

# Necessidade de Tratamento, Absenteísmo Odontológico e Correlação com Fatores Socioeconômicos em Escolares de uma Unidade de Saúde da Família, Guarulhos/SP

## Need for Treatment, Dental Absenteeism and Correlation with Socioeconomic Factors in Students from a Family Health Unit, Guarulhos/SP

Leonardo Paroche de Matos<sup>1</sup>  
Ana Freitas Ribeiro<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a necessidade de tratamento e absenteísmo odontológico em escolares e correlacioná-los com fatores socioeconômicos. **Metodologia:** Estudo ecológico, longitudinal, retrospectivo e descritivo com as classificações de risco de escolares para necessidade de tratamento e absenteísmo odontológico. **Resultados:** A amostra foi constituída por 2.290 avaliações odontológicas, em 2016 e 2.390 avaliações de educandos, em 2019. Em 2016, a necessidade de tratamento foi de 16,6% e, em 2019, 28,2%. No tocante ao absenteísmo, em 2016, 84,3% e, em 2019, 79,2%. Em relação às correlações, a necessidade de tratamento P0, em 2016, não foram significativas para a raça/cor preta e escolaridade. Não significativas e negativas para o trajeto a pé e sem plano de saúde; negativa e significativa para não trabalhar. No ano de 2019, foram não significativas para a raça/cor preta, escolaridade e sem plano de saúde; não significativas e negativas para o trajeto a pé, não trabalhar, enquanto, em relação ao absenteísmo, em 2016, foram significativas e negativas para a raça/cor preta, escolaridade, trajeto a pé, não trabalhar e sem plano de saúde. Em 2019, não significativas e negativas para a raça/cor preta, escolaridade, não trabalhar e sem plano de saúde; significativa e negativa: trajeto a pé. **Conclusão:** Foi possível observar que ocorreu um aumento de 11,6% na necessidade de tratamento e uma redução de 5,1% no absenteísmo em 2019 e as correlações entre os indicadores e a necessidade de tratamento apresentaram padrões variáveis de distribuição nos anos do estudo, pois, com exceção do tempo de trajeto a pé, que apresentou correlação negativa e significativa em 2019, todas as demais correlações foram negativas e não significativas entre os indicadores socioeconômicos e o absenteísmo em 2016 e 2019.

### DESCRIPTORIOS

Cárie Dentária. Absenteísmo. Aspectos Socioeconômicos.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the need for dental treatment and absenteeism in schoolchildren and correlate them with socioeconomic factors. **Methodology:** Ecological, longitudinal, retrospective, and descriptive study with risk classifications of schoolchildren for the need of treatment and dental absenteeism. **Results:** The sample consisted of 2290 dental evaluations in 2016 and 2390 evaluations of students in 2019. In 2016, the need for treatment was 16.6% and in 2019: 28.2%. Regarding absenteeism, in 2016, 84.3% and, in 2019, 79.2%. Regarding correlations, the need for P0 treatment, in 2016, was non-significant for black race/color and education level. Non-significant and negative for walking and without health insurance; negative and significant for not working. In 2019, they were non-significant for black race/color, education, and no health insurance; non-significant and negative for walking, not working, while in relation to absenteeism, in 2016, they were significant and negative for black race/color, education, walking, not working, and no health insurance. In 2019, non-significant and negative for black race/color, education, not working, and no health insurance; significant and negative: walking. **Conclusion:** through the descriptions made in this study, it was possible to observe that there was an 11.6% increase in the need for treatment and a 5.1% reduction in absenteeism in 2019, and the correlations between the indicators and the need for treatment showed variable distribution patterns in the years of the study, as, with the exception of walking time, which showed a negative and significant correlation in 2019, all other correlations were negative and non-significant between socioeconomic indicators and absenteeism in 2016 and 2019.

### DESCRIPTORS

Dental Caries. Absenteeism. Socioeconomic Aspects.

<sup>1</sup> Mestre em Administração- Gestão em Sistemas de Saúde, Universidade Nove de Julho/SP. Cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Guarulhos/SP.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Docente (Universidade Nove de Julho/SP).

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)<sup>1</sup>, reforçando o aspecto crônico e a alta prevalência da cárie na saúde pública brasileira.

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<sup>2,3</sup>. 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<sup>4,5</sup>.

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<sup>6</sup>.

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<sup>7</sup>.

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, caminhando junto à demanda odontológica, o absenteísmo se faz presente, e do ponto de vista gerencial, Jandrey e Drehmer<sup>8</sup> e Melo et al.<sup>9</sup> 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.

Assim, esta pesquisa visa 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.

## METODOLOGIA

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 pacientes cadastrados no sistema e-SUS.

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<sup>10</sup>.

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.

#### Procedimentos de Coleta dos Dados

Os dados desta pesquisa foram obtidos da planilha consolidada das ações em saúde bucal realizadas em 2016 e 2019 (escolhidos por conveniência por apresentarem dados mais fidedignos acerca das avaliações e encaminhamentos para consultas individuais) em ambiente escolar nas seis escolas do território da unidade pactuadas pelo município, seguindo os critérios do PSE.

Os critérios para avaliação e classificação seguem o protocolo e linha de cuidado de saúde bucal vigentes no município e priorizam sempre a pior condição (prioridade zero). 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.

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, permitindo realizar o cálculo do índice de absenteísmo. Portanto, a coleta e a análise de dados foram baseadas nas planilhas geradas pela unidade básica de saúde agrupadas por unidade escolar.

Os dados socioeconômicos são originários do sistema de informação e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) por meio dos relatórios condensados por área. 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 e se a família possui plano privado de saúde.

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.

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 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.

#### 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 do coeficiente de correlação de Pearson ( $p$ ), considerado significativo se  $p < 0,05$ . A ferramenta editora de planilhas Microsoft Excel® foi utilizada para a estatística descritiva básica.

## RESULTADOS

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

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

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						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
Média	-	381,7	11,8	6,5	3,7	78,3	21,7	398,3	6,7	17	4,3	71,9	28,2

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

a classificação de risco dos educandos. Foi 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 de saúde bucal, ou

seja: crianças e adolescentes sem experiência de cárie, com valores entre 65% (escola "A") e 91% (escola "E") e 2016 e 83% e 64% nas mesmas escolas apresentando, respectivamente, as maiores e menores proporções em 2019, destaca-se a redução da classificação P3 no ano de 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 11,6% no ano de 2019, demonstrando um agravamento na condição de saúde bucal da população do estudo, assim como, também, foi possível observar a redução média de 5,1% do absenteísmo no ano de 2019.

Em relação ao índice de absenteísmo

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

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	16,6	84,3	398,3	28,2	79,2

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

entre os educandos avaliados em ambiente escolar, no ano de 2016 é possível observar na Tabela 2 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%), seguida da escola “F” (87%) e das escolas “A” e “B”, com 82% de absenteísmo cada. A escola “D” apresentou o menor índice de absenteísmo, com 75% (2016) e 73% (2019) e a escola “A” apresentou o maior índice de absenteísmo em 2019 (91%).

A Tabela 3 expressa às correlações realizadas entre a necessidade de tratamento (classificação de risco P0 - pior condição de saúde bucal no momento da avaliação), índice de absenteísmo odontológico e os fatores socioeconômicos quesito raça/cor preta, ensino médio completo, tempo de trajeto a pé, situação de emprego “não trabalha” e não possuir plano privado de saúde das famílias dos educandos residentes no território da UBS do estudo nos anos de 2016 e 2019.

De acordo com os dados obtidos, foi possível notar que a correlação entre a necessidade de tratamento e o quesito raça/cor preta não foi significativa nos anos de 2016 e 2019, o que significa não existir correlação entre a raça e a presença de agravos orais nesta população.

O fator socioeconômico “ensino médio completo” do responsável familiar apresentou correlações não significativas com a variável necessidade de tratamento P0 em ambos os anos do estudo.

O tempo de trajeto a pé não condicionou na necessidade de tratamento em ambos os anos do estudo, pois as correlações encontradas foram não significativas e negativas em 2016 e 2019.

A situação de emprego “não trabalha” apresentou correlação estatisticamente significativa, negativa e fraca com a necessidade de tratamento em 2016 e não significativa no ano de 2019, ou seja, foi possível inferir que em 2016 a necessidade de tratamento esteve

Tabela 3. Matriz de correlações entre as variáveis socioeconômicas e a necessidade de tratamento (P0) e índice de absenteísmo na UBS do estudo

Variáveis	Ano	Necessidade de tratamento (P0)	IC**	Índice de Absenteísmo	IC**
Quesito raça/cor preta	2016	0,475	-0,548, 0,929	-0,852	-0,984, -0,133
	2019	0,181	-0,739, 0,865	-0,556	-0,942, 0,465
Escolaridade: ensino médio completo	2016	0,308	-0,671, 0,896	-0,508	-0,934, 0,517
	2019	0,588	-0,428, 0,947	-0,416	-0,918, 0,597
Tempo médio de trajeto a pé	2016	-0,443	-0,923, 0,576	-0,568	-0,944, 0,452
	2019	-0,283	-0,890, 0,686	-0,026*	-0,820, 0,802
Situação de emprego "não trabalha"	2016	-0,004*	-0,813, 0,810	-0,112	-0,705, 0,882
	2019	-0,849	-0,983, -0,122	-0,136	-0,853, 0,759
Não possui plano privado de saúde	2016	-0,119	-0,849, 0,767	-0,595	-0,949, 0,418
	2019	0,822	0,030, 0,980	-0,702	-0,964, 0,254

Fonte: planilha condensada de fechamento do PSE da unidade do estudo e e-SUS (variáveis socioeconômicas). \*significativo no nível de 5% \*\*Intervalo de Confiança (IC) de 95%

inversamente relacionada com os pais/responsáveis que não trabalham, o que significou neste estudo que os educandos avaliados de pais que não trabalhavam em 2016 apresentaram menor necessidade de tratamento e, em 2019, a correlação não significativa representou assim maiores chances dos educandos avaliados apresentarem a classificação “P0” quando os pais/responsáveis trabalham.

O fato da família não possuir plano privado de saúde apresentou correlações não significativas em 2016 e 2019 com a necessidade de tratamento. Neste estudo apenas 12,33% (2016) e 12% (2019) referiram possuir plano privado de saúde.

A ausência do usuário na primeira consulta odontológica individual programada na UBS foi parâmetro para o cálculo do índice de absenteísmo, assim sendo, na prática os educandos não procuraram o serviço após a avaliação individual realizada previamente em ambiente escolar e, posteriormente, encaminhado para o agendamento e início do tratamento na unidade.

As correlações realizadas entre o absenteísmo e os fatores socioeconômicos (raça/cor, ensino médio completo, tempo de trajeto a pé (no ano de 2016), pais não traba-

lhar e não possuir plano privado de saúde) mostraram-se negativas e não significativas em ambos os anos do estudo, ou seja, as ausências em consulta não foram condicionadas pelos fatores socioeconômicos, pois a correlação entre o quesito raça/cor, a escolaridade do responsável “ensino médio completo”, pais/responsáveis não trabalhar e a família não possuir plano privado de saúde e o absenteísmo apresentaram correlações negativas e não significativas nos dois anos da pesquisa (2016 e 2019), o que representa na prática ausências sem distinção de escolaridade, distância geográfica, pais/responsáveis não trabalhar, raça/cor e não possuir plano de saúde.

O tempo de trajeto a pé apresentou correlação negativa, significativa e fraca com o absenteísmo em 2019, evidenciando que a distância estava inversamente relacionada com as ausências em consulta, pois em todas as situações encontradas no território da unidade (morar mais próximo ou mais distante da UBS) apresentaram comportamentos semelhantes: faltar na consulta odontológica individual inicial programada.

A Tabela 4 permite observar que as correlações realizadas entre o quesito raça/cor e a necessidade de tratamento mostraram-se

Tabela 4. Correlações entre a necessidade de tratamento e índice de absenteísmo e o quesito raça/cor

Quesito raça/cor	Necessidade de tratamento (P0, P1 e P2)		Índice de absenteísmo	
	(2016)	(2019)	(2016)	(2019)
Cor branca	-0,099*	-0,559	-0,247	-0,282
Cor parda	-0,576	-0,264	-0,564	0,209
Cor preta	0,475	0,181	-0,852	-0,556
Cor amarela	-0,356	0,095	-0,457	0,142

\* significativo (p <0,05). Fontes: planilha condensada de fechamento do PSE e e-SUS (quesito raça/cor)

negativas e significativas para os indivíduos da cor branca (2016) e não significativas para os indivíduos da cor branca (2019), cor parda (2016 e 2019) e cor amarela (2016); não significativas para os indivíduos das cores preta (2016 e 2019) e amarela (2019).

As correlações realizadas entre as variáveis: quesito raça/cor e o índice de absenteísmo nos anos de 2016 e 2019 foram descritas na Tabela 4 e permitiram observar que todas foram não significativas, tendo sido não significativas e negativas na cor branca (2016 e 2019), cor parda (2016), preta (2016 e 2019) e cor amarela (2016), assim como não significativas nas cores parda e amarela em 2019.

Os dados descritos na Tabela 5 mostram as correlações não significativas e negativas entre o tempo médio de trajeto a pé e a necessidade de tratamento (P0) em 2016 e 2019, assim como, a correlação negativa e não significativa em relação às ausências em consulta (absenteísmo) em 2016 frente à Tabela 5. 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)

correlação 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 66% 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.

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
Valor-p	-	-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®. \* significativo ( $p < 0,05$ )

Em relação à necessidade de tratamento, foi 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.

## DISCUSSÃO

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.

O mesmo pode ser dito dos indicadores socioeconômicos: os dados obtidos do território não representam a realidade absoluta do município, limitando-se à realidade 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.

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, assim, este estudo concorda com o estudo realizado por Ferreira et al.<sup>11</sup>.

Neste estudo a classificação de risco P0 fora escolhida para as correlações por representar a pior condição de saúde bucal encontrada 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 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.

No estudo realizado por Antunes et al.<sup>12</sup>, 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.<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup>, 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 altos índices de necessidade de tratamento.

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.

A Tabela 4 traz à tona que a necessidade de tratamento não está diretamente correlacionada com o quesito raça/cor, o que traduz a uniformidade dos agravos em saúde bucal na população do estudo quando considerado esta variável.

Em oposição, na pesquisa realizada por Guiotoku et al.<sup>15</sup>, 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.

Em relação ao índice de absenteísmo e o quesito raça/cor, os dados demonstraram uma distribuição irregular e correlações não significativas entre as variáveis em ambos os anos, conforme a Tabela 4, permitindo assim observar que a questão das ausências em consulta não pode ser atribuída a um grupo específico.

Nos estudos de Garbin et al.<sup>16</sup> e Alcântara et al.<sup>18</sup>, 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.

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.<sup>18</sup>, que associaram a experiência de cárie em pré-escolares com o quesito renda e escolaridade.

No estudo de Garbin et al.<sup>16</sup>, 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 3 é possível observar as correlações não significativas em 2016 e 2019.

Como 83,3% das escolas apresentaram responsáveis com ensino médio completo, esses dados divergem da pesquisa realizada por Silva e Senna<sup>19</sup>, 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.

No trabalho realizado por Giovanella et al.<sup>20</sup>, 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).

O estudo supracitado assemelha-se, por exemplo, aos estudos realizados por Cunha e Vieira-da-Silva<sup>21</sup>, Júnior et al.<sup>22</sup> e Viegas et al.<sup>23</sup>, que citam em suas respectivas 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.

Nesta pesquisa, 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 apresentam 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 e Jesus<sup>24</sup> 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, pois as razões 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.

Os dados supracitados 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 impossibilitar que sejam realizadas inferências sobre a realidade local generalizada, visto que os dados disponíveis são inespecíficos em relação à modalidade do plano (se médico, odontológico ou ambos).

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 tem opção para preenchimento dessa informação, 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.

Em contraste ao aumento da procura por atendimento odontológico público, paralelamente, o alto índice de ausências nas consultas torna-se preocupante, pois o índice de absenteísmo encontrado neste estudo nos anos de 2016 e 2019 foi de 84,3% e 79,2%,

respectivamente, ou seja, mais da metade da população convocada não compareceu para tratamento, evidenciando mais uma vez a provável indisponibilidade de tempo, falta de responsabilização, baixa aceitabilidade ou outras razões não especificadas pela baixa procura por atendimento odontológico e consequente falha na redução da prevalência de cárie por provável desinteresse da população em realizar o tratamento odontológico, variáveis estas que abrem novos horizontes para futuras pesquisas exploratórias no território do estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das descrições realizadas neste estudo, foi possível observar que ocorreu um aumento de 11,6% na necessidade de tratamento e uma redução de 5,1% no absenteísmo em 2019 e as correlações entre os indicadores e a necessidade de tratamento apresentaram padrões variáveis de distribuição nos anos do estudo, pois, com exceção do tempo de trajeto a pé, que apresentou correlação negativa e significativa em 2019, todas as demais correlações foram negativas e não significativas entre os indicadores socioeconômicos e o absenteísmo em 2016 e 2019.

## REFERÊNCIAS

1. Macambira DSC, Chaves ES, Costa EC. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. *Saúde E Pesqui.* dezembro de 2017;10(3):463–72.
2. Essvein G, Baumgarten A, Rech RS, Hilgert JB, Neves M. Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. *Rev Saúde Pública.* 2019;53(15):12.
3. Nunes CSR, Silva MP da, Barcessat ARP. Acesso aos serviços de saúde bucal de adultos e idosos. *Estação Científica UNIFAP.* dezembro de 2017;7(3):09–18.
4. Silva M das GB da, Catão MHC de V, Andrade FJP de, Alencar CRB de. Cárie precoce da infância: fatores de risco associados. *Arch Health Invest.* 2017;6(12):574–9.
5. Aquilante AG, Almeida BS de, Castro RFM de, Xavier CRGX, Peres SH de CS, Bastos JR de M. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. *Rev Odontol UNESP.* 2003;32(1):39–45.
6. Sousa MC de, Esperidião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva.* junho de 2017;22:1781–90.
7. Jacob LM da S, Melo MC de, Sena RM de C, Silva LJ da, Mafetoni RR, Souza KCS de. Ações educativas para promoção da saúde na escola: revisão integrativa. *Saúde E Pesqui.* 23 de agosto de 2019;12(2):419–27.
8. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS)- UFRGS. *Rev Fac Odontol Porto Alegre.* janeiro de 2000;40(2):24–8.
9. Melo ACBV de, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2011;15(3):309–18.
10. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Vol. 18ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. 596 p.
11. Ferreira I do RC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML de, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ.* março de 2014;19(56):61–76.
12. Antunes JLF, Peres MA, Mello TR de C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* março de 2006;11:79–87.
13. Massoni AC de LT, Vasconcelos FMN de, Katz CRT, Rosenblatt A. Utilização de serviços odontológicos e necessidades de tratamento de crianças de 5 a 12 anos, na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Odontol UNESP.* 2009;38(2):73–8.
14. Souza EHA de, Oliveira PAP de, Galvão PVM. Necessidade de tratamento odontológico em crianças do município de Camaragibe na faixa etária de 2 a 13 anos. *Odontol Clín-Cient.* setembro de 2012;11(3):215–9.
15. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés S jorge, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(2):135–41.
16. Garbin CAS, Soares GB, Martin IM, Garbin AJÍ, Arcieri RM. Saúde bucal na escola: avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças. *RFO Passo Fundo.* abril de 2016;21(1):81–9.
17. Almeida DK de. 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)]. [Alfenas]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
18. Alcântara TL de, Batista MJ, Gibilini C, Ferreira N de P, Sousa M da LR de. Fatores associados à saúde bucal de pré-escolares inseridos em programa educativo preventivo no município de Piracicaba/SP. *RPG Rev Pós Grad.* 2011;18(2):102–7.
19. Silva AN da, Senna MAA de. Fundamentos em saúde bucal coletiva. 2013. 248 p.
20. Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. 1110 p.
21. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública.* abril de 2010;26(4):725–37.
22. Júnior ES da S, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACFF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* novembro de 2010;10(supl. 1):549–60.
23. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP da. 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.* 2015;24(1):100–12.

24. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(11):2865-75.

**CORRESPONDÊNCIA**

Leonardo Paroche de Matos  
Rua Tapiramuta, 237, CEP: 07175-530,  
VI.Nova Bonsucesso, Guarulhos/SP  
Email: [leonardoparoche@gmail.com](mailto:leonardoparoche@gmail.com)