

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

LEONARDO PAROCHE DE MATOS

**CORRELAÇÃO ENTRE A NECESSIDADE DE TRATAMENTO, ÍNDICE DE
ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM
ESCOLARES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: GUARULHOS/SP
NOS ANOS DE 2016 E 2019**

São Paulo

2020

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

LEONARDO PAROCHE DE MATOS

**CORRELAÇÃO ENTRE A NECESSIDADE DE TRATAMENTO, ÍNDICE DE
ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM
ESCOLARES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: GUARULHOS/SP
NOS ANOS DE 2016 E 2019**

São Paulo

2020

Leonardo Paroche de Matos

**CORRELAÇÃO ENTRE A NECESSIDADE DE TRATAMENTO, ÍNDICE DE
ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM
ESCOLARES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: GUARULHOS/SP
NOS ANOS DE 2016 E 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão dos Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Freitas Ribeiro.

São Paulo

2020

Matos, Leonardo Paroche de.

Correlação entre a necessidade de tratamento, índice de absenteísmo odontológico e fatores socioeconômicos em escolares de uma Unidade de Saúde da Família: Guarulhos/ SP nos anos de 2016 e 2019. / Leonardo Paroche de Matos. 2020.

102 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª Ana Freitas Ribeiro.

1. Cárie dentária. 2. Levantamentos de saúde bucal. 3. Absenteísmo. 4. Aspectos socioeconômicos.

I. Ribeiro, Ana Freitas. II. Título.

CDU 658:616




LEONARDO PAROCHE DE MATOS

**CORRELAÇÃO ENTRE A NECESSIDADE DE TRATAMENTO, ÍNDICE DE
ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM
ESCOLARES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: GUARULHOS/SP
NOS ANOS DE 2016 E 2019**

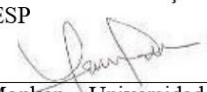
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde.**



Prof.ª Dra. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Prof. Dr. Alvaro Escrivão Junior – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – FGV- EAESP



Prof.ª Dra. Sonia Francisca de Paula Monkén – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof.ª Dra. Chennyfer Dobbins Abi Rached – Universidade de São Paulo- (USP) (Suplente)

Prof.ª Dra. Lara Jansiski Motta Godinho – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 10 de dezembro de 2020

LEONARDO PAROCHE DE MATOS

**CORRELAÇÃO ENTRE A NECESSIDADE DE TRATAMENTO, ÍNDICE DE
ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO E FATORES SOCIOECONÔMICOS EM
ESCOLARES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: GUARULHOS/SP
NOS ANOS DE 2016 E 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão dos Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof^a. Dr^a. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (orientadora)

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Júnior – Fundação Getúlio Vargas - FGV- EAESP

Prof^a. Dr^a. Sônia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof^a. Dr^a. Chennyfer Dobbins Abi Rached – Universidade de São Paulo - USP (suplente)

Prof^a. Dr^a. Lara Jansiski Mota Godinho – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

Ms. Marcele Yumi Sakai- Prefeitura de Guarulhos/ SP (profissional de mercado)

São Paulo, 10 de dezembro de 2020

“Existe uma força mais poderosa que a eletricidade,
o vapor e a energia atômica: **a vontade.**”

(Albert Einstein)

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo especialmente aos cirurgiões-dentistas da prefeitura municipal de Guarulhos que atuam, assim como eu, na assistência direta nas ESF, UBS mistas e UBS tradicionais e nos serviços de atenção secundária (ambulatórios e CEOs), que nos apoiam a oferecer tratamento odontológico integral e humanizado na rede pública da cidade.

Também dedico essa pesquisa a todos os meus nobres colegas cirurgiões-dentistas trabalhadores do SUS na atenção básica e especializada, guerreiros que enfrentam tantos desafios para oferecer saúde bucal digna, humanizada e técnica a todos os usuários, com equidade, sem distinção ou preconceitos e que reforçam a indispensável atuação das equipes de saúde bucal na busca pela tão desejada integralidade no cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço por todas as orientações oferecidas pela minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Freitas Ribeiro que compartilhou comigo uma parte do seu vasto conhecimento e experiência e que me fez crescer como pessoa, como aluno e principalmente como profissional, me estimulando a admirar ainda mais a epidemiologia e a saúde pública.

A todos os professores do mestrado profissional em administração- gestão em sistemas de saúde por tudo o que foi compartilhado conosco nesses dois anos de curso, por meio dele consegui expandir muito meus conhecimentos e sair da minha “zona de conforto”, me impulsionando a sempre buscar o conhecimento nas diversas áreas.

À UNINOVE agradeço pela oportunidade de ter cursado o mestrado e por ter nos oferecido a bolsa de estudos.

Agradeço a todos os envolvidos na produção dos dados utilizados para o desenvolvimento da minha dissertação; aos meus colegas da UBS Nova Bonsucesso, especialmente às ACS da minha equipe 072: Suellen e Josiane, minhas companheiras assíduas de trabalho que sempre se dispuseram a me ajudar no que fosse preciso e que nunca me abandonaram, o PSE não aconteceria tão bem se não fosse o esforço, a dedicação, a organização, o comprometimento e a garra de vocês! As admiro imensamente!

Agradeço também à minha colega de trabalho Amanda que me ajudou a obter os dados necessários no e-SUS para o desenvolvimento da dissertação, obrigado pela paciência!

Aos meus colegas de turma do mestrado por todo o companheirismo, amizade, apoio mútuo, troca de experiências e conhecimento. Sucesso a todos!

Agradeço também às escolas envolvidas na pesquisa por todo o acolhimento, parceria, comprometimento, envolvimento, seriedade, disponibilidade e profissionalismo, especialmente aos diretores (as), vice-diretores (as) e coordenadores (as) pedagógicos (as) que se esforçam para que tudo aconteça da maneira mais tranquila possível, vocês são incríveis e essenciais para o desenvolvimento de uma sociedade melhor e para a saúde das crianças!

RESUMO

INTRODUÇÃO: a cárie possui alta prevalência entre escolares e tem potencial para causar sequelas, assim como as ausências em consultas nos serviços são notáveis e trazem prejuízos financeiros à gestão, causam perda de oportunidades de tratamento e agravam o represamento da demanda reprimida. **OBJETIVO:** descrever a necessidade de tratamento e o absenteísmo odontológico em escolares e correlacioná-los com fatores socioeconômicos. **METODOLOGIA:** estudo ecológico, longitudinal retrospectivo com abordagem descritiva realizado em uma UBS que utilizou dados sobre as classificações de risco (P0, P1 e P2) obtidos mediante inquérito epidemiológico em escolares de 0 a 12 anos realizado em 2016 e 2019 para a descrição da necessidade de tratamento e índice de absenteísmo odontológico. A classificação de risco P0 e o índice de absenteísmo foram utilizados para as correlações com os indicadores socioeconômicos. **RESULTADOS:** a UBS apresentou médias da necessidade de tratamento 2016: 22%, 2019: 28% e absenteísmo 2016: 84%, 2019: 79%. **Correlações:** necessidade de tratamento P0: 2016- significativas e positivas: raça/ cor preta, ensino médio completo; significativas e negativas: trajeto a pé; não significativa e negativa: não trabalhar e sem plano de saúde. 2019- significativas e positivas: ensino médio completo, sem plano de saúde; não significativa e positiva: raça/ cor preta; significativa e negativa: não trabalhar; não significativas e negativas: trajeto a pé. Absenteísmo: 2016- significativas e negativas: raça/ cor preta, ensino médio completo, trajeto a pé, sem plano de saúde; não significativa e negativa: não trabalhar. 2019- significativas e negativas: raça/ cor preta, ensino médio completo, sem plano de saúde; não significativas e negativas: trajeto a pé e não trabalhar. **CONCLUSÃO:** houve aumento médio de 6% na necessidade de tratamento e redução média de 5% no absenteísmo em 2019; as correlações entre os indicadores e a necessidade de tratamento (classificação de risco P0) apresentaram padrões variados de distribuição nos anos do estudo, além de todas as correlações negativas entre os indicadores socioeconômicos e o absenteísmo em 2016 e 2019.

Palavras-chave: cárie dentária, levantamentos de saúde bucal, absenteísmo, aspectos socioeconômicos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: caries has a high prevalence among schoolchildren and has the potential to cause sequelae, just as absences from consultations at services are notable and bring financial losses to management, cause loss of treatment opportunities and aggravate the repressed demand. **OBJECTIVE:** to describe the need for treatment and dental absenteeism in schoolchildren and correlate them with socioeconomic factors. **METHODOLOGY:** ecological, longitudinal retrospective study with a descriptive approach carried out in a Basic Health Unit that used data on risk classifications (P0, P1 and P2) obtained through an epidemiological survey in schoolchildren aged 0 to 12 years conducted in 2016 and 2019 for the description of the need for treatment and dental absenteeism index. The P0 risk classification and the absenteeism index were used for correlations with socioeconomic indicators. **RESULTS:** the Basic Health Unit presented averages of the need for treatment 2016: 22%, 2019: 28% and absenteeism 2016: 84%, 2019: 79%. **Correlations:** need for treatment P0: 2016- significant and positive: race/ black color, complete high school; significant and negative: walking; not significant and negative: not working and without health insurance. 2019- significant and positive: complete high school, without health insurance; not significant and positive: race/ black color; significant and negative: not working; not significant and negative: walking. Absenteeism: 2016- significant and negative: race/ black color, complete high school, walking, without health insurance; not significant and negative: not working. 2019- significant and negative: race/ black color, complete high school, without health insurance; not significant and negative: walking and not working. **CONCLUSION:** there was an average increase of 6% in the need for treatment and an average reduction of 5% in absenteeism in 2019; the correlations between the indicators and the need for treatment (P0 risk classification) showed varying patterns of distribution in the years of the study, in addition to all the negative correlations between socioeconomic indicators and absenteeism in 2016 and 2019.

Keywords: dental caries, oral health surveys, absenteeism, socioeconomic aspects.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS APS	Sistema de informação e-SUS Atenção Primária à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Classificação de condição bucal (risco individual).....	38
Tabela 1- Descrição do percentual de educandos examinados por escola e total de encaminhados para consulta (necessidade de tratamento), 2016 e 2019.....	42
Tabela 2- Total de educandos avaliados em consulta odontológica, proporção de encaminhados e proporção de absenteísmo por escola, 2016 e 2019.....	43
Tabela 3- Descrição da necessidade de tratamento, classificação de risco P0 e quesito raça/cor, 2016.....	45
Tabela 4- Descrição da necessidade de tratamento, classificação de risco P0 e quesito raça/cor, 2019.....	45
Tabela 5- Correlações entre a necessidade de tratamento e o quesito raça/cor, 2016 e 2019.....	46
Tabela 6- Correlações entre a classificação de risco P0 e o quesito raças/cores preta e branca, 2016 e 2019.....	46
Tabela 7- Descrição do índice de absenteísmo e quesito raça/cor, 2016.....	50
Tabela 8- Descrição do índice de absenteísmo e quesito raça/cor, 2019.....	51
Tabela 9- Correlações entre o índice de absenteísmo e quesito raça/cor, 2016 e 2019.....	51
Tabela 10. Descrição da escolaridade (referida) do responsável familiar, necessidade de tratamento (P0) e índice de absenteísmo, 2016 e 2019.....	52
Tabela 11- Correlações entre a necessidade de tratamento (P0) e absenteísmo com o grau de escolaridade (ensino médio completo), 2016 e 2019.....	54
Tabela 12- Descrição da necessidade de tratamento (P0) e das ausências em consulta (absenteísmo) e correlações entre o tempo médio de trajeto à pé em minutos (distância geografia UBS- área da unidade escolar), 2016 e 2019.....	57
Tabela 13- Média da distribuição dos dados referidos sobre a situação de emprego no	

mercado de trabalho por área da ESF, 2016 e 2019.....	60
Tabela 14- Descrição da posse de plano privado de saúde, necessidade de tratamento (classificação P0) e índice de absenteísmo por escola, 2016 e 2019.....	65
Tabela 15- Correlações entre o índice de absenteísmo e a família não possuir plano de saúde, 2016 e 2019.....	67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Correlação entre o índice de comparecimento e classificação de risco P0, 2016.....	43
Gráfico 2- Correlação entre o índice de comparecimento e classificação de risco P0, 2019.....	44
Gráfico 3- Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (preta), 2016.....	47
Gráfico 4- Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (branca), 2016.....	48
Gráfico 5- Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (preta), 2019.....	49
Gráfico 6- Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (branca), 2019.....	49
Gráfico 7- Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e o grau de escolaridade (ensino médio completo), 2016.....	54
Gráfico 8- Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e o grau de escolaridade (ensino médio completo), 2019.....	55
Gráfico 9- Correlação entre o índice de absenteísmo e escolaridade do responsável familiar (ensino médio completo), 2016.....	56
Gráfico 10- Correlação entre o índice de absenteísmo e escolaridade do responsável familiar (ensino médio completo), 2019.....	57
Gráfico 11- Correlação entre o tempo de trajeto à pé e ausências em consulta (2016).....	58
Gráfico 12- Correlação entre o tempo de trajeto à pé e ausências em consulta (2019).....	59
Gráfico 13- Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e a situação de emprego “não trabalha”, 2016.....	62

Gráfico 14- Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e a situação de emprego “não trabalha”, 2019.....	63
Gráfico 15- Correlação entre o índice de absenteísmo e a situação de emprego “não trabalha”, 2016.....	64
Gráfico 16- Correlação entre o índice de absenteísmo e a situação de emprego “não trabalha”, 2019.....	64
Gráfico 17- Correlação entre a classificação de risco P0 e a família não possuir plano de saúde, 2016.....	66
Gráfico 18- Correlação entre a classificação de risco P0 e a família não possuir plano de saúde, 2019.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Linha do tempo das mudanças nos processos de trabalho em saúde bucal na APS.....	21
Figura 2- Modelo explicativo da cárie dentária por Thylstrup & Fejerskov (1995).....	23
Figura 3- Diagrama das correlações de Pearson.....	41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.1.1	Questão de Pesquisa.....	17
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Geral.....	18
1.2.2	Específicos	18
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	19
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	A CÁRIE E SEUS FATORES DETERMINANTES	21
2.2	ACESSO AOS SERVIÇOS EM SAÚDE PÚBLICA	24
2.3	O USO DOS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	27
2.4	INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE PÚBLICA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	29
2.5	O ABSENTEÍSMO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	32
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	36
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	37
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	40
3.4	LIMITAÇÕES DO MÉTODO	41
4	RESULTADOS DA PESQUISA.....	42
4.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	76
5.1	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS	78
	REFERÊNCIAS	80
	ANEXO 1. CONDENSADO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL (AGRUPADO POR ESCOLA).....	90
	ANEXO 2. MODELO DE FORMULÁRIO CONSOLIDADO DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E-SUS (PÁGINAS 1 A 5).	91
	ANEXO 3. DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO E INFRAESTRUTURA.....	96
	APÊNDICE A. CRONOGRAMA PRELIMINAR.....	97

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, 53% das crianças com cinco anos de idade possuem experiência de cárie, dado obtido no último inquérito populacional realizado no país. A prevalência ainda é maior nas crianças com doze anos que apresentam histórico de lesões cariosas (aproximadamente 70% dessa população de doze anos) (Macambira et al., 2017), reforçando o aspecto crônico e a alta prevalência da cárie na saúde pública em âmbito mundial (Silva et al., 2015).

Com impacto na condição de saúde no Brasil, as iniquidades em saúde são presentes e as desigualdades socioeconômicas influenciam nos indicadores em saúde bucal em nível individual e coletivo. O estímulo à produção de impressões sobre a grandeza das desigualdades para a moldagem das políticas públicas no país é um desafio ético à saúde pública brasileira, objetivando o aumento da isonomia nos serviços de saúde bucal preconizada pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (Peres et al., 2012).

A situação de saúde bucal precária afeta negativamente todos os âmbitos da vida nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos, incluindo impactos no desenvolvimento infantil e no desempenho escolar (Essvein et al., (2019); Nunes & Perosa, (2017)). A assistência odontológica pública brasileira tem sido historicamente caracterizada como excludente e curativista, baseando-se em ações de baixa complexidade e mutiladoras (Brasil, 2005).

A cárie em crianças de idade pré-escolar possui impacto incapacitante, devido à dor (o principal sintoma relatado) e a todas as consequências associadas ao agravo, tais como prejuízos psicológicos, sociais, estéticos, baixo desempenho educacional e dificuldades na alimentação.

A cárie ocasiona prejuízos sistêmicos cumulativos que refletem diretamente no crescimento físico da criança. O aumento do risco do acometimento por lesões cariosas na dentição permanente permeia a qualidade de vida da população (Silva et al., (2017); Aquilante et al., 2003)).

No presente momento, a temática saúde na escola possui importante visibilidade de organismos internacionais, em especial da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da 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 saúde-educação foi fortalecida após a criação do Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007, que sugere ações articuladas entre os dois setores visando a promover

saúde no ambiente escolar, além de ações preventivas e consequente melhoria da qualidade de vida (Jacob et al., 2019).

A relação entre dois ou mais setores da sociedade visando à promoção de saúde e solução das demandas de modo mais efetivo do que seria se fossem realizados de modo individual pelos serviços é o conceito de intersectorialidade em saúde (Silva & Rodrigues, 2010).

Caminhando junto à demanda odontológica, o absenteísmo se faz presente, e do ponto de vista gerencial, Jandrey & Drehmer, (2000) e Melo et al., (2011) descrevem o absenteísmo como uma prática 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”.

Melo et al., (2011) afirmam que a falha na assistência e na resolução das questões em saúde pelo represamento de usuários nas filas de espera e consequentemente o aumento da procura pelos serviços de urgência, assim como a perda de recursos financeiros e humanos, são reflexos do absenteísmo nos serviços de saúde que utilizam o sistema de agendamento.

Como estratégia de redução do absenteísmo nas unidades de saúde, a gestão deve atuar em conjunto com as unidades básicas de saúde (que possuem limitações em relação à resolução da questão quando atuam individualmente) na população para entender, planejar e executar ações de sensibilização e corresponsabilização dos indivíduos em relação às faltas nas consultas agendadas, aperfeiçoando a comunicação entre ambos os lados (gestão e população) (Ferreira et al., 2016).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os altos índices de necessidade de tratamento odontológico e absenteísmo entre os escolares são questões importantes do ponto de vista epidemiológico e gerencial, pois além da persistente demanda reprimida (aumento das filas de espera da população) e consequentes prejuízos na assistência integral à saúde, as perdas primárias (absenteísmo) geram custos financeiros ao sistema, além da ociosidade do serviço e dos seus profissionais, pois as vagas destinadas ao atendimento dos escolares avaliados são retiradas das agendas dos profissionais que poderiam atender a demanda de rotina/filas de espera da população geral.

E paralelamente ao absenteísmo, encontra-se a considerável demanda pelo tratamento odontológico infantil na saúde pública, bem como o crescimento do interesse científico e acadêmico sobre a potencial influência dos fatores socioeconômicos no acesso aos serviços e na integralidade e universalidade em saúde bucal.

Ambos os dados (necessidade de tratamento odontológico e índice de absenteísmo) são variáveis e indicadores em saúde bucal coletiva que devem ser valorizados pelos gestores em saúde, pois as estratégias atuais de acesso ao serviço odontológico – que possui o indivíduo como peça-chave na procura pelo atendimento – mostraram-se ineficientes.

A organização das agendas odontológicas para o acolhimento dos escolares (com impedimentos de vagas para consultas agendadas que seriam ofertadas para a população geral) resulta no não preenchimento do total disponibilizado, aumentando o risco das perdas primárias e reduzindo o acesso à população geral. Com todas essas variáveis, a questão é evidente, sendo assim necessária a sua exploração.

1.1.1 Questão de Pesquisa

Há correlação no território da unidade de saúde entre e a necessidade de tratamento, o índice de absenteísmo odontológico de escolares e os indicadores socioeconômicos das áreas da Estratégia de Saúde da Família correspondentes de cada escola?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- ✓ Correlacionar com indicadores socioeconômicos a necessidade de tratamento e o absenteísmo na consulta odontológica inicial programada por escola do território de uma unidade básica de saúde.

1.2.2 Específicos

- ✓ Descrever a necessidade de tratamento odontológico em escolares por unidade escolar segundo a classificação de risco;
- ✓ Descrever o absenteísmo na primeira consulta odontológica em escolares por unidade escolar;
- ✓ Correlacionar a necessidade de tratamento (classificação de risco P0) e o índice de absenteísmo odontológico com os indicadores socioeconômicos das áreas delimitadas da Estratégia de Saúde da Família nas quais as escolas estão localizadas:
 - ✓ Distância geográfica;
 - ✓ Raça/cor das famílias do território;
 - ✓ Grau de escolaridade do responsável familiar;
 - ✓ Situação de emprego no mercado de trabalho;
 - ✓ Não possuir plano privado de saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

É importante estudar os agravos bucais mais prevalentes na atenção primária – com maior ênfase na cárie, considerada como a patologia mais comum em saúde bucal pública pelo seu caráter mutilador e sequelante, além de ser um dos indicadores em saúde bucal coletiva, pois gera dados gerenciais relevantes para o planejamento das ações a serem adotadas para o seu controle e prevenção.

Longitudinalmente, a necessidade de tratamento odontológico é agravada pelo absenteísmo, pois a condição de saúde bucal precária não tratada (nesse caso pela ausência do usuário para a realização do tratamento) piora com o tempo, tornando-se assim uma questão desafiadora para a gestão, visto que, concomitante à organização do acesso aos serviços, há o alto índice de absenteísmo.

Os indivíduos também são responsáveis pelo controle da situação, pois o autocuidado e a responsabilização pela própria saúde para prevenção e tratamento dos agravos bucais devem ser praticados pelos usuários, que devem comparecer regularmente às consultas na unidade de saúde para a integralização do cuidado e resolução dos problemas existentes até a conclusão do tratamento. O uso dos dados sobre o levantamento epidemiológico da necessidade de tratamento é necessário para a obtenção dos dados referentes ao absenteísmo (variável dependente).

Outra questão relevante a ser estudada na área da saúde bucal é o índice de absenteísmo odontológico nas unidades de saúde, problema pouco estudado na atenção primária e na literatura científica, pois essa prática ocasiona diversos prejuízos ao sistema, bem como os de caráter gerencial e econômico à gestão dos serviços de saúde pública, como a redução do acesso à assistência e os prejuízos causados à saúde e à máxima resolução dos problemas mais prevalentes na população (tanto escolar quanto geral).

A influência dos fatores socioeconômicos na saúde bucal coletiva já é de interesse da comunidade científica e acadêmica, e estudar e compreender apenas os fatores biológicos e dietéticos não é suficiente para a análise da incidência e prevalência das lesões de cárie nas populações.

Assim, o estudo desses fatores também é de extrema relevância, tendo sido realizado com o intuito de verificar se nesta pesquisa a influência dos fatores socioeconômicos condicionam a incidência e a prevalência de cárie e se os resultados são distintos ou semelhantes da literatura

encontrada na área.

Faz-se também necessária a análise territorial no estudo para caracterizar, compreender e oferecer à gestão dados consistentes sobre as características de cada área da unidade para nortear o planejamento das ações e os processos de trabalho de acordo com a necessidade local (visto que mesmo dentro de um mesmo território diversas realidades distintas podem ser encontradas nos indivíduos e nas famílias), reforçando a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado, princípios doutrinários do SUS descritos na lei n.º 8.080/90.

Grande parte dos estudos encontrados na literatura aborda as questões econômicas do absenteísmo, com foco na atenção secundária (ambulatorial especializada) e na atenção terciária (hospitalar), evidenciando a baixa frequência de estudos nessa área na atenção básica.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi estruturado de modo a atender as exigências preconizadas em:

- Capítulo 1: a introdução do tema, abordando alguns breves conceitos relacionados à pesquisa, bem como o problema de pesquisa, a questão de pesquisa, os objetivos e a justificativa para o estudo do tema.
- Capítulo 2: referencial teórico que foi dividido em cinco pólos: 2.1- a cárie e seus fatores determinantes; 2.2- acesso aos serviços em saúde pública; 2.3- o uso dos levantamentos epidemiológicos nos serviços de saúde; 2.4- intersetorialidade em saúde pública e o Programa Saúde na Escola (PSE) e 2.5- o absenteísmo nos serviços de saúde.
- Capítulo 3: procedimentos metodológicos que foram utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, o delineamento da pesquisa, o procedimento de coleta e análise dos dados e as limitações do método utilizado.
- Capítulo 4: descrição dos resultados da pesquisa, a análise e discussão desses resultados.
- Capítulo 5: considerações finais e implicações para a prática e as limitações e sugestões de futuras pesquisas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

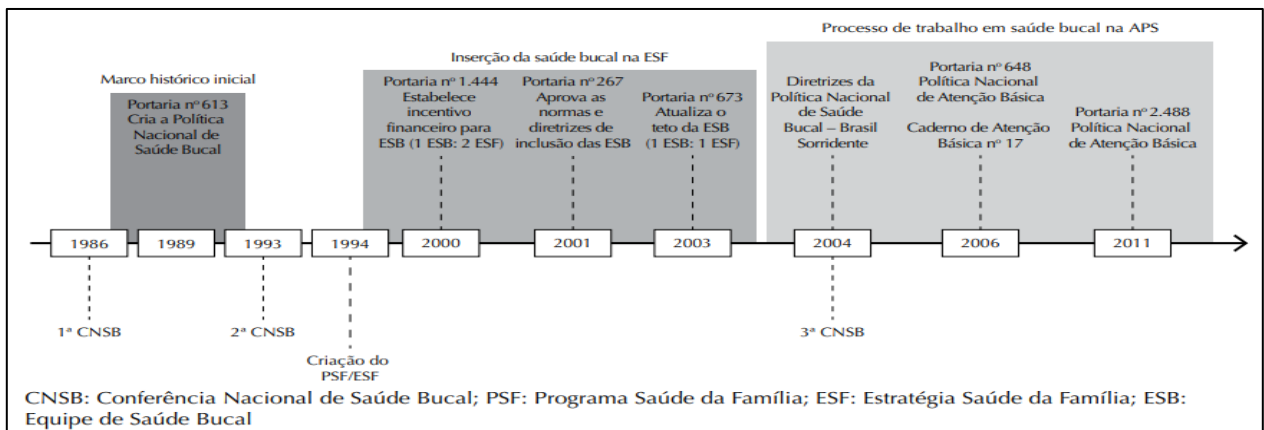
2.1 A CÁRIE E SEUS FATORES DETERMINANTES

As ações políticas direcionadas à saúde bucal mostraram-se como uma das mais bem sucedidas no país, elaboradas na primeira década do século XXI. Investimentos federais na área provocaram mudanças importantes que resultaram em ampliação dos serviços básicos de média e alta complexidade, assim como a fluoretação das águas de abastecimento público e ações preventivas específicas. Com isso, ocorreram mudanças no perfil epidemiológico no país, e mudanças realizadas na organização das ações da área odontológica foram largamente reconhecidas (Cunha et al., 2011).

A saúde bucal na atenção primária à saúde é historicamente marcada por quatro grandes acontecimentos que reorientaram as ações no âmbito do SUS, tendo sido elas a 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986 e 1993, respectivamente), a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (1989), a presença das equipes de saúde bucal nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (2000), a criação do programa Brasil Sorridente (2004) e a descrição das atribuições específicas dos profissionais de saúde bucal na Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, reafirmadas em 2011 (Scherer & Scherer, 2016).

A figura 1 traça um panorama histórico das mudanças nos processos de trabalho em saúde bucal na atenção primária à saúde:

Figura 1. Linha do tempo das mudanças nos processos de trabalho em saúde bucal na APS



Fonte: Scherer & Scherer, (2016)

Com reflexos negativos relevantes na qualidade de vida dos indivíduos, oriundos da dor e de disfunções causadas no organismo, a cárie ainda é um agravo muito prevalente nos países subdesenvolvidos (Pineda et al., 2014).

Mesmo com a adoção das medidas específicas de promoção de saúde bucal e proteção contra a cárie, tais como as ações escolares, a escovação com dentifrícios fluoretados e o incremento do flúor nas águas de abastecimento, a prevalência do agravo permanece alta em diversos países, e para que a redução da incidência longitudinal da cárie ocorra, é necessário realizar alterações na dieta, melhoria nos cuidados com a higiene oral, acesso aos serviços odontológicos e melhorias nos aspectos socioeconômicos da população (Domingos et al., 2010).

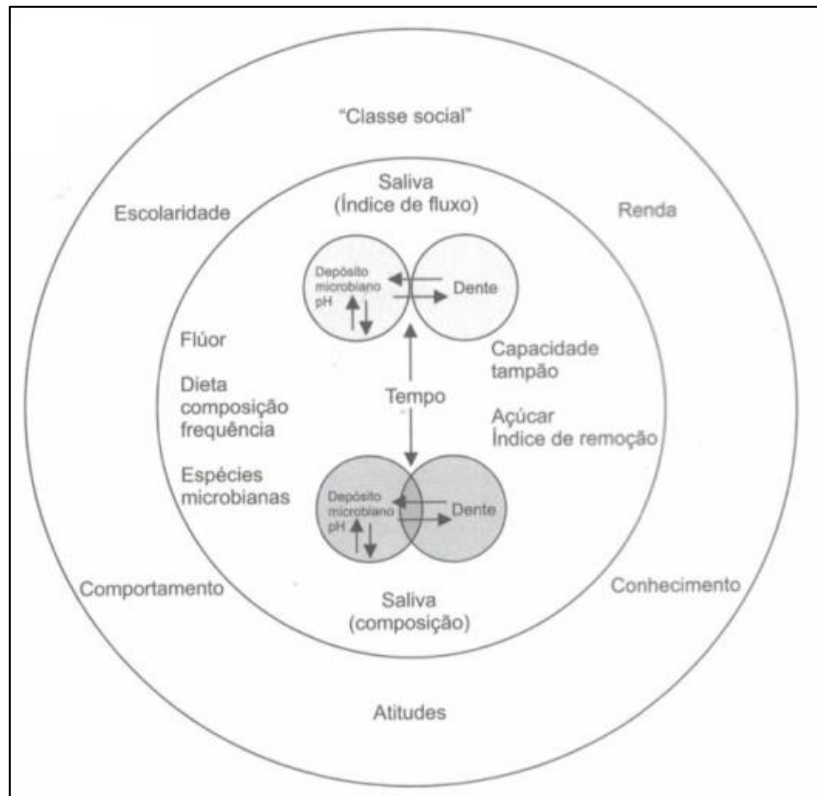
Tradicionalmente, as pesquisas comprovaram a associação da dieta e dos microrganismos com a ocorrência das lesões de cárie. Contudo, nos últimos anos tem aumentado a importância dos estudos expandidos que consideram as variáveis sociais, demográficas e ambientais no processo da experiência de cárie (Nunes & Perosa, 2017).

É possível afirmar que a necessidade de tratamento curativo é maior nos grupos de baixa renda, visto que historicamente possuem menor acesso à alimentação saudável e aos cuidados em saúde e pouca procura por prevenção em saúde, além da desigualdade no acesso aos serviços de saúde bucal e conseqüentemente pior condição de saúde bucal (Nunes & Perosa, 2017).

Diversos modelos teóricos explicam o surgimento das doenças, entre eles a (i) teoria microbiana (organicista), com a desorganização do organismo e ação de microrganismos na produção de doenças; (ii) a teoria social, que associa as condições sociais com o adoecimento dos indivíduos (seu modo de vida e as relações com o meio em que vivem); e (iii) a influência do meio ambiente na patogênese humana. Todo desenvolvimento de uma teoria necessita de uma série de mudanças ou reformulações de ideias preestabelecidas e a conquista de espaço pelas novas convicções que convivem lado a lado com o que já era fundamentado (Costa et al., 2012).

A figura 2 demonstra um dos modelos clássicos que explicam a etiopatogenia da cárie dentária, considerando os aspectos sociais, econômicos e culturais para o estabelecimento do agravo.

Figura 2. Modelo explicativo da cárie dentária por Thylstrup & Fejerskov (1995)



Fonte: Silva & Senna, (2013).

Os altos níveis de pobreza encontrados na sociedade justificam-se pela enorme desigualdade existente no país: injustiças que se mostram na distribuição da renda e nas escassas ou inexistentes formas de inserção social e econômica (Souza et al., 2019).

As desigualdades sociais são perversas, inoportunas e condenáveis, pois não resultam de ações biológicas ou naturais e nem são agravadas por agentes tecnológicos; elas surgem como consequência da ação humana pelo controle econômico, político e sociocultural de modo infrene, o que determina e reforça os estratos sociais, agravando a vulnerabilidade social nas populações e indivíduos desfavorecidos em todo o país (Souza et al., 2019).

Evidenciar os acontecimentos que afetam o estado de saúde dos indivíduos é crucial para o planejamento das ações de prevenção e controle das doenças de modo efetivo, e as desigualdades sociais influenciam diretamente no processo saúde/doença e na promoção da saúde, tanto de modo individual quanto nos contextos sociais (Ardenghi et al., 2013).

Assim, por definição, a promoção da saúde é conceituada como uma estratégia de produção de saúde para indivíduos e comunidades/populações com a atuação do serviço e de

outros setores planejando práticas para a proteção, colaboração e domínio social (Jacob et al., 2019).

A associação da condição socioeconômica com a necessidade de tratamento odontológico foi citada em diversos estudos como uma das maiores razões de desigualdade no acesso ao tratamento, inclusive entre as crianças em idade pré-escolar, e a cárie precoce na infância é considerada como um problema em saúde pública, pois a sua ocorrência afeta diretamente a qualidade de vida das crianças (Ardenghi et al., 2013).

Conforme descrito no Caderno de Atenção Básica n.º 17, “Saúde bucal”, (Brasil, 2006):

Considera-se, hoje, que os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações. São também determinantes as políticas relacionadas à melhoria das condições socioeconômicas, da qualidade de vida, do acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde. Neste sentido, cabe à equipe de saúde comprometer-se no planejamento, organização e suporte técnico à gestão municipal para efetiva prioridade das ações de promoção da saúde.

As populações de risco e mais socialmente vulneráveis devem ser priorizadas nas ações em saúde e no acesso ao tratamento odontológico, visto que os fatores socioeconômicos influenciam diretamente nas experiências de cárie (Brasil, 2006).

Segundo Silva & Senna, (2013), as diferentes prevalências de cárie encontradas nas comunidades são explicadas (e agravadas) pelas características individuais relacionadas aos indivíduos, tais como o nível de escolaridade, renda, acesso aos serviços e expectativa de vida.

2.2 ACESSO AOS SERVIÇOS EM SAÚDE PÚBLICA

Como ponto central da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o acesso ao cuidado é uma questão central nas políticas públicas em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), pois o cuidado universal, longitudinal e integral é uma busca desafiadora na atenção em saúde (Filho et al., 2019).

A quebra das barreiras geográficas de acesso aos serviços é um dos objetivos norteadores da Estratégia de Saúde da Família. A facilitação do primeiro contato com os serviços de saúde

para a resolução dos problemas direciona a redução das desigualdades existentes (Brasil, 2006).

A odontologia sempre foi organizada de forma paralela aos demais serviços de saúde no SUS. Contudo, atualmente a saúde bucal vem sendo cada vez mais integrada nas equipes, partindo do princípio da promoção e vigilância em saúde e reorganização da assistência odontológica (Brasil, 2006).

Nesse sentido, na pesquisa de Cambota & Rocha, (2015) é dito que as diferenças de oferta dos serviços no Brasil foram agravadas pelas questões geográficas (como a dificuldade de acesso aos serviços) e socioeconômicas, questões que devem ser consideradas para a redução das desigualdades e melhoria da eficiência da oferta dos serviços, visto que pessoas que residem em locais mais desenvolvidos detêm maiores oportunidades de acesso por desfrutarem de condições econômicas favoráveis, diferentemente dos indivíduos com baixa condição socioeconômica.

A portaria n.º 4.279 cita que a efetividade nas redes de atenção deve ser assegurada principalmente pelo acesso aos serviços, que dependem de: (i) disponibilidade do serviço para os usuários; (ii) tempo de espera para o atendimento (conveniências de horários e contato com os profissionais); (iii) aceitabilidade dos usuários em relação ao atendimento prestado; (iv) satisfação em relação à estrutura/localização dos serviços; e (v) profissional responsável pelo atendimento (Lima et al., 2015).

Júnior et al., (2010) e Pedraza & Costa, (2014) descreveram alguns fatores associados ao conceito de acessibilidade, entre eles as dimensões geográficas (tempo de deslocamento até a unidade de saúde), a organização dos serviços e seus recursos, e os aspectos socioculturais (percepção sobre o corpo e a doença, as crenças dos indivíduos, credibilidade nos serviços, tolerância à dor, dentre outros).

Um dos itens avaliadores da oferta de saúde refere-se à acessibilidade aos serviços, que pode ser definida como a facilidade com que os usuários utilizam e encontram os serviços: a distribuição e a disponibilidade dos recursos.

Diversas barreiras ainda são existentes e acabam gerando diferenças na utilização dos recursos e na obtenção de saúde entre os grupos sociais, o que aumenta as injustiças sociais. Ou seja, quanto melhor a condição socioeconômica, maior e melhor é a utilização dos serviços, e essas desigualdades configuram-se como um desafio a ser enfrentado em todos os continentes e tipos de modelos de saúde (Oliveira et al., 2012).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, foi

possível observar a proporção do acesso e necessidade de uso dos serviços de saúde. Predominou o financiamento dos atendimentos não odontológicos (atendimentos médicos e de enfermagem, por exemplo) em relação aos atendimentos odontológicos (com financiamento público pelo SUS de apenas 24,2% dos atendimentos odontológicos, frente aos 52,4% de financiamento dos atendimentos não odontológicos).

Mesmo com dados desfavoráveis em relação ao acesso aos serviços odontológicos no sistema público, ainda assim é possível enaltecer o progresso da área com o início da oferta dos serviços odontológicos com a criação do SUS em 1988, reconhecendo assim a saúde bucal como fator essencial na saúde geral, garantindo a universalidade, integralidade e equidade como dever político e direito dos indivíduos.

A ampliação ainda maior dos serviços odontológicos ocorreu nos anos 2000 com a incorporação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e em 2004 com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (Antunes & Narvai, 2010).

Em 1998, cerca de 19% da população brasileira (29,6 milhões) nunca tinha realizado uma consulta odontológica, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 1998 (IBGE), e após esse resultado, houve uma mudança importante no SUS: a garantia da presença das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em 2001 (portaria MS n.º 1.444 de 29/12/2000), bem como de recursos financeiros específicos para o aumento do acesso aos serviços de saúde bucal, reorganização dos serviços e ações de promoção, proteção e prevenção à saúde bucal (Soares et al., 2011).

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais que buscam por reais possibilidades de mudança e melhoria no atendimento aos problemas de saúde da população. A acessibilidade é um tema multifacetado e multidimensional que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção (Nunes et al., 2017).

Júnior et al., (2010) afirmam a influência da dificuldade de acesso geográfico aos serviços de saúde e recomendam a reorganização dos serviços de saúde para melhoria do acesso e redistribuição das áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família para aumentar a cobertura assistencial (tempo de deslocamento do usuário ao serviço) e a revisão do desenho atual da territorialização para o aprimoramento da organização da assistência.

Cambota & Rocha, (2015) citam em seu estudo que as desigualdades no uso dos serviços não podem ser apenas atribuídas às características do SUS. Estudos realizados por Lima-Costa et

al., (2012) focaram em identificar os fatores que agravam a desigualdade no uso dos serviços e chegaram à conclusão de que a renda e os fatores socioeconômicos são os principais fatores que determinam a desigualdade de uso, condições estas que precisam ser consideradas para melhoria do acesso aos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades.

Peres et al., (2012) relataram em sua pesquisa que pessoas que se autodeclararam pardas possuem um índice 35% menor no acesso aos serviços odontológicos públicos em relação às pessoas que se autodeclararam brancas. Contudo, esse resultado pode ser questionado, pois pode ter havido falta de coleta da variável raça/cor durante a pesquisa.

Sobre a necessidade de tratamento, no quesito raça/cor, as pessoas negras (pardos + pretos) possuem maior prevalência de problemas odontológicos, possuindo maior necessidade de uso dos serviços mais complexos do SUS, que estreitou o acesso à integralidade do cuidado, por necessitarem de tratamentos não oferecidos pelo sistema público. Os autores também relatam a possibilidade da existência da discriminação institucional citada em outros estudos (Peres et al., (2012).

Como estratégia para redução das desigualdades sociais na saúde, o acesso universal para todos os indivíduos é a base do SUS, entretanto também apresenta-se como um desafio crônico, pois a polarização também é preocupante: a subutilização dos serviços – ou seja, muitos recursos disponíveis no SUS são subutilizados.

Buscar o acesso universal para a assistência odontológica e dar atenção a toda demanda expressa (priorizando os casos de dor, infecção e sofrimento) ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico, é um dos desafios vivenciados pela gestão dos serviços de saúde pública.

2.3 O USO DOS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como instrumento eficaz para a obtenção de dados e informações acerca da condição de saúde ou necessidade de tratamento em grupos ou populações, os levantamentos epidemiológicos facilitam a organização e o planejamento das ações em saúde, além de demonstrar a efetividade

das práticas realizadas nos serviços. Além disso, descrever a prevalência de um agravo no tempo, espaço e pessoa é uma ação definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS (Martins et al., 2012).

Com a utilização recorrente dos levantamentos epidemiológicos nos serviços, é possível planejar os recursos humanos e financeiros necessários para as práticas de promoção de saúde especificadas para grupos ou populações.

Os levantamentos epidemiológicos permitem identificar a condição de saúde bucal e as necessidades das populações, informações cruciais para o planejamento das ações adequadas para cada situação, além de possibilitarem comparações da efetividade das práticas de saúde no tempo e espaço (Frias et al., 2004).

A realidade do Brasil, evidenciada por estudos epidemiológicos, aponta queda significativa na prevalência de cárie no Brasil. Tal fato pode ser verificado na comparação entre os levantamentos epidemiológicos de 1986 e 1996, quando foi verificada variação dos valores do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) de 6,65 para 3,06 (Domingos et al., 2010).

No último levantamento epidemiológico realizado nacionalmente em 2010, o índice CPOD encontrado foi 25% menor do que o realizado em 2003 (CPOD 2,1), classificando o Brasil no grupo das nações com baixa necessidade de tratamento odontológico. No primeiro levantamento nacional realizado em 1986, o índice CPOD era 59% maior que no levantamento realizado em 2003, que na ocasião demonstrou o índice de 2,8 (média necessidade de tratamento odontológico) (Agnelli, 2015).

O índice CPOD é um dos diversos métodos utilizados na odontologia para estimar o risco de ataque da cárie à dentição permanente. Seu resultado é classificado pela OMS por graus de severidade, sendo eles muito baixo (0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4) e alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 ou maior), e indicam as condições de saúde bucal da população.

A utilização do índice permite subsidiar os processos de planejamento e gestão das políticas públicas em saúde bucal nas três esferas de gestão. O cálculo do índice CPOD baseia-se no número total de dentes cariados, perdidos e obturados dividido pelo número total de crianças (ou pessoas) examinadas (Agnelli, 2015).

Para a organização dos serviços de saúde e suas demandas, assim como para o planejamento das ações, os levantamentos epidemiológicos mostram-se como importantes

ferramentas para a avaliação da situação de saúde da população, obtenção de dados e verificação das necessidades dos indivíduos (Pimentel et al., 2010).

O uso dos dados epidemiológicos é fundamental para o controle das doenças bucais, pois permite observar a real condição de saúde bucal da população, possibilitando também a análise da realidade local e a comparação da situação de saúde encontrada com as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como para subsidiar o planejamento das ações visando à melhoria da qualidade de vida das populações (Chaves & Silva, 2007).

Em relação aos inquéritos epidemiológicos em saúde bucal, Müller et al., (2015) relatam que essa deve se tornar uma prática frequente nos serviços, devendo ser realizada rotineiramente para identificar mudanças nos padrões de saúde, prevalência e necessidade de tratamento na população, bem como para gerar dados que possibilitem a comparação dos indicadores em relação ao tempo e ao local.

2.4 INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE PÚBLICA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Por definição, a intersetorialidade é a integração de diferentes saberes e vivências de sujeitos e serviços distintos que cooperam nas tomadas de decisão das práticas para a defrontação das questões mais complexas dos indivíduos e grupos por meio de ações coletivas que aperfeiçoam a capacidade da gestão política e dos serviços prestados (Garcia et al., 2014).

Como estratégia para reorganizar a atenção em saúde bucal, o cuidado funciona como o norteador para a reorientação do modelo. As ações programadas e intersetoriais subsidiam o processo de promoção de saúde e a intervenção nos seus fatores determinantes, não estando voltadas apenas para as doenças de modo isolado (Moretti et al., 2010).

Para reduzir as desigualdades em saúde, faz-se necessária a prática da intersetorialidade por antagonizar a fragmentação das políticas sociais, proporcionando mudanças na condição de vida e de saúde da população, sendo muito enaltecida nas políticas públicas da saúde, da educação e da assistência social (Canada, 2008).

A equipe de saúde bucal não deve atuar apenas no campo específico de tratamento dos

agravos orais, ela deve integrar-se com outras áreas e outros profissionais para reforçar os princípios da integralidade no cuidado, considerando o indivíduo como um ser completo, incluindo os aspectos socioeconômicos e culturais (Brasil, 2004).

Sendo assim, as equipes de saúde bucal devem fazer parte das equipes de saúde, seja qual for o nível de atenção, pois a integralização do cuidado e a troca de saberes entre os profissionais favorecem o alcance do objetivo comum, que é promover saúde (Brasil, 2004).

Todas as ações intersetoriais serão mais efetivas se os setores que influenciam na saúde humana, sejam governamentais, sejam não governamentais (tais como a mídia, assistência social, educação, saúde, tecnologia, saneamento, trabalho, meio ambiente, comércio), comprometerem-se a atuar conjuntamente, planejando e integrando as ações (Brasil, 2004).

As ações realizadas em ambiente escolar são consideradas pelo campo da saúde como uma estratégia para a mudança tradicional do modelo de atenção à saúde, além da possibilidade de reorganização do sistema, podendo refletir nos determinantes sociais em saúde. Para o campo da educação, a ideia da cooperação e da colaboração entre os equipamentos atua na melhoria dos indicadores educacionais (Sousa et al., 2017).

Para a real produção de ações intersetoriais, faz-se necessário o compartilhamento coletivo dos saberes, linguagens e práticas para tentar entender as questões sanitárias e produzir desfechos arrojados para a melhoria da qualidade de vida de maneira eficaz, mas para isso acontecer efetivamente, os setores envolvidos devem estar sintonizados e abertos ao diálogo e constituição de vínculos de corresponsabilidade para melhoria da qualidade de vida da população (Campos et al., 2004).

Faz-se necessária a mudança do processo fragmentado de cuidado para o formato intersetorial, mas para isso acontecer são indispensáveis mudanças de paradigmas, convicções, práticas e valores, abrangendo a população nesse processo, perscrutando soluções compartilhadas, sendo necessário entender que a simples junção dos equipamentos não caracteriza a mudança almejada pela intersetorialidade (Garcia et al., 2014).

Para a promoção da saúde bucal, os profissionais devem considerar todos os aspectos sociais e culturais que envolvem as populações, visto que as práticas em higiene, autocuidado e alimentação seguem um padrão cultural multivariado no país (Brasil, 2004).

As ações promotoras de saúde em ambiente escolar proporcionaram acesso à saúde para uma fração de crianças da educação formal. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde

(OPAS), após a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde durante o Congresso de Saúde Escolar no Chile, em 1995, foram criados métodos significativos, sistemáticos e norteadores para as políticas públicas de práticas em saúde no ambiente escolar preconizadas pela OPAS, sendo elas: (i) educação para a saúde com enfoque integral; (ii) criação de entorno saudável; e (iii) provisão de serviços de saúde (Casemiro et al., 2014).

Assim sendo, a sociedade brasileira de pediatria relata que as escolas promotoras de saúde visam:

Desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo que contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano; facilita a participação de todos os integrantes da comunidade escolar na tomada de decisões; colabora na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, e reforça a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos (Sociedade Brasileira de Pediatria, [s.d.]).

Para auxiliar no alcance do objetivo de promover saúde e aprimorar a qualidade de vida dos educandos de escolas públicas, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007, que se articula com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a realização de práticas de educação e de promoção da saúde nas unidades escolares (Cavalcanti et al., 2015).

O PSE foi instituído mediante o decreto presidencial n.º 6.286 de 5 de dezembro de 2007 e concretiza a política interministerial entre os Ministérios da Saúde e da Educação nas três esferas de governo. O programa foi idealizado para ofertar ações integrais de promoção, prevenção e atenção à saúde em ambiente escolar ou nas unidades básicas de saúde (UBSs) para estudantes da educação básica da rede pública no país (Ferreira et al., 2014).

A promoção e prevenção de saúde em ambiente escolar, o acompanhamento do estado de saúde dos educandos, a educação permanente dos educadores e profissionais da saúde e o acompanhamento no desenvolvimento das ações norteiam as práticas do PSE (Cavalcanti et al., 2015).

Contudo, para ocorrer a efetividade do programa, ações intersetoriais para o enfrentamento dos principais agravos que acometem crianças e adolescentes devem ocorrer visando ao indivíduo e à população escolar. Desde a sua institucionalização, o PSE demonstrou avanços e importantes desafios, com a expansão da adesão e a introdução de assuntos relevantes nas problematizações estimuladas no programa que visa à intersetorialidade (Vieira & Belisário, 2018).

Com o aumento da visibilidade das unidades escolares como espaços cada vez mais importantes no ponto de vista das políticas públicas intersetoriais para as práticas de saúde, o programa criou possibilidades de fortalecimento e reflexões sobre as realidades encontradas. Entretanto, faz-se necessária a compreensão dos limites que o programa possui, bem como o enaltecimento das ações que são realizadas (Vieira & Belisário, 2018).

O PSE recomenda o planejamento e a criação de ambientes facilitadores para os processos de compartilhamento e apropriação de conhecimentos entre os setores envolvidos para a promoção e prevenção à saúde. Contudo, na prática, o que se nota é a predominância da atuação da saúde em relação à educação. Entretanto, o que deve realmente existir é a compreensão da relação simbiótica entre a educação e a saúde; afinal, a educação atua como um dos fatores determinantes no processo saúde-doença e na qualidade de vida. Ao mesmo tempo, os prejuízos na saúde dos educandos interferem no rendimento escolar e no aprendizado (Cavalcanti et al., 2015).

2.5 O ABSENTEÍSMO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A ausência do usuário em uma consulta ou procedimento agendado na unidade caracteriza o absenteísmo. Além da quebra do assistencialismo para outros usuários que deixam de utilizar o serviço, essa prática origina prejuízos de ordem administrativa e financeira ao SUS (Bittar et al., (2016); Gonzaga, (2017)).

Impasses e obstáculos ao acesso foram descritos em estudos já realizados sobre o absenteísmo em serviços de saúde no que se refere ao atendimento odontológico. Gonçalves et al., (2015) e Cohen (1987) apud Melo et al., (2011) descreveram que esses fatores podem ser divididos em obstáculos relacionados ao usuário (medo, déficit na percepção sobre o autocuidado e acesso inadequado), aos profissionais e serviços (recursos humanos, localização das unidades de saúde, humanização da equipe para perceber as necessidades do usuário e educação permanente) e à organização social e política (unidades mal estruturadas e reduções/perdas de recursos direcionados às pesquisas na área).

Como já é de conhecimento gerencial, o absenteísmo nos serviços de saúde em geral é

considerado uma prática crônica no Sistema Único de Saúde brasileiro, aproximando-se de 25%, sendo ainda mais alto em diversas especialidades, o que também se assemelha às taxas de absenteísmo de acordo com revisões sistemáticas realizadas em outros continentes, tais como a América do Norte (23,5%) e Ásia (25,1%). As maiores taxas de absenteísmo foram encontradas no continente africano (43%) e América do Sul (27,8%) e as menores taxas foram observadas na Oceania (13,2%) e Europa (19,3%), de acordo com estudo publicado em 2019 (Beltrame et al., 2019).

O absenteísmo é visto como a “subutilização da capacidade ofertada pelo serviço”. Contudo, na saúde bucal pública, ele pode ser justificado pelo ponto de vista da experiência pregressa dos usuários como uma consequência negativa da desconfiança da população em relação à resolubilidade e acesso aos serviços odontológicos públicos (Gonçalves et al., 2015).

A desacreditação da população em relação aos serviços de saúde bucal no âmbito do SUS é historicamente baseada na exclusão da saúde bucal dos serviços de saúde pública e pelo seu caráter mutilador – que durante muito tempo apresentou indicadores epidemiológicos desfavoráveis devido, inclusive, aos obstáculos enfrentados pelos indivíduos, evidenciando a relevância da organização dos serviços para o enfrentamento da questão (Gonçalves et al., 2015).

A ausência do usuário nos serviços de saúde causa prejuízos tanto de ordem assistencial quanto de ordem econômica. O represamento das demandas e a diminuição da produção de consultas pelos profissionais são resultados do absenteísmo nas unidades de saúde (Costa et al., 2018), o que também reflete nos atendimentos de urgência, elevando as demandas nesse tipo de atendimento (Cruz et al., (2018); Almeida et al., (2009)).

A ausência do usuário nos serviços de saúde representa uma das maiores razões de prejuízo financeiro no país e no mundo. Somente no Reino Unido, é estimada uma perda próxima a £900 milhões/ano. Em uma pesquisa no município de Uberlândia/MG, foi observada a estimativa de aproximadamente R\$ 1,1 milhão poupado em valores não concretizados de repasses pelo SUS após a instalação de um sistema de agendamento único e disponibilização de telefones para cancelamento das consultas (Bittar et al., 2016).

As faltas dos usuários nas unidades de saúde e em particular nas consultas de saúde bucal interferem no bom andamento do fluxo de atendimentos e 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)).

O absenteísmo apresenta-se como um problema crônico nos serviços, e reduz a efetividade dos serviços que já sofrem com a escassez de recursos (Santos, 2008). O estudo desse fenômeno proporciona a elaboração de hipóteses que podem elucidar as razões da sua ocorrência, subsidiando as ações gerenciais e de planejamento das atividades (Silveira et al., 2018).

Estudos mais aprofundados sobre as causas do absenteísmo devem ser realizados para entender estratégias para a melhoria da gestão dos serviços de saúde, pois o absenteísmo caracteriza-se como uma realidade frequente e de grandes proporções em determinados serviços (Tristão et al., 2016).

Os recursos perdidos pela ausência do usuário nas consultas na unidade básica de saúde geram prejuízos de ordem geral, visto que o cancelamento prévio ou a remarcação da consulta possibilitaria a utilização da consulta por outro indivíduo, e o recurso perdido poderia ser utilizado em outra demanda do serviço prestado aos usuários (Ferreira et al., 2016).

A diminuição da espera pelas consultas e o reforço do vínculo com a população devem ser utilizados como estratégias para redução do absenteísmo, revelando a relevância da educação em saúde para auxiliar os indivíduos a reconhecerem seus direitos e deveres em saúde, responsabilizando-os pelo seu autocuidado (Melo et al., 2011). E, também, há de se cogitar a ampliação dos horários de atendimento das UBSs, de modo que pacientes trabalhadores possam ser atendidos em horários alternativos (Ferreira et al., 2016).

A impossibilidade de acompanhar as crianças às consultas, quase sempre relatada pelos pais ou responsáveis, demonstra a omissão com a atenção à saúde das crianças, bem como com o frequente repasse das responsabilidades do cuidado e orientação aos serviços de saúde (Ferreira et al., 2016).

Lançar mão das tecnologias de planejamento dos serviços e o monitoramento gerencial das ações são sugestões para a melhoria do absenteísmo, assim como o aperfeiçoamento da gestão dos serviços com políticas públicas que enalteçam a eficiência e a efetividade do sistema, abrangendo as necessidades reais da população e o custo-benefício, levando em consideração o sistema de referência e contrarreferência (Bender et al., 2010).

Modificar os processos administrativos de trabalho na gestão pública – e lançar mão das tecnologias envolvidas e experiências exitosas já vivenciadas – é reafirmado como uma alternativa para a redução do absenteísmo, pois práticas ineficazes acentuam as perdas de recursos que já se encontram escassos nos diversos níveis assistenciais em uma proporção

ampliada (Oleskovicz et al., 2014).

Para a redução do absenteísmo e da subutilização dos serviços na saúde, faz-se necessário aprimorar a gestão e utilizar de maneira eficiente os recursos financeiros que estão à disposição. Segundo a OMS, em seu relatório que trata sobre o financiamento da cobertura universal, uma porção relevante dos recursos é desperdiçada por falhas de gestão, com proporções que variam entre 20% e 40%, valores estes que poderiam mudar a realidade de muitos serviços (Beltrame et al., 2019).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo ecológico, longitudinal retrospectivo com abordagem descritiva realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Guarulhos/SP. A Unidade Básica de Saúde em estudo, inaugurada em setembro de 2014, apresenta cinco áreas de Estratégia de Saúde da Família, contando em 2019 com uma população de aproximadamente 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 sexto ano do ensino fundamental), com aproximadamente 5.748 crianças cadastradas, totalizando 22,06% da população geral no período do estudo.

Os estudos ecológicos utilizam estatísticas de bases populacionais previamente coletadas, o que não permite o acesso às informações individuais. É um método simples, de baixo custo e fácil execução, e que permite generalizações nas conclusões com maior facilidade do que nos estudos individuais, além de permitir a realização de muitas comparações, o que facilita obter correlações significativas apenas por acaso (Pereira, 2015).

Segundo dados do IBGE, com uma extensão territorial de 318,675 km² 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, fundada em 1560 e abrigando desde 1985 o aeroporto internacional de São Paulo, o maior da América do Sul.

A cidade é cortada por três grandes rodovias (rodovia Presidente Dutra, rodovia Fernão Dias e rodovia Ayrton Senna da Silva) e desde meados dos anos 50 uniu Guarulhos à São Paulo e à até então capital federal (Rio de Janeiro).

É uma cidade em pleno desenvolvimento industrial, comercial e social, com a sua população em ascendência; seu sistema público de saúde municipal é dividido administrativamente em quatro regiões de saúde, contando com um total de 69 UBSs, trazendo com isso diversas questões sociais, entre elas a saúde bucal coletiva. A unidade do estudo pertence à divisão técnica da região de saúde III – São João/Bonsucesso.

O período de estudo selecionado corresponde aos anos de 2016 e 2019, escolhidos por conveniência por apresentarem dados mais fidedignos.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os dados desta pesquisa foram obtidos da planilha consolidada das ações em saúde bucal realizadas pelos cirurgiões-dentistas da unidade de saúde nos anos informados (2016 e 2019) em ambiente escolar nas seis escolas do território da unidade pactuadas pelo município, seguindo os critérios do PSE. Assim sendo, nenhum aluno foi interrogado ou examinado ou convocado pelo pesquisador.

As informações necessárias para o desenvolvimento do estudo originaram-se de dados disponibilizados pela unidade de saúde tomando por referência os anos de 2016 e 2019. Como rotina do serviço da unidade, a partir das avaliações individuais realizadas anualmente pelos cirurgiões-dentistas da USF (como parte da rotina dos profissionais), é gerada a planilha (adaptada) de fechamento anual dos dados agrupados com a classificação de risco por unidade escolar.

Os alunos classificados são convocados pela equipe de saúde bucal da UBS para consulta odontológica individual por meio de filipeta própria. Com ela, os pais ou responsáveis devem comparecer à unidade para o agendamento da consulta inicial. Esse processo de comparecimento na unidade é limitado por um período (em dias) predeterminado, ou seja, na prática, cada escola possui dias específicos para agendamento e é convocada em um período distinto da outra. Assim, é possível (após o prazo estabelecido para cada escola) monitorar o comparecimento (Anexo 1), permitindo realizar o cálculo do índice de absentéismo. Portanto, a coleta e a análise de dados serão baseadas nas planilhas geradas pela unidade básica de saúde agrupadas por unidade escolar.

Essa prática de levantamento da necessidade de tratamento odontológico (classificação de risco) é realizada anualmente como rotina de todas as unidades básicas de saúde da cidade e faz parte de um grupo de ações intersetoriais pactuadas no PSE entre as secretarias municipais da saúde e da educação do município.

O levantamento da necessidade de tratamento odontológico individual 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 vigentes 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 (Guarulhos, 2012).

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 para buscar a equidade na atenção em saúde bucal. O indivíduo será sempre classificado pela pior condição que apresenta, como segue no quadro abaixo:

Quadro 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 ativa (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: Guarulhos, 2012

Os dados socioeconômicos são originários do sistema de informação e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) por meio dos relatórios condensados por área (Anexo 2). As informações foram agrupadas por categorias e foram utilizados nesta pesquisa os itens referentes aos quesitos raça/cor, grau de escolaridade, situação de emprego no mercado de trabalho do responsável familiar, além da informação sobre a posse de planos privados de saúde pela família.

Os dados socioeconômicos no período do estudo eram lançados no sistema e-SUS como rotina de trabalho dos(as) agentes comunitários(as) de saúde, que registravam as informações obtidas no momento do cadastro territorial das famílias/indivíduos na unidade por meio de entrevista. Essas informações são autorreferidas, ou seja, dependem do critério pessoal dos usuários para informarem todos os dados corretamente, bem como da correta entrevista (questionando todos os itens da ficha de cadastro) e preenchimento dos dados pelos(as) agentes comunitário(as) de saúde.

Vale ressaltar que a informação sobre a posse de plano privado de saúde pela família (utilizada neste estudo) não especifica qual modalidade assistencial é a disponível na família, ou seja, não foi possível afirmar se o plano privado é médico, odontológico ou ambos, pois essa informação não é questionada pelo agente comunitário de saúde (ACS) no momento do cadastro dos indivíduos na unidade, visto que na questão do sistema e-SUS não há opção para preenchimento dessa informação (vide página 3 do Anexo 2), então é apenas interrogado se possuem ou não plano privado, tornando essa informação vaga e dificultando, assim, a realização de inferências na descrição das correlações.

Como uma ferramenta para a reestruturação dos dados (informações) da atenção primária, o e-SUS APS foi criado em 2013 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) junto à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O sistema foi criado para ser utilizado em todo o país seguindo as recomendações do MS para a reorganização dos sistemas de informação em saúde, focando no aumento da qualidade do atendimento baseada na melhoria da gestão da informação e informatização do SUS.

As informações utilizadas foram agrupadas por área da estratégia de saúde da família para serem descritas, analisadas e correlacionadas com a necessidade de tratamento odontológico individual e o absenteísmo na primeira consulta agendada (o que se configura como perda da oportunidade de cuidados em saúde bucal) dos educandos. O e-SUS, por ser um sistema fechado e com acesso apenas pelos profissionais cadastrados, não possui dados públicos, e estes serão tratados de maneira confidencial.

Os dados referentes à localização geográfica foram obtidos no site *Google Maps*®, o que permitiu o cálculo das distâncias das unidades escolares em relação à unidade básica de saúde.

Por ser uma pesquisa ecológica e retrospectiva, os dados foram tratados e analisados de maneira agrupada e, sendo assim, não foi possível a identificação dos indivíduos ou de suas

características particulares, pois os dados utilizados são gerenciais e foram extraídos de sistemas fechados (tais como o e-SUS) e as planilhas de avaliação estão tabuladas de modo agrupado e também não permitem a identificação dos alunos, justificando-se assim a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois nenhum transtorno ou constrangimento aos escolares ou às suas famílias foi causado para a realização ou divulgação deste estudo.

Neste estudo, os fatores socioeconômicos e a localização geográfica foram considerados como as variáveis independentes da pesquisa; a necessidade de tratamento e o índice de absenteísmo foram consideradas variáveis dependentes da pesquisa.

Aspectos éticos: esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos (Anexo 3) e está em conformidade com a resolução n.º 466/12 do CNS que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho sob o CAAE 36278020.6.0000.5511 e número de parecer 4254176/2020.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As análises foram realizadas de modo agrupado por escola, correlacionando a necessidade de tratamento e o absenteísmo em consultas odontológicas com os fatores socioeconômicos relacionados às famílias, utilizando o software estatístico *Minitab*® para os cálculos da correlação de Pearson (r), considerando a tolerância de erro padrão de 1% ($r = > 0,1$).

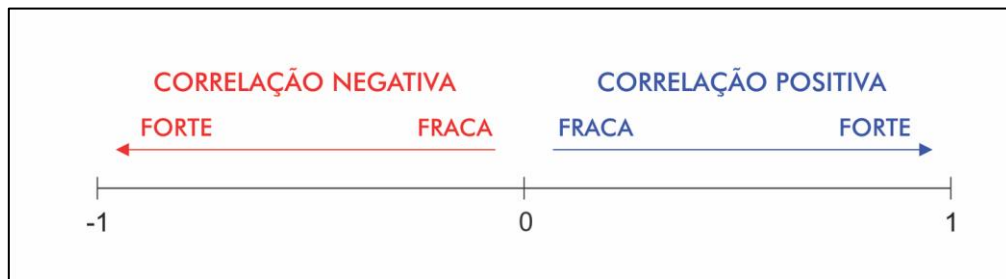
A ferramenta editora de planilhas *Microsoft Excel*® foi utilizada para a estatística descritiva básica (demonstração da proporção e distribuição dos dados descritivos – números absolutos, média e mediana) baseada nas informações socioeconômicas obtidas do sistema e-SUS e das planilhas consolidadas das ações em saúde bucal (PSE) da unidade do estudo.

O uso da correlação foi escolhido para esta pesquisa porque o interesse em observar o comportamento entre as variáveis foi predominante e também para tentar entender se as variáveis socioeconômicas interferem (e como elas se relacionam) na ocorrência dos eventos (necessidade de tratamento e absenteísmo), para observar como uma variável se comporta enquanto a outra se

modifica.

A título explicativo, a interpretação do grau de correlação seguirá o padrão seguido da correlação de Pearson (r), que expressa seus dados entre -1 e 1. Quando o coeficiente de correlação aproxima-se de 1 é possível observar o aumento de uma variável enquanto a outra também aumenta, sendo ela considerada significativa quando se aproxima de 1. Correlações negativas são aquelas que se aproximam de -1 (valor significativo), o que representa na prática que quando o valor de uma variável aumenta, o valor da outra variável analisada diminui. A imagem abaixo (figura 3) ilustra a força das correlações de Pearson:

Figura 3. Diagrama das correlações de Pearson



Fonte: <https://i0.wp.com/www.abgconsultoria.com.br/blog/wp-content/uploads/img2-2.png?w=1500>

3.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Os estudos ecológicos representam características de grupos populacionais. Assim, o objeto de análise é a população e não os indivíduos, frequentemente agrupados em função dos fatores geográficos ou temporais. A relação entre o fator de exposição e o evento pode não estar ocorrendo no nível do indivíduo, pois não há acesso aos dados individuais (apenas às informações agrupadas), o que aumenta o risco da ocorrência da falácia ecológica, ou seja, atribuir os resultados ao indivíduo quando o estudo analisou apenas os dados de forma agrupada.

O uso dos dados de fontes variáveis também representa um fator limitante do estudo ecológico, pois pode apresentar qualidade variável das informações. A impossibilidade de controlar os fatores de confundimento também é uma característica que pode estar presente nesse método de pesquisa.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Tabela 1. Descrição do percentual de educandos examinados por escola e total de encaminhados para consulta (necessidade de tratamento), 2016 e 2019.

Escola	Equipe de saúde vinculada à escola	Total de avaliados	2016					Total de encaminhados para consulta	Total de avaliados	2019				Total de encaminhados para consulta
			Classificação de Risco				P0			P1	P2	P3		
			P0	P1	P2	P3								
Escola "A"	157	367	18%	9%	8%	65%	35%	561	8%	25%	3%	64%	36%	
Escola "B"	160	532	8%	9%	3%	81%	19%	513	4%	18%	4%	74%	26%	
Escola "C"	160	389	16%	8%	2%	74%	26%	364	8%	20%	4%	68%	32%	
Escola "D"	72	209	11%	5%	3%	81%	19%	186	10%	18%	4%	68%	32%	
Escola "E"	159	66	5%	3%	2%	91%	9%	90	3%	8%	6%	83%	17%	
Escola "F"	157	727	13%	5%	4%	78%	22%	676	7%	13%	5%	74%	26%	
TOTAL	-	2290	-	-	-	-	-	2390	-	-	-	-	-	

Fonte: Planilha condensada de fechamento do PSE da UBS, 2016 e 2019.

A Tabela 1 demonstra o quantitativo resultante das avaliações odontológicas em saúde bucal realizadas em âmbito escolar nos anos de 2016 e 2019, de acordo com a classificação de risco dos educandos. É possível observar que as condições agudas e mais graves (classificação P0) diminuíram 5,8% em 2019 quando comparado a 2016; entretanto, o que, por um lado, reduziu a demanda de atendimentos de urgência, neste estudo representou o aumento de 23% das condições crônicas e ausência de dor no ano de 2019 (classificações P1 e P2).

As escolas apresentaram padrões variados no total de encaminhamentos para tratamento. A escola "A" apresentou a maior proporção de encaminhados em ambos os anos do estudo, com discreto aumento de 1% em 2019. Todas as escolas apresentaram aumento no total de encaminhados no ano de 2019, com valores entre 17% (escola E) e 36% (escola "A").

A classificação de risco P3 representa a melhor condição possível e desejada de saúde bucal, ou seja: crianças e adolescentes sem experiência de cárie, com valores entre 91% (escola "E") e 65% (escola "A") e 2016 e 83% e 64% nas mesmas escolas apresentando, respectivamente, as maiores e menores proporções em 2019, e vale a pena ressaltar a redução da classificação P3 no ano de 2019.

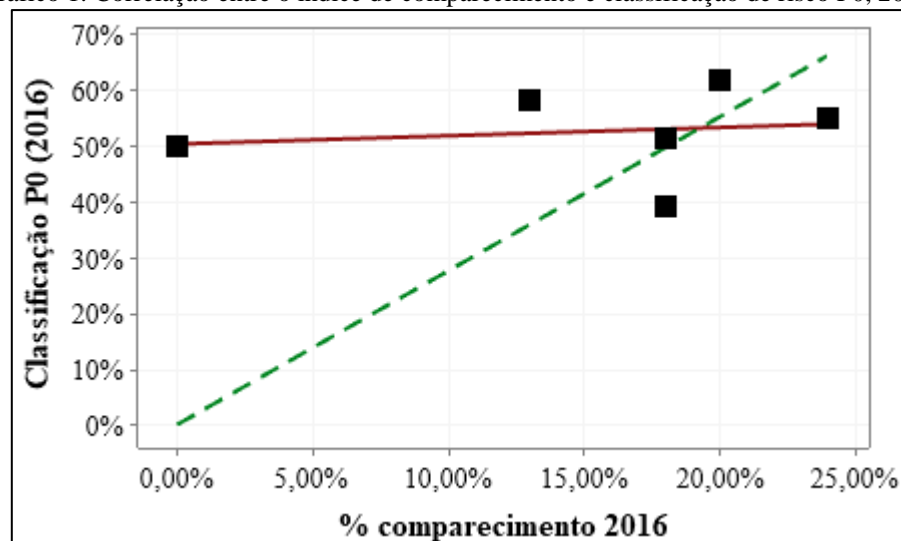
Tabela 2. Total de educandos avaliados em consulta odontológica, proporção de encaminhados e proporção de absenteísmo por escola, 2016 e 2019.

Escola	Equipe de saúde vinculada à escola	2016			2019		
		Total de avaliados	% de encaminhados	% de absenteísmo	Total de avaliados	% de encaminhados	% de absenteísmo
Escola "A"	157	367	35%	82%	561	36%	91%
Escola "B"	160	532	19%	82%	513	26%	90%
Escola "C"	160	389	26%	80%	364	32%	66%
Escola "D"	72	209	19%	75%	186	32%	73%
Escola "E"	159	66	9%	100%	90	17%	80%
Escola "F"	157	727	22%	87%	676	26%	75%
TOTAL	-	2290	-	-	2390	-	-
MÉDIA	-	382	22%	84%	398,3	28%	79%

Fonte: Planilha condensada de fechamento do PSE da UBS, 2016 e 2019.

A Tabela 2 expressa os dados referentes ao total de avaliados, encaminhados para consulta (representando a necessidade de tratamento) e o índice de absenteísmo por escola nos anos de 2016 e 2019. O percentual de educandos encaminhados para tratamento apresentou aumento médio de 6% no ano de 2019, demonstrando um agravamento na condição de saúde bucal da população do estudo, assim como também é possível observar a redução média de 5% do absenteísmo no ano de 2019 e um discreto aumento de 12% no percentual de comparecimento em 2019 quando comparado a 2016.

Gráfico 1. Correlação entre o índice de comparecimento e classificação de risco P0, 2016.

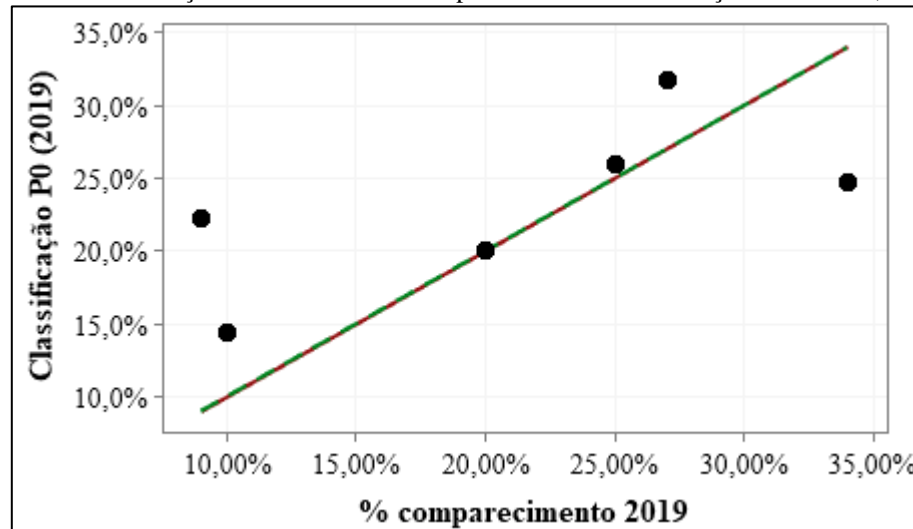


$$r = 0,332 \text{ (IC: } -0,657, 0,901), r > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE da unidade do estudo.

O gráfico acima (Gráfico 1) expõe a correlação entre a classificação de risco P0 (pior condição de saúde bucal no momento da avaliação) com o índice de comparecimento para tratamento no ano de 2016. É possível observar que houve um relativo agrupamento de dados de modo crescente, ou seja, quanto pior a condição de saúde bucal, maior o comparecimento para tratamento, mantendo o índice de comparecimento dos educandos com a pior condição de saúde bucal encontrada (P0) em torno de 20%, apresentando uma significativa correlação linear positiva da procura por tratamento nesse grupo analisado ($r = 0,332$), com o ajuste linear da tendência sugerindo a repetição dos dados nos anos subsequentes e que a tendência deve se manter semelhante em períodos subsequentes.

Gráfico 2. Correlação entre o índice de comparecimento e classificação de risco P0, 2019.



$$r = -0,067 \text{ (IC: } -0,833, 0,787), r > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE da unidade do estudo.

O Gráfico 2 traz dados referentes à classificação de risco P0 correlacionada com o índice de comparecimento no ano de 2019, e é possível verificar a correlação desprezível (não significativa) entre a procura por tratamento e a pior classificação de risco, demonstrando um padrão semelhante do encontrado no ano de 2016 e que traduz a procura regular pelos serviços entre os educandos classificados como P0, assim como o ajuste linear da tendência seguindo a linha de tendência, sugerindo a repetição nos anos subsequentes dos padrões encontrados no ano de 2019.

Tabela 3. Descrição da necessidade de tratamento, classificação de risco P0 e quesito raça/cor, 2016.

Nome da Escola	Total de encaminhados para consulta	Classificação P0	% classificação P0	% (cor branca)	% (cor parda)	% (cor preta)	% (cor amarela)
Escola "A"	130	67	51,5%	15%	20%	22%	16%
Escola "B"	102	40	39,2%	18%	17%	30%	15%
Escola "C"	100	62	62%	18%	17%	30%	15%
Escola "D"	40	22	55%	14%	19%	25%	14%
Escola "E"	6	3	50%	17%	27%	9%	19%
Escola "F"	159	93	58,6%	15%	20%	22%	16%
MÉDIA	90	48	52,7%	16%	20%	23%	16%

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

A Tabela 3 descreve o total de encaminhados para consulta, a classificação P0 e a proporção do quesito raça/cor na população do território da unidade básica de saúde no ano de 2016, sendo possível observar que no ano do estudo a maior proporção é de indivíduos da cor preta (média de 23% da população total) e o percentual médio de educandos classificados como P0 é de 52,7% em relação ao total de encaminhados para consulta. Também é possível constatar inclusive o alto índice de classificados como P0 (pior condição encontrada) em 83,3% das escolas com valores acima de 50% dos educandos avaliados.

Tabela 4. Descrição da necessidade de tratamento, classificação de risco P0 e quesito raça/cor, 2019.

Nome da Escola	Total de encaminhados para consulta	Classificação P0	% classificação P0	% (cor branca)	% (cor parda)	% (cor preta)	% (cor amarela)
Escola "A"	202	45	22,3%	15%	22%	19%	24%
Escola "B"	132	19	14,4%	20%	17%	31%	9%
Escola "C"	117	29	24,8%	20%	17%	31%	9%
Escola "D"	60	19	31,7%	19%	17%	22%	21%
Escola "E"	15	3	20%	18%	28%	11%	21%
Escola "F"	173	45	26%	15%	22%	19%	24%
MÉDIA	117	27	23,2%	18%	21%	22%	18%

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

No ano de 2019, a Tabela 4 demonstra o percentual médio de 23,18% de educandos classificados como P0 (frente aos 52,7% encontrados em 2016) e mantém a maior proporção de indivíduos da cor preta na população do território da unidade. Os resultados demonstram uma

redução dos educandos classificados como P0, ou seja, com menor necessidade de tratamentos de urgência (que envolvem episódios de dor, tratamentos endodônticos ou demais situações que necessitem de intervenções rápidas).

Tabela 5. Correlações entre a necessidade de tratamento e o quesito raça/cor, 2016 e 2019

Quesito raça/cor	Necessidade de tratamento	
	r (2016)	r (2019)
Cor branca	-0,099	-0,559
Cor parda	-0,576	-0,264
Cor preta	0,475	0,181
Cor amarela	-0,356	0,095

$r = > 0,1$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor)

A Tabela 5 permite observar que as correlações realizadas evidenciam uma tendência à maior necessidade de tratamento nos indivíduos da raça/cor preta frente aos demais grupos estudados nos dois anos da pesquisa, com correlação significativa e positiva em 2016 ($r = 0,475$) em 2016 e não significativa e positiva em 2019 ($r = 0,181$). Contudo, houve uma discreta redução da necessidade no ano de 2019, e uma correlação não significativa apresentada pelos indivíduos da cor amarela no ano de 2019 ($r = 0,09$), demonstrando o discreto aumento da necessidade nos indivíduos da cor amarela, nesse caso utilizando a somatória das classificações P0, P1 e P2.

Os valores apresentados nas correlações realizadas com os indivíduos da cor branca em 2016 mostram-se negativos e não significativos, sendo ainda mais evidente no ano de 2019, com a ocorrência negativa e significativa ($-0,559$).

Tabela 6. Correlações entre a classificação de risco P0 e o quesito raças/cores preta e branca, 2016 e 2019.

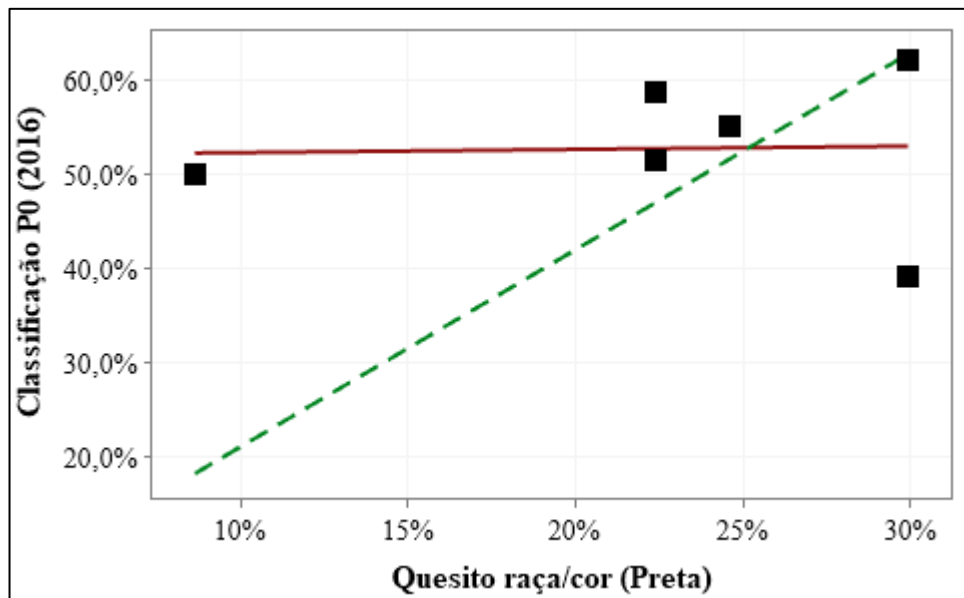
Classificação de risco P0 e raças/cores preta e branca, 2016 e 2019				
	Raça/cor preta		Raça/ cor branca	
	2016	2019	2016	2019
Valor-r	0,475	0,181	-0,124	-0,613
GL	5	5	5	5

$r = > 0,1$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor)

Na Tabela 6, as correlações realizadas entre o quesito raça/cor e a classificação de risco P0 demonstram especificamente correlações significativas e positivas entre as variáveis observadas no ano de 2016 e não significativas e positivas em 2019 para os indivíduos da raça/cor preta. Além disso, as correlações nos indivíduos da raça/cor branca em 2016 apresentaram-se negativas e não significativas (com $r = -0,124$), e no ano de 2019 apresentaram-se significativas e negativas ($r = -0,613$), reforçando os valores descritos na Tabela 5 sobre a necessidade de tratamento (que considera as classificações P0, P1 e P2) ser maior entre os indivíduos da raça/ cor preta.

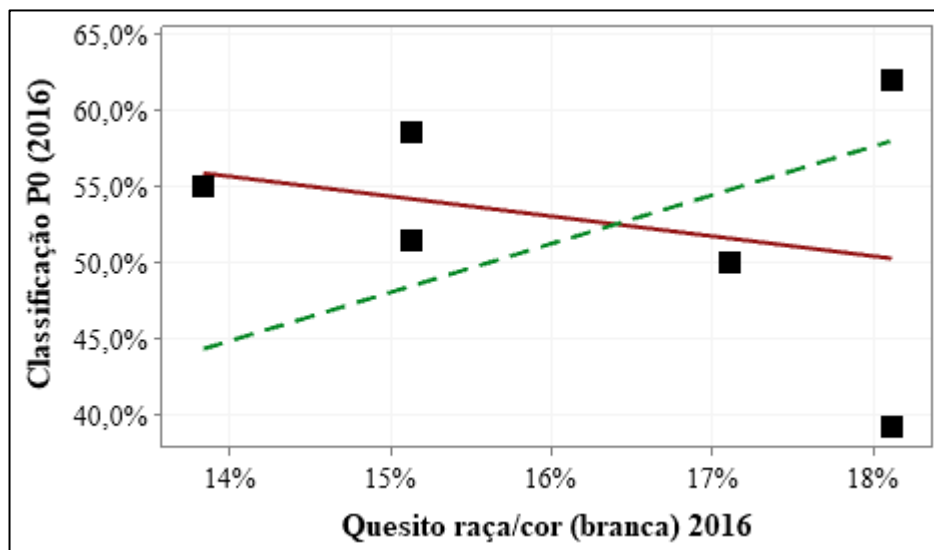
Gráfico 3. Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (**preta**), 2016.



$$r = 0,475 \text{ (IC: } -0,548, 0,929), r > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

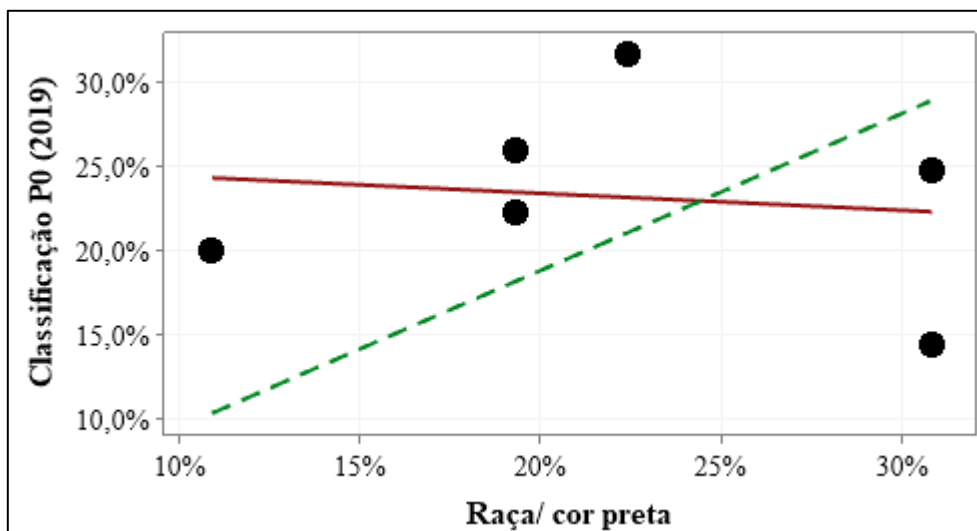
Ilustrando graficamente os dados da Tabela 6, o Gráfico 3 permite observar a significativa correlação positiva entre a classificação P0 e o quesito raça/cor preta no ano de 2016 ($r = 0,475$), assim como a crescente necessidade de tratamento nesses indivíduos com condições de saúde bucal agravadas pelos episódios de dor, tratamentos endodônticos ou demais situações de urgências odontológicas, com o ajuste de tendência (linha tracejada) sugerindo a repetição do padrão encontrado no ano analisado para os anos subsequentes.

Gráfico 4. Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (**branca**), 2016.

$$r = -0,124 \text{ (IC: } -0,850, 0,764), r = > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

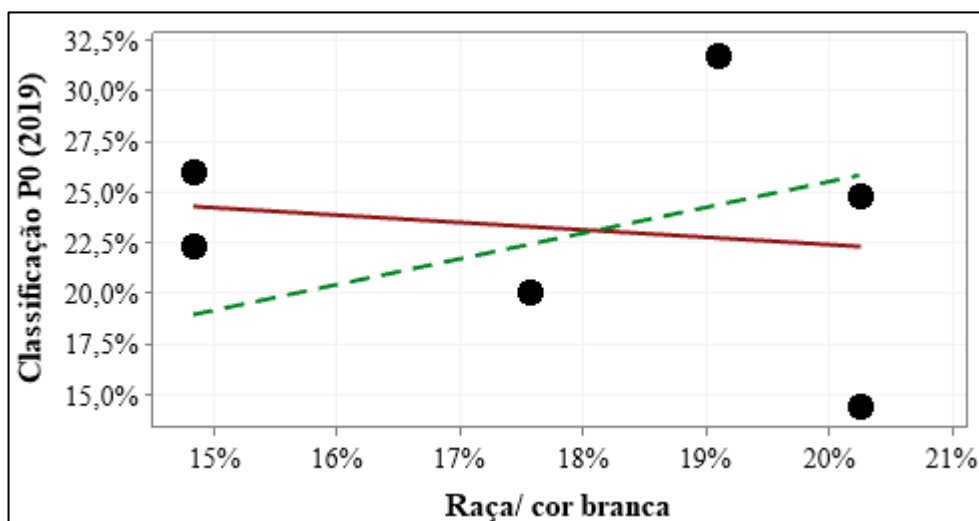
Diferente dos dados observados no Gráfico 3, a necessidade de tratamento dos educandos classificados como P0 nos indivíduos da raça/cor branca apresentou tendência decrescente (com $r = -0,124$) e uma não significativa correlação negativa entre as variáveis utilizadas no ano de 2016, conforme consta no Gráfico 4, com os dados dispostos de modo disperso e o ajuste da tendência (linha tracejada ascendente e se aproximando dos dados) sugerindo a repetição do padrão nos anos subsequentes ao do estudo.

Gráfico 5. Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (**preta**), 2019.

$$r = 0,181 \text{ (IC: } -0,739, 0,865), r > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

Diferenciando-se do padrão encontrado em 2016, o Gráfico 5 permite observar a não significativa correlação positiva entre a necessidade de tratamento (P0) e o quesito raça/cor preta, bem como a tendência decrescente de cuidados em saúde bucal nesse grupo (com uma discreta redução no valor-r), apresentando um $r = 0,181$ no ano de 2019, com o ajuste linear da tendência sugerindo a não repetição dos valores encontrados no ano de 2019 para os anos subsequentes.

Gráfico 6. Correlação entre a classificação de risco P0 e o quesito raça/cor (**branca**), 2019

$$r = -0,613 \text{ (IC: } -0,951, 0,395), r > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

A significativa correlação negativa verificada entre o quesito raça/cor branca e a necessidade de tratamento P0 no ano de 2019 diferenciou-se do padrão encontrado em 2016, com uma correlação não significativa negativa ($r = -0,124$), diferenciando-se mais uma vez dos indivíduos da raça/cor preta, que apresentam tendências de correlações positivas na classificação de risco P0, com o ajuste linear da tendência (linha tracejada) sugerindo que os padrões observados em 2019 poderão não se repetir nos anos subsequentes.

Tabela 7. Descrição do índice de absenteísmo e quesito raça/cor, 2016

Nome da Escola	% de absenteísmo	% Classificação de risco P0	% (cor branca)	% (cor parda)	% (cor preta)	% (cor amarela)
Escola "A"	82%	51,5%	15%	20%	22%	16%
Escola "B"	82%	39,2%	18%	17%	30%	15%
Escola "C"	80%	62%	18%	17%	30%	15%
Escola "D"	75%	55%	14%	19%	25%	14%
Escola "E"	100%	50%	17%	27%	9%	19%
Escola "F"	87%	58,6%	15%	20%	22%	16%
MÉDIA	84%	52,7%	16%	20%	23%	16%

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

Em relação ao índice de absenteísmo entre os educandos avaliados em ambiente escolar, no ano de 2016 é possível observar na Tabela 7 a discrepância entre as escolas, apresentando uma mediana de 81,5% e média de 84,3%, sendo a escola "E" a que apresenta o maior índice de absenteísmo (100%) e a menor proporção de indivíduos da cor preta (9%), seguida da escola "F" (87%) e das escolas "A" e "B", com 82% de absenteísmo. A escola "D", que apresentou o menor índice de absenteísmo conta com 25% dos indivíduos cadastrados no território que referiram ser da cor preta.

Tabela 8. Descrição do índice de absenteísmo e quesito raça/cor, 2019

Nome da Escola	% de absenteísmo	% Classificação de risco P0	% (cor branca)	% (cor parda)	% (cor preta)	% (cor amarela)
Escola "A"	91%	22,3%	15%	22%	19%	24%
Escola "B"	90%	14,4%	20%	17%	31%	9%
Escola "C"	66%	24,8%	20%	17%	31%	9%
Escola "D"	73%	31,7%	19%	17%	22%	21%
Escola "E"	80%	20%	18%	28%	11%	21%
Escola "F"	75%	26%	15%	22%	19%	24%
MÉDIA	79%	23,2%	18%	21%	22%	18%

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor).

Em 2019, a média do índice de absenteísmo reduziu 5% em relação ao ano de 2016 e apresentou uma média de 23,2% de educandos classificados como P0, e conforme é possível observar na Tabela 8, a discrepância do índice entre as escolas permanece, e como ocorreu em 2016, a escola “A” apresentou o maior índice de absenteísmo (91%), com aumento de 9% no absenteísmo registrado.

Tabela 9. Correlações entre o índice de absenteísmo e quesito raça/cor, 2016 e 2019

Quesito raça/cor	Índice de absenteísmo	
	r (2016)	r (2019)
Cor branca	-0,247	-0,282
Cor parda	-0,564	0,209
Cor preta	-0,852	-0,556
Cor amarela	-0,457	0,142

$r > 0,1$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e-SUS (quesito raça/cor).

As correlações realizadas entre as variáveis quesito raça/cor e o índice de absenteísmo nos anos de 2016 e 2019 foram descritas na Tabela 9 e permitiram observar a significativa correlação negativa na cor preta em 2016, assim como nas cores parda e amarela no mesmo ano. Também é possível notar que a única correlação significativa negativa está na raça/cor preta e o absenteísmo no ano de 2019, ocorrendo o oposto na população parda e amarela (não significativa e positiva), mantendo a correlação negativa e não significativa na população de cor branca nos dois anos do estudo.

Tabela 10. Descrição da escolaridade (referida) do responsável familiar, necessidade de tratamento (P0) e índice de absentéismo, 2016 e 2019

ÁREA DA ESF	Escola	Maior escolaridade	2016		2019		% P0 2016	% P0 2019	% absenteísmo (2016)	% absenteísmo (2019)
				%		%				
157	Escola "A"	Não estudou/ analfabeto	114	4%	81	2%	51,5%	22,3%	82%	75%
		E.F incompleto	352	14%	627	14%				
		E.F completo	366	14%	729	16%				
		E.M completo	602	23%	1336	29%				
		Ens. Sup. completo	80	3%	146	3%				
		Não informado	1058	41%	1600	35%				
160	Escola "B"	Não estudou/ analfabeto	298	12%	466	10%	39,2%	14,4%	82%	82%
		E.F incompleto	476	19%	772	17%				
		E.F completo	616	24%	1031	23%				
		E.M completo	853	33%	1473	32%				
		Ens. Sup. completo	160	6%	297	7%				
		Não informado	161	6%	509	11%				
160	Escola "C"	Não estudou/ analfabeto	298	12%	466	10%	62%	24,8%	80%	80%
		E.F incompleto	476	19%	772	17%				
		E.F completo	616	24%	1031	23%				
		E.M completo	853	33%	1473	32%				
		Ens. Sup. completo	160	6%	297	7%				
		Não informado	161	6%	509	11%				
72	Escola "D"	Não estudou/ analfabeto	158	7%	77	2%	55%	31,7%	75%	82%
		E.F incompleto	444	18%	753	17%				
		E.F completo	558	23%	843	19%				
		E.M completo	533	22%	804	18%				
		Ens. Sup. completo	37	2%	82	2%				
		Não informado	677	28%	1898	43%				

Continua na página seguinte

Continuação da tabela 10

ÁREA DA ESF	Escola	Maior escolaridade	2016		2019		% P0 2016	% P0 2019	% absenteísmo (2016)	% absenteísmo (2019)
				%		%				
159	Escola "E"	Não estudou/ analfabeto	89	3%	113	2%	50%	20%	100%	92%
		E.F incompleto	187	6%	592	11%				
		E.F completo	239	8%	411	7%				
		E.M completo	564	18%	768	14%				
		Ens. Sup. completo	51	2%	45	1%				
		Não informado	1995	64%	3990	71%				
157	Escola "F"	Não estudou/ analfabeto	114	4%	81	2%	58,6%	26%	87%	87%
		E.F incompleto	352	14%	627	14%				
		E.F completo	366	14%	729	16%				
		E.M completo	602	23%	1336	29%				
		Ens. Sup. completo	80	3%	146	3%				
		Não informado	1058	41%	1600	35%				

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e-SUS (escolaridade do responsável familiar).

Na Tabela 10, é possível notar que no quesito escolaridade do responsável familiar, com exceção da escola “D” (que apresentou um percentual maior de responsáveis familiares com ensino fundamental completo), os responsáveis das escolas apresentam ensino médio completo em ambos os anos do estudo.

No que tange à necessidade de tratamento, a escola “A” apresentou redução de 29,2% em 2019 quando comparado a 2016, a escola “B” reduziu 24,8%, a escola “C” reduziu 37,2%, a escola “D” reduziu 23,3%, a escola “E” reduziu 30% e a escola “F” reduziu 32,6% seus classificados como P0, tendo a escola “C” apresentado a maior redução dos educandos com a pior condição de saúde bucal e responsáveis com ensino médio completo.

O índice de absenteísmo apresentado pelas escolas cujos responsáveis apresentaram ensino médio completo manteve-se igual ou menor em 2019 quando comparado a 2016, e a escola “D”, que apresentou maior proporção de responsáveis com ensino fundamental completo, apresentou aumento de 7% no índice de absenteísmo em 2019 em relação a 2016.

Vale a pena ressaltar que a proporção de dados “não informados” sobre a escolaridade mostrou-se expressiva, principalmente na população da escola “E” (64% e 71% de dados não informados em 2016 e 2019, respectivamente).

Tabela 11. Correlações entre a necessidade de tratamento (P0) e absenteísmo com o grau de escolaridade (ensino médio completo), 2016 e 2019

Escolaridade	Necessidade de tratamento (P0)		Índice de absenteísmo	
	r (2016)	r (2019)	r (2016)	r (2019)
Ensino médio completo	0,308	0,588	-0,508	-0,416

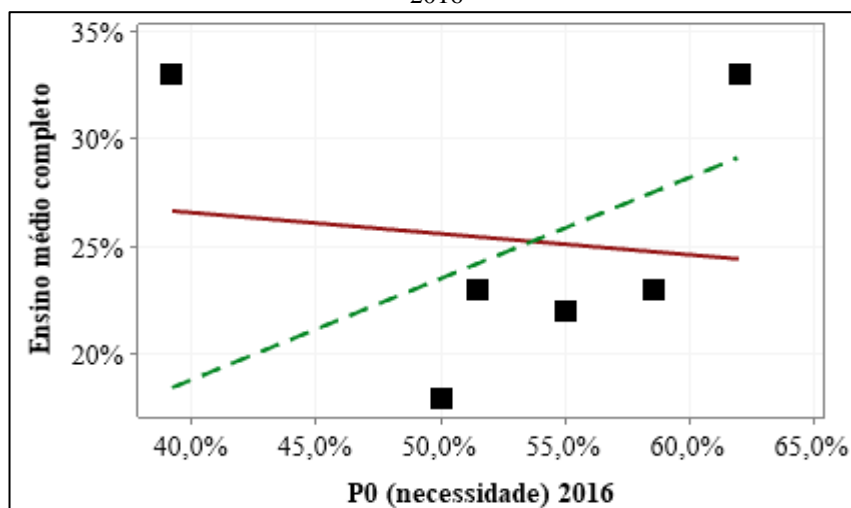
$$r = > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (escolaridade do responsável familiar).

Na Tabela 11, é possível observar as significativas correlações positivas entre a necessidade de tratamento (P0) e a variável de ensino médio completo do responsável familiar nos anos de 2016 e 2019, permitindo inferir que o grau de escolaridade mediano (ensino médio completo) neste estudo também condicionou o grau de severidade dos agravos orais (nesta pesquisa expressada pela classificação P0 como pior condição), e não somente nas famílias com menor escolaridade.

Em relação ao índice de absenteísmo, em ambos os anos de estudo (2016 e 2019) as correlações mostraram-se significativas negativas, ou seja, não houve correlação entre a escolaridade (ensino médio completo) e as ausências em consulta, com $r = -0,508$ em 2016 e $r = -0,416$ em 2019, possibilitando inferir que a escolaridade média possa ter relação com a procura por tratamento odontológico.

Gráfico 7. Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e o grau de escolaridade (ensino médio completo), 2016

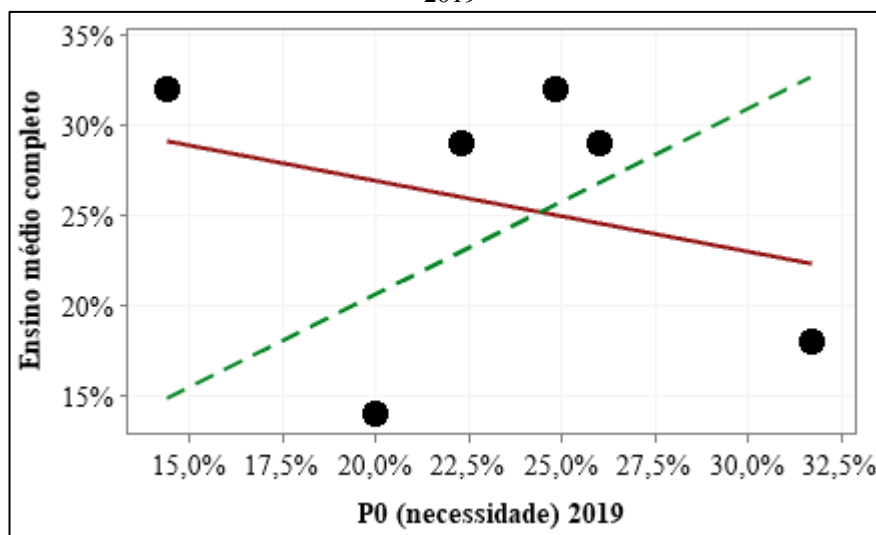


$$r = 0,308 \text{ (IC: } -0,671, 0,986), r = > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (escolaridade: ensino médio completo) 2016.

Ilustrando as informações da Tabela 11, a necessidade de tratamento nos educandos que possuem responsáveis com ensino médio completo no ano de 2016 mostrou-se semelhante à dos demais grupos, não influenciando assim a questão da escolaridade média na melhor condição de saúde bucal (com significativa correlação positiva entre as variáveis, apresentando $r = 0,308$). Essa variável, com os dados dispostos no Gráfico 7 de modo não agrupado, apresenta o ajuste linear da tendência (linha tracejada) crescente e próximo dos dados, o que permite inferir a repetição consistente da tendência nos anos subsequentes.

Gráfico 8. Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e o grau de escolaridade (ensino médio completo), 2019

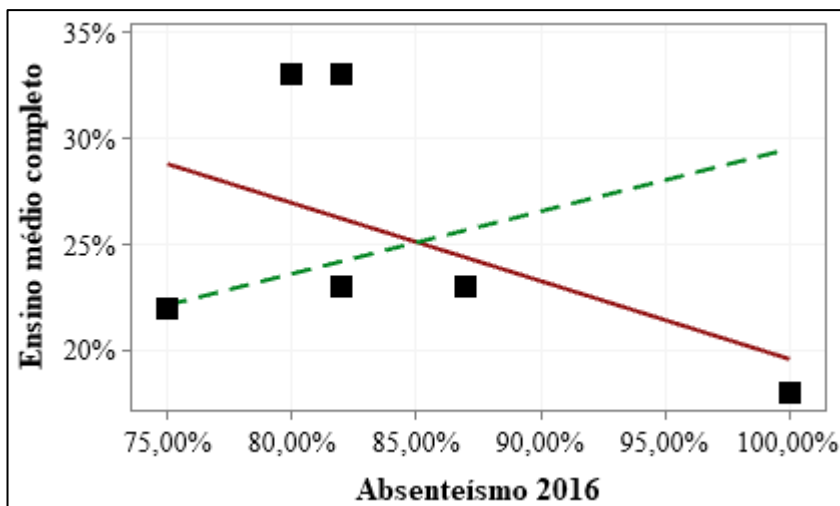


$$r = 0,588 \text{ (IC: } -0,428, 0,947\text{)}, r > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (escolaridade: ensino médio completo) 2019.

No ano de 2019, os dados expressos no Gráfico 8 demonstram o aumento da necessidade de tratamento nos educandos que possuem responsáveis com ensino médio completo, com a significativa correlação positiva entre as variáveis ($r = 0,588$), apresentando o ajuste da tendência (linha tracejada) de modo crescente e aproximando-se dos dados, o que sugere a tendência de repetição do padrão encontrado no ano do estudo nos anos subsequentes.

Gráfico 9. Correlação entre o índice de absenteísmo e escolaridade do responsável familiar (ensino médio completo), 2016.

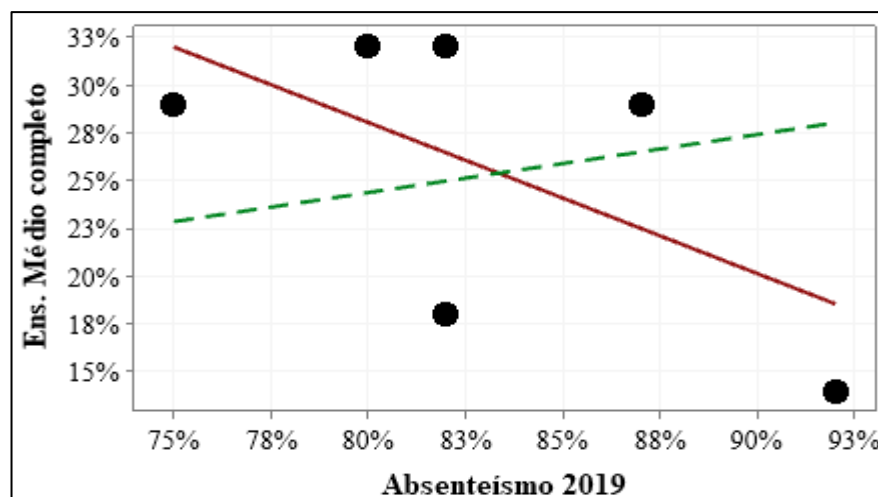


$$r = -0,508 \text{ (IC: } -0,934, 0,517), r = > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (escolaridade: ensino médio completo).

O Gráfico 9 traz o resultado das correlações utilizando as variáveis índice de absenteísmo e escolaridade (ensino médio completo) dos responsáveis familiares da população do território, demonstrando a significativa correlação negativa entre as informações ($r = -0,508$), o que representa na prática as ausências em consultas independentemente dos níveis de escolaridade do responsável familiar, com o ajuste da tendência (linha tracejada) sugerindo a imprecisão sobre se ocorrerá a repetição do padrão nos anos subsequentes.

Gráfico 10. Correlação entre o índice de absentéismo e escolaridade do responsável familiar (ensino médio completo), 2019.



$$r = -0,416 \text{ (IC: } -0,918, 0,597), r = > 0,1$$

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (escolaridade: ensino médio completo).

No Gráfico 10, é possível observar a tendência de declínio do absentéismo em educandos com responsáveis com ensino médio completo no ano de 2019. Assim, a significativa correlação negativa entre as variáveis apresenta um $r = -0,416$, o que significa a discreta procura por atendimento odontológico pelos indivíduos desse grupo analisado, com o ajuste da tendência (linha tracejada) seguindo os dados, sugerindo que o padrão tende a seguir semelhante nos anos subsequentes.

Tabela 12. Descrição da necessidade de tratamento (P0) e das ausências em consulta (absentéismo) e correlações entre o tempo médio de trajeto à pé em minutos (distância geografia UBS- área da unidade escolar), 2016 e 2019

Nome da Escola	Tempo médio de trajeto à pé (em minutos)	% Classificação de risco P0 (2016)	% Classificação de risco P0 (2019)	% Ausências em consulta (2016)	% Ausências em consulta (2019)
Escola "A"	13	51,5%	22,3%	82%	91%
Escola "B"	19	39,2%	14,4%	82%	90%
Escola "C"	9	62%	24,8%	80%	66%
Escola "D"	36	55%	31,7%	75%	73%
Escola "E"	11	50%	20%	100%	80%
Escola "F"	10	58,5%	26%	87%	75%
r de Pearson	-	-0,443	-0,283	-0,568	-0,026
MÉDIA	16	52,7%	23,2%	84%	79%

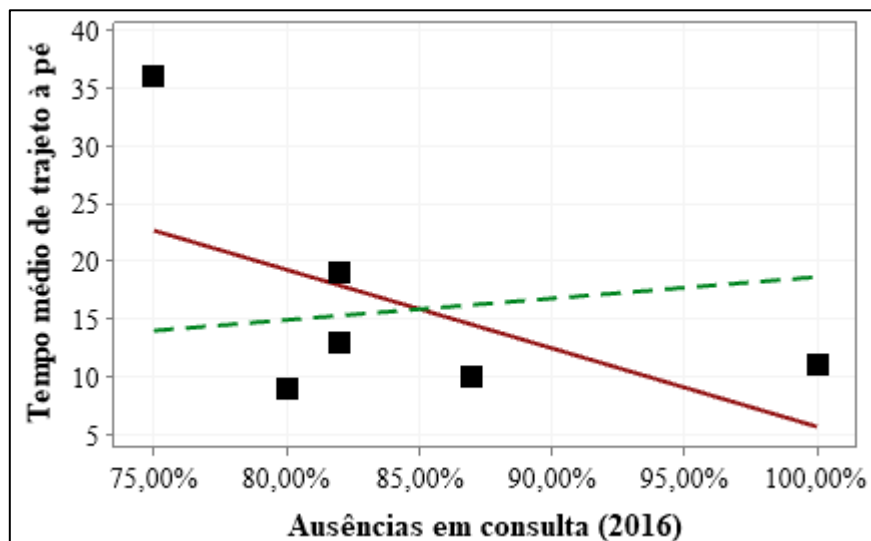
Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE da unidade do estudo, 2016 e 2019 e *Google Maps*®.

Os dados descritos na Tabela 12 mostram as significativas correlações negativas entre o tempo médio de trajeto a pé e a necessidade de tratamento (P0) em 2016 e não significativas e negativas em 2019, assim como a correlação negativa significativa em relação às ausências em consulta (absenteísmo) em 2016 frente à correlação não significativa e negativa no ano de 2019, o que tornou evidente a baixa influência da distância geográfica na procura por assistência odontológica, visto que todas as escolas apresentam índices de absenteísmo acima de 75% em 2016 e acima de 73% em 2019, chegando a 100% de ausências na escola “E” (2016) com tempo de trajeto médio de 11 minutos e 91% de absenteísmo na escola “A” (2019), com todas as correlações negativas conforme consta na tabela, não sendo então a distância geográfica uma barreira de acesso ao serviço.

A escola que apresenta o menor tempo de trajeto a pé em relação à UBS (escola “C”) apresentou uma redução de 14% no índice de absenteísmo em 2019 quando comparado a 2016, o que representou o menor índice do ano entre as escolas. Contudo, as escolas com tempo de trajeto próximos ao da escola “C” (escolas “E” e “F”) apresentaram índices elevados de absenteísmo.

Em relação à necessidade de tratamento, é possível observar em 2019 (quando comparado a 2016) a redução de 29,5% nos educandos classificados como P0. Contudo, nota-se em 2016 a maior necessidade na escola “C”, justamente a escola com menor tempo de trajeto, diferenciando-se em 2019 com a escola “D” representando a maior necessidade de tratamento na escola com maior tempo de trajeto a pé.

Gráfico 11. Correlação entre o tempo de trajeto à pé e ausências em consulta (2016)

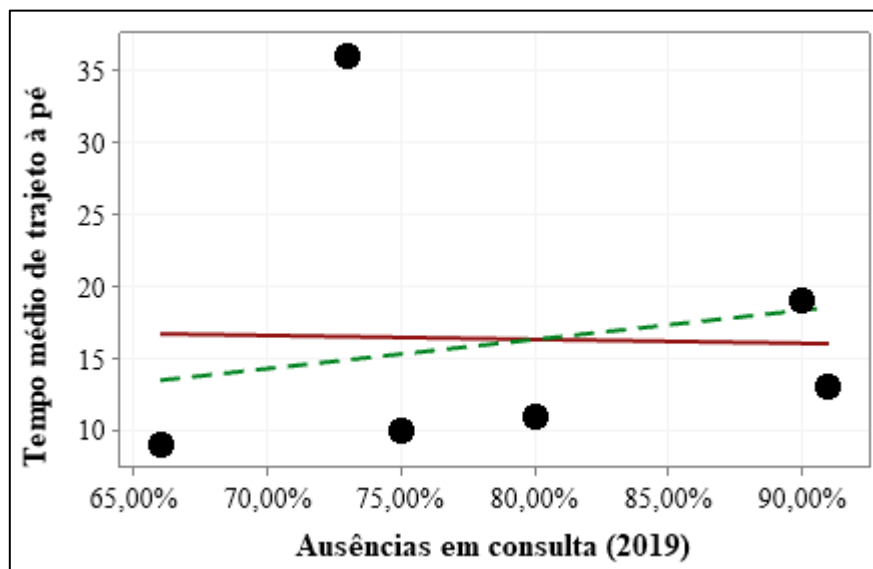


$$r = -0,568 \text{ (IC: } -0,944, 0,452), r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e *Google Maps*® (tempo de trajeto à pé).

Ilustrando as conclusões obtidas na tabela acima, o Gráfico 11 expressa a significativa correlação negativa entre as ausências em consulta (absenteísmo) e o tempo de trajeto a pé no ano de 2016 ($r = -0,568$), com dados das escolas com menor tempo de trajeto a pé apresentando os maiores índices de absenteísmo, com o ajuste da tendência (linha tracejada) afastando-se dos dados, o que significa a imprecisão da repetição do padrão encontrado no período do estudo para anos subsequentes.

Gráfico 12. Correlação entre o tempo de trajeto à pé e ausências em consulta (2019)



$$r = -0,026 \text{ (IC: } -0,820, 0,802), r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e *Google Maps*® (tempo de trajeto à pé).

No Gráfico 12, é possível observar a tendência das ausências em consulta nas escolas com menor tempo de trajeto a pé em 2019, fato demonstrado pela desprezível (não significativa) correlação negativa entre o tempo de trajeto e o índice de absenteísmo ($r = -0,026$), ou seja, as escolas com maior ou menor tempo de deslocamento até a UBS apresentam altos índices de absenteísmo.

Tabela 13. Média da distribuição dos dados referidos sobre a situação de emprego no mercado de trabalho por área da ESF, 2016 e 2019

Escola	Situação de emprego no mercado de trabalho	2016		2019		% Classificação de risco P0 (2016)	% Classificação de risco P0 (2019)	% absenteísmo (2016)	% absenteísmo (2019)
			%		%				
Escola "A"	Assalariado/ servidor público/ aposentado e pensionista	458	18%	970	21%	51,50%	22,30%	82%	75%
	Autônomo	111	4%	212	5%				
	Desempregado	71	3%	211	5%				
	Não trabalha	322	13%	749	16%				
	Outro vínculo	49	2%	100	2%				
	Ignorado	1561	61%	2392	52%				
Escola "B"	Assalariado/ servidor público/ aposentado e pensionista	766	30%	1340	29%	39,20%	14,40%	82%	82%
	Autônomo	214	8%	433	9%				
	Desempregado	171	7%	316	7%				
	Não trabalha	747	29%	1261	28%				
	Outro vínculo	158	6%	249	5%				
	Ignorado	508	20%	958	21%				
Escola "C"	Assalariado/ servidor público/ aposentado e pensionista	766	30%	1340	29%	62%	24,80%	80%	80%
	Autônomo	214	8%	433	9%				
	Desempregado	171	7%	316	7%				
	Não trabalha	747	29%	1261	28%				
	Outro vínculo	158	6%	249	5%				
	Ignorado	508	20%	958	21%				
Escola "D"	Assalariado/ servidor público/ aposentado e pensionista	610	25%	900	20%	55%	31,70%	75%	82%
	Autônomo	98	4%	150	3%				
	Desempregado	125	5%	206	5%				
	Não trabalha	769	32%	1104	25%				
	Outro vínculo	34	1%	122	3%				
	Ignorado	771	32%	1972	44%				

Continuação da tabela 13

Escola	Situação de emprego no mercado de trabalho	2016		2019		% Classificação de risco P0 (2016)	% Classificação de risco P0 (2019)	% absentismo (2016)	% absentismo (2019)
			%		%				
Escola "E"	Assalariado/servidor público/aposentado e pensionista	210	7%	266	5%	50%	20%	100%	92%
	Autônomo	47	2%	35	1%				
	Desempregado	36	1%	22	0%				
	Não trabalha	161	5%	151	3%				
	Outro vínculo	12	0%	89	2%				
	Ignorado	2659	85%	5060	90%				
Escola "F"	Assalariado/servidor público/aposentado e pensionista	458	18%	970	21%	58,50%	26%	87%	87%
	Autônomo	111	4%	212	5%				
	Desempregado	71	3%	211	5%				
	Não trabalha	322	13%	749	16%				
	Outro vínculo	49	2%	100	2%				
	Ignorado	1561	61%	2392	52%				

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (situação de emprego no mercado de trabalho), 2016 e 2019.

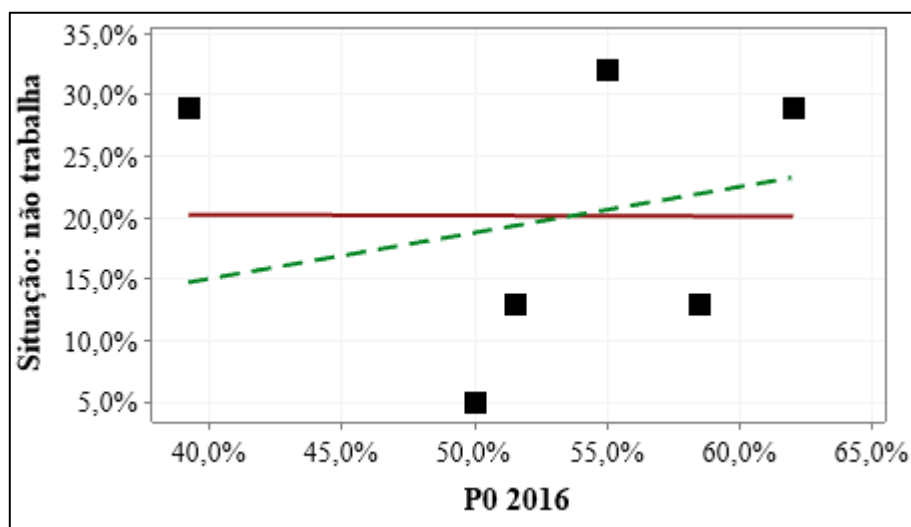
Os dados referentes à situação de emprego no mercado de trabalho do responsável familiar disponíveis na Tabela 13 demonstram uma não uniformidade no preenchimento da informação no momento do cadastro, o que fica evidente na expressiva quantidade de ignorados no que tange à situação de emprego do responsável, principalmente na área que pertence à escola "E". Contudo, de acordo com os dados obtidos, 83,3% das escolas apresentam responsáveis assalariados/servidores públicos/aposentados, ou seja, trabalham fora de casa e possuem vínculos formais de trabalho.

A escola "D" foi a única área na qual a maioria disponível encontrava-se na situação "não trabalha" (32% e 25% em 2016 e 2019, respectivamente) e a que apresentou maior necessidade de tratamento (P0) em 2019, com 31,7%. Em 2016, as escolas que apresentaram proporções elevadas de responsáveis assalariados possuem necessidades de tratamento que variam entre

39,2% e 62%.

Em relação ao índice de absenteísmo, as escolas que apresentaram as menores taxas são aquelas em que os responsáveis são assalariados, ou seja, pais que geralmente trabalham fora de casa. A escola “D” (com a maior proporção de responsáveis que não trabalham) apresentou o menor índice de absenteísmo em 2016. Entretanto, o resultado não foi o mesmo em 2019, tendo a escola “A” apresentado o menor índice de ausências.

Gráfico 13. Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e a situação de emprego “não trabalha”, 2016

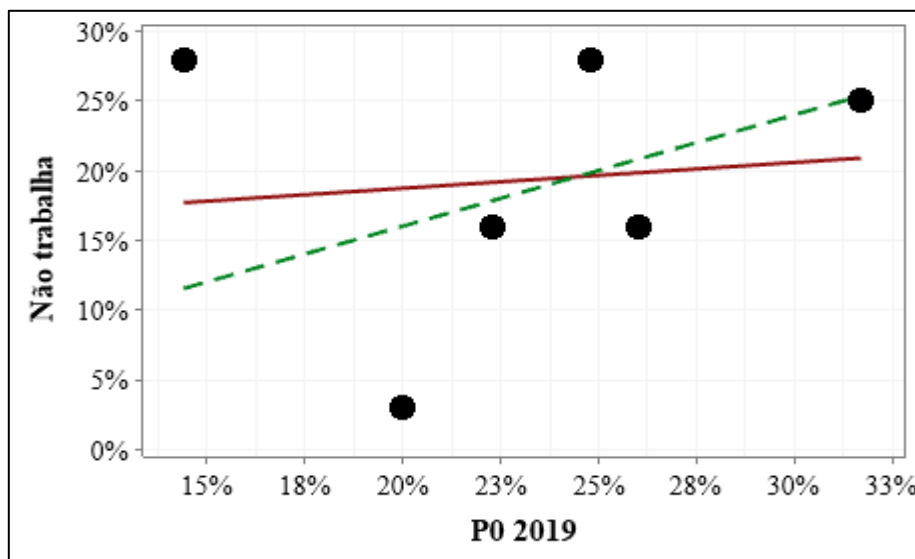


$$r = -0,004 \text{ (IC: } -0,813, 0,810), r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (situação de emprego no mercado de trabalho).

No Gráfico 13, é possível verificar que os dados estão dispersos, o que significa a desprezível e não significativa correlação negativa entre as variáveis “necessidade de tratamento P0” e o quesito situação de emprego “não trabalha” do responsável familiar, apresentando $r = -0,004$ em 2016, demonstrando que nessa situação analisada o fato de o responsável familiar não trabalhar formalmente não representou impacto significativo no agravamento da situação de saúde bucal dos educandos. Contudo, o ajuste da tendência mostra uma previsão imprecisa da tendência de aumento.

Gráfico 14. Correlação entre a necessidade de tratamento (P0) e a situação de emprego “não trabalha”, 2019

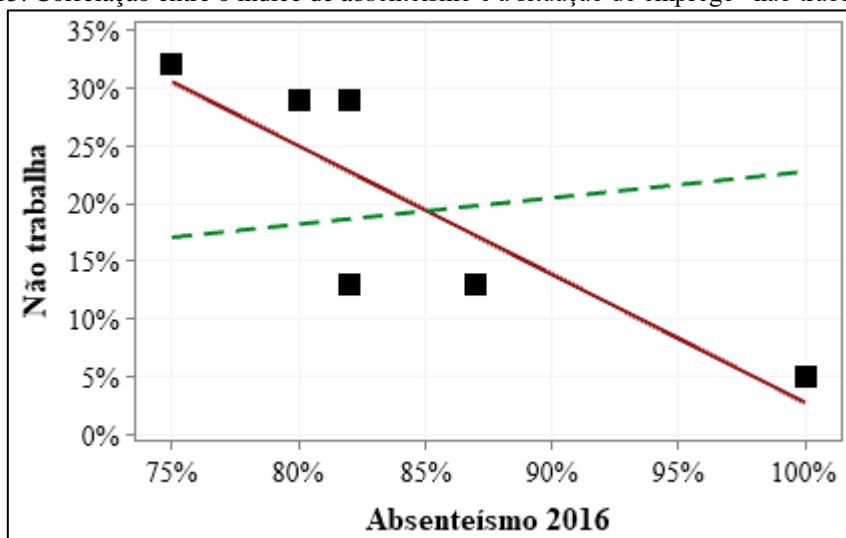


$$r = 0,112 \text{ (IC: } -0,705, 0,882\text{), } r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (situação de emprego no mercado de trabalho).

No Gráfico 14, diferentemente do encontrado no ano de 2016 (Gráfico 13), no ano de 2019 houve uma inversão na polarização da correlação das variáveis situação de emprego “não trabalha” e necessidade de tratamento P0. Contudo, ainda não significativa, com um $r = 0,112$, a análise demonstra uma fraca correlação positiva dos educandos classificados como P0, e a situação de emprego “não trabalha” representou discreto impacto na situação de saúde bucal, devendo o fato ser futuramente investigado, pois o ajuste linear da tendência demonstrou uma aproximação dos dados, sugerindo que a ocorrência da condição analisada persista com o tempo.

Gráfico 15. Correlação entre o índice de absenteísmo e a situação de emprego “não trabalha”, 2016

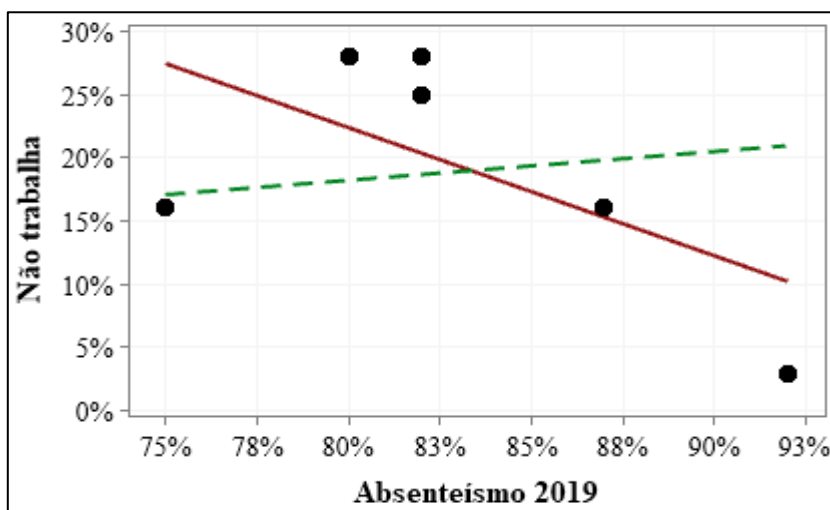


$$r = -0,849 \text{ (IC: } -0,983, -0,122), r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e-SUS (situação de emprego: não trabalha).

No Gráfico 15, a forte e significativa correlação negativa ($r = -0,849$) em 2016 demonstra a baixa influência da situação de emprego “não trabalha” sobre o índice de absenteísmo, o que significa – neste estudo – a ausência em consulta entre educandos cujas famílias o responsável familiar não possui emprego formal, sugerindo a tendência de que quanto menor a proporção de responsáveis que não trabalham, menor será o índice de absenteísmo, podendo, de acordo com o ajuste linear executado, não persistir o padrão encontrado no período do estudo nos anos subsequentes.

Gráfico 16. Correlação entre o índice de absenteísmo e a situação de emprego “não trabalha”, 2019



$$r = -0,136 \text{ (IC: } -0,853, 0,759), r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e-SUS (situação de emprego: não trabalha).

No Gráfico 16, é possível observar a desprezível e não significativa correlação negativa com tendência decrescente entre o absenteísmo e a situação de emprego “não trabalha” no ano de 2019, com os dados agrupados em torno de 80% a 83% e reduzindo com o aumento do índice, apresentando uma linha de ajuste seguindo um padrão impreciso, ou seja, afastando-se dos dados e sugerindo que a situação encontrada pode não persistir com o decorrer do tempo.

Tabela 14. Descrição da posse de plano privado de saúde, necessidade de tratamento (classificação P0) e índice de absenteísmo por escola, 2016 e 2019

Área/ Escola	Possui plano de saúde?	% 2016	% 2019	% Classificação de risco P0 (2016)	% Classificação de risco P0 (2019)	% absenteísmo (2016)	% absenteísmo (2019)
Área 157/ Escola "A"	Sim	12%	13%	51,50%	22,30%	82%	91%
	Não	32%	61%				
	Ignorado	56%	27%				
Área 160/ Escola "B"	Sim	22%	20%	39,20%	14,40%	82%	90%
	Não	59%	60%				
	Ignorado	19%	20%				
Área 160/ Escola "C"	Sim	22%	20%	62%	24,80%	80%	66%
	Não	59%	60%				
	Ignorado	19%	20%				
Área 072/ Escola "D"	Sim	4%	5%	55%	31,70%	75%	73%
	Não	38%	37%				
	Ignorado	58%	58%				
Área 159/ Escola "E"	Sim	2%	1%	50%	20%	100%	80%
	Não	22%	10%				
	Ignorado	76%	88%				
Área 157/ Escola "F"	Sim	12%	13%	58,50%	26%	87%	75%
	Não	32%	61%				
	Ignorado	56%	27%				

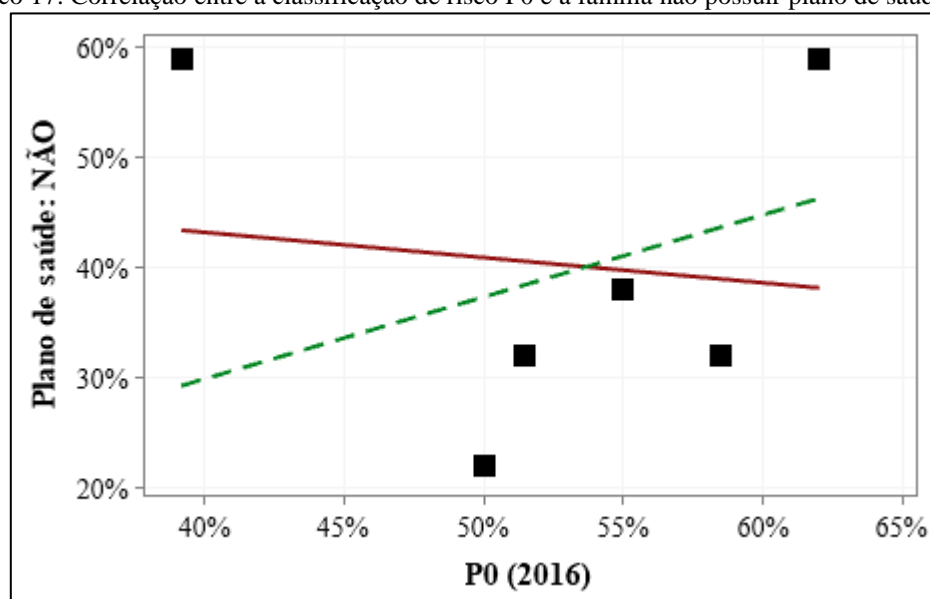
Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (Não possui plano de saúde).

A Tabela 14 expressa os dados referentes à posse de plano de saúde pela família nos anos de 2016 e 2019. Com uma média em 2016 de 12,33% e de 12% em 2019 da população que possui plano privado de saúde, é possível observar o perfil SUS-dependente da população, sugerido pelo índice de necessidade de tratamento P0 de 52,7% em 2016 e 23,2% em 2019.

A escola “D”, mais distante da unidade básica de saúde do estudo e com a maior proporção de responsáveis com ensino fundamental completo, apresenta a menor proporção de famílias que possuem planos privados de saúde registrados no sistema. Contudo, a alta frequência de dados ignorados dessa variável (58% em ambos os anos) torna a análise não conclusiva para a área 072.

As escolas que apresentaram as maiores proporções de famílias que não possuem plano privado de saúde apresentam média de 52,7% de educandos classificados como P0 em 2016 e 23,2% em 2019, assim como as mesmas famílias que não possuem plano privado de saúde apresentam média de 84,3% de absenteísmo em 2016 e 79,16% em 2019.

Gráfico 17. Correlação entre a classificação de risco P0 e a família não possuir plano de saúde, 2016

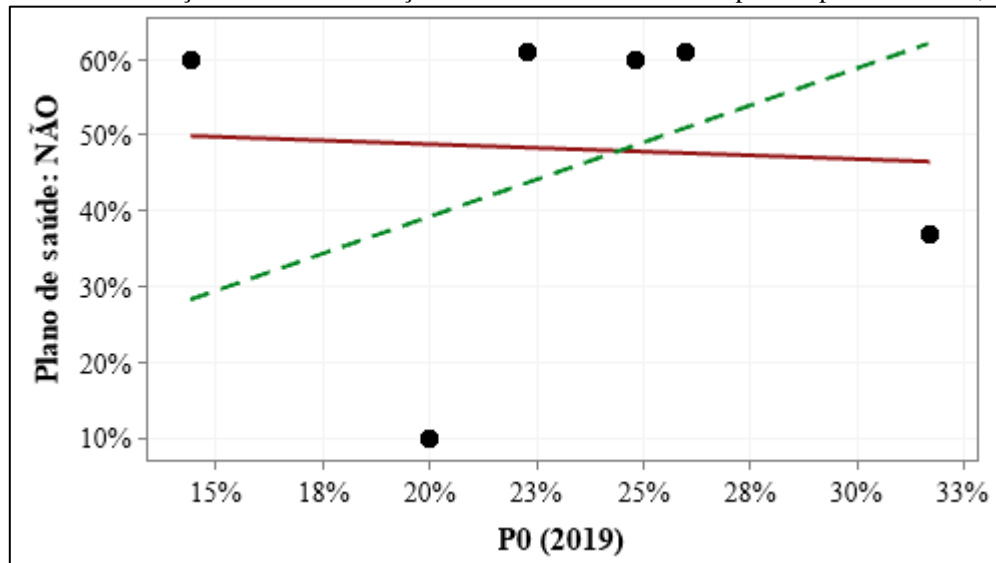


$$r = -0,119 \text{ (IC: } -0,849, 0,767), r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (Não possui plano de saúde).

O Gráfico 17 expressa a fraca e não significativa correlação negativa entre a necessidade de tratamento P0 e as famílias que não possuem plano privado de saúde, resultado de uma população com o SUS como principal recurso para acesso à saúde, e possivelmente com a situação de saúde bucal agravada, também, por não possuírem planos privados de saúde, com uma tendência decrescente nos casos P0 em indivíduos que não possuem planos de saúde, com previsões de tendência imprecisas (ajuste linear afastando-se dos dados), podendo não persistir no futuro.

Gráfico 18. Correlação entre a classificação de risco P0 e a família não possuir plano de saúde, 2019



$$r = 0,822 \text{ (IC: } 0,030, 0,980) \text{ } r > 0,1$$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (Não possui plano de saúde).

O Gráfico 18 traz dados da forte e significativa correlação positiva entre a necessidade de tratamento P0 e a família não possuir plano privado de saúde no ano de 2019; as famílias que não possuem plano apresentam uma tendência discretamente descendente e precisa sobre a necessidade de tratamento P0 (pior condição de saúde bucal), podendo persistir no futuro, com o ajuste linear (linha tracejada) sugerindo a repetição do padrão encontrado nos anos do estudo em anos subsequentes.

Tabela 15. Correlações entre o índice de absenteísmo e a família não possuir plano de saúde, 2016 e 2019

Plano de saúde	Índice de absenteísmo	
	r (2016)	r (2019)
Não possui plano privado de saúde	-0,595	-0,702

$r > 0,1$

Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (Não possui plano privado de saúde).

Correlacionando as variáveis “possui plano de saúde: não” e o índice de absenteísmo, é possível inferir que em ambos os anos do estudo (2016 e 2019) as correlações foram significativas e negativas, ou seja, não houve relação entre as ausências em consulta e o fato de a

família não possuir plano de saúde privado, sendo possível inclusive observar o aumento negativo da correlação no ano de 2019.

4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com os dados obtidos e descritos acima, é possível observar que a população, em sua maioria, possui o SUS como principal recurso de acesso à saúde. A procura pela assistência odontológica nessa faixa etária supracitada é facilitada principalmente pelas ações realizadas em âmbito escolar.

Após a avaliação da condição bucal, o educando recebe uma classificação de risco que auxilia na organização das prioridades de agendamento; contudo, não é possível afirmar que as características observadas neste estudo representam a população do território local em sua totalidade, visto que os levantamentos são realizados apenas nas escolas públicas do território.

As ações do PSE não englobam escolas particulares, assim como não são considerados os educandos que residem no território da unidade e estudam em outras escolas públicas pertencentes a outras áreas do município, caracterizando então o recorte territorial dessa população entre 0 e 12 anos.

O mesmo pode ser dito dos indicadores socioeconômicos: os dados obtidos do território não representam a realidade absoluta do município, descrevendo apenas a realidade local da população da unidade do estudo.

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 de a procura acontecer apenas em situações de dor ou outras condições odontológicas evitáveis.

Com uma média de 23,36%, a população que compreende crianças e adolescentes representa quase $\frac{1}{4}$ da população geral da unidade do estudo (UBS), fato esse que deve ser considerado no planejamento gerencial das ações em saúde bucal no território. As ações escolares favorecem o acesso aos serviços e oferecem dados quantitativos que subsidiam o planejamento das intervenções individuais e coletivas por parte das equipes de saúde bucal e dos gestores dos

serviços envolvidos, concordando com o estudo realizado por (Ferreira et al., 2014).

Neste estudo a classificação de risco P0 foi escolhida para as correlações por representar a pior condição de saúde bucal entre os examinados, caracterizado por cárie ativa com sintomatologia dolorosa, comprometimento pulpar e necessidade de tratamentos mais radicais, invasivos e que exigem períodos prolongados de tratamento individual, além do uso de tecnologias duras, maior utilização de materiais e recursos odontológicos.

Com isso, a necessidade de encaminhamento para atendimento especializado (nos casos dos comprometimentos pulpares, que exigem tratamentos endodônticos, por exemplo) é uma constante vivenciada entre os indivíduos classificados como P0, gerando maiores custos financeiros ao sistema público de saúde e represando as filas de espera na atenção especializada, além da evidência da falha na assistência voltada para a prevenção dos agravos e da continuidade do cuidado em saúde bucal na atenção básica.

A classificação de risco descrita na Tabela 1 demonstra uma mudança nos padrões no ano de 2019 em relação a 2016 (redução da classificação P0 e aumento da classificação P1), o que significa o aumento da prevalência de cáries ativas sem sintomatologia dolorosa na população do estudo e redução nas situações de dor/abscesso ou outras condições que necessitam brevidade no atendimento com atendimentos de urgência. Contudo, nesse resultado essa mudança não representa melhorias na situação de saúde bucal dos sujeitos da pesquisa.

No estudo realizado por Antunes et al., (2006), os autores afirmam a alta prevalência da necessidade de tratamento em crianças de 5 anos por todo o Brasil (54%); estudo semelhante realizado por Massoni et al., (2009) demonstra o alto índice de necessidade de tratamento em crianças de 5 a 12 anos (62,7% dos examinados), especificamente os tratamentos restauradores (30,7%), assim como evidenciado na pesquisa de Souza et al., (2012), que descrevem os altos índices de necessidade de tratamento em crianças menores de 6 anos (74,2%) e 86,2% em crianças maiores de 7 anos, com resultado semelhante encontrado nesta pesquisa, na qual todas as escolas do estudo apresentaram alto índice de necessidade de tratamento.

No Gráfico 1, nota-se que houve fraca (não significativa) correlação positiva entre o índice de comparecimento e a classificação de risco no ano de 2016, o que significaria discreta redução nas ausências em consulta. Contudo, o índice de absenteísmo no ano de 2016 foi 5% maior que em 2019.

A Tabela 2 demonstra os dados do total de encaminhados para consulta, índice de

comparecimento e de absenteísmo nos anos de 2016 e 2019, e as informações descritas mostram o aumento da necessidade de tratamento em 2019 e a redução das ausências, sugerindo o agravamento progressivo da situação de saúde bucal dos educandos do território, mas ao mesmo tempo o discreto aumento da procura por tratamento na unidade básica.

Os índices de comparecimento ficaram muito abaixo do esperado (igual ou maior a 90%) e destacando a preocupação com o planejamento gerencial realizado para a organização da agenda clínica dos profissionais da unidade com o intuito de acolher todos os encaminhados, gerando um déficit assistencial e prejuízos na saúde bucal dos educandos pelo baixo interesse na procura ou indisponibilidade de tempo dos responsáveis pela procura do serviço.

Com uma distribuição racial bem variada, o território da unidade básica apresenta uma maior população de indivíduos da raça negra (pardos e pretos), que somam um total de 40% da população. No presente estudo, a variável racial (cor preta) foi escolhida para as correlações, pois de acordo com os dados das Tabelas 3 e 4, essa população representa a maior proporção de indivíduos cadastrados na unidade básica do estudo.

A Tabela 5 traz à tona a necessidade de tratamento com correlação significativa e positiva nos indivíduos da raça/cor preta em 2016 e correlação não significativa e positiva em 2019 quando em comparação às demais raças, assim como a Tabela 6 demonstra uma maior (e discreta) prevalência da classificação P0 em indivíduos da cor preta quando comparada com indivíduos da cor branca, permitindo inferir que neste estudo exista uma maior necessidade de tratamento nos indivíduos da raça/cor preta.

Esse resultado também foi descrito na pesquisa realizada por Guiotoku et al., (2012). Os autores encontraram piores condições de saúde bucal em indivíduos da raça negra (pretos e pardos) quando comparados com indivíduos da raça branca, algo evidenciado por questões socioeconômicas que se apresentam desiguais na sociedade (renda, desenvolvimento e acesso aos serviços) entre as raças e modulam as vulnerabilidades na saúde bucal, conforme é possível ser observado nas Tabelas 7 e 8.

Em relação ao índice de absenteísmo e o quesito raça/cor, os dados demonstraram uma distribuição irregular entre as variáveis em ambos os anos (conforme Tabela 9), permitindo assim observar que a questão das ausências em consulta não pode ser atribuída a um grupo específico. Contudo, tendem a ocorrer com menor frequência nos indivíduos da raça/cor preta, pois em ambos os anos do estudo as correlações foram significativas e negativas, o que sugere a provável

(maior) procura por tratamento pelos indivíduos da raça/ cor preta.

Nos estudos de Garbin et al., (2016), Almeida, (2014) e Alcântara et al., (2011), os autores associaram maior renda e maior escolaridade com melhores condições de saúde bucal e menor índice de dentes perdidos. Contudo, a experiência com cárie ainda é algo prevalente mesmo nas famílias com maiores condições econômicas, o que sugere a importância das ações preventivas em saúde bucal em todas as populações, independentemente do perfil epidemiológico encontrado.

Com os dados descritos na Tabela 10, assim como na Tabela 11 e Gráficos 7 a 10, foi possível inferir sobre a necessidade da sensibilização e conscientização dos responsáveis em relação à saúde bucal das crianças e adolescentes, pois as correlações realizadas mostraram-se fracas (mas positivas) nos quesitos necessidade de tratamento P0 e ensino médio completo em 2016 e houve moderada correlação positiva em 2019, com 83,3% das escolas apresentando responsáveis familiares com escolaridade média.

A escolaridade influencia diretamente nos cuidados em saúde, sugerindo que quanto maior a instrução educacional e a orientação sobre práticas de higiene e saúde, melhor são os indicadores de saúde. Sendo assim, os resultados obtidos nesta pesquisa foram parcialmente semelhantes ao estudo de Alcântara et al., (2011), que associaram a experiência de cárie em pré-escolares com o quesito renda e escolaridade.

Nesta pesquisa, não foi possível obter os dados referentes à renda média das famílias cadastradas na unidade básica do estudo, pois as informações não estavam disponíveis, impossibilitando realizar comparações com estudos semelhantes encontrados nas pesquisas sobre a área.

No estudo de Garbin et al., (2016), a escolaridade do responsável também foi associada com o conhecimento sobre a saúde bucal, constatando que quanto maior a escolaridade do responsável, melhor é a saúde bucal das crianças, o que não foi observado nesta pesquisa, pois de acordo com a Tabela 11 é possível observar as correlações positivas: fraca em 2016 e moderada em 2019.

Os resultados obtidos neste estudo indicam a alta demanda requerida por tratamento em todas as escolas, sugerindo assim diversas prováveis razões para o fato: a falta de disponibilidade de tempo dos responsáveis para procurar tratamentos preventivos, a baixa preocupação ou interesse com a saúde bucal dos educandos ou outras causas não identificadas.

Como 83,3% das escolas apresentaram responsáveis com ensino médio completo, esses dados divergem da pesquisa realizada por Silva & Senna, (2013), na qual os autores descrevem a relevância da escolaridade nos indicadores de saúde, pois melhores níveis de instrução possibilitam obter melhores empregos/ocupações e conseqüentemente melhor renda e acesso aos serviços e o estabelecimento de hábitos saudáveis pelo acúmulo de conhecimentos provenientes da escolaridade.

Podemos inferir que nesta pesquisa o quesito localização geográfica não foi predominante para influenciar o absenteísmo, pois ambas as situações (maior ou menor distância da área da escola (e conseqüentemente da residência dos educandos) em relação à unidade básica, conforme descrito na Tabela 12) apresentaram resultados semelhantes (observados nos Gráficos 11 e 12: a significativa correlação negativa do tempo médio de deslocamento até a UBS com o absenteísmo em 2016 e a correlação negativa e não significativa em 2019).

O resultado supracitado diferencia-se, por exemplo, dos estudos realizados por Cunha & Vieira-da-Silva, (2010), Júnior et al., (2010) e Viegas et al., (2015), que citam em suas pesquisas obstáculos na marcação de consultas, diferentemente do encontrado nesta pesquisa em relação ao agendamento para tratamento odontológico das crianças e adolescentes, que é realizado mediante avaliações prévias em ambiente escolar, garantindo a vaga ao educando e evitando a permanência do responsável em filas de espera na unidade, favorecendo o acesso aos serviços.

No trabalho realizado por Giovanella et al., (2012), a distância geográfica existente entre os serviços e os usuários cria barreiras impostas pelo espaço para o deslocamento dos indivíduos às unidades de saúde, sendo diretamente proporcional à utilização dos serviços, ou seja: quanto maior o deslocamento necessário para acessar a unidade prestadora do serviço, menor a sua utilização (alto índice de ausências).

As possíveis barreiras geográficas também não se relacionaram com a baixa procura por tratamento, pois ambas as áreas da ESF às quais as escolas pertencem (que apresentaram distâncias médias a pé que variam entre 9 e 36 minutos) apresentaram índices consideráveis de absenteísmo, não concordando na prática com o conceito de barreira geográfica citado no estudo de Assis & Jesus, (2012) sobre acesso aos serviços, citando que as barreiras geográficas ainda enfrentam diferenças significativas nos estados e municípios do país, caracterizando o acesso aos serviços como “seletivo, focalizado e excludente”, com evolução positiva dessas características após a criação do SUS.

A análise da questão sobre a situação de emprego do responsável familiar também possibilitou concluir que neste estudo o fato de o responsável em 83,3% das escolas possuir vínculo formal de trabalho/assalariado pode ter influenciado as causas da necessidade de tratamento, conforme consta na Tabela 13 e Gráficos 13 a 16, pois as causas da provável indisponibilidade de tempo (gerada pelos vínculos laborais) para a procura dos serviços é uma questão a ser analisada, considerada e futuramente explorada em estudos específicos sobre o assunto.

No estudo realizado por Gabardo et al., (2013), os aspectos econômicos/renda, sociais, demográficos e psicossociais foram associados com o impacto direto na saúde bucal (autorreferido) e na qualidade de vida dos indivíduos.

Foi possível observar que a escola “D”, que apresenta a maior proporção de famílias com a situação “não trabalha” do responsável familiar, apresentou o menor índice de absenteísmo em 2016 entre as demais escolas, ainda que tenha sido um índice alto (75%).

Com uma média predominante de famílias que não possuem plano de saúde, conforme descrito na Tabela 14, é possível sugerir que a população do estudo é essencialmente usuária do SUS, ou seja, possui como principal referência de assistência à saúde os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, seja ele municipal, seja estadual.

No estudo realizado por Silva et al., (2011), os autores citam que os atendimentos odontológicos privados ainda são predominantes no país, com a assistência odontológica no SUS representando a menor proporção dos atendimentos (em torno de apenas 30% dos atendimentos) em relação às demais áreas profissionais, segundo dados obtidos nas PNADs realizadas em 2003 e 2008.

Os dados citados acima também podem possivelmente justificar o alto índice de absenteísmo encontrado na população do território do estudo: a baixa procura pelo tratamento na unidade de saúde pela possível procura de serviços privados de saúde. Contudo, não é possível afirmar esse fato, pois os resultados obtidos nas correlações entre a necessidade de tratamento (P0) e a família não possuir plano privado de saúde podem não possibilitar que sejam realizadas inferências sobre a realidade local, visto que os dados disponíveis são inespecíficos em relação à modalidade do plano (se médico, odontológico ou ambos).

Pilotto & Celeste, (2018) citaram em seu estudo que nos últimos 15 anos houve um aumento da posse de planos privados de saúde pelos brasileiros; contudo, o SUS em um dos seus

princípios (universalidade) permite a utilização dos serviços por todos os cidadãos, ou seja, usuários que possuem planos privados de saúde podem fazer valer o seu direito de uso do SUS, duplicando o acesso à saúde (transitando entre serviços privados e públicos), aumentando assim as desigualdades de acesso em comparação a indivíduos que não possuem plano privado de saúde e utilizam exclusivamente o SUS como recurso assistencial. Na assistência odontológica pública, as autoras apresentaram médias de atendimento no SUS em torno de 41,4%.

O absenteísmo nos serviços também foi descrito no estudo de Oleskovicz et al., (2014), que afirmam o problema crônico vivenciado pela grande maioria dos serviços em todas as regiões do país, em diversos perfis de atendimento e/ou níveis de atenção, ultrapassando os 25% de ausências dos usuários.

Farias et al., (2019) citam em seu estudo o alto índice de absenteísmo nos serviços públicos de saúde do Espírito Santo (ES), alcançando médias de 38,6% nas ausências dos usuários, gerando consequências deletérias para o sistema, tais como o aumento do tempo de espera e da demanda reprimida.

O fato supracitado torna-se preocupante, pois o índice de absenteísmo encontrado neste estudo nos anos de 2016 e 2019 foi de 84% e 79%, respectivamente, ou seja, mais da metade da população convocada não compareceu para tratamento, evidenciando mais uma vez a provável indisponibilidade de tempo, falta da responsabilização, baixa aceitabilidade ou outras razões não especificadas pela baixa procura por atendimento odontológico e consequente falha na redução da prevalência de cárie por desinteresse da população em realizar o tratamento odontológico.

Gonçalves et al., (2015), em sua pesquisa, exploram o absenteísmo como uma questão a ser enfrentada pelos atores envolvidos, e trazem reflexões sobre as principais prováveis causas para a prática: horário de trabalho do usuário incompatível com o serviço, não valorização da saúde bucal pela população, medo do tratamento odontológico, desinteresse pela própria saúde, ausência do usuário para conclusão do tratamento após o alívio da dor (demanda espontânea), esquecimento do dia e horário das consultas.

Por tratar-se de um estudo ecológico, nesta pesquisa não foi possível verificar ou tampouco compreender as causas específicas do absenteísmo, visto que para isso fazem-se necessários estudos exploratórios de base populacional, objetivando-se a evidenciação das principais causas da população local.

A procura por atendimento geralmente ocorre apenas quando há a presença de dor ou agravamento da situação (situações de emergência odontológica e/ou demanda espontânea), atitude essa que pode causar diversos prejuízos à saúde bucal, pois conforme citado no estudo de Bulgareli et al., (2018), as más condições (principalmente as causadoras de dor e sofrimento) de saúde bucal impactam diretamente na vida dos indivíduos em muitos aspectos, tais como as atividades diárias, sociais e psicológicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Foi possível observar por meio desta pesquisa que a necessidade de tratamento aumentou 6% no ano de 2019 quando comparado a 2016. Contudo, especificamente a classificação P0 apresentou redução de 5,8% no ano de 2019 em relação ao ano de 2016, com maior prevalência nos indivíduos da raça/cor preta; a escolaridade dos responsáveis apresentou ensino médio completo em 83,3% das escolas do território.

A localização geográfica apresentou significativa correlação negativa em relação à classificação de risco P0 em ambos os anos, pois a distribuição dos dados foi semelhante entre todas as escolas, independentemente da distância geográfica, seguindo o mesmo padrão a questão da situação de emprego no mercado de trabalho, com cinco das seis escolas apresentando os responsáveis pelos educandos com emprego formal/assalariado como maior proporção entre a população.

A população do estudo apresenta um padrão predominante de usuários do SUS como principal recurso de assistência à saúde, com apenas 12,33% e 12% de indivíduos usuários de planos privados de saúde em 2016 e 2019, respectivamente, configurando assim a necessidade do planejamento assistencial para absorver a demanda requerida pela população, que apresentou 52,7% (2016) e 23,2% (2019) de classificados como P0.

O absenteísmo apresentou redução de 5% em 2019 quando comparado a 2016, mantendo o alto índice de ocorrência no período do estudo, 84% (2016) e 79% (2019), com uma tendência de maior procura por atendimento (menor absenteísmo) nos classificados como P0 em ambos os anos. Entretanto, por meio da correlação entre as variáveis foi possível inferir a distribuição desigual das ausências em consulta entre todas as raças analisadas, tendendo a ser maior nos indivíduos das raças/cores parda e preta.

A escolaridade do responsável familiar não influenciou diretamente na redução do absenteísmo, pois com exceção da escola “D”, as escolas apresentaram uma maior proporção de indivíduos com ensino médio completo, expressada pelas significativas correlações negativas obtidas no estudo.

A localização geográfica também não apresentou resultados significativos no que tange à menor ocorrência das ausências dos indivíduos que residem nas áreas mais próximas à unidade de saúde, pois os índices de absenteísmo mostraram um total de 84% (2016) e 79% (2019) e

correlações negativas significativas em 2019 quando comparadas com o tempo de trajeto a pé até a unidade em 2016, ou seja, em ambas as situações (residir mais próximo ou mais distante da unidade) os altos índices de absenteísmo são evidentes.

A correlação entre o absenteísmo e a situação de emprego do responsável familiar “não trabalha” mostrou que o fato de o responsável possuir tecnicamente maior disponibilidade de tempo para procurar os serviços de saúde para resolução das questões evidenciadas exerceu baixa influência sobre os altos índices gerais de absenteísmo em ambos os anos do estudo, ou seja, não houve correlação entre as ausências em consulta e o responsável pela família não exercer atividade laboral, o que significa, na prática, que provavelmente as ausências são representadas pelos responsáveis que trabalham.

Conforme descrito na seção de discussão, diversos estudos associam os fatores socioeconômicos e a dificuldade de acesso aos serviços com as condições de saúde bucal da população brasileira, e esse fato pode ser agravado pelas fragilidades no sistema político brasileiro, que refletem diretamente na saúde bucal pública, o que historicamente foi constatado pela exclusão e distribuição ineficaz das equipes de saúde bucal no país.

Assim sendo, a gestão em saúde é responsável por disponibilizar, organizar e priorizar os serviços com base nos levantamentos realizados pelos profissionais assistenciais sobre as necessidades da população adscrita (estudos de prevalência, por exemplo).

Também se deve trabalhar em conjunto com a assistência para a realização de ações educativas e intensificadoras de conscientização da população sobre as consequências financeiras e na saúde da população das ausências nas consultas individuais, fato esse que foi descrito neste estudo e que prevalece como um relevante entrave na gestão em saúde pública.

Com isso, questiona-se se a responsabilidade dos responsáveis pelo monitoramento e incentivo à higiene oral diária no dia a dia das crianças/adolescentes e o estabelecimento do hábito de consultar o profissional cirurgião-dentista além dos períodos de exames clínicos em âmbito escolar de fato acontece, tarefa essa que é dever primário dos pais/responsáveis e que deveria ser compartilhada com a unidade básica de saúde e não incumbida somente aos serviços e seus profissionais, visto que houve o acesso ao serviço odontológico por parte da unidade básica de saúde da pesquisa.

Em suma, por meio das descrições realizadas neste estudo, foi possível observar que houve aumento médio de 6% na necessidade de tratamento e redução média de 5% no

absenteísmo em 2019, e as correlações entre os indicadores e a necessidade de tratamento apresentaram padrões variáveis de distribuição nos anos do estudo, além de todas as correlações negativas entre os indicadores socioeconômicos e o absenteísmo em 2016 e 2019.

O estudo forneceu dados epidemiológicos necessários para o diagnóstico da situação de saúde bucal e planejamento das ações pelos gestores em saúde, bem como subsidiou futuras discussões e reflexões sobre a problemática vivenciada pelas unidades básicas de saúde, que enfrentam a alta prevalência dos agravos orais (principalmente a cárie) e que se empenham em planejar o acesso aos serviços ao mesmo tempo que visam à redução do absenteísmo.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

Como possíveis limitações da pesquisa, por ela ser uma pesquisa baseada em dados secundários, as informações obtidas poderão oferecer restrições no quesito da exatidão do registro dos dados, bem como em relação à sua qualidade, pois foram utilizadas planilhas manuscritas, portanto erros posteriores de digitação podem estar presentes.

Os dados sobre a necessidade de tratamento e o absenteísmo também poderão apresentar problemas em relação à sua qualidade, pois dependeram da correta anotação na planilha realizada de maneira manuscrita pelos profissionais no momento do fechamento do período de tratamento preestabelecido pela unidade do estudo.

Os dados socioeconômicos (escolaridade, situação de emprego no mercado de trabalho do responsável familiar e posse de plano de saúde pela família) poderão não representar com exatidão os dados da área geográfica total, pois foram extraídos do sistema de informação e-SUS (que era alimentado pelos agentes comunitários de saúde) das famílias e indivíduos cadastrados na unidade de saúde.

Assim, variações podem ter ocorrido, pois os usuários podem não ter informado ou não foram questionados oportunamente pelos agentes comunitários de saúde sobre a sua respectiva condição ou características no momento do cadastro/inquérito, produzindo assim um expressivo número de “dados não informados”, bem como pela própria característica do método escolhido da pesquisa (estudo ecológico), pois as informações podem não representar os indivíduos como

um todo.

Outra limitação encontrada refere-se ao sistema de informação utilizado pelo município, que fora substituído por outro sistema em outubro de 2019, o que gerou a não alimentação do sistema e-SUS desde então, e os dados socioeconômicos estão atualmente sendo migrados para o novo sistema. Entretanto, essa migração não prejudicou os dados de 2019, pois ocorreu após o período de fechamento parcial dos dados do PSE utilizados nesta pesquisa (foi considerado o mês de julho de 2019 como período de fechamento parcial de dados). Os dados referentes ao número de moradores por residência também não estavam disponíveis para consulta.

Esta pesquisa abre horizontes para outros estudos em base individual (como, por exemplo, os estudos transversais) com o intuito de analisar os fatores relacionados ao absenteísmo, incluindo a possibilidade de avaliação dos fatores de confundimento no estudo.

Por tratar-se de um estudo ecológico e realizado em um território delimitado (recorte territorial), os valores e dados encontrados nesta pesquisa não representam a realidade absoluta do município, sendo necessária a realização de estudos exploratórios e comparativos com as demais áreas da cidade, com uma visão mais macro em relação às demais unidades de saúde de Guarulhos.

Outra sugestão de pesquisa é descrever e analisar as consequências financeiras das ausências em consulta para os orçamentos públicos e repasses de verbas específicas para a saúde bucal pública nos municípios, assim como analisar as experiências existentes em outros municípios e como enfrentam esses problemas (utilização de novas ferramentas para o gerenciamento das consultas ou outras estratégias).

REFERÊNCIAS

- Agnelli, P. B. (2015). Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. *Rev. bras. odontol.*, 72(1/2), 10–15.
- Alcântara, T. L. de, Batista, M. J., Gibilini, C., Ferreira, N. de P., & Sousa, M. da L. R. de. (2011). Fatores associados à saúde bucal de pré-escolares inseridos em programa educativo preventivo no município de Piracicaba/SP. *RPG Rev Pós Grad*, 18(2), 102–107.
- Almeida, D. K. de. (2014). *Correlação entre saúde bucal, condições socioeconômicas e grau de escolaridade de pacientes do PSF São Pedro na cidade de Três Corações- MG* [Trabalho de conclusão de curso (especialização)]. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Almeida, G. L. de, Garcia, L. da F. R., Almeida, T. L. de, Bittar, T. O., & Pereira, A. C. (2009). Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *Cienc Odontol Bras*, 12(1), 77–86.
- Antunes, J. L. F., & Narvai, P. C. (2010). Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 44, 360–365.
- Antunes, J. L. F., Peres, M. A., & Mello, T. R. de C. (2006). Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 79–87. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100015>
- 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.
- Ardenghi, T. M., Piovesan, C., & Antunes, J. L. F. (2013). Desigualdades na prevalência de cárie

- dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 47(supl 3), 129–137. <https://doi.org/DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004352>
- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. de. (2012). Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865–2875.
- Beltrame, S. M., Oliveira, A. E., Santos, M. A. B. dos, & Neto, E. T. S. (2019). Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: Desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*, 43(123), 1015–1030.
- Bender, A. da S., Molina, L. R., & Mello, A. L. S. F. de. (2010). Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Revista espaço para a saúde*, 11(2), 56–65.
- Bittar, O. J. N. V., Magalhães, A., Martines, C. M., Felizola, N. B. G., & Falcão, L. H. B. (2016). Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*, 13(152), 19–32.
- Brasil, M. da saúde. (2004). *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*.
- Brasil, M. da saúde. (2005). *3ª conferência nacional de saúde bucal- acesso e qualidade superando a exclusão social. 1ª edição*, 148 páginas.
- Brasil, M. da S. (2006). *Cadernos de atenção básica- n.º 17: Saúde bucal*.
- Bulgareli, J. V., Faria, E. T. de, Cortellazzi, K. L., Guerra, L. M., Meneghim, M. de C., Ambrosano, G. M. B., Frias, A. C., & Pereira, A. C. (2018). Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saúde Pública*, 52(44). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000042>
- Cambota, J. N., & Rocha, F. F. (2015). Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: Análise para o Brasil e regiões. *Pesquisa e planejamento econômico*, 45(2).
- Campos, G. W., Barros, R. B. de, & Castro, A. M. de. (2004). Avaliação da política nacional de

- promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 745–749.
- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C. da, & Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: Reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 829–840. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>
- Cavalcanti, P. B., Lucena, C. M. F., & Lucena, P. L. C. (2015). Programa Saúde na Escola: Interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil / Program Health in the School: interpellations on action of education and health in Brazil. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 14(2), 387. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.2.21728>
- Chaves, S. C. L., & Silva, L. M. V. da. (2007). Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: Estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública*, 23(5), 1119–1131.
- Costa, C. F. S. da, Duarte, P. M., & Vaghetti, H. H. (2018). Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: Estudo de caso. *Saúde (Santa Maria)*, 44(1), 1–10. <https://doi.org/DOI: 10.5902/2236583420922>
- Costa, S. de M., Adelário, A. K., Vasconcelos, M., & Abreu, M. H. N. G. (2012). Modelos explicativos da cárie Dentária: Do organicista ao ecossistêmico. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 12(2), 285–291.
- Cruz, D. F. da, Cavalcanti, R. P., Lucena, E. H. G. de, & Padilha, W. W. N. (2018). A regulação da atenção à saúde bucal e o absenteísmo: Cenários e possibilidades. *Revista Família, Ciclos de vida e saúde no contexto social*, 6(2).
- Cunha, A. B. O., & Vieira-da-Silva, L. M. (2010). Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 725–737. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>
- Cunha, B. A. T., Marques, R. A. de A., Castro, C. G. J. de, & Narvai, P. C. (2011). Saúde bucal

- em Diadema: Da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 20, 1033–1045.
- Domingos, P. A. dos S., Ribeiro, D. G., Dinelli, W., Staufackar, 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>
- Farias, C. M. L., Giovanella, L., Oliveira, A. E., & Neto, E. T. dos S. (2019). Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: Um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate*, 43(Especial 5), 190–204.
- Ferreira, I. do R. C., Moysés, S. J., França, B. H. S., Carvalho, M. L. de, & Moysés, S. T. (2014). Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, 19(56), 61–76. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004>
- 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.
- Filho, L. A. S. P., Azevedo-Marques, J. M. de, Duarte, N. S. M., & Moscovici, L. (2019). Acesso Avançado em uma unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: Um relato de experiência. *Saúde Debate*, 43(121), 605–613.
- Frias, A. C., Antunes, J. L. F., & Narvai, P. C. (2004). Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: Cárie dentária na cidade de São Paulo, 2002. *Rev. Bras.*

- Epidemiol*, 7(2), 144–154.
- Gabardo, M. C. L., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2013). Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: Revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 33(6), 439–445.
- Garbin, C. A. S., Soares, G. B., Martin, I. M., Garbin, A. J. Í., & Arcieri, R. M. (2016). Saúde bucal na escola: Avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças. *RFO Passo Fundo*, 21(1), 81–89.
- Garcia, L. M. T., Maio, L. G., Santos, T. I. dos, Folha, C. B. de J. C., & Watanabe, H. A. W. (2014). Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde Debate*, 38(103), 966–980.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. de V. C., Noronha, J. C. de, & Carvalho, A. I. de. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora FIOCRUZ.
- 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>
- Gonzaga, F. M. (2017). *Absenteísmo em consultas agendadas na Unidade Básica de Saúde Teotônio Vilela*. Trabalho de conclusão de curso, UNIFESP.
- Guiotoku, S. K., Moysés, S. T., Moysés, S. jorge, França, B. H. S., & Bisinelli, J. C. (2012). Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 31(2), 135–141.
- 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(2), 419–427. <https://doi.org/10.17765/2176->

9206.2019v12n2p419-427

- Jandrey, C. M., & Drehmer, T. M. (2000). Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: O caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS)- UFRGS. *Revista da faculdade de odontologia de Porto Alegre*, 40(2), 24–28.
- Júnior, E. S. da S., Medina, M. G., Aquino, R., Fonseca, A. C. F. F., & Vilasbôas, A. L. Q. (2010). Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10(supl. 1), 549–560.
- Lima, S. A. V., Silva, M. R. F. da, Carvalho, E. M. F. de, Cesse, E. Â. P., Brito, E. S. V. de, & Braga, J. P. R. (2015). Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 635–656. <https://doi.org/DOI:>
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
- Lima-Costa, M. F., Facchini, L. A., Matos, D. L., & Macinko, J. (2012). Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saúde Pública*, 46(Supl), 100–107.
- 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>
- Martins, A. M. E. de B. L., Rodrigues, C. A. Q., Haikal, D. S. A., Silveira, M. F., Mendes, D. C., Oliveira, M. P., Andrade, A. F., Freitas, C. V. de, & Pordeus, I. A. (2012). Desenvolvimento de um programa de computador para levantamentos epidemiológicos sobre condições de saúde bucal. *Revista Unimontes Científica*, 14(1).
- Massoni, A. C. de L. T., Vasconcelos, F. M. N. de, Katz, C. R. T., & Rosenblatt, A. (2009).

- Utilização de serviços odontológicos e necessidades de tratamento de crianças de 5 a 12 anos, na cidade de Recife, Pernambuco. *Revista de odontologia da UNESP*, 38(2), 73–78.
- 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.
- Moretti, A. C., Teixeira, F. F., Suss, F. M. B., Lawder, J. A. de C., Lima, L. S. M. de, Bueno, R. E., Moysés, S. J., & Moysés, S. T. (2010). Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1), 1827–1834.
- Müller, I. B., Castilhos, E. D. de, Camargo, M. B. J., & Gonçalves, H. (2015). Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: Estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 24(3), 759–770.
- Nunes, C. S. R., Silva, M. P. da, & Barcessat, A. R. P. (2017). Acesso aos serviços de saúde bucal de adultos e idosos. *Estação científica (UNIFAP)*, 7(3), 09–18. <https://doi.org/DOI:10.18468/estcien.2017v7n3.p09-18>
- 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>
- Oleskovicz, M., Oliva, F. L., Hildebrand e Grisi, C. C. de, Lima, A. C., & Custódio, I. (2014). Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 30(5), 1009–1017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158612>
- Oliveira, L. S., Almeida, L. G. N., Oliveira, M. A. S., Gil, G. B., Cunha, A. B. O., Medina, M. G., & Pereira, R. A. G. (2012). Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário

- de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3047–3056.
- Pedraza, D. F., & Costa, G. M. C. (2014). Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: A visão dos usuários da estratégia saúde da família. *Enfermería Global*, 33, 279–291.
- Pereira, M. G. (2015). *Epidemiologia: Teoria e prática: Vol. 18ª reimpressão*. Guanabara Koogan.
- Peres, K. G., Peres, M. A., Boing, A. F., Bertoldi, A. D., Bastos, J. L., & Barros, A. J. D. (2012). Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*, 46, 250–258. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200007>
- Pilotto, L. M., & Celeste, R. K. (2018). Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4).
- 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*.
- Public Health Agency of Canada. (2008). *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies*.
http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf
- Santos, J. S. (2008). *Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: em estudo em um município baiano*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia (UFBA).

- Scherer, C. I., & Scherer, M. D. dos A. (2016). Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*, 49(98).
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>
- Silva, A. N. da, & Senna, M. A. A. de. (2013). *Fundamentos em saúde bucal coletiva*.
- 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, Z. P. da, Ribeiro, M. C. S. de A., Barata, R. B., & Almeida, M. F. de. (2011). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3807–3816.
- 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.
- Silveira, G. S. da, Ferreira, P. R. de, Silveira, D. S. da, & Siqueira, F. C. V. (2018). Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 13(40), 1–7.
- Soares, F. F., Figueiredo, C. R. V. de, Borges, N. C. M., Jordão, R. A., & Freire, M. do C. M. (2011). Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: Análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3169–3180.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. ([s.d.]). *Cadernos de escolas promotoras de saúde*.
- Sousa, M. C. de, Esperidião, M. A., & Medina, M. G. (2017). A intersetorialidade no Programa


- Saúde na Escola: Avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1781–1790. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>
- Souza, E. H. A. de, Oliveira, P. A. P. de, & Galvão, P. V. M. (2012). Necessidade de tratamento odontológico em crianças do município de Camaragibe na faixa etária de 2 a 13 anos. *Odontol. Clín.-Cient.*, 11(3), 215–219.
- 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>
- Tristão, F. I., Lima, R. de C. D., Lima, E. de F. A., & Andrade, M. A. C. (2016). Acessibilidade e utilização na atenção básica: Reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 18(1), 54–61.
- Viegas, A. P. B., Carmo, R. F., & Luz, Z. M. P. da. (2015). Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc. São Paulo*, 24(1), 100–112.
- 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>

ANEXOS

ANEXO 1. Condensado das ações em saúde bucal (agrupado por escola).

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS SECRETARIA DA SAÚDE PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SAÚDE BUCAL CONDENSADO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL																	
N°	Nome da Escola	Meta PSE	Total de avaliados	Data da reunião de planejamento	Classificação de Risco				Total nº consulta	Total de comparecimentos a UBS	% de comparecimentos	Total altas	% de altas	Encaminhamentos para a própria UBS	Encaminhamentos para outras UBS	Total Respirador Bucal	n° de fichas de atividades coletivas registradas
					P0	P1	P2	P3									
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
TOTAL		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REGIÃO DE SAÚDE: UBS: CIRURGIÃO DENTISTA: CRO:																	

ANEXO 2. Modelo de formulário consolidado de dados socioeconômicos e-SUS (páginas 1 a 5).

SAÚDE  ATENÇÃO BÁSICA		MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO MUNICÍPIO DE GUARULHOS UNIDADE DE SAÚDE UBS	
FILTROS: Data:		Equipe:	
		Profissional: Todos CBO: Todos Filtros personalizados: Nenhum	
Relatório de cadastro individual			
Dados gerais		Identificação do usuário / cidadão - Sexo	
Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos		Masculino	
Saída de cidadãos do cadastro		Feminino	
		Não informado	
	Total: _____		Total: _____
Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária		Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor	
Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf
			Total
Menos de 01 ano			
01 ano			
02 anos			
03 anos			
04 anos			
05 a 09 anos			
10 a 14 anos			
15 a 19 anos			
20 a 24 anos			
25 a 29 anos			
30 a 34 anos			
35 a 39 anos			
40 a 44 anos			
45 a 49 anos			
50 a 54 anos			
55 a 59 anos			
60 a 64 anos			
65 a 69 anos			
70 a 74 anos			
75 a 79 anos			
80 anos ou mais			
Não informado			
			Total: _____
Identificação do usuário / cidadão		Identificação do usuário / cidadão - Etnia	
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Desconhece nome da mãe			
Desconhece nome do pai			
Responsável familiar			
			Total: _____
Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade		Identificação do usuário / cidadão - Relação de parentesco com o responsável familiar	
Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade
Brasileira		Cônjuge / Companheiro(a)	
Naturalizado		Filho(a)	
Estrangeiro		Enteado(a)	
Não informado		Neto(a) / Bisneto(a)	
	Total: _____	Pai / Mãe	
		Sogro(a)	
		Irmão / Irmã	
			Total: _____
Dados processados em _____ às 00:01		Impresso em _____ às 07:36 por _____	
		1 / 5	



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
MUNICÍPIO DE GUARULHOS
UNIDADE DE SAÚDE UBS

FILTROS: Data: | Equipe: | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Informações sociodemográficas - Relação de parentesco com o responsável familiar

Descrição	Quantidade
Genro / Nora	
Outro parente	
Não parente	
Não informado	
Total:	

Informações sociodemográficas - Ocupação

Descrição	Quantidade
ADMINISTRADOR	
AGENTE DE SEGURANÇA	
AJUDANTE DE MOTORISTA	
ANALISTA DE SISTEMAS DE AUTOMAÇÃO	
ASSISTENTE DE VENDAS	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	
CABELEIREIRO	
COBRADOR EXTERNO	
COMERCIANTE VAREJISTA	
CONFERENTE DE CARGA E DESCARGA	
COSTUREIRA DE PEÇAS SOB ENCOMENDA	
COSTUREIRA DE REPARAÇÃO DE ROUPAS	
CUIDADOR DE IDOSOS	
ELETRICISTA DE INSTALAÇÕES	
EMPREGADO DOMÉSTICO ARRUMADOR	
EMPREGADO DOMÉSTICO DIARISTA	
FISIOTERAPEUTA GERAL	
FORNEIRO E OPERADOR (FORNO ELÉTRICO)	
GARÇOM	
IMPRESSOR TIPOGRÁFICO	
MARCADOR DE PRODUTOS (SIDERÚRGICO E METALÚRGICO)	
MECÂNICO DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES MECÂNICAS DE EDIFÍCIOS	
MECÂNICO MONTADOR DE MOTORES DE EMBARCAÇÕES	
MOTORISTA DE CAMINHÃO (ROTAS REGIONAIS E INTERNACIONAIS)	
MÚSICO INTÉRPRETE CANTOR	

Informações sociodemográficas - Ocupação

Descrição	Quantidade
OPERADOR DE MÁQUINA CORTADORA (MINAS E PEDREIRAS)	
OPERADOR DE MÁQUINA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS	
OPERADOR DE REATOR DE COQUE DE PETRÓLEO	
PEDREIRO	
SERRALHEIRO	
SOLDADOR	
VENDEDOR AMBULANTE	
VIGILANTE	
Não informado	
Total:	

Informações sociodemográficas - Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou

Descrição	Quantidade
Creche	
Pré-escola (exceto CA)	
Classe de alfabetização - CA	
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	
Ensino fundamental completo	
Ensino fundamental especial	
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)	
Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)	
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	
Ensino médio especial	
Ensino médio EJA (supletivo)	
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	
Nenhum	
Não informado	
Total:	

FILTROS: Data: | Equipe: | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho

Descrição	Quantidade
Empregador	
Assalariado com carteira de trabalho	
Assalariado sem carteira de trabalho	
Autônomo com previdência social	
Autônomo sem previdência social	
Aposentado / Pensionista	
Desempregado	
Não trabalha	
Servidor público / Militar	
Outro	
Não informado	
Total: _____	

Informações sociodemográficas - Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica

Descrição	Quantidade
Adulto responsável	
Outra(s) criança(s)	
Adolescente	
Sozinha	
Creche	
Outro	
Não informado	
Total: _____	

Informações sociodemográficas - Orientação sexual

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	Sim
	Não
	N. Inf
Heterossexual	
Homossexual (gay / lésbica)	
Bissexual	
Outro	

Informações sociodemográficas - Identidade de gênero

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim
	Não
	N. Inf
Homem transsexual	
Mulher transsexual	
Travesti	
Outro	

Informações sociodemográficas - Deficiência

Descrição	Quantidade
Tem alguma deficiência?	Sim
	Não
Auditiva	
Física	
Intelectual / Cognitiva	
Visual	
Outra	

Outras informações sociodemográficas

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
É membro de povo ou comunidade tradicional?			
Frequenta cuidador tradicional?			
Frequenta escola ou creche			
Participa de algum grupo comunitário?			
Possui plano de saúde privado?			

Motivo de saída do cidadão do cadastro

Descrição	Quantidade
Mudança de território	
Óbito	
Total: _____	

FILTROS: Data: | Equipe: | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Condições / Situações de saúde gerais

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Está acamado			
Está com hanseníase			
Está com tuberculose			
Está domiciliado			
Está fumante			
Está gestante			
Faz uso de álcool			
Faz uso de outras drogas			
PIC			
Tem diabetes			
Tem hipertensão arterial			
Tem ou teve câncer			
Teve AVC / derrame			
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde			
Teve infarto			
Teve internação nos últimos 12 meses?			
Usa plantas medicinais			

Condições / Situações de saúde gerais - Sobre seu peso, você se considera

Descrição	Quantidade
Abaixo do peso	
Peso adequado	
Acima do peso	
Não informado	
Total: _____	

Condições / Situações de saúde gerais - Doença respiratória

Descrição	Quantidade
Tem doença respiratória / no pulmão?	Sim
	Não
	N. Inf
Asma	
DPOC / Enfisema	

Condições / Situações de saúde gerais - Doença respiratória

Descrição	Quantidade
Outra	
Não sabe	

Condições / Situações de saúde gerais - Doença cardíaca

Descrição	Quantidade
Tem doença cardíaca / do coração?	Sim
	Não
	N. Inf
Insuficiência cardíaca	
Não sabe	
Outra	

Condições / Situações de saúde gerais - Problemas nos rins

Descrição	Quantidade
Tem ou teve problemas nos rins?	Sim
	Não
	N. Inf
Insuficiência renal	
Outra	
Não sabe	

Cidadão em situação de rua

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
É acompanhado por outra instituição			
Possui referência familiar?			
Recebe algum benefício			
Visita algum familiar com frequência			

Cidadão em situação de rua - Tempo em situação de rua

Descrição	Quantidade
Deseja informar?	Sim
	Não
Menos de 6 meses	
6 a 12 meses	

FILTROS: Data: _____ | Equipe: _____ | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Cidadão em situação de rua - Tempo em situação de rua

Descrição	Quantidade
1 a 5 anos	_____
Mais de 5 anos	_____

Cidadão em situação de rua - Quantas vezes se alimenta ao dia

Descrição	Quantidade
1 vez	_____
2 ou 3 vezes	_____
Mais de 3 vezes	_____
Não informado	_____
Total: _____	

Cidadão em situação de rua - Qual a origem da alimentação

Descrição	Quantidade
Restaurante popular	_____
Doação restaurante	_____
Outros	_____
Doação grupo religioso	_____
Doação de popular	_____
Não informado	_____
Total: _____	

Cidadão em situação de rua - Tem acesso à higiene pessoal

Descrição	Quantidade
Tem acesso à higiene pessoal?	Sim _____
	Não _____
	N. Inf _____
Banho	_____
Acesso ao sanitário	_____
Higiene bucal	_____
Outros	_____

ANEXO 3. Declaração de instituição e infraestrutura.



SECRETARIA DA SAÚDE
GABINETE
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA SUS

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO E INFRAESTRUTURA
AUTORIZAÇÃO DA GESTORA DA SECRETARIA DA SAÚDE

Eu, Dr José Mário Stranghetti Clemente, abaixo assinado, responsável pela Secretaria da Saúde de Guarulhos, autorizo a realização do estudo “ **Correlação entre a necessidade de tratamento, índice de absenteísmo odontológico e fatores socioeconômicos em escolas de uma unidade de saúde da família: Guarulhos/SP nos anos de 2016 e 2019**”, a ser conduzido na Unidade Básica de Saúde Nova Bonsucesso, pelo pesquisador Leonardo Paroche de Matos.

Fui informado pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Pesquisas – CAAPP da Secretaria da Saúde de Guarulhos, que o responsável pelo estudo forneceu cópia do projeto de pesquisa, contendo as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na Unidade Básica de Saúde Nova Bonsucesso vinculada à instituição a qual represento.

Declaro ainda que no caso de pesquisas que envolvem seres humanos, o pesquisador fornecerá cópia do Parecer Consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, pois conhecemos e cumprimos as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, antes de iniciar efetivamente a pesquisa de campo.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como campo de pesquisa do presente estudo, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, e que disponibilizamos a infraestrutura que o pesquisador identificou como necessária para realização do estudo proposto.

Guarulhos, 03 de Julho de 2020.

José Mário Stranghetti Clemente

Secretário da Saúde da Prefeitura Municipal de Guarulhos

APÊNDICE

APÊNDICE A. Cronograma preliminar.

Atividades	Out/ 2019	Março/ 2020	Abril/ 2020	Maió/ 2020	Junho/ 2020	Julho/ 2020	Set/ 2020	Out/ 2020	Nov/ 2020	Dez/ 2020
Identificação do problema e elaboração do pré-projeto de pesquisa	X									
Revisão da literatura	X	X	X	X						
Determinar objetivos, amostra, material e método		X	X							
Autorização da pesquisa pela SMS/ Guarulhos	X					Atualização do documento				
Elaboração e entrega do projeto de dissertação					X					
Qualificação					X					
Envio do projeto ao CEP/PB					X					
Execução da metodologia: coleta, tabulação e tratamento dos dados							X			
Análise dos resultados							X			
Redação dos resultados e discussão								X		
Redação do relatório final do estudo									X	X
Defesa										X