

TÍTULO: Análise da necessidade de tratamento odontológico em escolares e o índice de absenteísmo em consultas odontológicas de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família na cidade de Guarulhos/SP: série histórica de 2016 a 2019.

RESUMO: Este estudo analisa a situação de saúde bucal de escolares e a sua relação com a adesão na procura pelo tratamento odontológico, correlacionando o absenteísmo com os fatores: localização geográfica, situação de emprego no mercado de trabalho e escolaridade do responsável familiar no intuito de verificar se essas correlações influenciam na prevalência de cárie. A cárie é considerada uma doença crônica com alta prevalência entre escolares e com potencial para sequelas à longo prazo. As faltas em consultas na atenção primária à saúde trazem prejuízos de ordem financeira pras gestões, perdas de oportunidades de tratamento e reduz a resolubilidade da demanda dos serviços, pois dificultam a gestão das agendas dos profissionais. Este trabalho apresenta dados de uma UBS de Guarulhos coletados mediante levantamento epidemiológico em escolares de 0 a 12 anos e correlaciona o absenteísmo com os fatores que influenciam na baixa adesão ao tratamento odontológico por meio da observação dos dados agrupados das escolas. As análises foram realizadas por meio de técnica estatística simples que demonstram os dados e correlações obtidas, que afirmam a não relação dos fatores relacionados com as ausências nas consultas, sugerindo que a conscientização da população neste caso é mais relevante do que a questão da localização geográfica, escolaridade ou a situação no mercado de trabalho do responsável familiar.

PALAVRAS-CHAVE: cárie em escolares- gestão de agendas- absenteísmo odontológico.

ABSTRACT: This study analyzes the oral health situation of schoolchildren and their relationship with adherence in the search for dental treatment, correlating absenteeism with the factors: geographic location, employment situation in the job market and education of the family responsible in order to verify if these correlations influence the prevalence of caries. Caries is considered a chronic disease with high prevalence among schoolchildren and with the potential for long-term sequelae. Missing appointments in primary health care brings financial losses to management, loss of treatment opportunities and reduces the solvability of the demand for services, as they make it difficult to manage professionals' schedules. This paper presents data from a Basic health Unit in Guarulhos collected through an epidemiological survey in schoolchildren aged 0 to 12 years old and correlates absenteeism with the factors that influence low adherence to dental treatment through the observation of school data. The analyzes were performed by means of simple statistical technique that demonstrate the data and correlations obtained, which affirm the non-relation of the factors related to the absences in the consultations, suggesting that the awareness of the population in this case is more relevant than the issue of geographic location, education or the situation in the job market of the family responsible.

KEYWORDS: caries in schoolchildren - Schedule management - dental absenteeism.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do IBGE, com uma extensão territorial de 318,675km² e uma população estimada em 1.379.182 em 2019, Guarulhos é a segunda cidade mais populosa do estado de São Paulo e a 13^a cidade mais populosa do Brasil. É uma cidade em pleno desenvolvimento industrial, comercial e social, com a sua população em ascensão, trazendo com isso diversas questões sociais, entre elas a saúde bucal coletiva.

A assistência odontológica pública brasileira tem sido historicamente caracterizada como excludente e curativista, baseando-se em ações de baixa complexidade e mutiladoras (Brasil, 2005).

Considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, a cárie dentária é uma das doenças crônicas mais prevalentes (P. D. C. da Silva et al., 2015). Na última avaliação populacional brasileira das condições de saúde bucal, sua prevalência em crianças de cinco anos de idade chega a aproximadamente 53,4% (Macambira et al., 2017). Agravando-se a situação na dentição permanente, pois cerca de 70% das crianças de doze anos apresentam ao menos um dente com histórico de cárie. Com impacto negativo na saúde geral na primeira infância, as más condições de saúde bucal desencadeiam comprometimentos biopsicossociais, de crescimento e desenvolvimento físico, de qualidade de vida e de capacidade de aprendizagem (Essvein et al., 2019; Nunes & Perosa, 2017).

Em crianças pré-escolares, a cárie é uma condição particularmente limitante. As sequelas podem incluir dor, comprometimento estético e psicossocial, dificuldades de sono e mastigação, fatores estes que promovem mudanças de comportamento e prejuízo no rendimento escolar. Observam-se ainda problemas sistêmicos, tais como retardo no crescimento e baixo peso corporal, quando comparado a crianças livres de cárie, pela provável ocorrência de dor durante a alimentação. E também, as crianças com experiência de cárie na dentição decídua apresentam maior risco de desenvolverem lesões de cárie na dentição permanente, afetando negativamente na qualidade de vida do indivíduo, com efeitos cumulativos ao longo dos anos (M. das G. B. da Silva et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no documento “*Promoción de la Salud mediante las Escuelas*” expressa a relação que existe entre educação e saúde; a partir disto, define que se pode empregar este conhecimento para ajudar a estabelecer escolas que melhorem a educação e aumentem o potencial de aprendizagem ao mesmo tempo que melhoram a saúde, pois a boa saúde baseia um aprendizado adequado mutuamente (Aquilante et al., 2003).

No presente momento, a temática saúde na escola possui importante visibilidade de organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o que reforça a relevância do assunto em âmbito mundial (Jacob et al., 2019).

A intersetorialidade em saúde é conceituada como uma relação entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia ser alcançado isoladamente (K. L. Silva & Rodrigues, 2010).

Caminhando junto à demanda odontológica, o absentismo se faz presente, e do ponto de vista gerencial, Jandrey e Drehmer (1999) apud (Melo et al., 2011), julgam o absentismo uma problemática definida pela “ociosidade da capacidade instalada, baixa cobertura, manutenção de segmentos desassistidos e frustração para com a prática que objetiva a integralidade das ações de saúde bucal”. Além do prejuízo de recursos gerados no serviço pela ausência do usuário agendado, Bender, Molina, Mello (2010) apud (Melo et al., 2011) afirmam como consequências desta prática prejuízos na continuidade da assistência e

resolubilidade das demandas de saúde, bem como o aumento na fila de espera e das demandas por urgência (Melo et al., 2011).

A Unidade Básica de Saúde apresenta limitações para a operacionalização de soluções à baixa procura mediante oferta de vagas por meio das ações escolares. Por isso, deve ser mais bem explorado por todos os envolvidos. A gestão deve assumir seu papel e responsabilizar-se, atuando junto à população adstrita com ações que fortaleçam a autonomia da comunidade, melhorem o fluxo de informações e comunicação, dessa forma prevenindo os fatores que levam às faltas dos usuários em consultas (Ferreira et al., 2016).

Esta pesquisa é relevante por analisar a prevalência de cárie em escolares e correlacionar a baixa procura do serviço após a triagem realizada em ambiente escolar com alguns fatores socioeconômicos que agravam o processo de evolução da doença cárie, visto que o problema causa prejuízos na saúde da população, reduz o acesso e gera custos para a gestão, devendo ser analisada e gerenciada por meio de estratégias objetivando-se a redução do absenteísmo, o que conseqüentemente refletirá na prevalência de cárie e/ou outros problemas de saúde bucal.

Como principal problematização e análise da literatura encontrada para este trabalho, levanta-se a questão: qual a correlação entre o índice de absenteísmo e a prevalência de cárie em escolares?

Este estudo tem como objetivo analisar a situação de saúde bucal de escolares e a correlação do absenteísmo nas consultas programadas com alguns fatores determinantes no processo de saúde bucal, tais como a localização geográfica, situação de emprego no mercado de trabalho e escolaridade do responsável pela família.

Consideramos como absenteísmo nesta pesquisa a procura para agendamento das consultas seguintes para continuidade do tratamento na unidade básica de saúde após as avaliações terem sido realizadas em ambiente escolar, fato este que contribui para a acessibilidade e resolubilidade da prevalência de cárie na população de 1 a 12 anos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Como um grande problema de saúde pública mundial, a cárie dentária ainda é prevalente nos países subdesenvolvidos e no Brasil, podendo trazer consequências a diferentes funções vitais do indivíduo e causar impacto na qualidade de vida das crianças, por provocar dor e sofrimento às mesmas (Pineda et al., 2014).

A adoção de medidas de promoção de saúde bucal, tais como: prevenção nas escolas, escovação com dentifrícios fluoretados e adição de flúor na água de abastecimento são ações eficazes no controle da severidade da cárie dentária. Mesmo assim, a doença cárie ainda apresenta alta prevalência em muitos países, inclusive no Brasil. Antecedendo o planejamento dos programas preventivos, os levantamentos epidemiológicos são realizados para se obter dados sobre a necessidade de cuidados e a possibilidade de tratamento (Domingos et al., 2010).

A literatura pertinente ao assunto, de modo geral demonstra que existe uma tendência à queda nos valores dos índices de cárie ao longo do tempo, como já foi exposto em diferentes localidades. Esta redução pode estar relacionada com a fluoretação das águas, o uso em massa do flúor por meio dos dentifrícios e dos enxaguatórios bucais associados com a alteração da dieta alimentar, melhoria nos cuidados com a higiene bucal, acesso ao atendimento odontológico e avanços na condição socioeconômica da população (Domingos et al., 2010).

Assim como um grande número de pesquisas atribuem o surgimento da cárie à associação das variáveis biológicas e dietéticas, ultimamente aumentou o interesse em pesquisar o papel de variáveis sociodemográficas, psicossociais e ambientais. Verificou-se uma maior prevalência de cárie em grupos de baixa renda, possivelmente pela influência de tipos de dieta alimentar, pior nível de autocuidado e baixa procura de atendimento preventivo, piores condições de higiene bucal e dificuldade de acesso a serviços odontológicos para a população menos favorecida (Nunes & Perosa, 2017).

Os altos níveis de pobreza presentes na sociedade encontram seu principal determinante na estrutura da desigualdade presente no país: injustiças que se mostram na distribuição da renda e nas escassas ou inexistentes oportunidades de inclusão econômica e social.

São situações iníquas, desnecessárias e evitáveis, não sendo imputadas por agentes naturais/ biológicos, tampouco por agentes tecnológicos que impeçam seu enfrentamento: na verdade são desigualdades que resultam das ações de outros agentes humanos, através das relações de poder econômico, político e sociocultural. As iniquidades sociais constituem-se nos principais fatores de vulnerabilidade social em que se encontram pessoas e grupos em determinados territórios das cidades brasileiras (Souza et al., 2019).

Por definição, a promoção da saúde é conceituada como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, a qual busca articular ações com as demais redes de proteção social, com participação e controle social (Jacob et al., 2019).

A adoção de medidas efetivas de prevenção e controle de doenças necessita da identificação dos fatores que influenciam o estado de saúde da população. Desigualdades sociais têm sido elencadas como importante determinante do processo saúde-doença e têm sido reconhecidas tanto no nível individual como no nível dos contextos sociais.

A associação entre condição socioeconômica e prevalência de cárie dentária tem sido apontada por estudos que justificam essa associação como fonte de iniquidade em saúde bucal. Essa afirmativa também tem sido encontrada em crianças de idade pré-escolar.

Acessibilidade, por definição refere-se à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde. Para o autor, a acessibilidade depende de fatores sócio-organizacionais e geográficos que se relacionam. (Viegas et. al, 2015).

Nesse sentido, na pesquisa de Cambota et. al (2015) é dito que a despeito das medidas regulatórias para elevação da eficiência e redução das desigualdades, a oferta de serviços de saúde permaneceu bastante desigual dentro do país, envolvendo, além da dimensão socioeconômica, uma dimensão geográfica.

Ainda segundo Cambota et. al (2015), o acesso à saúde no Brasil é fortemente motivado pela condição socioeconômica e pelo local de residência, uma vez que pessoas com melhor condição econômica e moradoras de regiões mais desenvolvidas possuem maiores chances de acesso a serviços de saúde do que aquelas que vivem em regiões menos desenvolvidas e com baixa condição socioeconômica.

As razões das desigualdades na utilização dos serviços de saúde no país, contudo, não podem ser explicadas apenas pelas características dos SUS supracitadas, uma vez que também estão relacionadas aos determinantes da utilização desses serviços.

Os levantamentos epidemiológicos mostram-se como um importante instrumento para o planejamento das ações, sendo assim, para a organização da demanda acumulada nos serviços, preconiza-se a realização de levantamentos epidemiológicos, identificando as necessidades imediatas e a avaliação de risco para arquitetar o planejamento com dados da realidade populacional (Pimentel et al., 2010).

A relação entre a escola e a saúde também se baseia na promoção de saúde determinada como processo de autonomia e expansão das possibilidades de indivíduos e comunidades no controle sobre sua saúde e qualidade de vida.

No Brasil, os princípios da saúde na escola foram inseridos nos projetos nacionais conforme as políticas públicas foram aproximadas do movimento global das escolas promotoras de saúde.

Nos anos 1990, houve um esforço nacional para a apropriação do conceito de escolas promotoras de saúde e, em 2007, os Ministérios da Saúde e Educação elaboraram e aprovaram a regulamentação do Programa Saúde na Escola (PSE). A publicação desse decreto representou uma fronteira no processo de apropriação do espaço escolar como campo de saúde (Vieira & Belisário, 2018).

Assim, a escola é estabelecida como um espaço cada vez mais relevante nos interesses políticos públicos intersetoriais conveniente à promoção de saúde. Vale, para tanto, aprofundar a compreensão sobre o contexto, identificar as ações realizadas, bem como compreender seus limites e possibilidades no andamento das situações vivenciadas (Vieira & Belisário, 2018).

Preconiza-se a atenção para a importância da construção de espaços que favoreçam a comunicação e que possibilitem o alcance de conceitos e objetivos comuns, tornando viável o planejamento participativo das ações que necessitem de contribuições de outros setores. Em oposição a esse trabalho articulado/partilhado nas ações preconizadas pelo PSE o que se observa é que há o predomínio do setor saúde em relação à educação no desenrolar das ações.

Estudos já realizados sobre o absenteísmo em serviços de saúde demonstraram uma associação à presença de obstáculos ou barreiras ao acesso no que se refere ao atendimento odontológico, Cohen (1987) *apud* Melo, et. al, 2011, as categorizou em três classes, quais sejam: a) relacionadas ao indivíduo (baixa percepção de necessidade; ansiedade e medo; custos; e dificuldade de acesso), b) à prática da profissão (inadequação dos recursos humanos; distribuição geográfica desigual; formação inapropriada às novas necessidades e demandas da população; e sensibilidade insuficiente para as necessidades do paciente), e c) à sociedade (número insuficiente de ações de promoção de saúde; instalações impróprias dos serviços e reduzido auxílio financeiro à pesquisa) (Gonçalves et al., 2015; Melo et al., 2011).

O cenário de exclusão e os indicadores epidemiológicos desfavoráveis, que caracterizaram historicamente a saúde bucal no Brasil, trouxeram como consequência

desconfiança na resolutividade do sistema por parte dos usuários, o que, ainda hoje se traduz em problemas de adesão dos mesmos ao sistema.

Isso se configura numa causa de absenteísmo no SUS, traduzido, do ponto de vista gerencial, como “ociosidade da capacidade instalada”. Os obstáculos ou barreiras de acesso aos serviços foram associados ao absenteísmo em serviços de saúde em vários estudos. Percebe-se, portanto, a importância estrutural e organizacional dos serviços aliado ao aspecto relacional que envolve a prática odontológica (como todas as demais práticas em saúde) (Gonçalves et al., 2015).

Esta prática, denominada absenteísmo prejudica diretamente os serviços de saúde que trabalham com sistema de agendamento. Além da perda de recursos público gerada no serviço pela ausência do usuário agendado e diminuição de produtividade, as consequências desta prática resultam em prejuízos na continuidade da assistência e resolubilidade das demandas de saúde, assim como o aumento na fila de espera e das demandas por urgência.

As faltas dos usuários nas unidades de saúde e em particular nas consultas de saúde bucal interfere no bom andamento do fluxo de atendimentos, tratamentos concluídos, assim como causa prejuízos nos recursos do sistema, isso contradiz a incessante procura pelos serviços de saúde bucal e sua demanda reprimida (Ferreira et al., 2016; Gonçalves et al., 2015).

Recomenda-se a exploração de certos aspectos organizacionais do serviço, a fim de que se possa diminuir a quantidade de faltas, tais como o aviso prévio realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); a prática do contato por meio telefônico com o intuito de confirmar a consulta, similar ao que foi encontrado em alguns trabalhos.

O reforço da orientação ao usuário que, na impossibilidade do comparecimento, este avisasse o quanto antes à Unidade Básica de Saúde, visto que o prejuízo é total ante a perda de oportunidade de inserir outro usuário na vaga, demonstrado pelo cálculo relativo aos gastos gerados por esta ausência, podendo esse recurso ser repassado – seja para aplicação em outra demanda de saúde, seja para a manutenção ou elaboração de outro serviço de saúde vital para a população (Ferreira et al., 2016).

Assim como a redução do tempo de espera pelas consultas, o fortalecimento do diálogo com a comunidade devem ser utilizadas como estratégias para redução do absenteísmo. Este último ponto revela a importância da educação em saúde como ferramenta na construção da autonomia dos usuários, facilitando o reconhecimento de seus deveres de coresponsabilização no cuidado com a saúde (Melo et al., 2011). E, também, há de se cogitar a ampliação dos horários de atendimento das UBS, assim, pacientes trabalhadores que não se adequam aos horários de costume funcionamento tenham oportunidade (Ferreira et al., 2016).

METODOLOGIA

Estudo ecológico, longitudinal com abordagem descritiva e analítica. A coleta dos dados foi realizada previamente por meio das avaliações individuais em saúde bucal realizadas nas escolas do território da unidade pactuadas pelo município, seguindo os critérios do Programa Saúde na Escola. As análises serão realizadas de modo agrupado por unidade escolar, correlacionando a prevalência de cárie com o absenteísmo em consultas odontológicas.

O levantamento é executado anualmente pelos cirurgiões-dentistas da unidade básica de saúde do estudo. Os critérios para avaliação e classificação seguem o protocolo e linha de cuidado de saúde bucal vigente no município, como segue, na íntegra: (...) no qual o indivíduo é priorizado pela condição bucal (risco individual) no momento da avaliação, e a associação das condições bucais (risco individual), com a consideração de um ou vários aspectos (condições fisiológicas ou patológicas, ciclos de vida e risco social e familiar), pode facilitar o processo de priorização e organização do ingresso ao tratamento odontológico.

A classificação é feita de acordo com a gravidade clínica, em quatro níveis. A avaliação de risco é uma ferramenta ímpar para a identificação precoce, controle e prevenção das doenças bucais e buscar a equidade na atenção em saúde bucal. O indivíduo será sempre classificado pela pior condição que apresentar, como segue na tabela abaixo:

| Tabela 1. Classificação de condição bucal (risco individual) | |
|---|---|
| P0 | Presença de dor e/ou abscesso, uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie ativa com risco de comprometimento pulpar, periodontite avançada e presença de alteração bucal em tecidos moles e/ou duros. |
| P1 | Usuários com presença de cárie ativa, ausência de dor, restaurações com infiltrações e/ou mal adaptadas, restaurações temporárias, lesão de mancha branca de cárie ativa (cárie reversível) e periodontite moderada e leve. |
| P2 | Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, gengivite e usuários em manutenção de tratamento odontológico concluído (proservação). |
| P3 | Dentes hígidos, ausência de lesão de cárie, sem biofilme, sem gengivite e/ou mancha branca ativa ou história de dente restaurado. |

Fonte: Prefeitura Municipal de Guarulhos, 2012

Posterior ao contato inicial com as escolas para organização das ações e agendamento das visitas para avaliação é solicitada- por intermédio da escola- aos responsáveis pelo aluno a autorização individual para o exame, no qual alunos não autorizados não são avaliados, em seguida, as avaliações programadas são realizadas e os dados anotados em planilhas próprias, contendo as informações individuais dos alunos onde se registra a classificação encontrada, após a finalização das avaliações, os dados são condensados em grupos (de acordo com a classificação supracitada), inicia-se o planejamento da assistência odontológica individual na unidade básica de saúde, levando em consideração o quantitativo obtido nas classificações P0, P1 e P2. Os alunos são convocados mediante filipeta individual para agendamento da consulta odontológica na unidade básica de saúde onde é cadastrado, proporcionando acesso ao serviço.

Alunos classificados como P3 são inseridos em ações coletivas e individuais de educação em saúde, tanto em âmbito escolar (escovação dental supervisionada e ações

educativas) quanto nas ações rotineiras realizadas na unidade básica de saúde. Cada escola é convocada de acordo com a demanda, e ao final das convocações, os dados são condensados em duas etapas: inicialmente em numa planilha de fechamento parcial das ações onde são considerados o quantitativo de avaliados, o total de acordo com as classificações (P0, P1, P2 e P3), e a somatória de primeiras consultas ofertadas, e numa segunda etapa, o total de altas (tratamentos concluídos), total de encaminhamentos realizados para a própria UBS, tais como consultas médicas, de enfermagem ou outros profissionais da equipe (Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, por exemplo) ou demais serviços, além da identificação dos respiradores bucais (para os devidos encaminhamentos se necessário).

Foi considerado como absenteísmo o total de alunos que não compareceram na UBS para o agendamento da primeira consulta programada após avaliação em ambiente escolar. Essa prática além de prejudicar a redução da prevalência, interfere negativamente na gestão das agendas dos profissionais dentistas, pois no período das avaliações do PSE, as agendas são planejadas e disponibilizadas de acordo com o quantitativo obtido dos alunos que foram classificados como P0, P1 e P2, reduzindo assim momentaneamente as vagas para a população geral. Os abandonos e as faltas injustificadas durante o tratamento não foram analisados nesta pesquisa.

Os dados serão tabulados e analisados de modo agrupado, utilizando análise estatística descritiva, gerando tabelas e gráficos comparativos, não identificando individualmente o escolar, mantendo anonimamente a sua identidade, apenas organizado pela unidade escolar (que não serão identificadas por questões éticas), entre os anos de 2016 a 2019, e correlacionando com o fatores localização geográfica, situação de emprego no mercado de trabalho e escolaridade do responsável familiar.

ANÁLISE, RESULTADOS OBTIDOS E DISCUSSÃO.

A Unidade Básica de Saúde em estudo apresenta cinco áreas de estratégia de saúde da família, contando com uma população total de 26.045 cadastrados no sistema e-SUS, a faixa etária escolar em análise compreende a população entre 1 e 12 anos (estudantes que vão do berçário ao 6º ano do ensino fundamental), com aproximadamente 5.748 crianças cadastradas, totalizando 22,06% da população geral.

Como uma população predominantemente SUS-dependente, a procura pela assistência odontológica nessa faixa etária supracitada é facilitada principalmente pelas ações realizadas em âmbito escolar, entretanto é possível observar o baixo índice de consultas agendadas na população avaliada.

A distribuição geográfica no território da UBS segue um padrão urbano de distribuição irregular dos serviços de saúde, o que agrava a condição da baixa demanda pelos tratamentos agendados, elevando a possibilidade da procura acontecer apenas em situações de dor ou outras condições odontológicas evitáveis.

Como demonstrado na tabela 1, a distribuição das unidades escolares apresenta uma relativa uniformidade geográfica no território, contudo em relação à unidade básica de saúde há discrepâncias que variam entre 500 metros à 3 quilômetros, mas, foi possível observar que o fator geográfico neste estudo não foi determinante para a redução da baixa procura dos serviços, pois a média de absenteísmo manteve-se relativamente uniforme entre as unidades escolares, tendo sido menor na escola mais próxima da UBS, considerando que grande parte dos estudantes via de regra residem próximo à sua respectiva escola.

As análises apresentadas acima diferem dos dados obtidos na pesquisa realizada por Viegas et. al (2015), onde a acessibilidade geográfica foi apontada como um agravante do acesso a distância da residência do usuário à unidade, além da deficiência do transporte público no município e a impossibilidade do pagamento da passagem de ônibus devido às dificuldades econômicas dos usuários.

Ainda na pesquisa realizada por Viegas et. al (2015), nas entrevistas com os usuários, entretanto, observou-se que 63,2% gastavam menos de 15 minutos para chegar à Unidade Básica de Referência e 84,2% iam a pé. Essa divergência reflete os usuários que mais frequentam a unidade: aqueles que residem em suas proximidades.

Tabela 1. Média, percentual de avaliados por escola e % de absenteísmo, condensado de 2016 a 2019.

| Escola | Total de alunos | Total de avaliados | Média de avaliados | % de avaliados | Média de absenteísmo (%) | Distância até à UBS* |
|----------|-----------------|--------------------|--------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| Escola A | 2210 | 2042 | 511 | 92,40% | 65,4% | 800m |
| Escola B | 1521 | 1326 | 332 | 87,18% | 43,3% | 500m |
| Escola C | 2093 | 1872 | 468 | 89,44% | 65,3% | 1,6km |
| Escola D | 980 | 848 | 212 | 86,53% | 62,5% | 3 km |
| Escola E | 439 | 329 | 82 | 74,94% | 62,6% | 1,1km |
| Escola F | 3717 | 2822 | 706 | 75,92% | 62,1% | 650m |

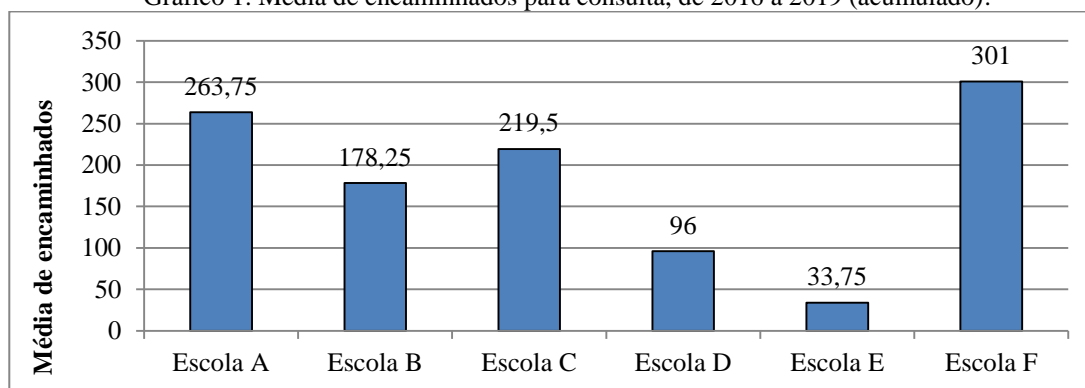
Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019/ *Google Maps.

Tabela 1A. Total de consultas iniciais realizadas, por escola, 2016 a 2019.

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Distância até à UBS* |
|----------|------|------|------|------|----------------------|
| Escola A | 24 | 15 | 588 | 18 | 800m |
| Escola B | 20 | 72 | 374 | 60 | 500m |
| Escola C | 18 | 15 | 509 | 13 | 1,6km |
| Escola D | 10 | 9 | 220 | 16 | 3 km |
| Escola E | 0 | 8 | 87 | 3 | 1,1km |
| Escola F | 21 | 20 | 719 | 44 | 650m |
| TOTAL | 93 | 139 | 2497 | 154 | - |

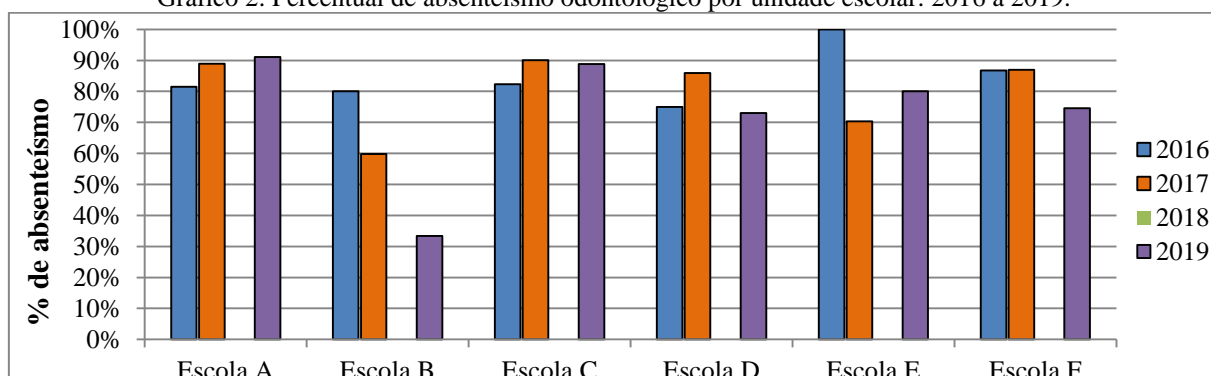
Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019/ *Google Maps.

Gráfico 1. Média de encaminhados para consulta, de 2016 a 2019 (acumulado).



Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019

Gráfico 2. Percentual de absenteísmo odontológico por unidade escolar: 2016 a 2019.



Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019

A partir dos dados expostos no gráfico 2, a escola “E”, que conta apenas com alunos de berçário e maternal apresentou um percentual de 100% de absenteísmo em 2016 (com média de 33,75 encaminhados para tratamento), demonstrando a necessidade do reforço na responsabilização e sensibilização dos pais pela saúde das crianças no tocante à saúde bucal com a melhora na rotina de higienização oral e hábitos alimentares na primeira infância.

Tabela 2: Condensado total de 2016 a 2019 (agrupados), por escola.

| Escola | Total de alunos | Total de avaliados | Classificação de Risco | | | | Total de encaminhados para consulta | Total de 1 ^{as} consultas | % de comparecimentos na 1 ^a consulta | Total de altas* | % de altas |
|----------|-----------------|--------------------|------------------------|--------|-------|--------|-------------------------------------|------------------------------------|---|-----------------|------------|
| | | | P0 | P1 | P2 | P3 | | | | | |
| Escola A | 2210 | 2042 | 329 | 251 | 66 | 1396 | 1055 | 645 | 61% | 431 | 66,82% |
| Escola B | 1521 | 1326 | 131 | 317 | 32 | 846 | 713 | 506 | 71% | 281 | 55,53% |
| Escola C | 2093 | 1872 | 130 | 328 | 52 | 1421 | 878 | 555 | 63% | 382 | 68,83% |
| Escola D | 980 | 848 | 92 | 123 | 30 | 603 | 384 | 255 | 54% | 154 | 60,39% |
| Escola E | 439 | 329 | 11 | 45 | 13 | 227 | 135 | 98 | 73% | 68 | 69,39% |
| Escola F | 3717 | 2822 | 303 | 261 | 79 | 2173 | 1204 | 804 | 67% | 595 | 74,00% |
| TOTAL | 10960 | 9239 | 996 | 1325 | 272 | 6666 | 4369 | 2863 | - | 1911 | - |
| MÉDIA | 1827 | 1540 | 166 | 221 | 45 | 1111 | 728 | 477 | - | 319 | - |
| % | - | 84,30% | 10,33% | 13,74% | 2,82% | 69,14% | - | - | - | - | - |

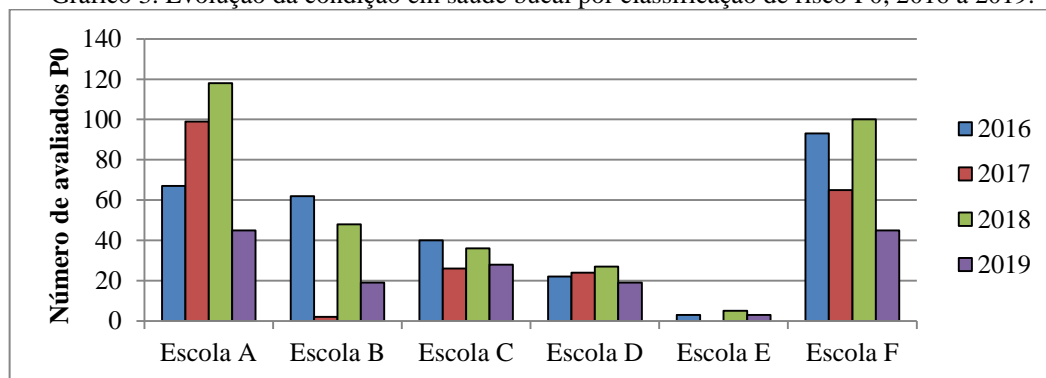
Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019

*O ano de 2019 apresenta dados parciais no aspecto total de altas, visto que o N considerado para esta pesquisa consolidou os dados até 31/10/2019.

Análise semelhante ao absenteísmo pode ser realizada considerando agora o quantitativo de altas (conclusão) do tratamento odontológico. O índice de abandono/ perda de seguimento é similar ao absenteísmo na primeira consulta conforme descrito na tabela 2.

Ferreira et al., 2016 em seu estudo realizado em 12 unidades de saúde da família na cidade de Alfenas/MG, analisou as razões para as ausências nas consultas odontológicas (tendo sido selecionados 225 pacientes, resultando num total de 125 entrevistas), predominou-se como principal motivo o esquecimento (28%), razões de trabalho (18,4%), relato de estarem cuidando dos filhos/ estudando/ horário inadequado/ viagem (17,6%), 12% por motivo de doença, 9,6% não puderam ser acompanhados pelos responsáveis, 8,8% desistiram do tratamento ou estavam insatisfeitos e 4,8% por medo.

Gráfico 3. Evolução da condição em saúde bucal por classificação de risco P0, 2016 a 2019.

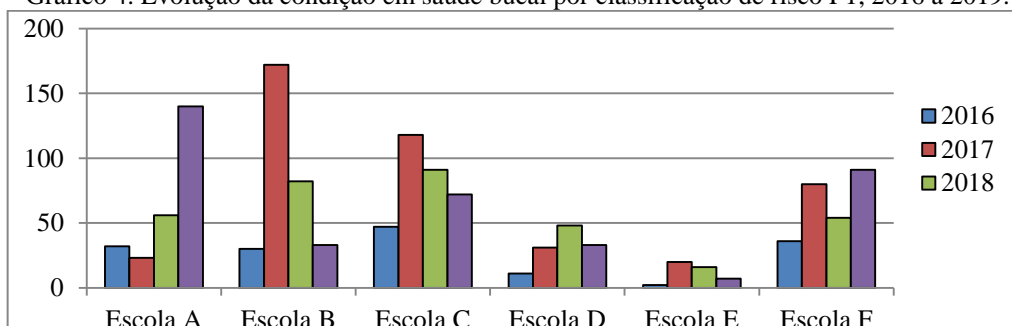


Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019

No gráfico 3 é possível notar de modo geral que as escolas apresentaram queda progressiva na prevalência de crianças classificadas como P0 entre 2016 e 2019, entretanto ainda carecem de ações coletivas de promoção e monitoramento da saúde dessa população, reforçando a importância da educação em saúde nas populações, além de ações governamentais facilitadoras de acesso aos serviços de saúde.

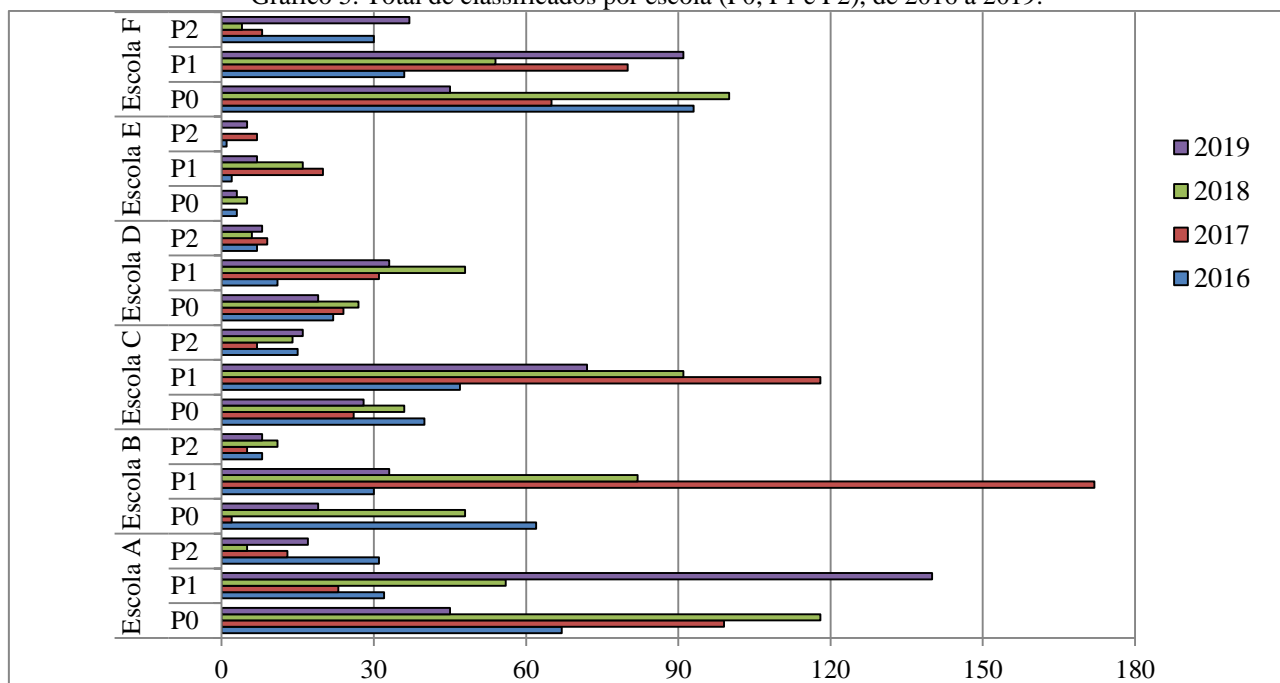
Conforme descrito no protocolo de saúde bucal do município, a classificação de risco P0- que representa a pior condição bucal no momento da avaliação, com a presença de questões agudas, tais como dor, cárie ativa com comprometimento pulpar e problema periodontal avançado- apresenta-se de modo heterogêneo entre as escolas. Em média as condições agudas sem sintomatologia dolorosa classificadas como P1 (gráfico 4) expressam-se em maior frequência que as condições agudas com sintomatologia dolorosa (P0) (gráfico 3), ficando atrás apenas da condição ideal de saúde bucal (P3): ausência de lesões de cárie ou problemas periodontais, sendo possível verificar no gráfico 5.

Gráfico 4. Evolução da condição em saúde bucal por classificação de risco P1, 2016 a 2019.



Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019

Gráfico 5. Total de classificados por escola (P0, P1 e P2), de 2016 a 2019.



Fonte: planilhas condensadas de avaliações do PSE de 2016 a 2019.

A dor e a prevenção/manutenção foram os primeiros motivos para agendamento às consultas odontológicas demonstrando que os usuários não apenas procuraram o atendimento em situações de dor, indo de encontro ao que é apontado pela literatura (Jandrey; Drehmer, 1999) *apud* (Ferreira et al., 2016). Assim, de acordo com Lisboa et al. (2006) *apud* Ferreira et

al., 2016, indivíduos com maior renda procuram os serviços odontológicos a cada seis meses ou dois anos, enquanto os de menor renda procuram o serviço principalmente nas situações de dor.

Nesse sentido, Cambota et. al (2015) cita em sua pesquisa dois trabalhos que fornecem contribuições importantes para essa literatura, os quais buscam identificar os principais fatores que afetaram a desigualdade na utilização de serviços de saúde nos três anos em que foi realizado o suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Em ambos os trabalhos mostra-se que, a despeito da redução da desigualdade na utilização de serviços de saúde relacionada à renda e fatores socioeconômicos continuam colaborando para a desigualdade de utilização dos serviços de saúde no Brasil. (Cambota et. al, 2015).

Cortellazzi et al., 2009 em seu estudo sobre a experiência de cárie em pré-escolares na cidade de Piracicaba concluiu que os pré-escolares que apresentaram gengivite, apinhamento, respiração bucal ou renda familiar mensal inferior a 4 salários mínimos possuíam maior probabilidade de serem acometidos pela experiência de cárie. Sendo assim, o planejamento de ações de prevenção e intervenção direcionadas a este público importante para o controle da doença.

No estudo, as análises referentes à renda e escolaridade mostram que a maioria da população possui ensino médio completo e está fora do mercado de trabalho (não trabalha), o que contraria nesse caso a hipótese de que o nível de escolaridade é determinante um absoluto do cuidado à saúde bucal, ficando claro que a cárie é prevalente em todos os graus de escolaridade. Outro fato observado na tabela abaixo é o percentual dos responsáveis familiares que não trabalham, o que torna incoerente as ausências à UBS para marcação de consultas no quesito “falta de tempo”, sugerindo que há outras razões para o absenteísmo nesta pesquisa.

Tabela 3. Percentual de escolaridade, situação de emprego no mercado de trabalho e média de absenteísmo por unidade escolar: 2016 a 2019.

| | Escolaridade | % | Situação de emprego no mercado de trabalho | % | Média de absenteísmo (%) de 2016 a 2019* | Distância até à UBS** |
|----------|---------------------------------------|--------|---|--------|--|-------------------------------------|
| Área "1" | Ensino médio completo (Escola D) | 16,87% | Não trabalha | 25,45% | 58,50% | Escola D: 3 km |
| Área "2" | Ensino médio completo (Escolas A e F) | 21,08% | Não trabalha | 15,73% | Escola A: 65,4% Escola F: 62,1% | Escola A: 800 m Escola F: 650 m |
| Área "3" | Ensino fundamental completo | 13,23% | Não trabalha | 12,52% | Sem escolas no território | - |
| Área "4" | Ensino médio especial (Escola E) | 10,34% | Assalariado com carteira de trabalho assinada | 3,61% | 62,60% | Escola E: 1,1 km |
| Área "5" | Ensino médio completo (Escolas B e C) | 29,48% | Não trabalha | 26,88% | Escola B: 43,6% Escola C: 65,3% | Escola B: 500 m Escola C: 1,6 km |

Fonte: E- SUS (2019)/ * planilhas de avaliações do PSE de 2016 a 2019/ ** Google Maps.

Stopa et. al (2017) cita em sua pesquisa que a Organização Mundial da Saúde recomenda um dentista para cada 1.500 habitantes. Há um dentista para cada 800 habitantes no país. Implementado em 2006, o programa Brasil Sorridente, política de inclusão social promoveu a ampliação do acesso da população à saúde bucal, porém importantes desigualdades segundo escolaridade ainda persistem no Brasil.

Ainda em expansão, a política parece ter auxiliado para o aumento do uso de serviços odontológicos, porém ainda não foi suficiente para superar as desigualdades socioeconômicas no uso desses serviços. O estudo supracitado é semelhante ao estudo de Barbato et. al (2007) *Apud* Stopa et. al (2017) que afirmam: “Os brasileiros têm na boca um retrato claro das desigualdades existentes no conjunto da sociedade brasileira” (p. 1.812).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de cárie em escolares ainda é um fator prevalente na população analisada, assim, pode-se verificar que as correlações realizadas neste estudo demonstraram não associar exclusivamente a prevalência de cárie com as questões geográficas, situação do responsável no mercado de trabalho e escolaridade, pois tanto a população que reside próxima à unidade básica de saúde quanto a que reside mais distante da unidade apresentaram altos índices de absenteísmo odontológico, ou seja, a procura pelo serviço por parte da população em questão foi baixa. A situação de trabalho e a escolaridade da família também não influenciaram a procura pelo serviço agendado, sugerindo assim que a educação em saúde e a orientação da população sobre os serviços disponíveis são, neste caso, mais relevantes que a necessidade de aumento da oferta dos serviços, além da conscientização da população sobre a importância da prevenção e a sua responsabilidade individual sobre a situação de saúde da criança e sobre o real papel dos profissionais da saúde. Ações estratégicas intersetoriais em saúde que envolve a unidade básica de saúde e o espaço escolar são efetivas para a garantia da equidade além de fornecer indicadores que auxiliam e subsidiam a gestão para o planejamento da assistência odontológica, no que tange tanto as ações coletivas quanto o gerenciamento das agendas de atendimentos individuais dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aquilante, A. G., Almeida, B. S. de, Castro, R. F. M. de, Xavier, C. R. G. X., Peres, S. H. de C. S., & Bastos, J. R. de M. (2003). A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. *Revista de odontologia da UNESP*, 32(1), 39–45.
- Brasil, M. da saúde. (2005). *3ª conferência nacional de saúde bucal- acesso e qualidade superando a exclusão social. 1ª edição*, 148 páginas.
- Cortellazzi, K. L., Tagliaferro, E. P. da S., Assaf, A. V., Tafner, A. P. M. de F., Ambrosano, G. M. B., Meneghim, M. de C., & Pereira, A. C. (2009). Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. *Rev bras Epidemiol*, 12(3), 490–500.
- Domingos, P. A. dos S., Ribeiro, D. G., Dinelli, W., Stauffer, C. A., & Campos, J. Á. D. B. (2010). Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro. *Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro*, 45(2), 82–87.
- Essvein, G., Baumgarten, A., Rech, R. S., Hilgert, J. B., & Neves, M. (2019). Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: Da política pública à evidência. *Revista de Saúde Pública*, 53(15), 12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000540>
- Ferreira, M. B., Lopes, A. C., Lion, M. T., Lima, D. C. de, Nogueira, D. A., & Pereira, A. A. (2016). Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia de saúde da família. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(1), 411–419.
- Gonçalves, C. Â., Vazquez, F. de L., Ambrosano, G. M. B., Mialhe, F. L., Pereira, A. C., Sarracini, K. L. M., Guerra, L. M., & Cortellazzi, K. L. (2015). Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: Uma pesquisa-ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 449–460. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.00702014>
- Jacob, L. M. da S., Melo, M. C. de, Sena, R. M. de C., Silva, I. J. da, Mafetoni, R. R., & Souza, K. C. S. de. (2019). Ações educativas para promoção da saúde na escola: Revisão integrativa. *Saúde e pesquisa*, 12(4), 419–426.
- Macambira, D. S. C., Chaves, E. S., & Costa, E. C. (2017). Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. *Saúde e Pesquisa*, 10(3), 463–472. <https://doi.org/dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n3p463-472>
- Melo, A. C. B. V. de, Braga, C. C., & Forte, F. D. S. (2011). Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Revista brasileira de ciências da saúde*, 15(3), 309–318.
- Nunes, V. H., & Perosa, G. B. (2017). Cárie dentária em crianças de 5 anos: Fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 191–200. <https://doi.org/DOI: 10.1590/1413-81232017221.13582015>
- Pimentel, F. C., Martelli, P. J. de L., Júnior, J. L. do A. C. de A., Acioli, R. M. L., & Macedo, C. L. S. V. (2010). Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2189–2196.
- Pineda, I. C., Osorio, S. dos R. G., & Franzin, L. C. da S. (2014). Cárie precoce da infância e reabilitação em odontopediatria. *Revista Uningá review*, 19(3), 51–55.
- Prefeitura Municipal de Guarulhos. (2012). *Protocolo e linha de cuidado de saúde bucal*.
- Silva, M. das G. B. da, Catão, M. H. C. de V., Andrade, F. J. P. de, & Alencar, C. R. B. de. (2017). Cárie precoce da infância: Fatores de risco associados. *Arch Health Invest*, 6(12), 574–579. <https://doi.org/dx.doi.org/10.21270/archi.v6i12.2264>

- Silva, P. D. C. da, Giffoni, T. C. R., Matsuura, E., Franzin, L. C. da S., Progiante, P. S., & Goya, S. (2015). Cárie precoce da infância, qualidade de vida e tratamento: Revisão de literatura. *Revista Uningá review*, 24(3), 86–89.
- Silva, K. L., & Rodrigues, A. T. (2010). Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: Experiências, desafios e possibilidades. *Revista brasileira de enfermagem*, 63(5), 762–769.
- Souza, L. B. de, Panúncio-Pinto, M. P., & Fiorati, R. C. (2019). Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: Bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 27(2), 251–269. <https://doi.org/doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>
- Vieira, L. S., & Belisário, S. A. (2018). Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: Um estudo do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, 42, 120–133. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s409>