

Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB

Accessibility to Oral Health Services in Primary Care: Unveiling the Absenteeism in a Family Health Unit of João Pessoa-PB

ANNIE CAROLINE BRAZ VIEIRA DE MELO¹
CRISTIANE COSTA BRAGA²
FRANKLIN DELANO SOARES FORTE³

RESUMO

Objetivo: Elucidar as razões que motivaram o não comparecimento dos usuários às consultas odontológicas agendadas na Unidade de Saúde da Família Verdes Mares, bem como investigar se outros fatores estariam influenciando este comportamento, configurando-se como barreiras ao acesso. **Material e Métodos:** A população estudada constou de 72 usuários que faltaram a, pelo menos, uma consulta no período de março a junho de 2010. Os dados foram coletados em domicílio a partir de entrevistas semi-estruturadas. **Resultado:** Cerca de 62,5% eram do sexo feminino; 38,9% no grupo etário de 31 a 59 anos; 45,4% possuíam rendimento familiar mensal de até um salário mínimo e, 62,5%, até 8 anos de estudo. Apesar de 40,3% terem avaliado sua saúde bucal positivamente e 87,5% apresentarem baixo impacto bucal na qualidade de vida, 70,8% relataram necessidade de tratamento. O esquecimento foi o motivo mais citado para a ausência à consulta agendada, seguido pela desistência e pela impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal. **Conclusão:** Neste contexto, mister se faz promover condições adequadas de atendimento, assim como repensar o sistema de agendamento utilizado, a fim de evitar desistências e reduzir o tempo de espera pela consulta. Sugere-se ainda sensibilizar os usuários quanto aos seus deveres de co-responsabilização frente ao cuidado de sua saúde e a de seus filhos.

DESCRIPTORIOS

Absenteísmo. Saúde Bucal. Atenção Básica.

SUMMARY

Objective: To elucidate the reasons patients give for not keeping dental scheduled appointments at the Verdes Mares Family Health Unit, as well as to investigate if other factors have been influencing this behavior like barriers to access. **Methods:** The study population consisted of 72 patients who failed to keep at least one visit from March to June, 2010. Data were collected from semi-structured in-home interviews. **Results:** 62.5% were female; 38.9% were in the age group of 31-59 years old; 45.4% had a household income of up to a minimum wage, and 62.5% up to 8 years of schooling. Although 40.3% had rated their oral health positively and 87.5% had a low oral impact on their quality of life, 70.8% have reported that they needed dental treatment. Forgetfulness was the most claimed reason for not showing up, followed by withdrawal and inability to be accompanied by a parent or legal guardian. **Conclusion:** In this context, it is needful to promote appropriate conditions of service and also rethink the scheduling system used, to avoid dropouts and reduce the waiting time for consultation. Moreover, it is suggested teaching patients about their duties of co-responsibility with their own health care as well as their children's.

DESCRIPTORS

Absenteeism. Oral Health. Primary Health Care.

- 1 Cirurgiã-dentista Residente em Saúde da Família. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Paraíba.
- 2 Cirurgiã-dentista. Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa (PB).
- 3 Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Professor Doutor do Departamento de Clínica e Odontologia social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, UFPB.

Historicamente, a assistência odontológica pública no Brasil tem sido caracterizada como excludente e curativista, baseada em ações de baixa complexidade e mutiladoras (BRASIL, 2005).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostraram que a procura por serviços de saúde configura um traço da desigualdade, havendo predomínio de uma baixa utilização de serviços odontológicos e grandes diferenciais entre os grupos de maior e menor renda (BARROS, BERTOLDI, 2002).

Após a PNAD-1998, houve importante consolidação da política pública de saúde bucal no País (ANTUNES, NARVAI, 2010), com destaque a Portaria GM/MS nº1444, de 28 de dezembro de 2000, a qual instituiu a criação de incentivo para a inserção das Equipes de Saúde Bucal ao Programa Saúde da Família, com o escopo de melhorar os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram posteriormente regulamentadas pela Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001 (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as Equipes de Saúde Bucal na proporção de 1:1 com relação às Equipes de Saúde da Família (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

Novas avaliações dessa natureza demonstraram um aumento na participação do setor público na oferta de atendimento odontológico. Dados recentes referentes ao PNAD-2008 revelaram que o acesso aos serviços de saúde bucal aumentou. Embora que de modo bastante discreto, a proporção de pessoas que procuraram atendimento odontológico cresceu: em 1998, foram 81,2% e, em 2008, 88,5%. Verificou-se, também, que os atendimentos por problema odontológico cresceram 77,3% de 2003 para 2008, com 71,2% de crescimento da participação do SUS no financiamento (IBGE, 2010).

A partir de 1999, o município de João Pessoa-PB, seguindo a tendência de expansão do modelo centrado na família, valeu-se do Programa Saúde da Família como estratégia estruturante da assistência à saúde de sua população. Desde 2004, com cerca de 180 Equipes de Saúde da Família e número proporcional de Equipes de Saúde Bucal, a atual rede de Atenção Básica de João Pessoa é responsável por uma cobertura populacional equivalente a 76,7% da população (JOÃO PESSOA, 2006).

Hodiernamente, as Unidades de Saúde da Família (USF), bem como as demais instituições de saúde municipais que constituem o SUS, integram a Rede Escola – originada a partir de uma parceria entre a Gestão

Municipal de Saúde de João Pessoa e as instituições de ensino superior e técnico que utilizam a rede como campos de prática.

Assim, dentre os serviços disponíveis na rede, a USF Integrada Verdes Mares, localizada no bairro de Mangabeira VIII, Distrito Sanitário III, configura um dos cenários de atuação prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Paraíba.

No que diz respeito ao acesso à assistência odontológica nesta USF, este se dá através de consultas previamente agendadas, sendo priorizados os casos de dor e sofrimento, os quais são atendidos prontamente em consultas de urgência. Contudo, não obstante a constante procura pelo serviço, percebe-se que uma grande parcela dos pacientes agendados não comparecem às consultas, sendo o motivo das ausências desconhecido pelas Equipes de Saúde Bucal. Tal comportamento, caracterizado como absenteísmo pela literatura nacional (JANDREY, DREHMER, 1999, ZAITTER, 2009, BENDER, MOLINA, MELLO, 2010) é capaz de produzir efeitos nefastos nos serviços de saúde que trabalham com a lógica do agendamento.

Do ponto de vista gerencial, JANDREY E DREHMER (1999) consideram o absenteísmo um problema traduzido pela “ociosidade da capacidade instalada, baixa cobertura, manutenção de segmentos desassistidos e frustração para com a prática que objetiva a integralidade das ações de saúde bucal”.

Além da perda de recursos gerada no serviço pela ausência do usuário agendado, BENDER, MOLINA, MELLO, (2010) ressaltaram como consequências desta prática prejuízos na continuidade da assistência e resolubilidade das demandas de saúde, bem como o aumento na fila de espera e das demandas por urgência.

Estudos prévios acerca do absenteísmo em serviços de saúde revelaram uma associação à presença de obstáculos ou barreiras ao acesso (BARRON, 1980, JANDREY, DREHMER, 1999, ALMEIDA *et al.*, 2009, ZAITTER, 2009) No que se refere às barreiras ao atendimento odontológico, COHEN, (1987) as categorizou em três classes, quais sejam: a) relacionadas ao indivíduo (baixa percepção de necessidade; ansiedade e medo; custos; e dificuldade de acesso), b) à prática da profissão (inadequação dos recursos humanos; distribuição geográfica desigual; formação inapropriada às novas necessidades e demandas da população; e sensibilidade insuficiente para as necessidades do paciente), e c) à sociedade (número insuficiente de ações de promoção de saúde; instalações impróprias dos serviços; e reduzido auxílio financeiro à pesquisa).

Podem ainda influenciar no acesso e utilização de serviços de saúde, conforme JANDREY, DREHMER,

(1999), as resistências institucionais, como horários pouco flexíveis e o tipo de acolhimento dado ao usuário, bem como a exigência de uma conduta racional frente à doença. Os autores ressaltam também os sentimentos e percepções distintos das classes sociais em relação ao corpo e a grande angústia e medo diante da necessidade de tratamento dentário, enfatizando a necessidade da prática odontológica construir novos espaços que atinjam o coletivo e a família.

O grau de informação em saúde também determina o acesso aos serviços e, portanto, o padrão de utilização dos mesmos (BENDER, MOLINA, MELLO, 2010).

Na visão de BOTAZZO, (1999) a despeito da expansão do serviço odontológico observada com a implementação do SUS após os anos 90, a grande demanda reprimida, sua desigual distribuição geográfica e longas filas de espera consistem em importantes fatores de restrição ao acesso. Não obstante a escassa literatura sobre o tema, o impacto negativo do absenteísmo nos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária, torna-o matéria relevante de investigação.

Diante do exposto, pretende-se através deste estudo, elucidar as razões que motivaram o não comparecimento dos usuários às consultas odontológicas agendadas na referida USF, bem como investigar se outros fatores estariam influenciando este comportamento, configurando-se como barreiras ao acesso ao atendimento clínico. Ademais, considerando os pressupostos da atual Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) buscou-se contribuir com informações a fim de subsidiar o adequado planejamento e organização da oferta do serviço com vistas ao cuidado em saúde bucal prestado à população assistida.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa configura-se como um estudo, observacional com abordagem seccional, descritiva, e natureza quantitativa (PERES, ANTUNES, 2006).

O estudo foi realizado na área de abrangência da USF Integrada Verdes Mares, localizada no bairro de Mangabeira VIII, no município de João Pessoa, a qual comporta três Equipes de Saúde Bucal vinculadas a três Equipes de Saúde da Família, sendo responsável por assistir uma população de 7.489 habitantes. A escolha desse cenário deu-se em virtude de ser campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

A seleção da amostra foi realizada através da consulta às agendas das equipes de saúde bucal em conjunto com as fichas D- Saúde Bucal (SIAB/SUS). A

partir destas fontes pode-se obter o levantamento dos usuários que não compareceram às consultas agendadas no período de março a junho de 2010. Assim, a média da oferta de consultas odontológicas das equipes de saúde bucal (ESB) neste período foram de 166 vagas/mês, observando-se um índice de absenteísmo de 48,3% dos usuários.

Tendo em vista as ofertas de vagas e as ausências de cada ESB neste período, tomou-se como base inicial para o cálculo da amostra, o mês de maior oferta de vagas e verificou-se o número de faltas. Excluíram-se aqueles usuários com duplicidade de ocupação de vaga/falta. Dessa forma, considerando-se um intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 7%, assumindo-se que, pelo menos, 50% dos usuários atenderiam aos critérios de inclusão da pesquisa, definiu-se uma amostra de 60 pacientes, os quais foram estratificados para as três ESB. Ademais, para compensar possíveis perdas, acrescentou-se mais 20% da amostra.

De posse dos estratos ponderados, procedeu-se ao sorteio aleatório dos usuários os quais seriam entrevistados. Foram considerados como critérios de inclusão: residir na área de abrangência da USF; e haver faltado a pelo menos uma consulta agendada.

O instrumento de pesquisa constituiu-se de uma entrevista semi-estruturada, baseada em um roteiro pré-codificado com questões fechadas de múltipla escolha e de estimativa. Esse instrumento contemplou a caracterização socioeconômica das famílias dos sujeitos da pesquisa, a auto-percepção de sua saúde bucal, o Impacto Oral no Desempenho Diário (IODD), com perguntas derivadas do levantamento do estudo nacional das condições de saúde bucal da população brasileira para o ano 2010 (SB BRASIL 2010).

Questionou-se também sobre as formas de utilização e acesso ao serviço odontológico na USF, versando sobre a razão que levou o participante a procurar o serviço e o que motivou o seu não comparecimento à consulta agendada. O instrumento de coleta de dados foi previamente discutido com um docente da área de saúde coletiva, um profissional da rede de serviços de saúde bucal e um usuário para verificação de inconsistências e adequação na linguagem.

As visitas e a entrevista foram realizadas por uma única pesquisadora, previamente treinada para que houvesse uma padronização com vistas a assegurar uma interpretação e aplicação do roteiro, assim como para determinar um mesmo padrão de registro de respostas.

O estudo desenvolveu-se em uma única etapa, a qual consistiu na aplicação do instrumento de pesquisa à amostra selecionada através de visita domiciliar. Foram realizadas duas tentativas para entrar em contato com cada usuário. Nos casos de usuários menores de 18

anos ou portadores de necessidades especiais, com dificuldade de se expressar, permitiu-se a intervenção dos pais ou responsável legal no processo da entrevista, respondendo às perguntas ou acrescentando informação às respostas dadas pelo próprio usuário.

Os dados obtidos foram registrados em um banco de dados construído através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e, em seguida, procedeu-se sua análise descritiva, a qual envolveu a obtenção da distribuição de frequências absolutas e percentuais. Para a análise do impacto das condições de saúde bucal no desempenho diário, adotou-se como critério de baixa severidade até três atividades afetadas, os demais casos foram considerados de alta severidade.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP-HULW) sob o protocolo nº 513/10, bem como obteve parecer favorável da Comissão de Acompanhamento de Pesquisas na Rede SUS (CAPRE-SUS) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. Foram assegurados aos participantes o sigilo e uso exclusivo das informações no estudo. A coleta de dados foi realizada após o consentimento informado dos participantes, respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme a resolução Nº 196, de 10 de Outubro de 1996, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

Não houve recusa em participar do estudo. A tabela 1 mostra a distribuição da amostra quanto às suas características demográficas e socioeconômicas. Na análise por gênero, o sexo feminino representou 62,5% (45) e o masculino, 37,5% (27). A idade variou de 4 a 63 anos, com maior concentração no grupo etário de 31 a 59 anos, com 38,9% (32). Em relação ao nível de escolaridade, 62,5% possuíam até 8 anos de estudo, apontando uma baixa escolaridade.

Quanto à condição socioeconômica, verificou-se que a maioria dos indivíduos era de baixa renda, com rendimento familiar mensal de até 1 salário mínimo 45,4% (33).

O número de pessoas por família residentes no domicílio variou de 2 a 9, sendo a média de 4,6 pessoas por domicílio. Quanto à moradia, 65,3% (47) possuíam casa própria.

No que se refere à ocupação, apenas 30,5% (22) relataram estar inseridos no mercado de trabalho. Destes, um terço (7) declararam-se autônomos. A maior parte dos respondentes, representada por 44,4% (32),

era de estudantes, enquanto 5,6% (4) aposentados; 18,1% (13) do lar, e apenas um indivíduo afirmou estar desempregado (1,4%).

Tabela 1 – Distribuição da população investigada segundo características demográficas e socioeconômicas. João Pessoa, 2011.

| Variáveis | n | % |
|---|----|------|
| Faixa etária | | |
| 0-14 | 24 | 33,4 |
| 15-30 | 16 | 22,2 |
| 31-59 | 32 | 38,9 |
| 60 ou mais | 4 | 5,6 |
| Gênero | | |
| Masculino | 27 | 37,5 |
| Feminino | 45 | 62,5 |
| Moradia | | |
| Próprio | 47 | 65,3 |
| Alugado/ Cedido/ Outros | 25 | 34,7 |
| Ocupação | | |
| Empregado | 15 | 20,8 |
| Desempregado | 1 | 1,4 |
| Estudante | 32 | 44,4 |
| Autônomo | 7 | 9,7 |
| Do lar | 13 | 18,1 |
| Aposentado | 4 | 5,6 |
| Escolaridade | | |
| Até 8 anos | 47 | 65,3 |
| Mais de 8 anos | 25 | 34,7 |
| Estado civil | | |
| Casado | 27 | 37,5 |
| Solteiro/ Viúvo/ Divorciado | 45 | 62,5 |
| Cor | | |
| Pardo | 43 | 59,7 |
| Branco | 18 | 25 |
| Negro | 9 | 12,5 |
| Indígena | 2 | 2,8 |
| Nº de pessoas residentes por família | | |
| 2 | 6 | 8,3 |
| 3 | 12 | 16,4 |
| 4 | 22 | 30,6 |
| 5 | 16 | 22,2 |
| 6 | 7 | 9,7 |
| 9 | 2 | 2,8 |
| Renda familiar mensal | | |
| < 1 SM* | 33 | 45,4 |
| >1 e d" 2 SM* | 21 | 29,2 |
| >2 SM* | 18 | 25 |

SM= salário mínimo referente a R\$ 510,00

Cerca de 40,3% (29) avaliaram sua saúde bucal como *muito boa* ou *boa* , 33,3% (24) consideraram sua

saúde *nem ruim, nem boa*, ou seja, regular com algum comprometimento; enquanto 26,4% (19) se mostraram insatisfeitos com a sua condição de saúde bucal, avaliando-a como *ruim* ou *muito ruim*. Nos seis meses anteriores à pesquisa, mais da metade da amostra (58,4%) relatou ausência de dor orofacial, no entanto, 70,8% (51) dos respondentes referiram necessidade de tratamento. Um quarto do total de respondentes (25%) declarou ter medo ou apresentar ansiedade diante de uma consulta odontológica (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da população investigada quanto à autopercepção em saúde bucal e morbidade referida por gênero. João Pessoa, 2011.

| Variáveis | Total n=72 | |
|----------------------------------|---------------|------|
| | n | % |
| Autoavaliação | | |
| Muito boa/ Boa | 29 | 40,2 |
| Nem ruim, nem boa | 24 | 33,3 |
| Ruim/ Muito ruim | 19 | 35,6 |
| Presença de dor | | |
| Sim | 30 | 41,6 |
| Não | 42 | 58,4 |
| Necessidade de tratamento | | |
| Sim | 51 | 70,8 |
| Não | 21 | 29,2 |
| Medo | | |
| Sim | 22 | 30,5 |
| Não | 50 | 69,5 |

Quando questionado pela interferência dos problemas odontológicos no desempenho das atividades diárias nos seis meses anteriores à entrevista, verificou-se que 69,4% (50) apontaram pelo menos uma atividade afetada. A tabela 3 exibe a frequência de cada uma das 8 atividades investigadas, dicotomizadas em dois grupos de desempenho. Assim, pôde-se observar que o percentual total de impactos relacionados à saúde bucal no desempenho físico (58,3%) e no desempenho psicossocial (52,8%) apresentou uma distribuição relativamente semelhante entre os dois grupos. *Comer* foi a atividade mais afetada com 45,8%, seguida pelos desempenhos *higienizar os dentes* e *sorrir*, ambos com 25%. Quanto à intensidade do grau de impacto (tabela 4), a maioria, cerca de 87,5% dos respondentes, foi classificada como baixo impacto, conforme o critério estabelecido.

Tabela 3 – Impacto Oral sobre o Desempenho Diário conforme grupos de desempenho

| Desempenhos diários | Pessoas afetadas (n=72) | |
|--------------------------------|----------------------------|------|
| | n | % |
| Desempenho físico | 42 | 58,3 |
| Comer | 33 | 45,8 |
| Higienizar os dentes | 18 | 25 |
| Falar | 11 | 15,3 |
| Trabalho ou função social | 5 | 6,9 |
| Desempenho psicossocial | 38 | 52,8 |
| Contato social | 9 | 12,5 |
| Desconforto psicológico | 16 | 22,2 |
| Sorrir | 18 | 25 |
| Dormir | 13 | 18,1 |

Tabela 4 - Classificação quanto à instensidade do grau do Impacto Oral sobre o Desempenho Diário. João Pessoa, 2011.

| IODD | Amostra n=72 | |
|---------------|-----------------|------|
| | N | % |
| Baixo impacto | 63 | 87,5 |
| Alto impacto | 9 | 12,5 |

Conforme a tabela 5, todos relataram ter ido ao dentista ao menos uma vez na vida. Destes, 66,6% (48) afirmaram que a última consulta ocorreu a menos de um ano.

Tiveram acesso ao serviço odontológico na USF Verdes Mares 86,1% (62), dos quais 65,3% (47) avaliaram positivamente o serviço. Cerca de 13,9% (10) dos faltosos nunca utilizaram o serviço odontológico da USF.

Quanto ao agendamento da consulta, observou-se que pouco mais da metade das consultas (52,8%) foram agendadas pelo próprio usuário, enquanto 47,2% (34) relataram ter a consulta marcada através de outras pessoas (pais ou responsável legal; cônjuge ou parente; dentista da USF).

O tempo de espera pela consulta agendada foi elevado, referido como maior ou igual a um mês (61,1%) e, com relação ao motivo da consulta, a *necessidade de tratamento* foi o mais citado entre os respondentes com 47,2% (34).

No que se refere ao absenteísmo à consulta médica ou de enfermagem agendadas nesta USF, verificou-se que 26,4% faltaram a, pelo menos, uma consulta agendada com outros profissionais de saúde nos seis meses anteriores, enquanto 73,6% não faltaram a nenhuma consulta.

Tabela 5 – Distribuição da população estudada quanto ao acesso e utilização do serviço odontológico e de saúde da USF Verdes Mares por gênero. João Pessoa, 2011.

| Variáveis | Total n=72 | |
|--|---------------|------|
| | n | % |
| Acesso à USF | | |
| Sim | 62 | 86,1 |
| Não | 10 | 13,9 |
| Ocorrência da última consulta | | |
| Menos de 1 ano | 48 | 66,6 |
| 1 ano ou mais | 24 | 33,4 |
| Motivo da consulta | | |
| Urgência | 12 | 16,7 |
| Necessidade de tratamento | 34 | 47,2 |
| Revisão, prevenção, manutenção | 26 | 36,1 |
| Avaliação do tratamento | | |
| Muito bom/ bom | 47 | 65,3 |
| Regular | 6 | 8,3 |
| Ruim/ muito ruim | 9 | 12,5 |
| Não se aplica | 10 | 13,9 |
| Tempo de espera | | |
| < 1 mês | 28 | 38,9 |
| e" 1 mês | 44 | 61,1 |
| Quem realizou o agendamento | | |
| O próprio usuário | 38 | 52,8 |
| Pais ou responsável legal/ Cônjuge/ Dentista da USF | 34 | 47,2 |
| Faltou à consulta médica ou de enfermagem | | |
| Sim | 19 | 26,4 |
| Não | 53 | 73,6 |

A figura 1 revela a distribuição dos pacientes faltosos segundo o motivo alegado estratificado por gênero. Dentre os mais citados, destacam-se o *esquecimento* (23,7%), a *desistência* (12,5%), e a *impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal* (12,5%).

DISCUSSÃO

Não obstante, a previsão constitucional da universalidade do direito à saúde, persiste ainda em nosso país um grande contingente populacional sem

acesso aos cuidados clínicos e preventivos essenciais em saúde bucal. Dados do último inquérito epidemiológico em saúde bucal revelam um quadro preocupante para adultos jovens e idosos, com uma alta proporção de dentes perdidos e uma grande necessidade de tratamento (BRASIL, 2004b).

Paradoxalmente à crescente demanda por tratamento odontológico, percebem-se índices cada vez mais expressivos de absenteísmo dos usuários nos serviços que trabalham com o agendamento prévio de consultas, variando, na literatura estudada, de 30% a 45% (JANDREY, DREHMER, 1999, ZAITTER, 2009). Em um levantamento realizado no período de março a junho de 2010 na USF Verdes Mares, município de João Pessoa, verificou-se um número alarmante de consultas odontológicas perdidas: em média, 48,3% dos usuários que procederam o agendamento não compareceram.

Este fenômeno pode estar relacionado à presença de fatores de resistência ou barreiras de acesso aos serviços, representando, assim, uma expressão das iniquidades sociais em saúde (JANDREY, DREHMER, 1999). Neste contexto, o presente estudo, além de identificar as razões que motivaram este comportamento, buscou analisar, dentre as reconhecidas barreiras de acesso, as características demográficas e socioeconômicas relacionadas aos usuários faltosos, bem como a percepção da sua condição de saúde bucal e impactos sobre a qualidade de vida, e os padrões de acesso e uso do referido serviço odontológico.

A análise dos resultados desta pesquisa revelou uma maior participação do sexo feminino na faixa etária de 31 a 59 anos, mostrando consistência com alguns estudos os quais sugerem que mulheres em idade adulta procuram mais o serviço odontológico em relação aos homens. Concordando com os achados de BARRON, (1980) e ALMEIDA *et al.*, (2009) a maioria dos usuários faltosos possuíam baixa escolaridade e renda familiar. A escolaridade, assim como o nível econômico, são fatores relevantes no que concerne à utilização dos serviços de saúde, podendo representar barreiras sociais ao acesso. Menor renda também relaciona-se ao valor atribuído à saúde bucal e ao acesso a informações sobre cuidados de saúde, os quais também contribuem na determinação dos padrões de acesso e uso dos serviços (ARAÚJO *et al.*, 2009)

O número de pessoas por família residente no domicílio foi considerado um fator de risco relacionado à tendência de não comparecer às consultas. Assim, indivíduos pertencentes a famílias populosas e instáveis

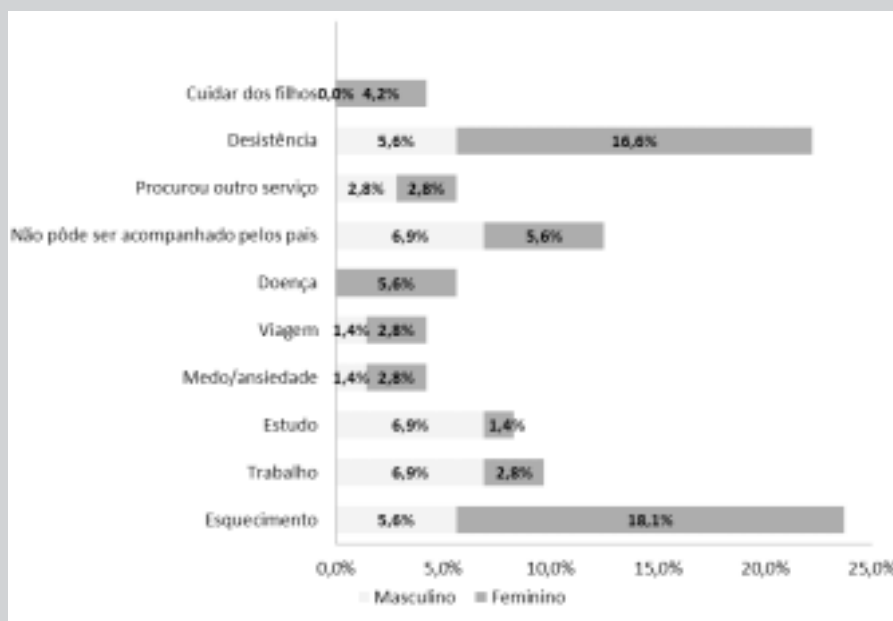


Figura 1 – Distribuição dos respondentes segundo os motivos alegados pelo não comparecimento à consulta odontológica agendada. João Pessoa, 2011.

estão mais predispostos ao absenteísmo (BARRON, 1980). Os achados desta pesquisa mostraram uma média de 4,6 pessoas por família na população estudada, considerada um pouco superior à média estadual de 3,3 (IBGE, 2010).

Segundo alguns autores, o medo como fator inibitório ao tratamento odontológico configura uma causa importante de absenteísmo (LAWRENCE, 2005, ARMFIELD, STEWART, SPENCER, 2007). LAWRENCE, (2005) ao discorrer sobre os efeitos do medo na saúde bucal, mostrou que o comportamento do indivíduo temeroso e sua postura diante dos cuidados com a saúde podem variar, sendo este sentimento responsável por causar tanto a aversão ao tratamento e a negligência com a saúde bucal, como também pode constituir-se em um fator motivador do cuidado e da prevenção do adoecimento. No entanto, conforme os achados deste estudo, o medo não apresentou efeito evidente sobre o não comparecimento à consulta odontológica.

Como indicador de saúde, a percepção da condição bucal tem sua importância reconhecida por sintetizar a condição de saúde objetiva e subjetiva, os valores e as expectativas culturais. Ademais, pode contribuir potencialmente para o condicionamento do comportamento dos sujeitos, estimulando ou não a

procura pelo serviço odontológico. Na maioria das vezes, as pessoas são capazes de reconhecer com certa precisão sua condição bucal, embora utilizem critérios diferentes do profissional, já que tendem a valorizar mais os sintomas e problemas funcionais e sociais ocasionados pela presença da doença (ARAÚJO *et al.*, 2009).

Nesse estudo, a maioria dos respondentes avaliou positivamente sua saúde bucal. Em contrapartida, quase a metade, cerca de 41,6% da amostra, referiu dor orofacial nos seis meses anteriores à pesquisa e 70,8% reconheceram necessitar de tratamento dentário. Tal contradição é apenas aparente e pode ser desfeita se considerarmos o Impacto da Saúde Oral no Desempenho Diário (IODD), o qual para a maioria dos entrevistados (87,5%) foi considerado baixo, sugerindo reduzida interferência da condição de saúde bucal na qualidade de vida.

A percepção das necessidades de saúde bucal por parte dos indivíduos desempenha papel fundamental no estabelecimento das relações de procura e utilização dos serviços de saúde. Resgatando o conceito de acesso, ALMEIDA *et al.*, (2009) discutem que para ampliar o acesso à assistência odontológica, não basta apenas ofertar serviços de qualidade em número

suficiente, é preciso que a população a quem se destinam esses serviços reconheça suas necessidades de saúde, convertendo essas necessidades em demanda. Ademais, analisando o comportamento de pacientes faltosos, BARRON, (1980) concluiu que aqueles mais predispostos a não comparecerem às consultas demonstraram não considerar seu problema de saúde suficientemente relevante.

Assim, diante dos achados deste estudo, pode-se inferir que provavelmente a baixa interferência da condição de saúde bucal na qualidade de vida desses usuários pese na explicação do elevado índice de absenteísmo investigado.

Os resultados também se mostraram consistentes com a literatura em relação ao tempo de espera pela consulta, considerado elevado (maior ou igual a um mês). Embora alguns autores tenham verificado que quanto maior o tempo de espera, maior a tendência a faltar a consultas (BARRON, 1980, GEORGE, RUBIN, 2003, ALMEIDA *et al.*, 2009, BENDER, MOLINA, MELLO, 2010) destaca-se que a aferição do tempo é relativa, e pode ser influenciada pela natureza ou urgência do motivo da busca pelo serviço. Outrossim, o elevado tempo de espera pode ainda contribuir para o esquecimento, como também associado a outros fatores – medo, baixa interferência do problema de saúde na qualidade de vida – pode favorecer a procrastinação (HAMASAKI, KERBAUY, 2001, LAWRENCE, 2005).

A investigação do relato de ausências a outras consultas agendadas na USF falhou em prever a repetição do comportamento, considerando o hábito de procrastinar o cuidado com a saúde (BENDER, MOLINA, MELLO, 2010, BARRON, 1980).

A análise dos motivos alegados para justificar o não comparecimento à consulta odontológica sugere que múltiplos fatores concorrem para o absenteísmo, sendo o *esquecimento* (23,7%) a razão mais citada dentre os entrevistados, concordando com os achados de outros autores (BARRON, 1980, BENDER, MOLINA, MELLO, 2010), seguida pela *desistência* (22,2%), e a *impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal* (12,5%).

Podem ainda aparecer como pano de fundo para o esquecimento, o medo (JANDREY, DREHMER, 1999) e a indiferença ou desinteresse pelo cuidado com a saúde, representado pela baixa valorização da saúde bucal pelo indivíduo (LAWRENCE, 2005).

Apesar do tempo de espera pela consulta ter sido relacionado pelos respondentes como fator

colaborador para a desistência, muitos referiram a existência de problemas no serviço, como a quebra de equipamentos e falta de insumos. A impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal denota a omissão dos pais, os quais negligenciam o cuidado com a saúde de seus filhos, bem como, com frequência, transferem suas responsabilidades de cuidar e orientar para os serviços de saúde.

Analisando os motivos mais alegados pelos faltosos, sugere-se que certos aspectos organizacionais do serviço devam ser repensados, a fim de facilitar o acesso desses usuários, considerando também a adoção de outras medidas como a implantação de um sistema de manutenção preventiva de equipamentos e a regularização do abastecimento de insumos, com vistas à promoção de condições adequadas de atendimento, bem como a redução do tempo de espera pelas consultas e o fortalecimento do diálogo com a comunidade. Este último ponto ressalta a importância da educação em saúde como ferramenta na construção da autonomia dos usuários, facilitando o reconhecimento de seus deveres de co-responsabilização no cuidado com a sua saúde e com a de seus filhos.

CONCLUSÃO

O absenteísmo é um comportamento mediado por múltiplos fatores concatenados. Dentre os motivos mais citados, destacaram-se o esquecimento, seguido pela desistência e a impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal.

Considerando a caracterização demográfica e a análise das condições socioeconômicas, percebeu-se que os usuários que não compareceram às consultas odontológicas agendadas são adultos do sexo feminino, de baixa escolaridade e renda familiar mensal de até 1 salário mínimo.

Quanto à percepção do estado de saúde bucal, a maioria dos usuários faltosos avaliaram-se positivamente, mesmo declarando necessitar de tratamento odontológico. Ademais, verificou-se o predomínio de uma baixa interferência do estado de saúde bucal na qualidade de vida dos respondentes.

A eliminação de barreiras ao acesso consiste em um dos eixos importantes do planejamento e dimensionamento dos serviços de saúde bucal, visando a garantia da utilização plena do serviço. Neste sentido, mister se faz promover condições adequadas de aten-

dimento, assim como repensar o sistema de agendamento utilizado, a fim de evitar desistências e reduzir o tempo de espera pela consulta. Outrossim, ressalta-se ainda a necessidade de sensibilizar os usuários quanto aos seus deveres de co-responsabilização frente ao cuidado de sua saúde e a de seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA GL, GARCIA LFR, ALMEIDA TL, BITTAR TO, PEREIRA AC, 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, 2009.
2. ANTUNES JLF, NARVAI PC, Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*, 44(2):360-5, 2010.
3. ARAÚJO CS, LIMA RC, PERES MA, BARROS AJD, Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(5):1063-1072, 2009.
4. ARMFIELD JM, STEWART JF, SPENCER AJ, The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*, 7(1): 1-15, 2007.
5. BARRON WM, Failed appointments. Who misses them, why are they missed and what can be done. *Primary Care: Clin Ofúce Pract*, 4(7): 563-74, 1980.
6. BARROS AJD, BERTOLDI AD, Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciê. Saúde Colet.*, 7(4):709-717, 2002.
7. BENDER AS, MOLINA LR, MELLO ALSF, Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço para a Saúde*, 11(2): 56-65, 2010.
8. BOTAZZO C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*, 1ª edição, Bauru: EDUSC, 1999, 237p.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96, de 10 de outubro de 1996. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082-5.
10. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, Brasília: Ministério da Saúde, 2004ª, 16p.
11. BRASIL. *Projeto SB Brasil 2003 – condições da saúde bucal de população brasileira 2002-2003*. Resultados principais, Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 52p.
12. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social*, Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 148p.
13. COHEN L. K. Converting unmet need for care to effective demand. *Int Dent J*, 37: 114-116; 1987.
14. COSTA JFR, CHAGAS LD, SILVESTRE RM, organizadores. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde; 2006, 67p.
15. GEORGE A, RUBIN G. Non-attendane in general practice: a systematic review and it implications for access to primary health care. *Family Practice*, 20(2): 178-184; 2003.
16. HAMASAKI EIM, KERBAUY RR, Será o comportamento de procrastinar um problema de saúde? *Rev. Bras.Ter. Comport. Cogn.*, 3(2): 35-40, 2001.
17. IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores-2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, 288p.
18. JANDREY CM, DREHMER TM, Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário do Centro de Pesquisas em Odontologia Social – UFRGS. *Rev. Fac. Odontol*, 40(1): 24-8, 1999.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos Agentes Comunitários de Saúde e às Equipes de Saúde Bucal pela contribuição neste estudo.

19. JOÃO PESSOA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009*. João Pessoa: Governo Municipal, 2006, 129p.
20. LAWRENCE SM, Dental Values as a Factor Affecting Attendance among Patients with high Dental Fear. [Dissertação de Mestrado]. Morgantown (WV): West Virginia University, 2005. 48p.
21. PERES MA, ANTUNES JLF, O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para saúde bucal. In: PERES MA, ANTUNES JL, *Epidemiologia da saúde bucal*, 1ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.3-18.
22. ZAITTER WM, Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR), [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009. 86p.

CORRESPONDÊNCIA

Franklin Delano Soares Forte
Rua Norberto de Castro Nogueira, 123
apto. 803, Jardim Oceania
58037-603 João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mail
fdsforte@terra.com.br