRASIL, 2004).

Na cidade de Belo Horizonte, a atenção básica odontológica às crianças ocorre por meio de consultas com agendamento prévio, de consultas em caráter de urgência para pacientes com dor ou de consultas agendadas após exame em ações de saúde bucal realizados em visitas às creches e escolas municipais (BELO HORIZONTE, 2006).

Apesar da grande procura pelo serviço, percebe-se que uma parcela expressiva dos pacientes agendados não comparece às consultas (MELO; BRAGA; FORTE, 2011).

Especificamente na cidade de Belo Horizonte, uma pesquisa recente revelou que na atenção primária, para 1.344 pacientes com necessidade de atendimento odontológico, houve um índice de 5,2% de evasão - duas faltas consecutivas, sem retorno. O mesmo estudo encontrou que 749 crianças (55,7%) com necessidade de tratamento não utilizaram os serviços odontológicos (CARDOSO, 2015).

Absenteísmo, no dicionário da língua portuguesa, significa “fato de não comparecer a um ato, de abster-se de um dever” (FERREIRA, 2013). Na literatura científica nacional, estudos no campo da saúde aplicam o termo para referir-se ao fenômeno das faltas sistemáticas dos usuários aos serviços de saúde (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BORGES, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2015; JANDREY; DREHMER, 1999; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; OLESCOVICZ *et al.*, 2014; TRISTÃO *et al.*, 2016).

Quando um usuário não comparece à consulta, nega o serviço não apenas a si mesmo, mas a outro usuário, produzindo efeitos prejudiciais na organização da demanda aos serviços de saúde bucal, além da perda de recursos (OLESCOVICZ *et al.*, 2014).

Pesquisas indicam que pacientes que perdem uma consulta possuem maior risco de perder o próximo agendamento (ALMEIDA *et al.*, 2009; CHARIATTE *et al.*, 2008; NORRIS *et al.*, 2012). Estudo realizado nos Estados Unidos sugere que crianças que faltam às consultas odontopediátricas são justamente as que possuem maiores índices de cárie (CASAVERDE; DOUGLASS, 2007). Outros estudos concluíram que a adesão dos agentes cuidadores às consultas odontológicas é um fator determinante na manutenção da saúde bucal das crianças, uma vez que aquelas que não compareceram às consultas tiveram maior experiência de cárie, níveis de atividade de cárie aumentados e maior necessidade de cuidados odontológicos restauradores e preventivos quando comparadas com as crianças que compareceram às consultas (BADRI *et al.*, 2014; WANG; ASPERLUNG, 2009; WIGEN; SKARET; WANG, 2009).

O estudo do absenteísmo às consultas tem recebido destaque na medicina geral, e foco limitado em outras áreas, como na atenção odontológica (MOLFENTER, 2013). Conhecer as razões da falha à consulta em atenção primária em saúde é um passo considerável na busca para reduzir eventos que resultem em disparidades na utilização do serviço de saúde (KAPLAN-LEWIS; PERCAC-LIMA, 2013). A ausência de soluções gerenciais no que tange ao não comparecimento dos pacientes às consultas agendadas, reflete a falta de estudos sobre as causas desse comportamento em cenários psicossociais complexos (LAPIDOS; SHAEFER; GWOZDEK, 2016).

Destaca-se a importância da utilização da metodologia qualitativa na pesquisa em saúde pública, por fornecer conhecimento detalhado para a definição de problemas, hipóteses e avaliações (BLIKHORN, 2000). No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo. Assim, torna-se indispensável entender o que os fenômenos da vida em geral e da doença representam para a população (TURATO, 2005).

Este estudo teve por objetivo compreender as razões que levam o paciente infantil a faltar à consulta odontológica agendada na atenção primária à saúde bucal e possíveis aspectos relacionados ao fenômeno.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O acesso dos brasileiros ao serviço público de tratamento odontológico tem melhorado nos últimos anos, tanto em quantidade como em qualidade, com ampliação da estrutura para a assistência à saúde oferecida à população (BRASIL, 2004, 2011).

No entanto, existe um alto índice de absenteísmo dos pacientes às consultas. No município de Belo Horizonte, em 2014, um alto percentual (55,7%) de pacientes odontopediátricos, com necessidade de atendimento, não compareceram às consultas odontológicas agendadas ou abandonaram o tratamento antes de sua finalização (CARDOSO, 2015).

Múltiplos fatores contribuem para o absenteísmo. No sentido de esclarecer essas razões, um estudo sobre o perfil socioeconômico dos pacientes que faltam às consultas odontológicas em atenção básica no município de Ribeirão Preto – SP, constatou que tais pacientes são em sua maioria usuários com baixa renda (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Da mesma forma, o estudo de Tristão *et al.* (2016), em Vila Velha – ES, concluiu que o não comparecimento às consultas agendadas estava relacionado à renda da população estudada e à tipologia da UBS. Já em um estudo com adolescentes, Lima e Schneider (2010) notaram, entre as causas para a evasão ao tratamento odontológico, a baixa escolaridade dos pais.

Os achados de uma revisão sistemática, buscando os fatores que afetam a aderência de crianças com menos de 12 anos ao tratamento odontológico, encontrou relação entre o absenteísmo e o nível de educação dos pais e sua condição socioeconômica (BADRI *et al.*, 2014).

Por outro lado, o estudo de Izecksohn e Ferreira (2014) a respeito das faltas às consultas médicas no ESF, não encontrou qualquer relação entre a escolaridade e a renda dos entrevistados e a assiduidade aos agendamentos, mas os autores ressaltaram que todos os entrevistados possuíam baixa renda e pouca escolaridade, portanto, não havia diferença significativa entre eles.

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 em uma UBS, Siqueira *et al.* (2009)

concluíram que o não comparecimento ao compromisso indica ou o desconhecimento da importância do tratamento, ou o descaso com a saúde, pois os responsáveis ignoram seus benefícios.

Lapidos, Shaefer e Gwozdek (2016) classificaram os fatores relacionados à adesão ao tratamento odontológico em: estruturais, psicológicos e relacionados à literacia em saúde. O conceito de literacia em saúde foi definido pelos autores como a capacidade do indivíduo de obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários em saúde para tomar decisões adequadas.

Segundo Melo, Braga e Forte (2011) a autopercepção da necessidade de saúde bucal por parte do usuário é um importante aspecto motivador na procura e utilização dos serviços de saúde. Os autores observaram que a baixa interferência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos investigados poderia explicar o elevado índice de absenteísmo. Corroborando com este fato, Simons, Pearson e Dittu (2015) notaram maiores taxas de absenteísmo para crianças cuja percepção dos pais era de bom estado de saúde oral do filho.

Hallberg *et al.* (2008) categorizaram quatro principais razões para as faltas às consultas odontológicas entre crianças suecas: a sobrecarga dos pais no dia-a-dia, a falta de hábitos de higiene dental, a falta de confiança no sistema público de saúde odontológico e a falta de autoconfiança dos pais. Da mesma forma, Badri *et al.* (2014) relacionaram as crenças comportamentais, empoderamento e outras normas subjetivas vivenciadas pelos pais das crianças ao absenteísmo.

Em programas de promoção à saúde infantil, o profissional interage não somente com a criança, mas também com os agentes cuidadores, pais ou responsáveis (HAITER, 2014). Assim, o sucesso desse tipo de programa requer bom nível de adesão familiar, em especial da figura materna, uma vez que, geralmente, a mãe é a pessoa responsável pelo desenvolvimento das práticas domiciliares de prevenção.

Travassos e Martins (2004) ressaltam que o uso e a efetividade do cuidado são influenciados tanto por fatores individuais predisponentes quanto por fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado. Para que a população possa usufruir de forma equânime os serviços de saúde bucal oferecidos pelo SUS é necessário, dessa forma, conhecer as barreiras que podem interferir no acesso ao tratamento odontológico.

Com relação ao contexto estrutural, Simons, Pearson e Dittu (2015) observaram problemas de transporte entre as justificativas dos pais para a ausência à consulta odontológica agendada. Também foi constatado um contingente significativo de usuários que faltam às consultas em razão da deficiência da oferta de certos procedimentos na rede, o que impossibilita a conclusão clínica do tratamento (GONÇALVES, 2013).

Entre os motivos que contribuem para a evasão do paciente ao tratamento odontológico estão as variáveis comportamentais. Para alguns autores, o tratamento odontológico é uma experiência que envolve medo, ansiedade e estresse para a maioria das pessoas, sendo causa significativa de absenteísmo odontológico tanto na adolescência quanto na fase adulta (BORGES, 2011; CHANPONG; HAAS; LOCKER, 2005).

Pesquisadores identificaram um percentual expressivo de faltas às consultas odontológicas entre os pacientes atendidos em uma das clínicas de estágio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e, por meio da metodologia qualitativa, concluíram que diversos fatores contribuem para o fenômeno, como sentimentos de medo e ansiedade do atendimento odontológico, o tipo de percepção dos atores envolvidos a respeito dos serviços de saúde e o significado atribuído à saúde bucal pela população estudada (JANDREY; DREHMER, 1999).

Em seu trabalho, Costa e Possobon (2012) investigaram as variáveis de desistência entre mães de crianças com idade entre 0 e 5 anos em um programa de atenção precoce à saúde bucal. Os resultados encontrados mostraram maiores índices de abandono do tratamento na faixa etária entre 13 e 30 meses, sendo a falta de colaboração da criança o motivo com maior frequência relatado pelas mães. Além disso, houve relação direta entre o nível de colaboração da criança e da mãe na consulta anterior à desistência. Os autores consideraram que pacientes com baixa adesão ao tratamento são mais ansiosos quando comparados aos que apresentam alta adesão. Parece, assim, que a ansiedade do paciente o leva a esquivar-se do tratamento e também a não realizar práticas domésticas de manutenção da saúde bucal.

Por outro lado, em uma pesquisa conduzida na Inglaterra, Simons, Pearson e Dittu (2015) encontraram maiores taxas de faltas às consultas odontológicas agendadas entre as crianças com bom comportamento.

Muitos pacientes faltam às consultas agendadas devido ao esquecimento da existência das mesmas, não tendo sido lembrados previamente por um agente de saúde (BORGES, 2011; GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010; IZECKSON; FERREIRA, 2014; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; SIMONS *et al.*, 2015). Izecksohn e Ferreira (2014) apontaram para a necessidade de investigação da importância daquela consulta para o usuário.

No estudo de ALMEIDA *et al.* (2009), além do esquecimento, outros fatores relatados foram: horário inadequado do agendamento devido ao horário coincidente ao de trabalho ou estudo e procura por tratamento odontológico particular. Os autores sugeriram a adoção de novas estratégias de agendamento, em que os agentes de saúde poderiam desempenhar um papel ativo no sentido de relembrar, periodicamente, a data das consultas. Em contrapartida, a necessidade de comprometimento da população.

Rocha e Bercht (2000), em estudo sobre abandono do tratamento odontológico em uma UBS na cidade de Porto Alegre – RS, descreveram como principais causas para o fenômeno, a impossibilidade de faltar ao trabalho, tempo de duração do tratamento demasiado longo e causas alheias ao serviço como doenças, gravidez e mudança de domicílio.

A coincidência do horário de funcionamento com o horário de trabalho dos usuários também foi constatada em pelo menos três estudos (GONÇALVES *et al.*, 2015; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014; SIMONS; PEARSON; DITTU, 2015). Izecksohn e Ferreira (2014) pontuam, inclusive, que muitos empregadores veem com desconfiança àquele funcionário que vai às consultas em horário de expediente.

Ao buscar descrever possíveis barreiras de acesso e acessibilidade ao serviço público odontológico no estado da Bahia, Chaves *et al.* (2012), utilizando como conceito as características que permitem sua utilização, notaram que os principais obstáculos estão na atenção primária, ligados à problemas relacionados à filas de espera para o atendimento. Os dados encontrados por Gomes (2015) apoiam esses achados. Em pesquisa sobre o não comparecimento de pacientes infantis à primeira consulta agendada em diferentes especialidades odontológicas na atenção secundária na cidade de Curitiba – PR, o autor concluiu que o absenteísmo estava relacionado principalmente com o longo tempo de espera decorrido entre o agendamento e a consulta.

O tempo decorrido entre o encaminhamento do atendimento na atenção básica para a atenção secundária de pacientes com mais de 18 anos de idade foi apontado por Machado *et al.* (2015) como uma das razões para o abandono do tratamento odontológico na rede pública. Dados semelhantes foram encontrados por Norris *et al.* (2012) ao avaliarem os motivos das faltas às consultas médicas. Este fato pode resultar na procura, por parte do paciente, por outros locais que ofereçam o serviço, a fim de obter tratamento ou mesmo para finalizar o tratamento já iniciado (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Um outro problema identificado por Izecksohn e Ferreira (2014) foi o ruído de comunicação, já que nem todos os cadastros de usuários possuíam números de telefone para contato e para as crianças não constava o contato do responsável.

Olescovicz *et al.* (2014) apontam deficiências na gestão de serviços públicos como importante fator contribuinte para o agravamento do fenômeno das faltas às consultas. Existem importantes atributos quanto à prestação dos serviços em saúde, como a qualidade do cuidado agregado aos seguintes componentes: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Além disso, o acesso oferecido e não utilizado pode ser decisivo para a diminuição da qualidade do SUS (PINHEIRO; TORRES, 2006).

É necessário aprofundar o conhecimento da complexidade causal do absenteísmo (TRISTÃO *et al.*, 2016), pois a alta prevalência de faltas dos usuários às consultas odontológicas programadas repercute negativamente no âmbito do tratamento e gera prejuízo institucional ao SUS, pela redução na utilização da capacidade instalada. O absenteísmo, portanto, constitui-se em um desafio a ser superado (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014).

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Compreender as razões que levam os pais ou responsáveis de crianças até 5 anos de idade ao não comparecimento ao tratamento odontológico na rede pública de saúde do Município de Belo Horizonte – MG.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar o perfil (escolaridade dos pais, nível socioeconômico) familiar das crianças que faltam às consultas agendadas na atenção primária em saúde.
2. Entender como os agentes cuidadores percebem sua saúde bucal e da criança.
3. Identificar se fatores comportamentais/experiência com tratamento odontológico do responsável e da criança contribuem para o não comparecimento à consulta odontológica.
4. Compreender se barreiras ao acesso influenciam na falta à consulta odontológica.

4 METODOLOGIA

No presente estudo fez-se uso da pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, no Brasil. Essa cidade possui quase 3 milhões de habitantes, sendo que o nível primário de atenção à saúde possui 147 UBS, distribuídas geograficamente em nove áreas coincidentes às regiões administrativas do município.

Foram selecionadas, aleatoriamente, por meio de sorteio, nove UBS, uma de cada região da cidade. A amostra foi escolhida por conveniência e para tanto foi solicitado ao responsável pelo serviço odontológico de cada UBS a indicação de pelo menos dois pacientes ausentes às consultas agendadas entre os meses de maio e setembro de 2016. Essas crianças haviam sido examinadas na escola e apresentado necessidade de tratamento e, por isso, as consultas foram agendadas.

Foram considerados como critérios de inclusão: pai ou responsável de criança que faltou à consulta agendada na atenção primária à saúde na rede pública do município, que fosse morador da área adstrita da UBS e que o paciente possuísse idade máxima de cinco anos. Foram excluídos da amostra indivíduos sem telefone para contato ou que se recusaram participar do estudo. Nesse caso, foi indicado outro cuidador da mesma área.

A elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada procurou atender aos objetivos do estudo em um contexto flexível, de forma a possibilitar a incorporação de novas questões, caso fosse oportuno, respeitando a singularidade e subjetividade dos indivíduos e dando sentido às suas vivências e experiências.

O roteiro, formulado a partir de revisão bibliográfica, abordou o contexto socioeconômico das famílias dos pacientes, percepções do agente cuidador relacionadas à sua saúde bucal e da criança, questões relacionadas ao acesso e ações necessárias para a utilização do serviço, percepções do agente cuidador quanto a sua experiência odontológica e da criança e o motivo da falta à consulta (APÊNDICE A). Durante a entrevista essas questões norteadoras eram complementadas pela entrevistadora, observando a temática abordada.

Fez-se o teste do roteiro para adequação das entrevistas com dois agentes cuidadores. Essas entrevistas não fizeram parte do estudo principal. Não houve

modificação no roteiro testado. Todas as entrevistas foram conduzidas por uma única entrevistadora capacitada.

O contato telefônico foi feito com o agente cuidador da criança para agendamento da entrevista, em data conforme preferência do pesquisado. A escolha do local da pesquisa seguiu o critério lógico observando o objetivo proposto, dessa forma, preferiu-se o domicílio do entrevistado, um local que permite boa interação entre os interlocutores, além de ser conveniente ao entrevistado; houve recusa em um caso, no qual concordou-se em realizar na recepção da UBS.

As entrevistas tiveram duração aproximada de 20 minutos. Os depoimentos foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos. O material foi então lido exaustivamente, tematizado e organizado em categorias por quatro pesquisadores, quando se fez a análise de conteúdo das informações buscando ultrapassar o senso comum e o subjetivismo (BENNER, 1994; MINAYO, 2012, 2014). Foram utilizadas as premissas da interpretação fenomenológica, segundo a qual, por meio de metodologia interpretativa cuidadosa e explícita, busca-se explorar os significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências em interações com o ambiente, para explorar e elucidar a dimensão da problemática investigada (SMITH; OSBORN, 2008).

Nessa pesquisa, aceitou-se o conceito de percepção como a capacidade de apreender, identificar e compreender determinado fenômeno pelos sujeitos pesquisados (TURATO, 2005). Já o conceito de acesso foi utilizado como “*fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço de saúde*” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e aprovada sob parecer 44349215.1.1001.5149 (ANEXO A). Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE B). Para assegurar o anonimato os entrevistados foram identificados pela letra “E” seguida do número da entrevista, por exemplo, o primeiro entrevistado foi identificado como E1 e assim sucessivamente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO¹

PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS SOBRE A FALTA ÀS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

¹ Sessão apresentada conforme as normas da revista *Journal of Public Health Dentistry* (Qualis B1 – CAPES) – ANEXO B. Versão na língua inglesa apresentada no APÊNDICE C.

RESUMO

Objetivo: Compreender as razões dos agentes cuidadores de crianças com até cinco anos de idade ao não comparecimento ao tratamento odontológico agendado em atenção primária na rede pública de saúde.

Método: Utilizou-se a metodologia qualitativa, com amostra composta de agentes cuidadores de crianças que faltaram à consulta agendada, totalizando 18 participantes. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, tematizadas e categorizadas para posterior análise de conteúdo.

Resultados: Verificou-se que os agentes cuidadores são as próprias mães, que em média possuíam dois filhos e renda mensal familiar de um salário mínimo. Os depoimentos evidenciaram que, embora tenham demonstrado a percepção da necessidade de tratamento odontológico das crianças, as mães enfrentaram dificuldades para levá-las às consultas por falta de tempo livre do trabalho. Outras razões elencadas foram relacionadas à baixa literacia das mães sobre saúde bucal, ao esquecimento da consulta em função do agendamento futuro distante, à doença da criança no dia do atendimento e à falta de outra pessoa que pudesse substituir as mães na condução da criança à Unidade de Saúde.

Conclusão: É necessário incluir o aconselhamento dos cuidadores no planejamento de estratégias de atenção à saúde bucal infantil. Além disso, modificar a forma como é realizado o agendamento das crianças pode beneficiar a utilização do serviço, por exemplo com lembretes próximos à data da consulta ou horários alternativos de funcionamento.

Palavras-chave: cuidado odontológico para crianças, não comparecimento do paciente, aderência do paciente, agendamento do paciente, atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve avanço na oferta de tratamento odontológico no Brasil em função da implantação do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal. A rede pública conta com o atendimento odontológico em atenção primária tanto na Estratégia de Saúde da Família, com visita domiciliar de agentes comunitários de saúde, quanto o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como a atenção secundária nos Centros de Especialidades Odontológicas [1]. Apesar desse avanço, o índice de cárie aumentou entre crianças de cinco anos e o absenteísmo às consultas odontológicas agendadas destas crianças foi confirmado em pelo menos um estudo, além de ser relatado pelos profissionais [2].

Pesquisas apontam que uma parcela de pais não leva seus filhos às consultas agendadas [3,4], e mesmo a gratuidade do serviço não garante a presença ao agendamento [5]. Este evento, caracterizado como “*no-show*” pela literatura, é observado na atenção à saúde bucal e saúde geral [6-13].

Estas faltas às consultas geram consequências negativas à organização do sistema, pois o paciente que não comparece à consulta não nega o serviço apenas a si, mas também a outro paciente, além de ocasionar impactos econômicos negativos, devido às expensas com recursos humanos, e redução da produtividade [5].

Uma pesquisa conduzida na Suíça constatou que pacientes que perdem uma consulta possuem maior risco de perder o próximo agendamento [13]. Estudo

realizado nos Estados Unidos sugere que crianças que faltam às consultas odontopediátricas são justamente as que possuem maiores índices de cárie [14]. Outros estudos concluíram que a adesão dos agentes cuidadores às consultas odontológicas é um fator determinante na manutenção da saúde bucal das crianças, uma vez que aquelas que não compareceram às consultas tiveram maior experiência de cárie, níveis de atividade de cárie aumentados e maior necessidade de cuidados odontológicos restauradores e preventivos quando comparadas com as crianças que compareceram às consultas [15-17].

O estudo do não comparecimento às consultas tem recebido destaque na medicina geral, e foco limitado em outras áreas como na atenção odontológica [8]. Conhecer as razões da falha à consulta em atenção primária em saúde é um passo considerável na busca para reduzir eventos que resultem em disparidades na utilização do serviço de saúde [7]. A ausência de soluções gerenciais no que tange ao não comparecimento dos pacientes às consultas agendadas reflete a falta de estudos sobre as causas desse comportamento em cenários psicossociais complexos [5].

Destaca-se a importância da utilização da metodologia qualitativa na pesquisa em saúde pública, por fornecer conhecimento detalhado para a definição de problemas, hipóteses e avaliações [18]. No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo. Torna-se indispensável assim entender o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para a população [19].

Este estudo teve por objetivo compreender as razões que levam os agentes cuidadores de crianças com até cinco anos de idade ao não comparecimento ao

tratamento odontológico agendado em atenção primária na rede pública de saúde e possíveis aspectos relacionados ao fenômeno.

MÉTODO

No presente estudo fez-se uso da pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, no Brasil. Essa cidade possui quase 3 milhões de habitantes, sendo que o nível primário de atenção à saúde possui 147 UBS, distribuídas geograficamente em áreas coincidentes às nove regiões administrativas do município.

Foram selecionadas, aleatoriamente, nove UBS, uma de cada região da cidade. A amostra foi escolhida por conveniência e para tanto foi solicitado ao responsável pelo serviço odontológico de cada UBS a indicação de pelo menos dois pacientes ausentes às consultas agendadas entre os meses de maio e setembro de 2016. Essas crianças haviam sido examinadas na escola e apresentado necessidade de tratamento e, por isso, as consultas foram agendadas.

Foram considerados como critérios de inclusão: pai ou responsável de criança que faltou à consulta agendada na atenção primária à saúde na rede pública do município, que fosse morador da área adstrita da UBS e que o paciente possuísse idade máxima de cinco anos. Foram excluídos da amostra indivíduos sem telefone para contato ou que se recusaram participar do estudo. Nesse caso, foi indicado outro cuidador da mesma área.

A elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada procurou atender aos objetivos do estudo em um contexto flexível, de forma a possibilitar a incorporação de novas questões, caso fosse oportuno, respeitando a singularidade e subjetividade dos sujeitos e dando sentido às suas vivências e experiências.

O roteiro, formulado a partir de revisão bibliográfica, incluiu as seguintes questões: contexto socioeconômico das famílias dos pacientes, percepções do agente cuidador relacionadas à sua saúde bucal e da criança, questões relacionadas ao acesso e ações necessárias para a utilização do serviço, percepções do agente cuidador quanto a sua experiência odontológica e da criança e o motivo da falta à consulta.

Fez-se o teste do roteiro para adequação das entrevistas com dois agentes cuidadores. Essas entrevistas não fizeram parte do estudo principal. Não houve modificação no roteiro testado. Todas as entrevistas foram conduzidas por uma única entrevistadora.

O contato telefônico foi feito com o agente cuidador da criança para agendamento da entrevista, em data conforme preferência do pesquisado. Preferiu-se a realização da pesquisa no domicílio do entrevistado; houve recusa em um caso, no qual concordou-se em realizar na recepção da UBS.

As entrevistas tiveram duração aproximada de 20 minutos. Os depoimentos foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos. O material foi então lido exhaustivamente, tematizado e organizado em categorias por quatro pesquisadores, quando se fez a análise de conteúdo das informações, conforme preconiza Benner [19]. Foram utilizadas as premissas da interpretação fenomenológica, segundo a qual, por meio de metodologia interpretativa cuidadosa e explícita, busca-se explorar os significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências em interações com o ambiente, para explorar e elucidar a dimensão da problemática investigada [20].

Nesta pesquisa, aceitou-se o conceito de percepção como a capacidade de apreender, identificar e compreender determinado fenômeno pelos sujeitos

pesquisados [21]. Já o conceito de acesso foi utilizado como “*fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço de saúde*” [22].

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra “E” seguida do número da entrevista, por exemplo, o primeiro entrevistado foi identificado como E1 e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 18 agentes cuidadores, 2 de cada região administrativa de Belo Horizonte.

No primeiro conjunto de dados buscou-se conhecer o perfil dos agentes cuidadores. Identificou-se que predominaram mulheres, geralmente mães com dois filhos ou mais, com renda familiar mensal de um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do núcleo familiar de crianças com até 5 anos de idade que faltaram às consultas odontológicas agendadas. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Identificação	Agente cuidador	Escolaridade da mãe	Escolaridade do pai	Renda mensal familiar (salário mínimo)	Número de filhos
E1	Irmã	Fundamental incompleto	Médio completo	2	6
E2	Mãe	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	1	5
E3	Avó	Não lembra	Médio incompleto	1,5	3
E4	Mãe	Médio incompleto	Médio completo	1	2
E5	Mãe	Médio completo	Médio completo	Não possui renda fixa	1
E6	Mãe	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	Não respondeu	3

E7	Pai	Fundamental incompleto	Médio completo	1	2
E8	Avó	Médio incompleto	Médio incompleto	1	3
E9	Mãe	Médio completo	Médio incompleto	1	2
E10	Mãe	Médio completo	Médio completo	1,5	2
E11	Tia	Fundamental completo	Fundamental incompleto	2	3
E12	Pai	Médio completo	Médio completo	2,5	2
E13	Mãe	Médio incompleto	Fundamental incompleto	1	1
E14	Tio	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	1	2
E15	Mãe	Fundamental incompleto	Não sabe	1,5	1
E16	Mãe	Médio completo	Fundamental incompleto	1	2
E17	Avó	Fundamental incompleto	Médio completo	1,5	2
E18	Mãe	Médio completo	Médio completo	1,5	1

A partir da análise de conteúdo emergiram quatro principais temas correspondentes aos núcleos de sentido das entrevistas: autopercepção do agente cuidador sobre saúde bucal, percepção do agente cuidador em relação à saúde bucal da criança, acesso ao serviço e motivo da falta à consulta.

Autopercepção de saúde bucal do agente cuidador

A maioria dos agentes cuidadores considera sua saúde bucal “*ruim*”. Alguns entrevistados relataram inicialmente a saúde bucal “*boa*”, no entanto revelaram em seguida alguma queixa, relato de debilidade ou estado de saúde oral deficiente, como expresso por E11:

“Por enquanto eu só preciso, realmente, só de uma limpeza, eu acho... eu não sei porque já tem um ano que eu não vou no dentista”.

As implicações decorrentes da falta de estética em dentes anteriores configuraram-se em um sentimento de desvantagem reportado por uma participante, em virtude de sua implicação social:

“Eu quero arrumar um serviço e não tenho os dentes da frente, entendeu? Aí fica meio complicado, né. E a aparência da gente influencia” (E2).

Observou-se que o medo e o trauma em relação ao atendimento odontológico são emoções que apareceram como cenário das vivências incorporadas ao tratamento odontológico:

“Eu falava com a dentista que estava doendo, ela falava que era frescura, que não estava doendo nada e eu sofri demais” (E10),

“Nunca é bom ir ao dentista, dentista sempre incomoda” (E7).

Percepção do agente cuidador em relação à saúde bucal da criança

No que diz respeito à consciência dos cuidadores sobre a saúde bucal das crianças, ficou clara a compreensão sobre a necessidade de tratamento odontológico:

“ (Os dentes) não estão bons” (E12),

“Tá horrível, ele tá com buracos nos dentes” (E14).

Constatou-se que há a preocupação dos agentes cuidadores com a saúde bucal das crianças:

“Falou que é negócio de saúde dos meus filhos, é na hora” (E2).

Uma das entrevistadas responsabilizou-se:

O meu filho, eu errei muito com ele no começo... não foi por falta de escovação, mas [...], porque eu fiquei um ano em casa com ele, a gente passou dificuldade, [...] Aí quando eu começava a trabalhar ele apontava, ele queria, eu dava. Biscoito recheado lá em casa era assim, era tudo o que você achava dentro de casa, era bala, chegava na casa da minha mãe, meu pai dava doce, então de 3 até 4 anos era só doce, doce, doce [...] Aí depois que eu fui ver o prejuízo que arrumei para ele, tadinho (E10).

Houve relatos de que as crianças são “*tranquilas*” quanto ao tratamento odontológico, como exemplificado na fala de E6: “*Ele fica quietinho, comporta bem*”.

Acesso ao serviço

Foram relatados aspectos positivos relacionados ao serviço, como a facilidade de acesso geográfico e as boas instalações físicas. Além disso, a percepção dos entrevistados sobre o atendimento odontológico recebido também é positiva:

“O pessoal é muito atencioso, a dentista dele é uma gracinha, eu gosto demais dela” (E10),

“A dentista do posto aqui é muito boa” (E16).

Outros entrevistados mencionaram outras questões positivas relacionadas à organização da atenção odontológica:

“Não teve burocracia não teve problema nenhum [...] foi até muito rápido” (E10),

“Quando a criança nasce já encaminha pro posto de saúde, se chegar com dor eles atendem, espera quem tiver na frente, mas é fácil” (E14).

No entanto, aspectos negativos ficaram demonstrados, como a demora entre o tempo de agendamento e o dia da consulta, a falta de assistência relativa a alguns tratamentos e a falta de material odontológico em algumas ocasiões.

“É demorado porque você vai hoje e marca para daqui um mês” (E5),

“Toda vez, no dia da consulta, não tem material (odontológico)” (E2).

Motivo da falta à consulta

- **Adoecimento da criança**

O adoecimento da criança foi uma das causas citadas como motivo para a falta à consulta odontológica:

“Ele estava com muita febre” (E1),

“Ele estava passando mal, fazendo vômito” (E4),

“Ela teve bronquite, tossindo e usando bombinha” (E7).

- **Falta de tempo livre do trabalho**

Outros agentes cuidadores atribuíram a falta de tempo livre no trabalho e não ter quem levasse a criança à consulta como fatores determinantes para a falta à consulta:

“Depois eu comecei a trabalhar, a gente ficar faltando serviço pra ir em dentista eles não entendem, né?” (E14).

- **Esquecimento**

Um aspecto que se destacou foi o esquecimento do agendamento, admitido por diversos entrevistados: *“Três dias depois eu vi o papel, foi esquecimento” (E8).* Chama atenção a forma de agendamento da primeira consulta da criança. Alguns cuidadores simplesmente receberam em casa uma carta da UBS com o dia e horário da consulta, após a visita do cirurgião-dentista na escola da criança.

- **Ruído de comunicação**

Além disso, foi possível compreender que houve ruído de comunicação entre a UBS e o agente cuidador: *“Mas como que a gente vai a uma consulta? [...] Falou que é negócio de saúde dos meus filhos é na hora” (E2).* Outros demonstraram, inclusive, surpresa:

“Não houve consulta, não falaram pra mim sobre consulta nenhuma, não teve falta” (E5),

“Mas não chamou não, não estou sabendo, se tivesse chamado eu tinha levado porque ele tá precisando, tá com dente estragado na boca” (E6).

DISCUSSÃO

Estudos sugerem que as barreiras para o comparecimento às consultas agendadas são multifatoriais, relacionadas a fatores sociais e não apenas ao esquecimento. Segundo Lapidos *et al.* [5], as barreiras que influenciam no sentido do não comparecimento podem ser de natureza estrutural, psicológica ou relacionadas à baixa literacia sobre saúde bucal. Neste estudo pode-se também observar fatores destas ordens.

A maioria dos entrevistados do estudo foi composta por mães. É fundamental destacar o papel das mães no cuidado odontológico de seus filhos, já que a educação alimentar e a higienização bucal são hábitos diretamente transmitidos por elas [23].

Os cuidadores consideraram sua própria saúde bucal “*ruim*”. Embora esta condição possa influenciar no cuidado com as crianças [11], não houve menção dessa interferência. Sabe-se que essa condição é multideterminada, no entanto, pode estar ligada à pobre literacia sobre saúde bucal, onde o sujeito não entende o valor da saúde bucal, possui uma prática de autocuidado deficiente, acredita no fatalismo dental (perda), não entende as instruções, nem a necessidade das visitas ao dentista [5, 24]. Isto é preocupante, considerando que as práticas e hábitos de saúde bucal do núcleo familiar, em especial das mães, afetam a maneira de lidar com a saúde bucal de seus filhos e, por consequência, os hábitos a serem incorporados por eles [23, 25].

Pelo menos uma mãe relacionou a aparência de seus dentes à dificuldade de encontrar emprego. De fato, a perda dentária pode acarretar danos sociais aos indivíduos como a insatisfação com a aparência, o prejuízo na aceitação interpessoal e a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho [26].

Vários cuidadores relataram o medo como um sentimento relacionado ao tratamento odontológico. Alguns trabalhos demonstram que a experiência odontológica é, para algumas pessoas, uma situação que envolve medo, ansiedade e estresse, podendo, inclusive, funcionar como fator inibitório ao tratamento odontológico, sendo causa significativa de faltas às consultas odontológicas em diversas fases da vida [27]. A fobia pode ser responsável por causar tanto a aversão ao tratamento quanto negligência com a saúde bucal [14]. Apesar de existirem evidências de que o medo dos pais da dor de dente é um preditor para a ansiedade das crianças relacionada ao tratamento odontológico [23], neste estudo, os cuidadores expressaram medo individual do tratamento odontológico, mas não expressaram o medo da criança como efeito evidente sobre o não comparecimento à consulta odontológica.

Apesar de estudos revelarem que indivíduos mais predispostos a não comparecerem às consultas não consideram o problema de saúde suficientemente importante [11, 28], nesse estudo os cuidadores reconhecem a existência de problemas de saúde bucal das crianças e a necessidade de tratamento odontológico delas, mas mesmo assim não compareceram às consultas, e este comportamento, entre outros motivos, pode ser atribuído à baixa literacia em saúde bucal das mães [5] porque a condição de saúde bucal “ruim” das crianças parece ter baixa interferência na vida dos sujeitos envolvidos.

Apenas em um depoimento deste estudo, a responsabilidade pela precária situação bucal do filho foi relacionada ao cuidado materno inadequado. Esta realidade deve ser levada em conta pelos profissionais de saúde pois as ações de aconselhamento dos pais devem ser planejadas junto com as estratégias de atenção à saúde bucal infantil.

A falta à consulta pode estar relacionada também à presença de fatores de resistência ou barreiras de acesso aos serviços, representando, assim, uma expressão das iniquidades sociais em saúde [29]. Nesta pesquisa, foi observado que a acessibilidade aos serviços é satisfatória, não configurando um fator determinante da ausência à consulta.

Ao analisar as falas percebe-se que os usuários parecem resignados com a inexistência de oferta de certos procedimentos na rede, ou falta de material que impossibilita a conclusão clínica dos tratamentos. Os resultados deste estudo apontam, portanto, para um baixo empoderamento da população, o que afeta diretamente um dos pilares da promoção de saúde [30].

No Sistema Único de Saúde, em algumas ações, os dentistas vão à escola examinar as crianças e aquelas que apresentam necessidades de tratamento levam correspondência aos pais pedindo o comparecimento na UBS para realizar o agendamento. Além de alguns pais não comparecerem, muitas vezes as consultas são agendadas para uma data distante. A demora entre o agendamento e o dia da consulta, assim como observado em outros estudos [4,12], foi um motivo apontado para o não comparecimento dos pais de crianças, já que o elevado tempo de espera pode contribuir para o esquecimento. Norris *et al.* [9] alertam para o contrassenso: o sistema de agendamento futuro que é feito para garantir a plena utilização das vagas aumenta a chance de sua subutilização.

Uma importante ferramenta na redução do esquecimento do compromisso poderia ser o serviço de lembrete prévio por meio de contato telefônico para confirmação ou envio de mensagens automáticas, como demonstrado em alguns estudos [6,31].

Entre os motivos elencados para a falta ao agendamento estava também o adoecimento da criança no dia da consulta. Condição semelhante foi relatada em um estudo realizado na Inglaterra [4].

Outra justificativa elencada foi a falta de tempo livre do trabalho, já que o funcionamento das UBS é similar ao horário de trabalho da maioria dos usuários. Nesse caso seria importante o serviço de saúde considerar no agendamento o horário mais adequado para que o cuidador possa levar a criança para o tratamento.

Em síntese, observou-se nesse estudo, seguindo o modelo preconizado por Lapidos *et al.* [5], que problemas estruturais como: horário de trabalho inflexível, agendamento futuro da primeira consulta odontológica muito distante, assim como possível a baixa literacia dos cuidadores sobre saúde bucal foram importantes barreiras ao não comparecimento às consultas odontológicas das crianças.

Verificou-se também a conformismo das mães no que tange à resolução dos problemas referentes ao tratamento odontológico de seus filhos, tanto para a melhora do sistema de agendamento como da aquisição do material necessário pelo serviço público. Este dado relaciona-se mais uma vez ao baixo empoderamento dessa população.

Tento em vista que os problemas analisados nesta pesquisa não se limitam apenas a esse grupo, não é impróprio presumir que as percepções expostas pela população estudada podem ser comuns a outros grupos de indivíduos. Estudos futuros deverão investigar quais são as estratégias mais eficazes no sentido de evitar a falta à consulta. Na literatura são poucos os trabalhos com metodologia qualitativa voltados à compreensão da ausência à consulta odontológica agendada.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu compreender e analisar aspectos relevantes, singularidades e características que permeiam a subjetividade do objetivo proposto.

Percebe-se que nem a condição de saúde bucal do agente cuidador nem da criança foram fatores decisivos ao comparecimento à consulta odontológica agendada. Torna-se necessário que os cuidadores do núcleo familiar incorporem hábitos e atitudes simples em suas rotinas, que desenvolvam a consciência sobre a importância da prevenção em saúde bucal, resultando em benefícios para a população infantil.

Da parte dos profissionais é necessária a articulação das ações de aconselhamento aos cuidadores com estratégias de atenção e promoção à saúde bucal infantil não perdendo de vista, também, a importância do empoderamento da população.

Outro achado marcante foi o ruído de comunicação entre os sujeitos envolvidos. Neste sentido, são igualmente oportunas mudanças no processo de marcação das consultas, com serviço de lembretes acerca do agendamento. Além disso, intervenções visando a diminuição do tempo decorrido entre a marcação e a consulta provavelmente reduzirão as faltas às consultas odontológicas. Outra possibilidade poderia ser o horário alternativo de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, em horários mais convenientes aos usuários, considerando as rotinas dos agentes cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a

assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011 jun. 29.

2. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Brasília: Editora MS, 2012.
3. Mathu-Muju KR, Li HF, Hicks J, Nash DA, Kaplan A, Bush HM. Identifying Demographic Variables Related to Failed Dental Appointments in a University Hospital-based Residency Program. *Pediatr Dent* 2014; 36: 4: 296-301.
4. Simons D, Pearson N, Dittu A. Why are vulnerable children not brought to their dental appointments? *Br Dent J* 2015; 219: 2: 61-65.
5. Lapidos A, Shaefer HL, Gwozdek A. Toward a better understanding of dental appointment-keeping behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016; 44: 85-91.
6. Parikh A, Gupta K, Wilson AC, Fields K, Cosgrove NM, Kostis JB. The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates. *Am J Med* 2010; 123: 542-548.
7. Kaplan-Lewis E, Percac-Lima S. No-show to primary care appointments: why patients do not come. *J Prim Care Community Health* 2013; 4: 4: 251-255.

8. Molfenter T. Reducing Appointment no-shows: going from theory to practice. *Informa Healthcare* 2013; 48: 743-749.
9. Norris JB, Kumar C, Chand S, Moskowitz H, Shade SA, Willis DR. An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. *Decis Sup S* 2012: 1-16.
10. Machado AT, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Cien Saude Colet* 2015; 20: 1: 289-298.
11. Samuels RC, Ward VL, Melvin P, et al. Missed appointments: factors contributing to high no-show rates in an urban pediatrics primary care clinic. *Sage* 2015: 1-7.
12. Davies ML, Goffman RM, May JH, et al. Large-scale no-show patterns and distributions for clinic operational research. *Healthcare* 2016; 4: 15: 1-12.
13. Chariatte V, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Missed appointments in an outpatient clinic for adolescents, an approach to predict the risk of missing. *J Adolesc Health* 2008; 43: 1: 38-45.
14. Casaverde NB, Douglass JM. The effect of care coordination on pediatric dental patient attendance. *J Dent Child* 2007; 74: 2: 124-129.

15. Wang NJ, Asperlund GO. Children who break dental appointments. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10: 1: 11-14.
16. Wigen TI, Skaret E, Wang NJ. Dental avoidance behaviour in parents and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *Int J Paediatr Dent* 2009; 19: 6: 431-437.
17. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance, a systematic review. *JADA* 2014; 145: 8: 817-828.
18. Blinkhorn AS. Qualitative research - does it have a place in dental public health? *J Public Health Dent* 2000; 60: 1: 3-4.
19. Benner P. *Interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics in health and illness*. United States of America: Sage, 1994. 372 p.
20. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In: Smith JA. *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage, 2008. p. 53-80.
21. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 3: 507-514.

22. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, *et al.* Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 185-186.
23. Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers'/guardians' knowledge about promoting children's oral health. *J Dent Hygiene* 2008; 82: 1: 1-11.
24. Vann WF, Divaris K, Gizlice Z, Baker, AD, Lee JY. Caregiver's health literacy and their Young childre's oral health related expenditures. *J. Dent. Research* 2013; 92: 55-62.
25. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013; 89: 2: 116-123.
26. Vargas AMD, Paixão HH. The loss of teeth and its meaning in the quality of life of adults who use the municipal oral health services of the Boa Vista Health Center, in Belo Horizonte. *Cienc Saude Colet* 2005; 10: 4: 1015-1024.
27. Ismail AI, Saeed MH, Al-Silwadi FM. Missed dental appointments in the United Arab Emirates. *J Int Dent Med Res* 2011; 4: 3: 132-138.
28. Gregory J, Gibson B, Robinson PG. The relevance of oral health for attenders and non-attenders: a qualitative study. *Br Dent J* 2007; 202: 18: 1-5.

29. AlBarakati SF. Appointments failure among female patients at a dental school clinic in Saudi Arabia. *J Dent Educ* 2009; 73: 9: 1118-1124.

30. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: 1986.

31. Christensen AA, Lugo RA, Yamashiro DK. The effect of confirmation calls on appointment-keeping behaviour of patients in a children's hospital dental clinic. *AAPD* 2001; 23: 6: 495-498.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu compreender e analisar aspectos relevantes, singularidades e características que permeiam a subjetividade do objetivo proposto. É necessário que os cuidadores no núcleo familiar incorporem hábitos e atitudes simples em suas rotinas, que desenvolvam a consciência sobre a importância da prevenção e promoção de sua saúde bucal, resultando em benefícios para a população infantil.

Da parte dos profissionais é necessária a articulação das ações de aconselhamento aos cuidadores às estratégias de atenção à saúde bucal infantil não perdendo de vista, também, a importância do empoderamento da população.

Neste sentido, são igualmente oportunas mudanças no processo de marcação das primeiras consultas, com serviço de lembretes acerca do agendamento em horários mais convenientes, considerando as rotinas dos agentes cuidadores. Além disso, intervenções visando a diminuição entre o tempo decorrido entre a marcação e a consulta provavelmente reduzirão as faltas às consultas odontológicas.

Sugere-se a realização de estudos que possam avaliar diferentes tipos de tecnologias que possibilitem a melhor utilização da oferta de serviço de saúde disponível, a fim de preencher as lacunas ainda existentes.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, G. L. *et al.* Estudo do perfil socioeconômico 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. **Ciênc. odontol. bras.**, São José dos Campos, v. 12, n. 1, p. 77-86, jan.-mar. 2009.
2. BADRI, P. *et al.* Factors affecting children's adherence to regular dental attendance, a systematic review. **JADA**, London, v. 145, n. 8, p. 817-828, 2014.
3. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para atenção básica em saúde bucal**. Belo Horizonte, jun. 2006. 5 p.
4. BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaç. saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.
5. BENNER, P. **Interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics in health and illness**. United States of America: Sage, 1994. 372 p.
6. BLIKHORN, A. S. Qualitative research - does it have a place in dental public health? **J Public Health Dent**, United States, v. 60, n. 1, p. 3-4, 2000.
7. BORGES, W. S. **Absenteísmo às consultas odontológicas agendadas para os pacientes da estratégia da saúde da família do bairro alto do centro de especialidades odontológicas do município de Aquidauana-MS**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004. 51 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal – resultados principais**. Brasília, 2011. 92 p.
10. CARDOSO, A. V. L. **Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de até seis anos na rede pública de saúde de Belo Horizonte – MG**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
11. CASAVARDE, N. B.; DOUGLASS, J. M. The effect of care coordination on pediatric dental patient attendance. **J Dent Child**, Chicago, v. 74, n. 2, p. 124-129, 2007.
12. CHANPONG, B.; HAAS, D. A.; LOCKER, D. Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population. **Anesth Prog**, Chicago, v. 52, n. 1, p. 3-11, 2005.

13. CHARIATTE, V. *et al.* Missed appointments in an outpatient clinic for adolescents, an approach to predict the risk of missing. **J Adolesc Health**, Nova York, v. 43, n. 1, p. 38-45, 2008.
14. CHAVES, S. C. L. *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, 2012
15. COSTA, L. S. T.; POSSOBON, R. F. Variáveis de desistência entre participantes de um programa de atenção precoce à saúde oral. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 41, n. 1, p. 22-26, jan.-fev. 2012.
16. DONABEDIAN, A. The seven pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, Chicago, v. 114, p. 1115-1118, nov. 1990.
17. FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio** – O dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2013. p. 6.
18. GOMES, M. A. G. **Fatores associados ao não comparecimento em consultas de odontopediatria na Atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR.** 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.
19. GONÇALVES, C. A. **Motivos de faltas às consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de Piracicaba (SP) e implementação de estratégias para sua resolutividade por meio de uma pesquisa-ação.** 2013. Dissertação (Mestrado). Piracicaba, 2013.
20. GONÇALVES, C. A. *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 449-460, fev. 2015.
21. GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S.; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. bioet.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 225-239, 2010.
22. HAITER, S. J. C. **Avaliação das faltas às consultas odontológicas no serviço de saúde:** revisão de literatura. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Odontologia. Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.
23. HALLBERG, U. *et al.* Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 18, n. 1, p. 27-34, 2008.
24. IZECKSON, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela estratégia saúde da família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 235-241, jul.-set. 2014

25. JANDREY, C. M.; DREHMER, T. M. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário do Centro de Pesquisas em Odontologia Social – UFRGS. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 24-8, 1999.
26. KAPLAN-LEWIS, E.; PERCAC-LIMA, S. No-show to primary care appointments: why patients do not come. **J Prim Care Community Health**, Thousand Oaks, v. 4, n. 4, p. 251-255, 2013.
27. LAPIDOS, A.; SHAEFER, H. L.; GWOZDEK, A. Toward a better understanding of dental appointment-keeping behaviour. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 44, p. 85-91, 2016.
28. LIMA, R. C. A. L.; SCHNEIDER, L. Percepção sobre Saúde Bucal e Análise das Causas de Evasão do Tratamento Odontológico de Adolescentes do Ensino Público Municipal e Estadual de Araucária, PR. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 320-330, jul.-set. 2010.
29. MACHADO, A. T. *et al.* Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 289-298, jan. 2015.
30. MELO, A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Rev. bras. ciênc. saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 309-318, 2011.
31. MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.
32. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. 407 p.
33. MOLFENTER, T. Reducing Appointment no-shows: going from theory to practice. **IH**, Londres, v. 48, p. 743-749, 2013.
34. NORRIS *et al.* An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. **Decis Sup S**, v. 57, n. 1, p. 428-443, 2012.
35. OLESCOVICZ, M. *et al.* Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, mai. 2014.
36. PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 999-1010, out.-dez. 2006.

37. ROCHA, C. R.; BERCHT, S. B. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de Saúde Murialdo. **R. Fac. de Odontol.**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 25-31, dez. 2000.
38. SIMONS, D.; PEARSON, N.; DITTU, A. Why are vulnerable children not brought to their dental appointments? **Br Dental J**, Londres, v. 219, n. 2, p. 61-65, jul. 2015.
39. 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. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 239-244, jun. 2009.
40. SMITH, J. A.; OSBORN, M. Interpretative phenomenological analysis. In: Smith JA. **Qualitative psychology: a practical guide to research methods**. London: Sage, 2008. p. 53-80.
41. TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183-207.
42. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, dez. 2004.
43. TRISTÃO, F. I. *et al.* Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, jan.-mar. 2016.
44. TURATO, E. R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.
45. WANG, N. J.; ASPELUND, G. O. Children who break dental appointments. **Eur Arch Paediatr Dent**, Milão, v. 10, n. 1, p. 11-14, jan. 2009.
46. WIGEN, T. I.; SKARET, E.; WANG, N. J. Dental avoidance behaviour in parents and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 431-437, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para a entrevista

1. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA:

- Qual é a escolaridade dos pais da criança?
- Qual é a renda média mensal da família?
- Quantos filhos o casal possui?
- Quem toma conta da criança diariamente?

2. ENTREVISTA

- Como você julga a sua saúde bucal?
- Como é a sua experiência com tratamento odontológico?
- Como você julga a saúde bucal do seu filho?
- Ele/Ela foi anteriormente ao dentista?
- Você lembra qual foi o tratamento realizado?
- Como foi o comportamento da criança naquela ocasião?
- Como é o acesso à UBS?
- Qual foi a razão de ter faltado à consulta odontológica?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TCLE

Título do projeto principal: Percepção das mães e dos profissionais da saúde sobre a atenção à saúde das crianças da rede pública de Belo Horizonte. Título da pesquisa atual: Absenteísmo à consulta odontológica de crianças de 5 anos: o caso de Belo Horizonte.

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) em uma pesquisa. Após serem esclarecidas as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. A pesquisa tem como objetivo compreender as razões que levam as mães ou responsáveis ao não comparecimento ao tratamento odontológico agendado de crianças de 5 anos na rede pública de saúde do Município de Belo Horizonte-MG. Se aceitar participar, será entrevistado(a) por uma profissional estudante de Mestrado da UFMG. Ela fará algumas perguntas e o senhor(a) terá liberdade para falar o que pensa sobre o assunto. As entrevistas serão gravadas em gravador digital. Depois as entrevistas serão transcritas e a estudante fará a análise das falas para identificar os sentidos que são manifestados pelas falas. Os resultados do estudo serão analisados e farão parte de um trabalho científico e poderão ser divulgados em revistas científicas. Seu nome não aparecerá em lugar nenhum. A entrevista será realizada em sua casa ou no centro de saúde, da forma que for mais conveniente para o senhor(a). Buscaremos realizar a entrevista em um local que garanta a privacidade. O senhor(a) não será prejudicado caso não queira participar e não haverá qualquer tipo de custo ou recompensa. Caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de indenização em relação aos mesmos. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Raquel Conceição Ferreira, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – tel.: (31)3409.2442 ou 3409.2409, e-mail: ferreira_rc@hotmail.com. Se tiver alguma dúvida sobre questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005 – campus Pampulha – Belo Horizonte – MG – CEP 31270-901, tel.: (31)3409.4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

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

_____	_____	___/___/___
NOME DO PARTICIPANTE	ASS. DO PARTICIPANTE	DATA
_____	_____	___/___/___
NOME DA TESTEMUNHA	ASS. DA TESTEMUNHA	DATA
RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA	_____	___/___/___
NOME DO COORDENADOR DA PESQUISA	ASS. DO COORDENADOR DA PESQUISA	DATA

APÊNDICE C – Artigo na língua inglesa

**NO-SHOWS IN THE PUBLIC PRIMARY ORAL HEALTH CARE SYSTEM:
CHILDREN'S CAREGIVERS' PERCEPTION OF MISSING DENTAL
APPOINTMENTS**

Taiomara V MANIA¹

João H L AMARAL¹

Efigênia F FERREIRA¹

Andrea M D VARGAS¹

1. Department of Social and Preventive Dentistry, School of Dentistry, Federal University of Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, MG, Brazil.

ABSTRACT

Objective: Understand the reasons given by caregivers for their children up to five years not showing to their dental treatments in the public health system.

Method: A qualitative methodology was used, using a sample of caregivers of children who failed to attend their scheduled appointments, totaling 18 participants. Semi-structured interviews were conducted, audio-recorded, transcribed, classified into themes, and categorized for later content analysis.

Results: The study found that the caregivers in the study's sample were mothers, who on average had two children and a monthly household income in the lowest bracket. Their statements showed that although they were aware that children need dental treatment, these mothers struggled to take them to appointments because they could not get time off work. Other reasons included low parental oral health literacy, forgetting the appointment due to the long interval between the scheduling and appointment, child illness at the appointment date, and lack of another person who was free to take the child to the Primary Health Unit in the mother's absence. Miscommunication was also noted between the involved actors.

Conclusion: It is important to include caregiver counseling when planning oral health care strategies for children. Also, changing the way visits are scheduled, such as issuing reminders as visit dates approach or having alternate office hours for working parents could benefit the use of the service.

Keywords: dental care for children, patient no-show, patient adherence, patient schedule, primary health care.

INTRODUCTION

Over the last years, with the implementation of the Unified Health System and the National Oral Health Policy, the availability of dental treatment in Brazil has progressed. The public system offers primary dental care in the Family Health Strategy, with household visits by community health care agents, and in Primary Health Units (PHU), and secondary care in Dental Specialty Centers [1]. Despite this progress, the caries prevalence among five-year-old children increased and the absenteeism at the scheduled dental appointments was confirmed in at least one study, in addition to being report by professionals [2].

Research has shown that a number of parents do not take their children to their scheduled appointments [3,4]. Not even the free service is a guarantee of attendance [5]. This event, referred to as a “no-show” in the literature, is observed both in dental and general health care [6–13].

These no-shows have negative consequences on the system organization, as patients who do not show not only deny the service to themselves, but also deprive other patients from potentially using it and cause negative economic impacts related to the wasted expenses on human resources and reduced productivity [5].

A research conducted in Switzerland found that patients who miss an appointment are also likely to miss the next appointment [13]. A North American study suggests that the children who miss a pediatric dental appointment are precisely those with highest caries scores [14]. Other studies have concluded that caregiver adherence to dental care appointments is a determining factor in children’s oral health maintenance, as those who failed to attend their appointments had greater caries experiences, higher caries activity levels and an increased need for restorative and preventative dental care when compared to children who attended

their appointments [15–17].

The study of no-show rates has received some prominence in general medicine research, but in other areas, such as dental care, its focus has been limited [8]. Knowing the reasons for a primary healthcare no-show is a considerable step towards reducing events that result in health service use disparities [7]. The lack of management solutions regarding patient no-shows reflects the lack of studies on the causes of this behavior in complex psychosocial scenarios [5].

The importance of using qualitative methods in public health research is emphasized, for providing a more detailed knowledge in terms of the definition of problems, hypotheses and evaluations [18]. The notion, which originates in the Humanities, of not studying the phenomenon itself, but understanding its individual or collective meaning, is used in this study in the context of qualitative methods applied to health care. It is, thus, indispensable to understanding what the phenomena of disease and life in general represent to the Brazilian population [19].

This study aimed to understand the reasons why infant patients miss their primary dental care appointments and possible aspects related to this phenomenon.

METHOD

This study used exploratory research with a qualitative approach. It was conducted in Belo Horizonte, the capital of the State of Minas Gerais, in Brazil. This city has nearly 3 million inhabitants and a primary healthcare system with 147 Primary Health Units (PHU), geographically distributed in areas coincident to the nine administrative regions of the city.

Nine PHU, one from each region of the city, were randomly chosen. A convenience sampling method was used. The person in charge of the dental service

of each PHU was requested to suggest at least two patients who had missed scheduled appointments between the months of May and September of 2016. These children had been examined at school and the need for treatment was identified; therefore, appointments had been scheduled.

Criteria for inclusion were: parent, guardian or caregiver of a child who missed a primary health care appointment in the municipal public system, resident of the area served by the PHU and patient aged 5 years or less. Individuals without telephone for contact or who refused to participate in the study were excluded from the sample. In this case, another caregiver from the same area was suggested.

The preparation of a semi-structured interview script aimed to meet the objectives of the study in a flexible context, allowing the incorporation of new questions, if appropriate, respecting the singularity and subjectivities of the individual subjects and giving meaning to their experiences.

The script, formulated from a bibliography review, considered the socioeconomic context of the families of the patients, the caregivers' perceptions in relation to their and their child's oral health, their access to the issues and actions (e.g., geographic, bureaucratic) required for using the service; caregiver perceptions in relation to their and their child's dental experience; and the reason for the no-show.

The script was drafted and tested in interviews with two caregivers who were not included in the main study. There was no modification to the tested script. All interviews were conducted by one interviewer.

Caregivers were contacted via telephone to schedule the interview on the date most convenient for the interviewee. The interview was preferably conducted at the residence of each interviewee. One person refused. In this case, the interview was conducted in the reception area of the PHU.

Interviews lasted approximately 20 minutes. The statements were audio-recorded and later transcribed. The material was then exhaustively read, sorted by theme and organized into categories by four researchers, who then proceeded to conduct content analysis according to the methods outlined by Benner [19]. Phenomenological interpretation assumptions were used, according to which, through careful and explicit interpretative analysis, one seeks to explore the meanings attributed by individuals in their experiences with the environment to explore and elucidate the extent of the problem investigated [20].

This research accepted the concept of perception as the interviewees' ability to learn, identify and understand a certain phenomenon [21]. The notion of access, in turn, was used as the *“Factor that intermediates the relationship between demand and entry into the health service”* [22].

This research was submitted to and approved by the Ethics Research Committee of the Federal University of Minas Gerais (UFMG). To ensure that interviewees remained anonymous, they were identified by the letter “E” followed by the interview number, e.g., the first interviewee was identified as E1 and so on.

RESULTS

Eighteen caregivers, two from each administrative region of Belo Horizonte, participated in this study.

In the first set of data, this study sought to learn more about the profiles of the caregivers. The caregivers are predominantly women, usually mothers with two or more children and a monthly household income of one minimum wage (Table 1).

In the content analysis, four main topics emerged, corresponding to the meaning units of the interviews: caregivers' self-perceptions of oral health,

caregivers' perceptions of their child's oral health, access to the service and reason for the no-show.

Caregivers' self-perceptions' of oral health

Most caregivers rated their oral health as "poor." Some interviewees initially declared their oral health was "good," but then revealed a complaint, a weakness or deficient oral health, as stated by E11:

"Right now, I think I only need cleaning . . . I don't know because I haven't been to the dentist in over a year."

The social implications arising from poor front teeth aesthetics were reported as a feeling of social disadvantage by a participant: *"I want to get a job and I don't have my front teeth, you know? So, it's complicated. Our appearance counts a lot"* (E2).

It has been observed that fear and trauma related to dental treatment are emotions that often emerge as the scenarios of experiences incorporated to dental treatment:

"I told the dentist it hurt. She said I was being too fussy, that it didn't hurt, and I suffered a lot" (E10).

"Going to the dentist is never good. It's always annoying" (E7).

Caregivers' perception of their child's oral health

As regards caregivers' awareness of children's oral health, it was clear that they understand the need for dental treatment:

"(The teeth) are not good" (E12).

"It's horrible, he's got holes in his teeth" (E14).

It was found that caregivers were concerned about the oral health of children:

"If you say it's for my children's health, I'll do it right away" (E2).

One of the interviewees took responsibility:

My son, I made a lot of mistakes with him at the beginning . . . It wasn't lack of brushing, but [. . .], because I was at home with him for one year. We went through some difficult times, [. . .] Then when I started working, he would point at something, he wanted, I would give it to him. Sandwich cookie was like that. Everything you found at home, lots of candies. Every time I arrived at my mom's home, my father would give him candy, so from 3 to 4 years old he would have candy, candy, candy all the time [. . .] Then I saw what I did to him, poor child (E10).

Some reports described children as “quiet” during dental treatment, E6 adds:

“He's quiet. He behaves well.”

Access to the service

Positive aspects of the service were reported, such as easy geographical access and good physical facilities. In addition, interviewees' perception of the dental care received was also positive:

“The staff is very attentive. His dentist is adorable. I like her a lot” (E10).

“The dentist at the clinic here is very good” (E16).

Other interviewees mentioned other strengths of the dental care organization:

“There was no bureaucracy, no problem at all [. . .] it was actually pretty quick” (E10).

“When the child is born, he/she is already sent to the health center. If you arrive in pain, they will see you. You just have to wait for who was in the line before, but it's easy” (E14).

However, negative service-related aspects were also demonstrated, such as the interval between scheduling and the actual appointment, lack of assistance in some treatments and lack of dental material on some occasions.

“It takes a long time, because you go today and schedule an appointment for next month” (E5).

“Every time, on the day of the appointment, there is no (dental) material [e.g., fluoride, filling]” (E2).

Reason for the no-show

- **Child illness**

Child being sick was one of the most cited causes for missing a dentist appointment:

“He was very feverish” (E1).

“He was sick, vomiting” (E4).

“She had a bronchitis crisis, coughing and using the inhaler” (E7).

- **Lack of time off work**

Other caregivers attributed the lack of time off work and not having anyone free to take the child to the consultation as determining factors for missing the appointment:

“Then I started working. We can’t skip work to go to the dentist. They don’t understand, you know?” (E14)

- **Forgetting**

One aspect that stood out was forgetting of the appointment, admitted by several interviewees: *“Three days later I saw the paper, I just forgot it”* (E8). The form in which the child’s first appointment is scheduled is worthy of note. Some caregivers received a letter from the PHU at home informing them of the day and time of the appointment after the dental surgeon’s visit at the child’s school.

- **Miscommunication**

Moreover, it was possible to perceive miscommunication between the PHU and the caregiver: *“But how do we go to an appointment? [. . .] If it’s for the health of my children, I’ll do it straight away”* (E2). Others even showed surprise:

“There was no appointment. Nobody told me anything about an appointment. I didn’t miss it” (E5).

“But they didn’t call us. I don’t know of anything. If they had called, I would have taken him, because he has got a rotten tooth in his mouth” (E6).

DISCUSSION

Studies suggest that appointment-keeping barriers are multifactorial and related to social issues, not only forgetfulness. According to Lapidos *et al.* [5], obstacles that influence non-attendance may be structural, psychological or related to low oral health literacy. These factors were also observed in this study.

Most interviewees in this study were mothers. It is essential to highlight the role of mothers in the dental care of their children, since food education and oral hygiene are habits directly transmitted by them [23].

Caregivers rated their own oral health as *“poor”*. It is known that this condition is determined by multiple factors; however, it can be linked to poor oral health literacy, as the individual may not understand the importance of oral health, has deficient self-care, believes in dental fatalism (loss), and does not understand instructions or the necessity of paying regular visits to the dentist [5,24]. This is worrying, considering that oral health practices and habits of the family, especially the mothers’, affect the way their children deal with oral health and, consequently, the habits they incorporate [23, 25].

At least one mother related the appearance of her teeth to her difficulty in finding a job. In fact, dental loss can cause social damage to individuals, such as dissatisfaction with their appearance, impairment in interpersonal acceptance and difficult access to the labor market [26].

Several caregivers reported that they relate fear to dental treatments. Some studies show that the dental experience is, for some people, a situation that involves

fear, anxiety and stress, which may even act as an inhibitory factor to dental treatment, being a significant cause for non-attendance to dental appointments at various stages of life [27]. This phobia could be responsible for causing both treatment aversion and neglect of oral health [14]. Although there is evidence that parents' fear of toothache is a predictor of children's anxiety about dental treatment [23], in this study, caregivers often expressed their own fear of dental treatment, but not the child's, as an effect and factor in not attending a dental appointment.

Although studies show that individuals more predisposed to not attend consultations do not consider the health problem sufficiently important [11, 28], in this study caregivers acknowledged the existence of oral health problems in children and the need for dental treatment. Yet in spite of that, they failed to attend the appointments. This behavior may be attributed to mothers' low oral health literacy [5] because children's "poor" oral health seems to have low interference in the lives of the individuals involved.

Only in one testimony of this study, responsibility for the child's precarious oral situation was related to inappropriate maternal care. This reality must be taken into account by health professionals because parental counseling actions should be planned along with children's oral health care strategies.

Non-attendance may also be related to the presence of resistance factors or accessibility barriers to services, thus representing an expression of social inequities in health care [29]. In this research, it was observed that accessibility to the services is satisfactory and not a determinant factor for non-attendance.

When analyzing the subjects' speech, one can notice that they seem resigned to the lack of certain procedures in the system, or of material that makes it impossible to clinically complete the treatments. The results of this study, therefore,

point to low population empowerment, which directly affects one of the pillars of health promotion [30].

In some actions in the Unified Health System, dentists go to schools and examine children. Those who present a need for further treatment bring a letter to their parents requesting them to go to a PHU to schedule an appointment. In addition to some parents failing to attend, appointments are often scheduled for distant dates. The interval between scheduling and the actual appointment, as observed in other studies [4,12], was a reason for non-attendance, since the long waiting time may contribute to forgetting the appointment. Norris *et al.* [9] warned against the paradox: the scheduling system designed to ensure full utilization of slots increases the chance of underutilization.

An important tool to reduce patients' non-attendance as a result of forgetting the appointment could be a service of prior reminders via telephone for confirmation or sending automatic messages, as demonstrated in some studies [6,31].

Among the reasons listed for missing an appointment was the child illness on the day of the appointment. A similar condition was reported in a study conducted in England [4].

Another justification mentioned was the lack of time off work, since office hours at the PHU are similar to the work hours of the majority of users. In this case, it would be important for the health service to consider, when scheduling, the most appropriate time for the caregiver to bring the child for treatment.

It was observed in this study, following the model recommended by Lapidos *et al.* [5], that structural problems, such as inflexible working hours, scheduling first dental appointments on a very distant date, and possibly the low oral health literacy

of caregivers, were important barriers to children's attending their scheduled dental appointments.

It was also found that mothers often resigned themselves to the idea that they cannot provide dental treatment to their children, due to the public service's faulty scheduling system and its lack of necessary dental materials. This fact is, once again, related to the low empowerment of this population.

Since the problems analyzed in this study are not limited to this group, it is not improper to assume that the perceptions exposed in the population studied may be common to other groups of individuals. Future studies should investigate which strategies are most effective in preventing no-shows. In the literature, some studies using qualitative methodology aimed to understand non-attendance of scheduled dental appointments.

CONCLUSION

This research allowed us to understand and analyze relevant aspects of the public pediatric dental service and barriers to its access as they are perceived and experienced by individual subjects. It is imperative that caregivers in the family nucleus incorporate into their routines simple habits and attitudes and develop their awareness of the importance of oral health prevention and promotion, which will benefit their children. On the part of the professionals, it is important to articulate caregiver counseling to children's oral health strategies, without losing sight of the importance of empowering this population.

Another striking finding was the miscommunication between the subjects involved. In this sense, changes to the appointment scheduling process are equally advisable, with appointment reminders. In addition, interventions aiming at reducing

the interval between scheduling and the actual appointment are likely to reduce no-show rates. Another possibility could be an alternative operation time of the service, at convenient times of day, considering the caregivers' routines

REFERENCES

1. Brazil. Ministry of Health. Federal Ordinance No. 7.508 of June 28, 2011. Regulates Act 8,080, of September 19, 1990, to organize the Unified Health System—SUS, health planning, health assistance and interfederative articulation, among other provisions. Federal Gazette. June 29, 2011.
2. Brazil. Ministry of Health. SB Brasil 2010—Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Brasília: Editora MS, 2012.
3. Mathu-Muju KR, Li HF, Hicks J, Nash DA, Kaplan A, Bush HM. Identifying Demographic Variables Related to Failed Dental Appointments in a University Hospital-based Residency Program. *Pediatr Dent* 2014; 36: 4: 296–301.
4. Simons D, Pearson N, Dittu A. Why are vulnerable children not brought to their dental appointments? *Br Dent J* 2015; 219: 2: 61–65.
5. Lapidos A, Shaefer HL, Gwozdek A. Toward a better understanding of dental appointment-keeping behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016; 44: 85–91.

6. Parikh A, Gupta K, Wilson AC, Fields K, Cosgrove NM, Kostis JB. The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates. *Am J Med* 2010; 123: 542–548.
7. Kaplan-Lewis E, Percac-Lima S. No-show to primary care appointments: why patients do not come. *J Prim Care Community Health* 2013; 4: 4: 251–255.
8. Molfenter T. Reducing Appointment no-shows: going from theory to practice. *Informa Healthcare* 2013; 48: 743–749.
9. Norris JB, Kumar C, Chand S, Moskowitz H, Shade SA, Willis DR. An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. *Decis Sup S* 2012: 1–16.
10. Machado AT, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Cien Saude Colet* 2015; 20: 1: 289–298.
11. Samuels RC, Ward VL, Melvin P, et al. Missed appointments: factors contributing to high no-show rates in an urban pediatrics primary care clinic. *Sage* 2015: 1–7.
12. Davies ML, Goffman RM, May JH, et al. Large-scale no-show patterns and distributions for clinic operational research. *Healthcare* 2016; 4: 15: 1–12.

13. Chariatte V, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Missed appointments in an outpatient clinic for adolescents, an approach to predict the risk of missing. *J Adolesc Health* 2008; 43: 1: 38–45.
14. Casaverde NB, Douglass JM. The effect of care coordination on pediatric dental patient attendance. *J Dent Child* 2007; 74: 2: 124–129.
15. Wang NJ, Asperlund GO. Children who break dental appointments. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10: 1: 11–14.
16. Wiggen TI, Skaret E, Wang NJ. Dental avoidance behaviour in parents and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *Int J Paediatr Dent* 2009; 19: 6: 431–437.
17. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance, a systematic review. *JADA* 2014; 145: 8: 817–828.
18. Blinkhorn AS. Qualitative research - does it have a place in dental public health? *J Public Health Dent* 2000; 60: 1: 3–4.
19. Benner P. *Interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics in health and illness*. United States of America: Sage, 1994. 372 p.

20. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In: Smith JA. Qualitative psychology: a practical guide to research methods. London: Sage, 2008. p. 53–80.
21. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 3: 507–514.
22. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, *et al.* Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 185–186.
23. Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers’/guardians’ knowledge about promoting children’s oral health. *J Dent Hygiene* 2008; 82: 1: 1–11.
24. Vann WF, Divaris K, Gizlice Z, Baker, AD, Lee JY. Caregiver’s health literacy and their young children’s oral health related expenditures. *J. Dent. Research* 2013; 92: 55–62.
25. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children’s oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013; 89: 2: 116–123.
26. Vargas AMD, Paixão HH. The loss of teeth and its meaning in the quality of life of adults who use the municipal oral health services of the Boa Vista Health Center, in Belo Horizonte. *Cienc Saude Colet* 2005; 10: 4: 1015–1024.

27. Ismail AI, Saeed MH, Al-Silwadi FM. Missed dental appointments in the United Arab Emirates. *J Int Dent Med Res* 2011; 4: 3: 132–138.
28. Gregory J, Gibson B, Robinson PG. The relevance of oral health for attenders and non-attenders: a qualitative study. *Br Dent J* 2007; 202: 18: 1–5.
29. AlBarakati SF. Appointments failure among female patients at a dental school clinic in Saudi Arabia. *J Dent Educ* 2009; 73: 9: 1118–1124.
30. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: 1986.
31. Christensen AA, Lugo RA, Yamashiro DK. The effect of confirmation calls on appointment-keeping behaviour of patients in a children's hospital dental clinic. *AAPD* 2001; 23: 6: 495–498.

Table 1 – Characterization of the family nucleus of children up to 5 years old who missed dental scheduled visits. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2016.

Identification	Caregiver	Mother's education	Father's education	Monthly income (minimum wage)	Number of children
E1	Sister	Incomplete elementary school	Completed high school	2	6
E2	Mother	Incomplete elementary school	Incomplete elementary school	1	5
E3	Grandmother	Does not remember	Incomplete high school	1.5	3
E4	Mother	Incomplete high school	Completed high school	1	2
E5	Mother	Completed high school	Completed high school	Does not have fixed income	1
E6	Mother	Incomplete elementary school	Incomplete elementary school	Did not answer	3
E7	Father	Incomplete elementary school	Completed high school	1	2
E8	Grandmother	Incomplete high school	Incomplete high school	1	3
E9	Mother	Completed high school	Incomplete high school	1	2
E10	Mother	Completed high school	Completed high school	1.5	2
E11	Aunt	Completed elementary school	Incomplete elementary school	2	3
E12	Father	Completed high school	Completed high school	2.5	2
E13	Mother	Incomplete high school	Incomplete elementary school	1	1
E14	Uncle	Incomplete elementary school	Incomplete elementary school	1	2
E15	Mother	Incomplete elementary	Unknown	1.5	1

		school			
E16	Mother	Completed high school	Incomplete elementary school	1	2
E17	Grandmother	Incomplete elementary school	Completed high school	1.5	2
E18	Mother	Completed high school	Completed high school	1.5	1

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Pesquisador: RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 44349215.1.1001.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.977.858

Apresentação do Projeto:

"PERCEPÇÃO DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE."

Será avaliada a percepção das gestantes de terceiro trimestre e mães de crianças com até um anos, assim como dos cirurgiões-dentistas, sobre o programa de prevenção de cáries em crianças com idade de zero a cinco anos. Os profissionais deverão responder a um questionário com perguntas específicas (apresentado junto ao projeto) e as mães serão entrevistadas e suas entrevistas serão gravadas. Será feita análise de discurso.

Metodologia : estudo observacional transversal para avaliar os serviços públicos de saúde, no nível de atenção primária, entre gestantes e cirurgiões-dentistas (CDs) da rede pública de saúde de Belo Horizonte (BH). Será avaliada a percepção de gestantes e mães sobre as ações de promoção da saúde bucal ofertadas pela rede pública de saúde de BH e a percepção e disposição dos CDs em relação à atenção às crianças de zero a cinco anos na rede pública. As informações serão coletadas por meio de abordagem qualitativa empregando-se entrevista individual para compreender a percepção das gestantes e/ou mães acerca das ações de promoção da saúde e orientações de saúde bucal recebidas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e da Equipe de Saúde

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

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

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Normas da revista

Author Guidelines

Journal of Public Health Dentistry

Instructions for Contributors

The *Journal of Public Health Dentistry* (JPHD) is devoted to the advancement of public health dentistry through the publication of related research, practice, and policy developments. We publish, after peer review and/or editorial consideration, original research articles, brief reports, systematic reviews, articles addressing new research methods, community action reports, special issues, guest editorials and commentaries, letters to the editor, and book reviews.

Regular-length scientific articles should be between 2,500 and 3,500 words in length, with no more than six tables or figures and fewer than 30 references (estimated to be a total of 21 or fewer double-space pages).

Systematic reviews are similar in length but with different expectations regarding references and tables, based on the results of the review. Authors are strongly encouraged to discuss systematic reviews with the editor prior to initiating the review to ensure that they are carried out in accordance with best practices (e.g., QUORUM guidelines) and their length can be accommodated by the Journal.

Brief Communications are 1,000–1,500 words, no more than two tables or figures, an abstract of 150 words or less, and 10 or fewer references. Brief Communications, commentaries, and systematic reviews undergo peer review similar to regular scientific manuscripts.

Community Action Reports, highlighting practice-based programs or policy initiatives, commentaries, and guest editorials of widespread interest to the dental public health community are 1,000–1,500 words.

Special Issues and Supplements to regular issues may be published, the full cost being paid by the authors or sponsoring agency. Contact the editor for further information.

Preparation of Manuscripts

Submissions must be in English and conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. The complete document appears in *Ann Intern Med* 1997;126(1):36-47; or online at <http://www.acponline.org/journals/resource/unifreqr.htm>.

If you feel that your paper could benefit from English language polishing, we recommend that you have your paper professionally edited for English language by a service such as Wiley's at <http://wileyeditingservices.com>. Please note that while this service (which is paid for by the author) will greatly improve the readability of your paper, it does not guarantee acceptance or preference of your paper by the journal.

Submission of Manuscripts

Manuscripts should be submitted through the ScholarOne Manuscripts site at: <http://mc.manuscriptcentral.com/jphd>. Authors will be directed through the submission process at the Website.

Use double-spacing throughout, including title pages, abstract, text, acknowledgments, references. Begin each of the following sections on separate pages: title page, abstract and key words, text, acknowledgments, references, and individual tables and figures. Number pages consecutively in the upper right-hand corner of each page, beginning with the title page. Our reference book is Merriam-Webster Collegiate Dictionary, 11th edition (Springfield, MA: Merriam-Webster, 2003).

Format and Style of Scientific Articles

Title Page. To facilitate the masked review process, include a title page giving only the title of the manuscript and not identifying authorship. Authors' names should not appear on any manuscript page.

Abstract. The second page should carry an abstract of no more than 250 words (150 for Brief Communications) consisting of four paragraphs, labeled **Objectives, Methods, Results, and Conclusions**. These sections should describe the problem being addressed in the study, how the study was performed, the salient results (without statistical tests), and what the authors conclude from the results.

Key Words. Below the abstract, provide, and identify as such, three to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing your article. At least three terms from the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used. The use of MeSH headings greatly facilitates the identification of your article by online search engines and improves the likelihood that interested readers can retrieve your article. Assistance in locating MeSH headings is provided at: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Text. Divide text of scientific articles into sections labeled Introduction, Methods, Results, and Discussion. For other types of articles, consult recent issues of the JPHD for further guidance. All acronyms must be spelled out when they first appear in the text.

Introduction. Clearly state the purpose of the article and summarize the rationale for the

study. Give only strictly pertinent references, and do not review the subject extensively.

Methods. Describe your methods clearly and in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Give references to established methods, including statistical methods; provide references and brief descriptions for methods that have been published but are not well known; describe new or substantially modified methods, give reasons for using them, and evaluate their limitations. When reporting investigations involving human subjects, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation.

Results. Present results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data in the tables or figures; rather emphasize or summarize only important observations.

Discussion. Emphasize the new and important aspects of the study and conclusions that follow from them, particularly as these relate to public health. Do not repeat in detail data given in the Results section. Include in the Discussion the implications of the findings and their limitations, and relate the observations to other relevant studies. Avoid unqualified statements and conclusions not well supported by your data. State new hypotheses when warranted, but clearly label them as such. Include recommendations when appropriate.

Acknowledgments. Acknowledge only persons who have made substantive contributions to the study. Obtain written permission from persons acknowledged by name, because readers may infer their endorsement of the data and conclusions. A description of sources of funding, financial disclosure, and the role of sponsors must be included in this section

Conflicts of Interest. Include this section as part of Acknowledgements, but only if the authors have personal financial interests related to the subject matters discussed in the manuscript.

Footnotes and Appendices. Except in tables and figures, footnotes should not be used. Appendices may be placed on the JPHD website by Blackwell after consultation with the editor.

References. References for research manuscripts are in general limited to no more than 30; for brief communications please limit to ten or fewer. The author(s) must verify cited references against the original documents. JPHD uses the "Vancouver" style and information can be found at the Uniform Requirements page and well as some examples at (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in parentheses; number consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Avoid using abstracts as references. Abstracts not published in the periodical literature (e.g., printed only in an annual meeting program) may be cited only as written communications in parentheses in the text. "Unpublished observations" and "personal communications" may not be used as

references, although references to written, not oral, communications may be inserted (in parentheses) in the text. For papers accepted but not yet published; designate the journal and add "in press." Information from manuscripts submitted but not yet accepted should be cited in the text as "unpublished observations" (in parentheses). Acceptable forms of references are based on an ANSI standard style adapted by the National Library of Medicine and authors are encouraged to refer to the examples of reference styles provided in the Uniform Requirements. Systematic reviews do not have a specific limitation on number of references.

Tables. Type each table on a separate page. Number tables with an Arabic numeral consecutively and supply a brief title for each. Explain in footnotes all nonstandard abbreviations used in each table. (Please refer to the JPHD, Volume 60, No. 4, page 347-8 to confirm these characters if you plan to use these symbols).

Illustrations and Legends. Submit the required number of complete sets of figures. Figures should be of a high standard and if necessary, professionally drawn. Label each figure indicating the number of the figure. Cite each figure in the text in consecutive order. Type or print out legends for illustrations using double spacing, starting on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, identify and explain each one clearly in the legend. Explain the internal scale and identify the method of staining in photomicrographs. The Journal cannot reproduce color images or figures.

Photographs of People. The Journal of Public Health Dentistry follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/subject privacy. If an individual pictured in a digital image or photograph can be identified, his or her permission is required to publish the image. The corresponding author may submit a letter signed the patient authorizing the Journal of Public Health Dentistry to publish the image/photo. Or, a form provided by the Journal of Public Health Dentistry (available here or by clicking the "instructions and Forms" link in Manuscript Central) may be downloaded for your use. The approval must be received by the Editorial Office prior to final acceptance of the manuscript for publication. Otherwise, the image/photo must be altered such that the individual cannot be identified (black bars over eyes, tattoos, scars, etc.). The Journal of Public Health Dentistry will not publish patient photographs that will in any way allow the patient to be identified, unless the patient has given their express consent.

Publication

Prior and Duplicate Publication. Manuscripts are not accepted for consideration if they are based on work that has been or will be published or submitted elsewhere before appearing in the JPHD. Exceptions are consistent with the policy on duplicate or redundant publication developed by the International Committee of Medical Journal Editors *Ann Intern Med* 1997;126(1):36-47; or online at <http://www.acponline.org/journals/resource/unifreqr.htm>.

Copies of any closely related manuscripts should be submitted to the editor along with the manuscript that is to be considered by the JPHD.

Authorship

All persons designated as authors should qualify for authorship. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should be based only on substantial contributions to: (1) conception and design, or analysis and interpretation of the data; and to (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and on (3) final approval of the version to be published. Conditions 1, 2, and 3 must all be met. The editor may ask for verification of these conditions for each author.

Copyright Issues

JPHD encourages the posting of manuscripts resulting from NIH-funded research to PubMed Central (www.pubmedcentral.nih.gov) in order to promote public access to critical research findings. Authors whose manuscripts are accepted for publication in JPHD may post the final, edited version of the manuscript as soon as the printed journal version is distributed.

Submission of Manuscripts and Correspondence

Manuscripts should be submitted through the ScholarOne Manuscripts site at: <http://mc.manuscriptcentral.com/jphd>. Follow the guidelines for submitting at the site.

Questions on manuscript submission, cover letters, and copyright assignments should be directed to the journal administrator at: ssteil@associationcentral.org.

Questions regarding the appropriateness of articles for the journal or questions about the review and acceptance process should be directed to the editor at: rjw1@dental.pitt.edu.

A covering letter, signed by all authors, should be mailed or FAXED (217-529-9120) to be received at the same time as the manuscript. A scanned copy of a signed letter, sent electronically as a PDF, is also acceptable. It should include (1) information on prior or duplicate publication or submission elsewhere of any part of the work as defined in the Uniform Requirements; (2) a statement of financial or other relationships that might lead to a conflict of interest; (3) a statement that the manuscript has been read and approved by all the authors, that the requirements for authorship have been met, and that each author believes that the manuscript represents honest work; and (4) the name, address, and telephone number of the corresponding author who is responsible for communicating with the other authors about revisions and final approval of the proofs. A scanned copy of the signed letter may be sent electronically or mailed to the journal administrator at above address.

Manuscript Submitted Previously to Another Journal

If a manuscript recently underwent peer review by another journal, authors should disclose this information. They should include either the previous critique or a cover letter with the new submission that explains how the authors have modified the manuscript to address the previous (outside) critique.

Review and Action

Manuscripts are acknowledged upon receipt, reviewed by the editorial staff, and if they meet minimal publication criteria, are sent to at least two outside referees for a blind review.

Accepted manuscripts are examined and editorial revisions likely will be made to add clarity and to conform to the JPHD style. Authors will be sent proofs prior to printing. Upon acceptance, papers become the permanent property of the JPHD and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the editor.

Peer Reviewer Nominations

The editor selects the reviewers for each submission and encourages recommendations for reviewers from submitting authors. Thus, during the submission process, authors may nominate 2 to 4 external referees to review their manuscript (please provide at least their name and email address). The best reviewers are authors of publications on which your research builds and which you cite. Peer reviewers must have a publishing track in the area the manuscript deals with.

When suggesting peer reviewers, conflicts of interests should be avoided, that is, suggested referees should not: be from the same department or (ideally) the same university; have been a research supervisor or graduate student of one of the authors within the past five years; have collaborated with one of the authors within the past five years or have plans to collaborate in the immediate future; be employees of non-academic organizations with which one of the authors has collaborated within the past five years; or be in any other kind of potential conflict of interest situation (eg, personal, financial).

We ask applicants not to contact suggested referees in advance. The editor reserves the right to send the manuscript to other referees.

Reporting Guidelines for Specific Study Designs

Authors are encouraged to consult best practice guidelines relevant for their research design. Research reports frequently omit important information.

Randomized Controlled Clinical Trials (RCTs) are highly encouraged and should be reported in accordance with the CONSORT statement (<http://www.consort-statement.org/>).

A diagram illustrating the flow of participants through the trial is required (<http://www.consort-statement.org/index.aspx?o=1077>). Please complete and include the CONSORT checklist with the submission.

In accordance with recommendations from the ICMJE (Uniform Requirements) it is strongly recommended that RCTs be registered in a WHO accredited trial registry (this is mandatory for industry sponsored trials). Please mention the International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN) (or a comparable trial identifier) at the end of the abstract (in brackets), as well as when you first mention the acronym of a RCT in the manuscript.

Reporting guidelines have also been developed for a number of other study designs and as JPHD encourages reviewers to use these guidelines during the peer review process, authors are well advised to use these checklists as well during research planning and manuscript preparation.

Examples include: for observational epidemiology studies the STROBE guidelines (<http://www.strobe-statement.org/>)

and for meta-analysis and systematic reviews the QUORUM statement, (Lancet. 1999 Nov 27;354(9193):1896-900).

Early View

The Journal is part of the Wiley InterScience Early View service. Articles are published on a regular basis online in advance of their appearance in a print issue. These articles are fully peer reviewed, edited, and complete—they only lack page numbers and volume/issue details—and are considered fully published from the date they first appear online. This date is shown with the article in the online table of contents. Because Early View articles are considered fully complete, please bear in mind that changes cannot be made to an article after the online publication date even if it is still yet to appear in print. The articles are available as full text HTML or PDF and can be cited as references by using their Digital Object Identifier (DOI) numbers. For more information on DOIs, please see <http://www.doi.org/faq.html>.

To view all the articles currently available, please visit the journal homepage at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jphd.2008.9999.issue-9999/issuetoc>. Upon print publication, the article will be removed from the Early View area and will appear instead in the relevant online issue, complete with page numbers and volume/issue details. No other changes will be made.

The implementation of Early View for JPHD represents our commitment to publishing articles as soon as possible for readers, reducing time to publication considerably without sacrificing quality or completeness.

NIH Policy

Wiley-Blackwell supports authors by posting the accepted version of articles by NIH grant-holders to PubMed Central. The accepted version is the version that incorporates all

amendments made during peer review, but prior to the publisher's copy-editing and typesetting. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication in the journal. The NIH mandate applies to all articles based on research that has been wholly or partially funded by the NIH and that are accepted for publication on or after April 7, 2008. For more information about the NIH's Public Access Policy, visit <http://publicaccess.nih.gov>.

Wiley-Blackwell also offers its OnlineOpen and Funded Access services. Upon payment of the OnlineOpen or Funded Access fee, we will deposit the published version of the article into PubMed Central, with public availability in PubMed Central and on the journal's website immediately upon publication.

Copyright

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the Copyright Assignment Form

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright form to sign. The terms and conditions of the copyright form can be previewed here.

Terms and Conditions [PE to add existing non-standard license PDF to OTIS and provide link from Online Library once live]. Please do not complete this PDF until you are prompted to login into Author Services as described above.

Note to Contributors on Deposit of Accepted Version

Funder arrangements

Certain funders, including the NIH, members of the Research Councils UK (RCUK) and Wellcome Trust require deposit of the Accepted Version in a repository after an embargo period. Details of funding arrangements are set out at the following website: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>. Please contact the Journal production editor if you have additional funding requirements.

Institutions

Wiley has arrangements with certain academic institutions to permit the deposit of the Accepted Version in the institutional repository after an embargo period. Details of such arrangements are set out at the following website: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>

For authors choosing OnlineOpen

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services:

http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit

<http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy, please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.