



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

TIAGO MENDONÇA DIAS

**ABSENTEÍSMO EM ODONTOLOGIA NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS: DISCUTINDO ACESSO, EQUIDADE E BUCALIDADE**

CAMPINAS

2020

TIAGO MENDONÇA DIAS

ABSENTEÍSMO EM ODONTOLOGIA NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS: DISCUTINDO ACESSO, EQUIDADE E BUCALIDADE

ABSENTEEISM IN DENTISTRY IN THE PERCEPTION OF USERS AND
PROFESSIONALS: DISCUSSING ACCESS, EQUITY AND BUCCALITY

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva: Políticas e gestão em Saúde na área de Política,
Gestão e Planejamento.

Thesis presented to the Faculty of Medical Sciences of State
University of Campinas in partial fulfillment of the requirements
for Master degree in Collective Health: Policies and
management in health in the area of policy, management and
planning.

ORIENTADOR: RAFAEL AFONSO DA SILVA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO TIAGO MENDONÇA DIAS, E ORIENTADO PELO
PROF. DR. RAFAEL AFONSO DA SILVA.

CAMPINAS
2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

D543a Dias, Tiago Mendonça, 1987-
Absenteísmo em odontologia na percepção de usuários e profissionais :
discutindo acesso, equidade e bucalidade / Tiago Mendonça Dias. – Campinas,
SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Rafael Afonso da Silva.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Absenteísmo. 2. Saúde bucal. 3. Vulnerabilidade em saúde. 4. Acesso
aos serviços de saúde. 5. Equidade em saúde. I. Silva, Rafael Afonso da,
1979-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Absenteeism in dentistry in the perception of users and
professionals : discussing access, equity and buccality

Palavras-chave em inglês:

Absenteeism
Oral health
Health vulnerability
Health services accessibility
Health equity

Área de concentração: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Rafael Afonso da Silva [Orientador]
Daniele Pompei Sacardo
Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 20-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-4543-6476>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0530480481959086>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO/DOCTORADO

TIAGO MENDONÇA DIAS

ORIENTADOR: RAFAEL AFONSO DA SILVA

MEMBROS:

1. PROF. DR. RAFAEL AFONSO DA SILVA

2. PROFA. DRA. DANIELE POMPEI SACARDO

3. PROFA. DRA. LUCIANE MIRANDA GUERRA

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 20/02/2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus avós José Mendonça (*in memorian*) e Evonília Bernardes pelos exemplos de vida, trabalho e caráter.

Aos meus pais Geovani e Conceição por tudo que fizeram por mim. Eles foram os responsáveis pela maior herança da minha vida: meus estudos.

As minhas irmãs Jéssica e Marina que sempre compartilharam comigo as vitórias e derrotas e ao meu irmão Daniel.

A minha esposa Ingrid pelo amor, incentivo e apoio nessa etapa e na vida.

Essa vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força, coragem e saúde.

Agradeço à toda minha família e amigos, em especial minha mãe Conceição e minha esposa Ingrid que não mediram esforços para que esse sonho se tornasse realidade e por toda compreensão nos momentos da minha ausência.

Agradeço à UNICAMP, seu corpo docente e toda a equipe de apoio do Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Ciências Médicas.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Rafael Afonso da Silva pelos ensinamentos e por ter compartilhado comigo toda a trajetória dessa pesquisa, suas correções e incentivos

Agradeço às Prefeitura de Monte Mor – SP, Itupeva – SP e Jundiaí- SP pela autorização para participar dessa experiência acadêmica.

Agradeço aos meus pacientes e aos voluntários desta pesquisa, sem eles essa pesquisa seria inviável.

Agradeço aos meus colegas de turma do Mestrado Profissional pelos debates que muito contribuíram para meu crescimento profissional e acadêmico e pelas risadas e conversas que foram um privilégio nesse percurso.

Agradeço minha tia Marília pelas sugestões e tradução.

Agradeço à minha querida Faculdade de Odontologia de Araraquara, FOAr UNESP, pela profissão de Cirurgião Dentista, base fundamental nesse trabalho e na minha vida profissional.

Agradeço à Profa. Leonor Loffredo e à Profa. Camila Pinelli por terem me apresentado o mundo científico na graduação.

Agradeço a Camila Arndt pelo apoio e auxílio na organização do texto.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desse trabalho

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.” José de Alencar

RESUMO

A literatura sobre absenteísmo em consultas odontológicas tem evidenciado, sobretudo, temas pertinentes à gestão dos dispositivos de acesso, considerando o perfil de um conjunto de usuários situados; e ao enfrentamento de vulnerabilidades sociais, suscitando questões relacionadas à equidade e à necessidade de ações intersetoriais. De acordo com os princípios reguladores do Sistema Único de Saúde, percebe-se que esses temas são de suma importância para combater o absenteísmo. No entanto, a relação entre absenteísmo e modelo de cuidado nos serviços odontológicos tem sido discretamente tratada. O objetivo dessa pesquisa é mapear e compreender os sentidos do absenteísmo em serviços odontológicos na atenção básica, a partir da ótica de usuários do serviço e de profissionais da atenção básica. Isso se deu a partir da discussão da “bucalidade” como forma de pensar uma ampliação da clínica odontológica, analisando as dimensões sociais, culturais, subjetivas e intersubjetivas da saúde bucal. Trata-se de um estudo com metodologia qualitativa que utilizou, como técnicas de pesquisa, a entrevista individual com 20 usuários de uma unidade de atenção básica, e um grupo focal com profissionais da mesma unidade. A técnica da análise temática de conteúdo foi utilizada para analisar o material. A análise/discussão do material de campo foi organizada a partir de dois eixos: motivos das faltas às consultas odontológicas e possibilidades de gestão. O primeiro eixo é composto pelas seguintes categorias em torno do paciente: esquecimento e menor interesse; vulnerabilidade, dor e medo de dentista; e trabalho e acesso. Nesse eixo, foram destacadas diversas expressões de conflitos de bucalidades, envolvendo diferentes sujeitos (profissionais e usuários; usuários e empregadores; e usuários e usuários). No segundo eixo, foram apresentadas sugestões de mudanças na gestão local do acesso, sem deixar de explorar conflitos subjacentes, assim como duas experiências de gestão no enfrentamento do absenteísmo. Na conclusão, enfatizamos a importância de um enfoque plural do problema do absenteísmo no contexto da atenção à saúde bucal, abordando as interrelações das questões de gestão, acesso, equidade, cuidado (ou modelo de cuidado) e subjetividades/bucalidades.

Palavras-Chave: Absenteísmo; Saúde Bucal; Vulnerabilidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The literature on absenteeism in dental appointments has evidenced, above all, pertinent themes to the management of access devices, considering the profile of a set of situated users; and addressing social vulnerabilities, raising issues related to equity and the need for intersectoral actions. According to the regulatory principles of the Unified Health System, it is clear that these themes are of paramount importance to combat absenteeism. However, the relationship between absenteeism and care model in dental services has been discreetly addressed. The aim of this research is to map and understand the meanings of absenteeism in dental services in primary care, from the perspective of service users and primary care professionals. This was based on the discussion of **bucallity** as a way of thinking about an expansion of the dental clinic by analyzing the social, cultural, subjective and intersubjective dimensions of oral health. This is a study with qualitative methodology that used, as research techniques, the individual interview with 20 users of a primary health care unit and a focus group with professionals from the same unit. For analysis of the material, the technique of thematic content analysis was used. The analysis / discussion of field material was organized from two axes: reasons for missing dental appointments, and possibilities and management. The first axis consists of the following categories around the patient: forgetfulness and disinterest; vulnerability, pain and fear; and work and access. In this axis, several expressions of bucallity conflicts were highlighted, involving different subjects (professionals and users; users and employers; and users and users). In the second axis, suggestions for changes in local access management were presented, while exploring underlying conflicts, as well as two management experiences when facing the absenteeism. In conclusion, we emphasize the importance of a plural approach to the problem of absenteeism in the context of oral health care, addressing the interrelationships of management, access, equity, care (or care model) and subjectivities / bucallity.

Keywords: Absenteeism; Oral Health; Health Vulnerability; Health Services Accessibility; Health Equity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAT – Central de Agendamento Telefônico

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NSF – Núcleo de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

SP – Estado de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS.....	16
1.1.1 Geral	16
1.1.2 Específicos.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 ODONTOLOGIA NO SUS.....	17
2.2 REPENSANDO A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL A PARTIR DA ESCUTA DAS “SUBJETIVIDADES/BUCALIDADES”	22
2.3 ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	26
3 METODOLOGIA	34
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	34
3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA EMPREGADAS	35
3.2.1 Entrevista Individual	35
3.2.2 Grupo Focal	38
3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	42
3.4 METODOLOGIA DO PRODUTO TÉCNICO	43
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	45
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO	46
4.1 MOTIVOS DAS FALTAS ÀS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	46
4.1.1 Esquecimento e menor interesse	46
4.1.2 Vulnerabilidade, dor e medo de dentista	57
4.1.3 Trabalho e acesso	65
4.2 POSSIBILIDADES E GESTÃO	76
4.2.1 Comunicação e agendamento	78
4.2.2 Experiência de implantação de novas estratégias de gestão do acesso no enfrentamento do absenteísmo	82
4.2.2.1 EXPERIÊNCIA EM ITUPEVA: ACESSO AVANÇADO COMO ESTRATÉGIA DE AUMENTO DE PRODUTIVIDADE E ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	82
4.2.2.2 EXPERIÊNCIA EM JUNDIAÍ: PROTOCOLO DE SAÚDE BUCAL NOVA UBS MARINGÁ – JUNDIAÍ – SP	84
5 CONCLUSÃO	86
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXO A	97

1 INTRODUÇÃO

Gostaria de iniciar essa tese me situando como pesquisador e profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), em relação à questão do absenteísmo em consultas odontológicas numa unidade de saúde e apresentando um recorte da minha trajetória acadêmica e profissional.

Trabalhei pouco tempo na iniciativa privada, menos de dois anos da minha experiência profissional. Após esse período tive a oportunidade de embarcar na carreira pública atuando como Cirurgião Dentista na atenção primária. Comecei no município de Monte Mor – SP, uma cidade acolhedora que será sempre uma lembrança especial, repleta de saudades e pessoas especiais com as quais tive o privilégio de conviver por quase cinco anos. O trem da vida vai nos conduzindo a novos destinos, vieram outras aprovações em concursos públicos e com elas novos desafios profissionais como Sertãozinho, Itupeva e finalmente em Jundiaí, no estado de São Paulo, terra da uva e laboratório desta pesquisa.

Desde o meu trabalho no município de Monte Mor, assumi uma escolha pelo serviço público de saúde. Desde os primeiros meses atuando na rede pública me senti realizado e cada vez mais fui me identificando com o trabalho dentro do SUS: sua importância, seu impacto na saúde e qualidade de vida dos usuários e principalmente seu impacto na redução da desigualdade social. Decidi que minha carreira profissional seria trilhada, a partir dali, dentro do nosso sistema de saúde. Naquele momento, encerrei meu consultório particular e mergulhei de corpo e alma para atuar num serviço odontológico da atenção básica. Já faz mais de sete anos e continuo plenamente feliz com aquela decisão de abandonar a odontologia privada. Agradeço por chegar onde estou e os caminhos que trilhei. Tem suas pedras e dificuldades, como qualquer caminho, porém as alegrias e felicidades são infinitamente maiores e gratificantes. Poder ajudar, tirar a dor, devolver a autoestima e o sorriso a um paciente é uma bênção e motivo de orgulho para mim.

A partir dessa escolha pela odontologia pública vieram as minhas escolhas na academia. Tendo o SUS como contexto de trabalho, eu precisava conhecê-lo melhor, sua filosofia de trabalho, suas potencialidades e limitações. A partir desse pensamento, iniciei uma pós-graduação em Saúde da Família para aprimorar minha formação em saúde coletiva. O desejo de estudar mais me fez

encontrar o programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão Pública na UNICAMP. Nessa universidade, encontrei espaços e pessoas para compartilhar estudos, debates, trocas e vivências; uma oportunidade ímpar na minha formação como profissional e trabalhador do SUS. Tem sido um sonho poder estudar saúde coletiva trabalhando no sistema público e levar para dentro da unidade de saúde o conhecimento da academia, implementando e produzindo qualidade no serviço de saúde e melhorias no cuidado aos pacientes.

O mestrado profissional representou para mim a possibilidade de construção de uma interface entre dois mundos, tão distantes e tão próximos: o contexto acadêmico, com suas práticas e produções, e o sistema público de saúde, com suas práticas e produções. Dentro dessa perspectiva, procurei identificar um tema que me (pre)ocupava como profissional e que, ao mesmo tempo, fosse percebido por outros profissionais e gestores, bem como pela comunidade acadêmica, como um problema de saúde pública. Daí surgiu o tema da pesquisa: absenteísmo em consultas odontológicas, um problema recorrente na Atenção Básica e com o qual convivi durante toda minha trajetória profissional como Cirurgião Dentista no Sistema Único de Saúde (SUS).

Absenteísmo é uma palavra que deriva do vocábulo latino *absen*, que significa “estar fora, afastado ou ausente”(1). O absenteísmo consiste no ato de se abster de alguma atividade ou função. No contexto dos serviços de saúde, esse termo é mais recorrentemente usado para referir-se ao absenteísmo de profissionais de saúde ao trabalho e para referir-se à falta de usuários a consultas e procedimentos agendados. Foi no segundo sentido que o tema foi assumido nesta pesquisa, orientada para o mapeamento e a compreensão dos sentidos e razões do absenteísmo em serviços odontológicos em uma unidade de atenção básica, a partir da ótica de usuários do serviço e de profissionais da atenção básica.

No entanto, o percurso da pesquisa permitiu refletir sobre a possibilidade de falar em absenteísmo para referirmo-nos a outro fenômeno. Se a clínica odontológica hegemônica, em seu centramento dentário, afastou “não apenas a boca humana como órgão, mas o próprio ‘dono’ da boca” (2), podemos falar de absenteísmo do usuário para referir-se ao horizonte normativo-epistemológico (portanto, ético-político) de um cuidado que produz como ausente a “bucalidade/subjetividade” (3) do usuário.

Quando se atenta para essa dimensão do absenteísmo, para a produção da “bucalidade/subjetividade” ausente, o próprio modo de analisar a falta de usuários a consultas e procedimentos agendados se modifica. O tema, portanto, transcende a dimensão de gestão do serviço público de saúde e passa a ser encarado também como um problema relacionado à construção do horizonte normativo-epistemológico do cuidado, ao modo como no cuidado lidamos com a singularidade de indivíduos e comunidades, em suas múltiplas conexões.

A literatura sobre absenteísmo em consultas odontológicas tem evidenciado, sobretudo, temas pertinentes à gestão dos dispositivos de acesso, considerados em relação ao perfil de um conjunto de usuários situados (abrangidos pela pesquisa), e ao enfrentamento de vulnerabilidades sociais, suscitando questões relacionadas à equidade e à necessidade de ações intersetoriais. No entanto, tem sido pouco abordada a relação entre absenteísmo e modelo de cuidado nos serviços odontológicos; sua relação, por exemplo, com intervenções “iatrogênicas e mutiladoras” e suas deposições sociais e psicológicas ou com o fato (naturalizado) de que “os usuários entram mudos e saem calados” do consultório odontológico (4), o que evidencia a existência de uma situação hierárquica e de truncamento de uma escuta qualificada, capaz de considerar efetivamente, para além do aspecto odontotécnico, a dimensão subjetiva e social da saúde bucal do sujeito que demanda cuidado.

Nesta pesquisa, consideramos o absenteísmo como um fenômeno multicausal, social e político, subjetivo e intersubjetivo, no qual as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos, trabalhador, gestão e usuário, em suas múltiplas relações (5). Não é o foco desse trabalho abordar a questão do absenteísmo em consultas odontológicas numa perspectiva economicista e neoliberal, “reduzindo os problemas às questões financeiras, de escassez ou má distribuição de recursos, deixando de lado as pessoas e seus problemas” (29), os serviços e as relações nele construídas, colocando no centro do debate as soluções vinculadas à eficiência e ao custo benefício (29) – o que pode ainda conduzir a uma perigosa responsabilização dos usuários. Pelo contrário, o objetivo deste estudo é investigar o absenteísmo, explorando seu significado e suas razões, evidenciando iniquidades no acesso aos serviços, relações específicas dos usuários com os serviços, necessidades específicas dos usuários, as quais demandam atenção dos serviços de saúde, ou ainda dificuldades de construção de estratégias de cuidado

capazes de produzir relações baseadas em uma horizontalidade cooperativa como condição de uma escuta qualificada, atenta às “bucalidades/subjetividades”.

Nesse sentido, a intencionalidade do estudo se engaja com a perspectiva da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (6), em especial, no que tange a responsabilidade profissional em implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, entendendo e intervindo nas dificuldades e limitações dos usuários no acesso aos serviços de saúde. Como entendemos, o conceito de cuidado é o eixo central dessa política, que propõe a ampliação e a qualificação da saúde bucal a partir da noção da integralidade da atenção. Garantir serviços de qualidade e resolutivos; acompanhar danos, riscos e determinantes do processo saúde doença; promover a gestão participativa; buscar acesso universal; assumir responsabilidade sanitária num determinado território; promover o acolhimento humanizado segundo um modelo usuário-centrado; desenvolver o vínculo profissional-paciente são todos princípios e diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (6) que devem ser seguidos pelas equipes de saúde bucal para um acesso de qualidade nos serviços de saúde.

Pensar o desafio do problema do absenteísmo em consultas odontológicas é trazer os pressupostos e princípios norteadores estabelecidos no documento teórico da Política Nacional de Saúde Bucal (6) para a prática e rotina profissional. Isso envolve muito mais do que soluções no campo da gestão. Como gestor ou profissional de saúde, é preciso “sair da caixa” das soluções-já-prontas e se reconhecer como parte integrante e indissociável não somente da solução, mas também do problema, compreendendo que uma de suas dimensões diz respeito justamente à produção da “ausência” do usuário como sujeito, como ator na prática da atenção em saúde bucal. Para enfrentar o problema do absenteísmo, é preciso perceber o usuário como um ser humano que carrega em si uma história de vida com múltiplas questões (pessoais, financeiras, sociais ou simplesmente angústias e medos) que irão repercutir nas suas motivações e resistências para frequentar a consulta odontológica, mas, para isso, é preciso perceber igualmente as motivações e resistências do modelo de atenção à produção de relações cooperativas entre os agentes envolvidos, isto é, analisar as condições (políticas, éticas e epistemológicas) que produzem o absenteísmo do usuário como sujeito.

Partindo da discussão da proposta da PNSB (6) de reorientação do modelo de atenção com foco no conceito de cuidado e da “bucalidade” como forma

de pensar uma ampliação da clínica odontológica no sentido da consideração das dimensões sociais, culturais, subjetivas e intersubjetivas da saúde bucal, esta dissertação aborda resultados de uma pesquisa com usuários e profissionais de uma unidade de saúde acerca do absenteísmo. A partir desse referencial, a análise busca captar tanto dimensões relacionadas a vulnerabilidades sociais e à gestão dos dispositivos de acesso, quanto à subjetividade/intersubjetividade do contexto clínico.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Mapear e compreender os sentidos do absenteísmo em serviços odontológicos na atenção básica, a partir da ótica de usuários do serviço e de profissionais da atenção básica.

1.1.2 Específicos

- compreender sentidos e dificuldades relacionadas com o absenteísmo a consultas odontológicas segundo os próprios usuários absentistas, bem como as percepções desses usuários sobre fatores relacionados às faltas às consultas odontológicas;
- analisar como os profissionais da atenção básica interpretam o problema das faltas às consultas odontológicas e como se posicionam diante das razões para o absenteísmo apresentadas por usuários absentistas;
- identificar possibilidades de enfrentamento desse problema na ESF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi elaborado com uma divisão em três partes: odontologia no SUS, repensando a atenção em saúde bucal a partir da escuta das “subjetividades/bucalidades” e absenteísmo em consultas odontológicas.

2.1 ODONTOLOGIA NO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído como dispositivo para garantir o direito universal e igualitário à saúde, estabelecido na Constituição Federal de 1988 (61). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (7) define que a atenção básica deve considerar a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural para buscar atendimento integral e promoção de saúde. Segundo essa política, a atenção básica é responsável por ouvir e acolher todas as pessoas que procuram seus serviços, que devem ser de fácil acesso, para construir respostas às suas demandas e necessidades. Esse modelo de atenção à saúde foi criado tendo como eixos norteadores do cuidado a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde.

O princípio da universalidade é “um princípio finalístico, ou seja, um ideal a ser alcançado” (8). Para atingir esse importante papel, é necessário traçar um caminho, ou seja, um processo de universalização que elimine barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços. Não se trata apenas de expandir a quantidade dos serviços e de sua distribuição segundo uma lógica de proximidade geográfica dos usuários. A universalidade não se refere somente à relação entre uma quantidade e outra quantidade, como em uma relação de oferta e demanda mercadologicamente concebida, mas da relação entre uma qualidade e outra qualidade. Ela é indissociável de uma construção social, horizontal e cooperativa da demanda e da oferta, permitindo reconhecer (construir) os problemas relevantes para os usuários e não apenas para os serviços ou para um “sistema” verticalmente construídos e buscar soluções e “ofertas” (ações e suas tecnologias) em uma coprodução coletiva.

Nesse sentido, o princípio da universalidade não pode ser pensado sem os outros dois: integralidade e equidade. O primeiro refere-se a uma atenção orientada para necessidades de saúde em sua complexidade biológica, social e

cultural, implicando a oferta de serviços e ações de cura e prevenção de adoecimentos, bem como de promoção da saúde e afirmação da vida em seus múltiplos aspectos, o que implica tanto a construção de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, quanto de redes mais amplas, comunitárias e intersetoriais. O segundo refere-se não somente a uma distribuição de recursos predefinidos atenta às necessidades específicas de distintos “recortes” populacionais, mas ao acolhimento efetivo das singularidades de indivíduos e comunidades, considerados como sujeitos em sua diferença, o que demanda (para além da distribuição) a construção de ações e tecnologias orientadas por essas singularidades/diferenças.

O princípio da integralidade demanda que a saúde bucal seja incorporada ao SUS, na medida em que é parte importante e inseparável do indivíduo, tão importante quanto as demais áreas da saúde e essencial para garantir o pleno atendimento integral do usuário. O princípio da universalidade, por sua vez, exige, em primeiro lugar, que a saúde bucal seja compreendida como um direito de todos os cidadãos, independente das suas condições sociais ou econômicas, e, em segundo lugar, que seja construído um modelo que favoreça a relação quantitativa e qualitativamente adequada entre necessidades e ações/tecnologias de atenção em saúde bucal. Isso exige, claro, sair de um modelo baseado na prática assistencial privatista, mas exige também uma ruptura epistemológica com o pensamento dominante na odontologia, dentário-centrado, em direção a um modelo que priorize as singularidades dos indivíduos e comunidades, atendendo ao princípio da equidade.

Essa incorporação da saúde bucal no SUS, segundo seus princípios norteadores, deve ser pensada também a partir da organização geral do sistema e do lugar que a atenção primária à saúde (APS) ocupa nele.

A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população deve funcionar no SUS como porta de entrada para o cuidado (9). O cumprimento dessa função implica acessibilidade geográfica, temporal e cultural e o uso do serviço por parte do usuário (10). Sendo assim, a atenção básica é porta de entrada e de acesso para todos os serviços de saúde que o usuário necessitar, inclusive na área da odontologia, não cabendo ao SUS falar em acesso parcial à saúde ou discriminar áreas do conhecimento em saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (7) estabelece que a atenção básica é responsável por coordenar o cuidado e ordenar os serviços de forma integral e gratuita com objetivo de ofertar ações de promoção-prevenção-recuperação de saúde, articulando ações individuais e coletivas em práticas de cuidado integrado realizado por equipe multiprofissional.

Dentre as “promessas” dessa política está assegurar “acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS de forma a garantir um amplo escopo de ações e serviços compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade” (7). Ou seja, A PNAB (7) não deixou dúvidas sobre a necessidade de desenvolver ações multiprofissionais “com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço”.

A PNAB (7) também estabelece que o cuidado na atenção primária será centrado na pessoa e resolutivo. A atenção básica ofertará um cuidado longitudinal, considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais lida e a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, além das “características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local” (7).

O atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano (7)

Nesse contexto do surgimento do SUS, a saúde bucal deve ser incluída na atenção básica como garantia de atendimento integral e universal em saúde, integrante desse processo, rompendo com um padrão histórico privatista e excludente:

A atenção odontológica no serviço público brasileiro há anos caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento e numa assistência de baixa resolutividade, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (11).

A incorporação da saúde bucal à atenção primária tem sido vista como uma possibilidade de “romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo” (12). A inserção da equipe de saúde bucal na atenção primária vem para cumprir parte da promessa da

Política Nacional de Atenção Básica (7), garantindo a integralidade com acesso a serviço público de saúde bucal. Essa conformação multiprofissional das equipes de atenção primária com a inserção da odontologia vem em encontro com as necessidades e anseios da população brasileira que infelizmente ainda apresenta indicadores de baixa cobertura dos serviços de saúde bucal e indicadores ruins de saúde bucal, em especial em relação aos usuários adultos e idosos, vítimas de décadas de esquecimento por parte das políticas públicas na área.

Embora a saúde bucal tenha ficado frequentemente “à margem de todo processo de reordenação das ações de saúde, muitas vezes demonstrando desconhecimento e desinteresse” (18), foram, mais recentemente, tomadas algumas medidas para facear essa situação. Com o objetivo de superar as desigualdades e começar a construir um modelo diverso de atenção em saúde bucal, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (6) – e, como uma das medidas orientadas por ela, houve uma expansão no número de equipes de saúde bucal em todo o país, permitindo maior acesso da população a serviços de saúde bucal.

A PNSB (6) estabeleceu diretrizes para a “reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho, tendo como meta a produção do cuidado”. A PNSB (6) estimula a gestão participativa diante de diversos problemas e demandas, promovendo o “encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais”.

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal. (6. p. 3)

A PNSB estimula os profissionais de saúde bucal a envolverem-se nas comunidades em que estão inseridos num trabalho não só multiprofissional como buscando ir além, com ações intersetoriais para promoção de saúde num significado amplo e não restrito apenas à saúde bucal.

Os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras. (6. p.4)

São princípios estabelecidos na PNSB (6): “gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional”. A adequação do processo de trabalho em saúde bucal para atingir os princípios propostos requer de acordo com essa política algumas características como: interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência, condições de trabalho e parâmetros.

O princípio da responsabilidade profissional presente na PNSB (6) convoca os trabalhadores do SUS a implicarem-se com os problemas da comunidade em que atuam, criando vínculos e coordenando o cuidado, reconhecendo as diversas realidades socioeconômicas do território e buscando um acesso universal, de qualidade e resolutivo. A boa organização dos serviços da APS contribui à melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema (13; 9).

Na perspectiva da PNSB (6), os profissionais de saúde bucal precisam refletir sobre suas práticas na atenção básica e assumir suas responsabilidades no campo teórico e prático da saúde pública, envolvendo-se com as questões do cotidiano dos usuários, como as dificuldades de acesso que refletem no absenteísmo às consultas. É preciso, portanto, que os dentistas trabalhem em conjunto com gestores e usuários para efetivar processos de trabalho que conduzam a melhoria da qualidade da saúde.

A PNSB (6) foi instituída um ano depois da Política Nacional de Humanização (PNH) e reflete, em grande medida, a reflexão que pautou a produção da PNH. A PNH (63) aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. “A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças” (63). A PNH estimula o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos por meio da cogestão, gestão participativa e decisão compartilhada (63).

A incorporação da saúde bucal no SUS e na AB, a PNH e a PNSB desencadearam movimentos importantes para a modificação do modelo de saúde bucal brasileira. No entanto, apesar da expansão das ações, serviços e profissionais de saúde bucal e da expansão de ações preventivas de saúde bucal (ou melhor, dentária), isso não quer dizer que os problemas estejam sanados. Como no caso de outras áreas da saúde, a produção de cuidado clínico, bem como do sentido das

ações preventivas (enquanto as promocionais permanecem indiferenciadas da promoção¹), continua em grande medida informada pelo modelo anterior:

Apesar dos avanços para a universalidade da atenção em odontologia e inclusão dela na saúde pública como garantia da integralidade da atenção, os profissionais tendem ainda a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente. Um dos grandes desafios da Odontologia, constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas. (14, p.22).

Como dizem Barros e Botazzo (4, p.2338), a clínica se manteve “em certa marginalidade nas discussões”. A rotina clínica permanece centrada na figura do cirurgião-dentista e em ações de curetagem e restauração, tendo a cárie dentária como foco principal. Mas não somente a clínica sustenta essa perspectiva, mas também as ações preventivas e a educação em saúde bucal são construídas com base no mesmo alinhamento epistemológico. Onde há necessidade de uma ruptura político-epistemológica, como será discutido no tópico seguinte.

2.2 REPENSANDO A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL A PARTIR DA ESCUTA DAS “SUBJETIVIDADES/BUCALIDADES”

Os desafios para os quais os princípios do SUS, da PNH e da PNSB apontam têm provocado o desenvolvimento de novas reflexões em torno do modelo de atenção em saúde bucal. Essas reflexões, no entanto, remetem a um itinerário histórico mais longo de tentativas de modificar o pensamento e prática da odontologia, como testemunha a emergência, ao longo dos últimos 50 anos do século XX, da odontologia sanitária, preventiva, social, comunitária, integral e, por fim, da saúde bucal coletiva (4), todas expressões de tentativas de facear os efeitos fragmentadores, mutiladores e iatrogênicos do “excesso odontológico” (2) na saúde bucal.

O “excesso odontológico” refere-se à predominância acachapante de um pensamento e uma prática que reduzem o campo epistemológico e prático da saúde bucal a problemas dentários concebidos de maneira mecânica, objetivada e tecnicista, privilegiando a cárie dentária como principal patologia e as intervenções sobre os tecidos duros da boca (dentes e ossos). É a partir desse centramento

dentário e de sua “etiopatogenia restrita” que, segundo Botazzo (15), a odontologia se inscreve como biopolítica, produzindo suas disciplinas, suas figurações prescritivas de comportamento, sua moralidade (culpabilizadora dos que não cuidam dos dentes) e o empobrecimento da representação e relação do sujeito com sua própria boca:

Tendo por base o órgão dentário isolado, nele encontra espaço suficiente para sustentar sua etiopatogenia restrita e, a partir dela, suas noções sobre o homem em sociedade, seus modos de ser, seus conflitos, sua relação com o próprio corpo (e a própria boca). É neste momento que a odontologia se desvela como biopolítica, com suas regras de limpeza e suas prescrições pastorianas (controle da bucalidade na criança, para ter bons dentes). (15, p.15)

Este modelo não corresponde aos princípios do SUS e àqueles que a PNSB tem sustentado para a atenção em saúde bucal e não responde às necessidades de saúde bucal da população. Pelo contrário, ele tem se mostrado ineficaz (do ponto de vista dos efeitos do cuidado) e ineficiente (do ponto de vista da relação custo-benefício), quando não mutilador e iatrogênico.

A humanização, nesse contexto, não pode restringir-se a uma mudança das relações que precedem a ação técnica propriamente dita, como um problema de traquejo social. Ela deve penetrar o próprio pensamento e fazer do profissional, como uma ruptura, ao mesmo tempo, epistemológica, técnica e ético-política.

O ato do “dentista” (nome pertencente ao campo do reducionismo anterior), ou melhor, do profissional de saúde bucal não pode restringir-se à realização de uma ação técnico-programática. Deve assumir a complexidade que se refere à interação entre dois corpos singulares que chegam no local de atuação carregados de experiências e sentimentos. Seu “objeto” não são os dentes, mas a “bucalidade/subjetividade” que emerge nessa interação, a partir da escuta qualificada do outro.

Botazzo (3) introduz a noção de “bucalidade” como uma síntese de dois movimentos interligados: dos dentes para a boca e suas conexões orgânicas com a totalidade corporal; e da boca-corpo para sua subjetividade e sua mundaneidade, ou seja, para o sujeito-boca-corpo em sua interação com mundo, na afirmação de sua vida na multiplicidade de seus significados, na relação entre a singularidade de um indivíduo e a singularidade de suas condições historicamente situadas.

A representação atribuída à boca humana passa pelo acumulado de nossas experiências ao longo da vida. A doença e o doente são produtos históricos e expressão dos trabalhos sociais que a boca humana realiza (16).

A bucalidade começa na amamentação, manducação, alimentação e até mesmo na linguagem. O conceito e a interpretação são por muitas vezes distintos e até mesmo conflituosos. Neles, pouco se trata e muito pouco se respeita a bucalidade: a própria e a do outro (16). Cada um desenvolve sua própria bucalidade de acordo com suas experiências e significados.

Assim, por exemplo, vem o comer em família, que em casa se dá de uma forma e que, fora de casa, pode se revestir de um prazer diferenciado, trazendo ganhos no conhecimento (cultural) sobre novas culinárias, tanto quanto para o (auto) conhecimento do paladar. Mais adiante, o comer com os amigos, sem a família, com a introdução do gozo pela liberdade e pelo experimento da autonomia. Mais ainda, o comer ao final de uma noite, quando se experimenta a ampliação da liberdade ao conhecer novas pessoas, ingerir álcool ou drogas, bem como o descobrimento lúdico e erótico das carícias, do beijo e do corpo do outro. (16, p.29)

A prática clínica predominante, com intervenções sobre os dentes, reproduz um modo padronizado de trabalhar a saúde bucal: onde há sujeitos da repetição acrítica de certos valores instituídos, tentando, em um diálogo de surdos, modificar fazeres instituídos na vida cotidiana de outros sujeitos usuários do SUS (16, p.30).

A teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por inteiro. É preciso ampliar o olhar e a intervenção sobre o objeto saúde bucal, diminuindo os efeitos deletérios do excesso odontológico. A mudança envolve entender que existem diversas expressões da bucalidade/subjetividade. A percepção e aceitação da própria bucalidade abre espaço para entender e aceitar a bucalidade do outro.

Ao introduzir o conceito bucalidade na discussão da clínica odontológica, colocou em evidência o caráter restritivo desta clínica, na qual ficam ressaltados os “componentes mecânicos” da sua prática, dos quais decorrem a ênfase nas técnicas e no adestramento da mão. A clínica odontológica ao restringir seu objeto à dentadura humana afastou desta não apenas a boca humana como órgão, mas o próprio “dono” da boca (2, p.26).

Nesse contexto, surge o conceito de clínica ampliada em saúde bucal que envolve a combinação de um movimento de incorporação de saberes específicos do adoecer bucal com um movimento de ampliar a noção de corpo biológico para além do arranjo funcional dos órgãos. E nessa clínica ampliada o biológico ganha

dimensão viva e interativa, não podendo a clínica prescindir de dar escuta aos sujeitos, que também produzem em contextos e situações concretas (2).

Nesta clínica ampliada não teríamos paciente e profissional em situação hierárquica verticalizada e de passividade, mas sujeitos em relação cooperativa e em posições de diferença, e não de desigualdade, produzindo saberes e intervenções possíveis. (2, p.27)

A produção do cuidado em saúde bucal coletiva precisa, portanto, estabelecer o vínculo, abrangendo a dimensão subjetiva do ato terapêutico, não só na dimensão relacional, mas na própria compreensão de não haver processo saúde/doença puramente objetivo (18).

A noção de bucalidade é o “conceito-ferramenta” (2) de uma ruptura com um modelo de cuidado curativista-individualista (orientado para a doença isolada de seu contexto), objetivante (focado na doença objetiva), reducionista e fragmentado (focado nos aspectos odontotécnicos), hiperespecializado (desconectado de outros saberes) e técnico-mecânico (focado nas dimensões “mecânicas” da prática, na peritagem visual e no adestramento das mãos, e avesso à escuta). Tal conceito aponta para a necessidade de conferir dignidade epistemológica e de desenvolver tecnologias para uma escuta qualificada do outro, de sua “bucalidade como expressão de vivências ao longo da existência de cada um e suas formas de levar a vida” (16, p. 29). Além disso, demanda um exercício profissional inter e transdisciplinar, no diálogo cooperativo entre saberes/experiência de diversas matrizes, abrindo espaço para um campo maior de atuação, o de uma saúde bucal coletiva, compreendido, nos termos de Narvai & Frazão (17), como “um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como 'Saúde Coletiva' e que, a um só tempo, compreende também o campo da 'Odontologia', incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o”.

A atenção à saúde bucal, baseada na escuta de “subjetividades/bucalidades” demanda o desenvolvimento de tecnologias específicas. Estas devem ser pensadas em sentido amplo. A classificação de Mehry (19) em tecnologias leves, leve-duras e duras pode ser útil para essa reflexão:

As tecnologias da saúde são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não-materiais do fazer específico do campo e podem ser classificadas em três tipos: leve - as tecnologias relacionais, de produção de vínculo, acolhimento, compromisso e participação; leve-dura - as tecnologias referentes aos saberes estruturados que operam na clínica, na cirurgia, na prevenção, nos tratamentos; e dura - as tecnologias embutidas nos equipamentos, nas normas e estruturas organizacionais. (18, p.111)

Para a discussão aqui empreendida, as tecnologias leves, as tecnologias relacionais, na medida em que o que se busca é a produção de uma escuta qualificada das “bucalidades/subjetividades”, assumem certa centralidade. Nessa perspectiva, devemos pensar em tecnologias leves baseadas em uma horizontalidade cooperativa e positivamente orientadas para a escuta da dimensão existencial, superando aquele tipo de escuta, que, nos termos de Ayres (20), é engendrado por uma interação terapêutica que tem como horizonte normativo a morfofuncionalidade e seus riscos, secundarizando ou excluindo a situação existencial do sujeito que busca cuidado.

É a escuta qualificada das “bucalidades/subjetividades” que deve produzir o horizonte normativo do cuidado. Novamente nos termos de Ayres (20), esse horizonte deve ser produzido a partir do o que as pessoas querem e acham que deve ser saúde e atenção à saúde, considerando sua experiência vivida e seus projetos existenciais. Nesse sentido, o uso das tecnologias leve-duras e duras não é determinado exclusivamente por princípios técnicos, mas é subordinado às normas relacionadas às “bucalidades/subjetividades” presentificadas por tecnologias leves pautadas em relações horizontais cooperativas. Ademais, deve-se pensar na possibilidade de que outras tecnologias sejam produzidas ou acessadas para além daquelas pertencentes ao repertório tecnológico do profissional de saúde bucal, na medida em que o que está em jogo não é apenas o “para que”, o sentido do uso dos recursos tecnocientíficos da saúde, mas os próprios recursos, em um contexto de pluralidade de saberes/tecnologias/práticas dentro e fora do campo tecnocientífico.

As subjetividades e a capacidade interpessoal de a equipe desenvolver e aplicar as tecnologias leves, gerando vínculo e promovendo acolhimento e escuta qualificada irão refletir no modo de interagir do paciente com a equipe da atenção primária e com o cuidado. O insucesso ou falhas nessa abordagem irá refletir nesse fenômeno social que é o absenteísmo nas consultas e procedimentos. E, em uma perspectiva diferenciada, a produção de “bucalidades/subjetividades” ausentes é ela mesma a expressão de outra forma de absenteísmo.

2.3 ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

Na literatura sobre absenteísmo, a relevância do fenômeno é considerada predominantemente a partir de suas repercussões no plano da produtividade dos serviços e da gestão de recursos, afetando negativamente a dinâmica de resolutividade e acesso dos serviços, e/ou, em sentido inverso (indo dos efeitos para as causas), a partir do que ele pode revelar acerca de iniquidades no acesso. Neste tópico, o problema será considerado inicialmente por esses ângulos (seguindo a literatura), a partir da literatura sobre absenteísmo, para, na sequência, ser expandido em direção à questão da produção da “bucalidade/subjetividade” ausente.

O absenteísmo do usuário a consultas e procedimentos, quando ultrapassa numericamente certos limites, é um problema em um modelo de assistência universal que opera com recursos limitados para atender às necessidades de saúde da população. É necessário gerir a distribuição, quantidade e composição de equipes, a organização das redes de saúde e todo um aparato técnico para garantir atendimento resolutivo e integral à população, a partir de parâmetros que contabilizam número de pacientes e quantidade de atendimentos, em benefício da economia de escala e da solvência dos problemas coletivos e individuais de saúde (21). O atendimento não realizado em razão do absenteísmo representa uma oportunidade perdida de oferecer assistência a outro indivíduo que necessita de cuidado e gera prejuízo financeiro (22), afetando a produtividade dos serviços e elevando seus custos, devido à ociosidade dos recursos disponíveis (21).

O absenteísmo em odontologia é 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” (23). Bittar (21) e Bender (24) apontam que a taxa de utilização dos serviços impacta diretamente no acesso e na resolutividade, sendo decisiva na ampliação ou redução da qualidade do SUS (25). O absenteísmo contribui para a dilatação das filas de espera e para a postergação de consultas de rotina e, assim, da resolução em tempo oportuno de problemas bucais, prejudicando a continuidade da assistência e resolubilidade das demandas de saúde e podendo produzir aumento da demanda de urgência em decorrência da complicação dos casos clínicos ou da demanda de tratamentos mais complexos, com mais etapas, em condições clínicas mais desfavoráveis, às vezes, necessitando de serviços especializados e mais onerosos para o sistema de saúde, além de comprometer a saúde do paciente (22; 21; 26; 27; 28).

Apesar desse enfoque na produtividade e na dimensão da gestão de recursos ser legítimo, não é foco principal desta pesquisa desenvolver ou aprofundar a visão economicista e neoliberal do problema. Laura Feuerwerker (29) já criticava a visão das políticas neoliberais, que tem principal objetivo servir ao mercado financeiro e não à sociedade reduzindo desigualdades.

Outro crítico dessa perspectiva economicista é Iriart et al. (30) que reprovou essa visão limitada dos problemas dos sistemas de saúde às questões financeiras, de escassez ou má distribuição de recursos, deixando de lado as pessoas e seus problemas e colocando no centro do debate as soluções vinculadas à eficiência e ao custo benefício.

O absenteísmo é um problema complexo. De acordo com Cavalcante (5), trata-se de um fenômeno multicausal, onde as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos — trabalhador, gestão e usuário. E, podemos completar, pode envolver uma ampla gama de vetores sociais e políticos. Não se trata, assim, de responsabilizar os usuários por esses resultados, nem de ocultar o problema da insuficiência de recursos resultante do subfinanciamento do sistema, localizando o problema no uso que os usuários fazem dos serviços. Trata-se, antes, de apontar para a necessidade de investigar o absenteísmo, explorando seu significado e suas razões, do ponto de vista do usuário. Essa investigação pode evidenciar iniquidades (relacionadas às condições diferenciadas dos usuários) no acesso aos serviços, relações específicas dos usuários com os serviços, necessidades específicas dos usuários, as quais demandam atenção dos serviços de saúde. Produzir um “diagnóstico” do problema do absenteísmo, levando em conta suas dimensões econômicas, sociais e culturais, é fundamental tanto para auxiliar os gestores na tomada de decisões e na organização de um sistema de saúde mais resolutivo, produtivo e em tempo oportuno, em benefício da universalidade, quanto para garantir o atendimento dos princípios da equidade e da integralidade, promovendo igualmente a autonomia dos usuários na condução estratégica de suas questões de saúde, sem, com isso, comprometer as rotinas dos serviços.

Em um estudo de revisão de literatura, Cruz (31) identificou, pela análise de 11 trabalhos, um considerável número de causas do absenteísmo em serviços de saúde. Dentre as causas listadas na revisão, estão: elevado tempo de espera da marcação da consulta, esquecimento, impedimentos para ausentar-se ao trabalho, adoecimento no dia da consulta, insatisfação com profissional ou com a unidade de

saúde, transporte indisponível, não entendimento do sistema de agendamento, mudanças de endereço, medo ou ansiedade, falta de tratamento completo na rede, impossibilidade de acompanhamento pelo responsável, o fato de o usuário ser cuidador (de criança, idoso ou acamado), gestação, consulta agendada em horário escolar, perda de confiança no tratamento, falecimento do paciente, marcação feita para especialidade errada, problemas estruturais e funcionais como falta de materiais e de manutenção de equipamentos, não recebimento do comprovante de agendamento em tempo hábil, incapacidade de localizar o endereço da consulta, outro compromisso no dia da consulta, cancelamento do procedimento por ausência da equipe, antecipação do atendimento sem informar ao usuário, falta de interesse pelo tratamento (em geral, associado à melhora dos sintomas), falta de condições financeiras para pagar a locomoção/transporte e distância da unidade referenciada.

Miotto (32) identificou o esquecimento como principal causa (48,2%) do absenteísmo em consultas odontológicas no contexto de sua pesquisa. Melo (26) e Almeida (33) também encontraram o esquecimento como principal causa para o absenteísmo, compreendendo, respectivamente, 23,7% e 59,1% dos casos nos contextos estudados.

De acordo com Rocha e Bech (34), o tempo de espera pode contribuir para o esquecimento. Melo (26) destaca que a percepção do tempo é relativa ou subjetiva, e pode ser influenciada pela natureza ou urgência do motivo da busca pelo serviço. Almeida (33) refere outro problema, registrando que 95,5% dos entrevistados não receberam nenhum aviso prévio da unidade lembrando o dia da consulta agendada. No contexto desse estudo, a inclusão desse dispositivo poderia ser uma estratégia de enfrentamento do absenteísmo motivado pelo esquecimento.

Gonçalves (22), em pesquisa com usuários, assinala, como principal causa para o absenteísmo em consultas odontológicas no contexto estudado, o fato de a consulta ter sido agendada no mesmo horário do trabalho (28% dos casos). No mesmo estudo, o trabalho também foi identificado pelos profissionais (15,4%) como a principal causa de absenteísmo. Nos estudos de Miotto (32), Ferreira (35) e Almeida (2009), o trabalho aparece como a segunda causa mais importante para as faltas ao dentista, representando, respectivamente, 33%, 18,4%, e 13,6% das causas indicadas pelos entrevistados.

O funcionamento das USF em horário similar ao horário de trabalho da maioria dos usuários provavelmente explique o fato de ser este um motivo

importante de faltas às consultas, tanto citado por usuários quanto na percepção dos dentistas (22, 32) coloca como sugestão para diminuição do absenteísmo a disponibilização de horários alternativos, como horários fora do tempo comercial e a marcação nos primeiros horários de atendimentos do dia ou aos sábados, para os usuários que apresentarem dificuldade no comparecimento ao atendimento odontológico por incompatibilidade com o trabalho.

Na pesquisa de Melo (26), a desistência foi a segunda causa (12,5%) do absenteísmo. A desistência pode estar relacionada à falta de interesse ou à baixa valorização da saúde bucal ou ainda à baixa credibilidade do serviço ou do profissional.

Essa última possibilidade, no estudo realizado por Miotto (32), não foi estatisticamente representativa, considerando que apenas 1,8% de pacientes faltaram por causa da falta de confiança no profissional. Isso, no entanto, não quer dizer que seja um dado irrelevante, do ponto de vista de um sistema como o SUS, em que se valoriza cada caso e se enfatiza a importância do vínculo.

O estudo de Miotto (32) sugere que a principal causa de desistência pode ser cultural, na medida em que 44,6% dos usuários que já faltaram pelo menos uma vez à consulta odontológica nunca faltaram a uma consulta médica. Esse dado parece indicar que a população em geral dá mais importância à saúde geral, em detrimento da saúde bucal. Nessa mesma linha, Gonçalves (22) propõe, como estratégia fundamental para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas, “a realização de palestras sobre a importância da saúde bucal e do tratamento odontológico”, já que, na opinião dos profissionais, “a não valorização da saúde bucal pela população é um dos maiores motivos de falta” (15,38%).

Hamasaki e Kerbauy (36) apontam que “a baixa interferência do problema de saúde na qualidade de vida pode favorecer a procrastinação”. Siqueira (37) identificou que o não comparecimento às consultas revela “o desconhecimento da importância do tratamento, ou o descaso com a saúde, pois os responsáveis ignoram seus benefícios”, demonstrando, assim, falta de informação.

No estudo de Gonçalves (38), concentrado na percepção dos profissionais, há a compreensão de que, para comunidades sem demanda reprimida, as faltas podem indicar descaso da população, relacionada à facilidade de agendamento de nova consulta.

Segundo Barros e Bertoldi (39), o medo como fator inibitório ao tratamento odontológico configura uma causa importante de absenteísmo. Chanpong (40) refere o medo e a ansiedade como a razão do absenteísmo mencionada por 7,6% das pessoas entrevistadas. Kanegane (41) e Sharif (42) identificaram que a prevalência de ansiedade no atendimento odontológico ainda está na proporção de 10-15%, permanecendo como um obstáculo significativo a uma parte consistente da população. Miotto (32) registra que apenas 1,8% de pacientes faltaram por causa do medo. O medo e a ansiedade relacionados à Odontologia “podem trazer consequências negativas e situações estressantes para o profissional e para a criança, resultando em irregularidade nas visitas ao dentista” (28).

Melo (26) verificou que 69,4% dos usuários faltosos relataram interferência dos problemas odontológicos no desempenho das atividades diárias nos seis meses anteriores à entrevista. Machado (28) constatou relação inversa entre o percentual de faltas e a necessidade curativa do agendado.

Este fenômeno pode estar relacionado à presença de fatores de resistência ou barreiras de acesso aos serviços (26), representando, assim, uma expressão das iniquidades sociais em saúde (23). Em outro estudo, Bender (24) pode perceber que trabalhadores têm uma visão crítica dos motivos e das consequências das faltas dos usuários para o Sistema. Os trabalhadores admitem que há falta de flexibilidade para conseguir mudanças nas datas das consultas agendadas (24). Há ainda a percepção por parte dos usuários da condenação e julgamento realizados pelos profissionais de saúde. Os usuários apontam a sensação de total incompreensão e injustiça quando perdia a vaga por ter faltado uma consulta (43).

As faltas dos pacientes às consultas marcadas no serviço público devem despertar no gestor reflexão sobre as razões desencadeantes desse fato (27). A presença de iniquidades que só podem ser contornadas por medidas intersetoriais (23; 44; 33).

Absenteísmo em serviço que trabalha com agendamento prévio, se constitui em um problema para o planejamento ou gerenciamento das atividades (23). “A assiduidade às consultas constitui um fator fundamental para a melhoria dos níveis de saúde bucal das crianças” (28). Cruz (31) considera que há uma necessidade urgente de qualificar a aplicação dos recursos do SUS, com a

construção de novos arranjos de estruturação do processo de trabalho no âmbito da produção do cuidado no SUS.

Profissionais de Saúde, gestores, prestadores de serviços e usuários devem “estar articulados e cumprindo seus papéis para que as metas sejam alcançadas” (33). A estratégia de acolhimento teve capacidade de reduzir o tempo de espera e pode ser uma ferramenta importante capaz de atacar a causa do absenteísmo (31). O *overbooking* é exceder o quantitativo de usuários marcados para atendimentos a partir da constatação da possibilidade de faltas previamente identificadas. Já foi testada em serviços privados e teve ganhos expressivos de eficiência (31). “O aviso por parte do ACS poderia ser adotado como estratégia, visando uma melhora no desempenho dos NSF” (Núcleo de Saúde da Família), no que diz respeito ao atendimento odontológico (33). A prática de telefonar antes do dia da consulta também teve efeito positivo sobre o problema do absenteísmo (31).

O absenteísmo deve ser considerado em relação ao uso eficiente de recursos do sistema e às condições diferenciadas (de transporte e locomoção, de gestão da rotina doméstica, de trabalho etc.) de acesso de diferentes categorias da população aos serviços de saúde, como aparece na literatura aqui apresentada. Mas, para além disso, como antecipado na introdução, o absenteísmo deve ser considerado igualmente como um problema relacionado à construção do horizonte normativo-epistemológico do cuidado, ao modo como no cuidado lidamos com a singularidade de indivíduos e comunidades, em suas múltiplas conexões.

Aqui do que se trata é também de um problema de “acesso”, mas de um tipo especial: do acesso dos sujeitos enquanto sujeitos ao contexto de cuidado. Como vimos, a clínica odontológica hegemônica, em seu centramento dentário, afastou “não apenas a boca humana como órgão, mas o próprio ‘dono’ da boca” (2, p. 25). Podemos dizer que o que está em jogo aqui é um modo de “produção de não-existência”, de ausência.

Boaventura de Sousa Santos (45 p. 102) diz que ocorre produção social ativa de não-existência “sempre que uma entidade é desqualificada e tornada invisível” e que todas as lógicas de produção de não-existência remetem a alguma “monocultura”. No caso aqui considerado, a entidade desqualificada, invisibilizada, são as “bucalidades/subjetividades” e a “monocultura” que produz a sua ausência é uma atenção de saúde bucal hegemônica ancorada na “etiopatogenia restrita” de um modelo tecnicista dentário-centrado.

Quando se atenta para essa dimensão do absenteísmo, para a produção da “bucalidade/subjetividade” ausente, o próprio modo de analisar a falta de usuários a consultas e procedimentos agendados se modifica. Para além de questões de gestão dos dispositivos de acesso e de iniquidades de acesso relacionadas a desigualdades sociais, é preciso considerar a relação entre a falta do usuário a consultas e procedimentos e o modelo de cuidado nos serviços odontológicos, sua relação com intervenções “iatrogênicas e mutiladoras”, sua relação com o modo (que pode ser assimétrico, negligente, desrespeitoso etc.) de produção e interação entre corporalidades no encontro de cuidado, sua relação com a invisibilização das demandas da “boca-sujeito” etc. e com as deposições sociais e psicológicas disso tudo (por exemplo, o medo de dentista ou da “mão pesada” do dentista, o menor interesse pelo tratamento proposto, o “esquecimento” da data da consulta motivado pela distância social e psicoafetiva entre profissional e usuário etc.). Esses problemas não serão resolvidos por novos dispositivos de gestão ou por propostas intersetoriais de enfrentamento das dificuldades de acesso. Exigem uma ruptura epistemológico-político, no sentido exposto em 2.2.

3 METODOLOGIA

Com o intuito de melhor atender aos objetivos da presente pesquisa, que é identificar e compreender os motivos das faltas às consultas odontológicas na atenção primária e as percepções dos usuários e profissionais em relação ao absenteísmo, optou-se pela aplicação de métodos de coleta de dados e de análises de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa volta-se para o significado, representações e simbolismo das coisas, ideias, sentimentos partilhados culturalmente num grupo social (46).

Mais especificamente, para verificação das causas do absenteísmo em consultas odontológicas, a coleta de dados foi realizada a partir de entrevista individual com usuários do serviço de saúde. No que tange às percepções dos profissionais de saúde diante do problema, foi criado um grupo focal com profissionais da atenção primária numa unidade de saúde de Jundiaí – SP que discutiu possíveis formas de enfrentamento, conforme expresso pelos objetivos da pesquisa.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Jundiaí é um município do interior do estado de São Paulo conhecido como “terra da uva”. Tem uma população estimada pelo IBGE (47) em 2018 de 414 mil habitantes e apresenta um IDH-M muito alto, de 0,822 (2010).

De acordo com levantamento da rede de atenção em saúde no município de Jundiaí – SP (48), o atendimento odontológico é ofertado em 34 localidades: um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 17 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), 9 Unidades Básicas de Saúde com Programa de agentes comunitários de saúde (UBS-PACS), 6 equipes de saúde da família (ESF) com saúde bucal e uma Clínica da Família (modelo adaptado em Jundiaí que mescla a organização da atenção básica junto com um pronto atendimento num mesmo espaço).

No ano de 2018 foram ofertadas 88.790 consultas odontológicas no município e ocorreram 23.752 faltas; o que significa que a taxa média de absenteísmo em consultas odontológicas em Jundiaí no referido ano foi de 26,75%.

O percentual de absenteísmo ao dentista variou de 15,02% até 39,42% entre as diferentes unidades de saúde de Jundiá (48).

A partir desses dados, a escolha da unidade de saúde para realização da pesquisa levou em conta dois quesitos: ser uma unidade de estratégia de saúde da família – por esse modelo estar definido dentro da Política Nacional de atenção básica (PNAB) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica (7) – e apresentar incidência significativa do absenteísmo em consultas odontológicas.

A unidade da estratégia de saúde da família escolhida para a pesquisa apresentou 1140 faltas em consultas odontológicas no período de janeiro a dezembro de 2018, representando uma taxa de absenteísmo de 33,21%, que é a maior dentre as unidades de saúde da família e a quinta maior entre os 34 serviços de saúde bucal do município (48).

A ESF escolhida para a pesquisa apresenta a particularidade de ter sido construída bem próxima do local de residência da maioria dos usuários, minimizando as barreiras geográficas para acesso dos usuários aos serviços de saúde, o que fez com que a questão do deslocamento espacial não fosse considerada como relevante por usuários e profissionais participantes da pesquisa.

3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA EMPREGADAS

Para o alcance dos objetivos delineados na pesquisa, os dados foram coletados a partir de duas técnicas: a entrevista individual e o grupo focal.

3.2.1 Entrevista Individual

A entrevista individual é uma técnica que pode ser bastante útil, quando é necessário “mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados” (49). Ribeiro (50) aponta como vantagens dessa técnica de pesquisa a flexibilidade na aplicação, a facilidade de adaptação de protocolo, o fato de viabilizar a comprovação e o esclarecimento de respostas.

Foram convidados a participar deste estudo 20 usuários que haviam faltado a consultas odontológicas e que estavam na unidade de saúde nos dias reservados para as entrevistas com os usuários. Os critérios de exclusão para participação no estudo foram os seguintes: menores de 18 anos ou vulneráveis, usuários que não faltaram a consultas odontológicas e usuários que não concordaram com a gravação da entrevista.

Para a seleção dos voluntários, não foi feito nenhum agendamento prévio com os pacientes para não gerar vinculação entre a participação na entrevista e o acesso ao serviço de saúde. O pesquisador, com anuência da gestão da unidade, abordou os usuários dentro da recepção e os questionou a respeito de tratamentos odontológicos dentro da ESF e faltas a consultas. Quando os usuários se enquadravam ao perfil desejado para a pesquisa, eles eram esclarecidos a respeito do projeto e questionados sobre o interesse em participar de uma entrevista gravada. Nessa etapa, houve algumas recusas em participar, principalmente em razão da gravação.

Os usuários que confirmavam as faltas em consultas odontológicas e concordaram em participar do estudo eram conduzidos para uma sala reservada para detalhamento da pesquisa, preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a execução da entrevista.

A sala em que se realizaram as entrevistas é uma sala utilizada pelos profissionais médicos da unidade para atendimento de rotina e que estava desocupada na ocasião. Esse ambiente foi favorável para a realização do projeto em virtude de duas características: ser um ambiente calmo, tranquilo, e possibilitar que não houvesse qualquer tipo de interferência ou interrupção durante as entrevistas.

Para a gravação, foi utilizado um aparelho celular com aplicativo Samsung Voice Recorder que permite gravação de voz de forma prática e simples, possibilitando realizar pausas durante as gravações e salvar o conteúdo de forma organizada em pastas que podem ser transmitidas para outros dispositivos e computadores. A gravação começava somente após os esclarecimentos da pesquisa, aprovação do TCLE. Os usuários eram comunicados sobre o início e fim da gravação do material.

Na percepção do pesquisador, não houve constrangimento dos usuários que concordaram com a pesquisa em relação à gravação. Foi assegurado durante a conversa todo o sigilo em relação à identificação dos entrevistados. As entrevistas

individuais seguiram o roteiro abaixo de questões que foram previamente estabelecidas (após teste piloto das questões) de acordo com achados da revisão de literatura sobre o absenteísmo em consultas odontológicas.

ROTEIRO ENTREVISTA INDIVIDUAL

- 1) Quando você procura cuidados odontológicos? [Explorar: a) se usuário faz consultas regulares ou apenas em caso de sofrimento ou acidentes etc.; b) que grau de sofrimento motiva a procurar cuidados; c) se usuário se vale de outros recursos antes de procurar o dentista.]
- 2) Onde você costuma procurar cuidados odontológicos?
- 3) Como você se sente por ter de ver um dentista? Por quê?
- 4) Há algo que dificulte sua ida às consultas na UBS [ou no CEO]? O que dificulta?
- 5) Informar-se sobre ocupação do entrevistado. [Se exercer atividade econômica] Como é deixar o trabalho para ir a uma consulta odontológica? [Em caso de empregado] Como seu empregador entende as faltas ao trabalho para consulta odontológica? [Em caso de autônomo, adaptar a pergunta] Como é ... [fechar a sua loja/bar/mercado/etc., deixar de “pegar” uma faxina; etc. etc.] para ir à consulta? [Em caso de trabalho doméstico (não remunerado) ou cuidador (não remunerado)] Variado: com quem deixa os filhos, quem se responsabiliza por... etc.
- 6) Qual a forma de transporte você usa para ir à consulta odontológica? Qual o tempo de percurso? Qual o custo? O que significa esse custo em relação ao seu orçamento?
- 7) [Referir falta à consulta] Qual era o motivo dessa consulta odontológica?
- 8) Você considera esse motivo importante?
- 9) Como foi o agendamento da consulta? Você foi bem tratado? Por quê?
- 10) Foi dada a você opção de escolher o dia da semana e horário da consulta?
- 11) O que você acha do sistema de agendamento?
- 12) Como você gostaria que fosse o agendamento?
- 13) Há quanto tempo você estava esperando por essa consulta?
- 14) [Quando não for primeira consulta] Como foi (foram) a(s) consulta(s) anterior(es)? Você acha que foi bem acolhido e cuidado? Por quê?
- 15) [Quando não for primeira consulta] O profissional explicou a finalidade da consulta seguinte? Você tinha alguma dúvida? Você perguntou ao profissional? Ele conseguiu resolver a sua dúvida?

- 16) Por que você faltou à consulta? [Explorar resposta com o entrevistado.]
- 17) Você chegou a tentar avisar a UBS que não poderia comparecer? (Teve dificuldade para avisar? De que forma você acha que seria mais fácil pra você avisar?)
- 18) Como você gostaria que fosse a comunicação com a unidade de saúde para agendamento e cancelamentos de consulta? (presencial na unidade, telefone, WhatsApp)
- 19) Por que você acha que as outras pessoas faltam às consultas odontológicas?

Em relação ao roteiro, de forma geral, os usuários entenderam a proposta do projeto e compreenderam bem as questões propostas. Mesmo usuários mais idosos não tiveram dificuldades para responder ou se expressar em relação às questões. Porém, as questões 7 e 8 geraram um pouco de ambiguidade nas respostas para alguns entrevistados e, num estudo futuro, mereceriam uma reavaliação, visto que uma parte dos usuários não entendeu que o objetivo era identificar o motivo da consulta que perdeu e não o motivo pelo qual ele tinha perdido a consulta. As questões 11 e 12 poderiam ter sido fundidas em uma única questão em virtude do conteúdo ser muito aproximado e as respostas serem complementares. A questão 6 se perdeu em virtude da peculiaridade de os usuários residirem muito próximos à unidade de saúde.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para melhor análise do material. O tempo de cada entrevista individualmente variou de 5'54" até 23'42", ficando em média com 10'10" cada. O tempo total das 20 entrevistas foi de 3 horas e 22 minutos.

Uma limitação, em virtude da forma como foi selecionada a amostra – a presença do paciente dentro da unidade nos dias disponíveis para coleta dos dados – é que alguns usuários haviam faltado às consultas odontológicas há um tempo e não se recordavam dos detalhes em relação aos motivos. Num trabalho futuro, talvez valha a pena refletir como critério de inclusão apenas usuários que faltaram a consultas na última semana em relação à coleta dos dados.

3.2.2 Grupo Focal

Segundo Powell e Single (51), o “Grupo Focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa a partir de sua experiência”. A técnica de grupo focal utiliza a interação grupal para produzir dados e *insights*. O pesquisador ouve vários sujeitos ao mesmo tempo, observa as interações e tem como um dos objetivos a pesquisa das motivações mais profundas (52).

“O trabalho com o grupo focal pode trazer bons esclarecimentos em relação a situações complexas, polêmicas, contraditórias, ou a questões difíceis de serem abordadas em função de autoritarismos, preconceitos, rejeição ou sentimentos de angústia ou medo de retaliações” (53).

Um grupo focal deve apresentar certas características em comum que estão associadas à temática central em estudo (54). Nesse sentido, foram convidados seis profissionais que atuam na atenção básica na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O grupo focal foi composto por uma Gerente/Cirurgiã Dentista, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Técnica de Enfermagem e uma Recepcionista. Esta composição, cuja homogeneidade é garantida pela condição de pertencimento à mesma ESF, favorecia identificar convergências ou contradições nas opiniões dos diversos profissionais em relação aos tópicos discutidos (54). Como critério de exclusão, foi estipulada a necessidade de ter experiência mínima de quatro anos de trabalho na equipe de saúde visto a importância de conhecer em profundidade o cotidiano da vida dos usuários para participar das discussões. Todos os participantes tinham mais de 10 anos de experiência dentro da ESF pesquisada.

Dentre as limitações previstas na condução do grupo focal, podemos citar o fato de se tratar de um grupo multiprofissional com posições distintas na hierarquia profissional. Porém, não foi possível produzir outra composição, em razão da dificuldade de realizar a pesquisa fora do horário de funcionamento da unidade e da impossibilidade de selecionar um grupo homogêneo sem prejudicar a continuidade dos serviços. Relacionada a essa limitação, havia a questão de manter a participação da gerente da unidade. Nesse caso, foi uma escolha deliberada, pois havia um interesse especial em sua participação, considerando que ela foi cirurgiã-dentista por um longo período e que não havia possibilidade de liberação dos dentistas da unidade para participação no grupo. Assim, consideramos que sua participação seria valiosa para a pesquisa.

Apesar dessa limitação previamente reconhecida, pode-se dizer que a presença de profissionais de diferentes níveis hierárquicos não teve nenhuma implicação perceptível na condução efetiva do grupo focal, talvez porque o tema da pesquisa não envolvia diretamente a prática profissional dos participantes na unidade, nem suas relações interprofissionais. De qualquer modo, não captamos constrangimentos, monopolização do discurso ou hierarquização na forma de participação.

Uma limitação na organização do grupo focal foi a ausência dos demais profissionais Cirurgiões Dentistas, que não participaram em virtude de pouco tempo de trabalho na ESF (o que era um critério estabelecido para exclusão) e pelo fato de não haver disponibilidade para participar do encontro no dia e no horário estipulados em razão de outros compromissos profissionais.

Outro aspecto a considerar é que o roteiro para o grupo focal era longo e pontuava muitos itens a partir de uma pré-análise das entrevistas com os usuários, realizada com vistas a identificar os principais fatores relacionados ao absenteísmo. Isso parece distanciar-se dos procedimentos metodológicos tradicionais de grupo focal, que, em geral, se propõe a colocar os participantes diante de um ou de alguns temas; porém, tal configuração conferiu maior dinamismo e assertividade na condução do grupo. Nesse sentido, a pesquisa acabou se aproximando mais das características de uma entrevista coletiva

Foi agendado dia e horário para a realização de um grupo focal, que aconteceu em uma sala reservada, dentro do horário de funcionamento da unidade de saúde. Todos os profissionais foram orientados em relação aos aspectos éticos e objetivos da pesquisa previamente ao início do grupo focal e em relação ao TCLE. Os participantes foram comunicados sobre o início e o fim da gravação. O orientador da pesquisa participou do grupo como apoiador.

O grupo focal teve a duração de 1 hora e 32 minutos. O tempo foi adequado, a dinâmica fluiu bem durante os debates e os participantes conseguiram expor suas ideias sem interrupções. Como não houve monopolização do discurso e todos os profissionais participaram espontaneamente da conversa, não foi necessária interferência do pesquisador ou do apoiador na condução do grupo. Contrariando as expectativas, os profissionais que se destacaram pela extensão da participação e pela iniciativa para começar a conversa foram a recepcionista e duas ACS. Embora tenha havido convergência em alguns posicionamentos, não houve

homogeneidade nas respostas e, em alguns momentos, houve exposição de divergências, sem constrangimento ou atrito entre os participantes. Foi feita a gravação do grupo focal e transcrição dos resultados para análise.

Segue abaixo o roteiro para discussão do grupo focal.

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

1. Nas entrevistas realizadas com usuários, os motivos para falta a consultas odontológicas mais referidos foram: trabalho, medo, esquecimento e falta de compromisso. O que vocês acham que leva os usuários a faltarem a uma consulta odontológica?
2. Nas entrevistas, alguns usuários relataram, em relação a seu contexto atual ou passado ou em relação a outrem, que há empregadores que não aceitam declaração de consulta como justificativa para atraso ao trabalho. Alguns relataram ainda que empregadores aceitam mais facilmente declaração de consulta médica do que de consulta odontológica por não reconhecerem problemas de saúde bucal como problemas de saúde. Vocês já ouviram relatos dessa natureza? O que vocês acham que, no contexto dos serviços e das políticas públicas, poderia ser feito para modificar essa situação?
3. Vocês, como pacientes, alguma vez já faltaram a alguma consulta odontológica? Por quê?
4. Quais justificativas vocês consideram justas ou aceitáveis para faltar a uma consulta odontológica? Por quê?
5. Nas entrevistas, os usuários disseram que se sentem bem acolhidos e bem atendidos tanto nos agendamentos, quanto nas consultas odontológicas. A que vocês atribuem esse bom resultado: ao perfil individual dos profissionais ou à dinâmica estabelecida na unidade? Expliquem.
6. Vocês identificam nos serviços de saúde algo que favoreça o absenteísmo? Expliquem.
7. Nas entrevistas, uma parte dos usuários disse que o agendamento e, de modo geral, a comunicação com a unidade poderia ser facilitada se outros recursos pudessem ser viabilizados, como, por exemplo, o agendamento telefônico ou a comunicação de ausência à consulta por WhatsApp. Que formas de agendamento e de comunicação entre a UBS e os usuários vocês consideram adequadas e viáveis?

8. Pensando nos motivos apresentados pelos usuários para falta a consultas odontológicas (trabalho, medo, esquecimento e falta de compromisso), o que vocês imaginam que poderia ser feito para diminuir a quantidade de faltas?

3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O material das entrevistas e do grupo focal foi transcrito e, para sua análise, foi utilizada a técnica da análise temática de conteúdo que consiste em recortes do texto (temas) num processo dinâmico e indutivo de atenção ora concentra a mensagem explícita, ora concentra as significações não aparentes do contexto (55).

Nesse processo dinâmico da análise qualitativa em que o pesquisador escolhe e seleciona os temas e faz uma interpretação há uma limitação no sentido de que todos nós estamos inseridos de alguma forma na pesquisa e isso irá refletir nos resultados afinal "nada é dado: tudo é construído e construído por alguém que é sujeito, tem interesses e ideologia, sendo importante que o pesquisador explicita a partir de que posição fala e contextualize em que situação conduz seu estudo" (56, p. 88).

3.4 METODOLOGIA DO PRODUTO TÉCNICO

Paralelamente à pesquisa principal do Mestrado, foram desenvolvidas duas experiências de modificação na rotina do agendamento com enfoque de aplicar os conhecimentos dessa pesquisa científica no campo de trabalho no SUS.

Diante da leitura e estudos a respeito do tema absenteísmo em consultas odontológicas, foram identificados alguns fatores importantes na produção desse problema, como o tempo entre o agendamento e a consulta, a dificuldade de conciliar rotina do trabalho com utilização da unidade de saúde e a falta de flexibilidade (e até mesmo burocracia) estabelecida para organização do acesso aos usuários.

Essa revisão de literatura utilizada no projeto do mestrado profissional serviu de base para que eu pudesse replicar (de maneira adaptada ao contexto) na minha rotina clínica alguns conhecimentos e achados dos textos científicos, o que

me levou a desenvolver alguns projetos de intervenção orientados para enfrentamento do absenteísmo nos serviços de saúde em que eu trabalhava.

Anteriormente, na unidade de saúde da Nova UBS Maringá, os atendimentos odontológicos eram realizados com 14 consultas de rotina agendadas e 2 consultas para urgência por dia, num total de 16 consultas diárias disponíveis. Porém, nessas vagas de urgência eram realizados apenas procedimentos com finalidades de remover a dor (somente emergência), não eram realizados procedimentos clínicos de rotina como por exemplo uma limpeza ou uma restauração dentária (nesses casos os usuários precisavam deixar os nomes e contatos na unidade de saúde e aguardar numa fila de espera, que demorava alguns meses, até que chegasse sua oportunidade para iniciar o tratamento).

Nesse contexto, foi proposto pela gestão um novo modelo de organização do acesso na unidade que passou a contar com 10 consultas diárias para tratamentos de rotina (organizados em filas de espera classificadas por prioridades como gestantes, escolares, idosos, diabéticos, pacientes de alto risco e etc.) e 6 consultas de demanda espontânea (casos resolvidos no mesmo dia). Numa expectativa de manter a mesma produção clínica com 16 atendimentos diários.

A ideia na demanda espontânea era substituir (qualificar) a demanda de urgência por uma demanda qualificada (com acolhimento e resolutividade), que englobasse tanto casos de dor quanto outras necessidades (e queixas) odontológicas dos usuários.

Essa qualificação da demanda espontânea possibilitou a redução das barreiras de acesso (agora tem 6 vagas livres) aos usuários. Essa alteração criou uma oportunidade para aqueles usuários que trabalham e tem dificuldades de agendamento das consultas. Os pacientes podem procurar a unidade em qualquer dia da semana que for mais conveniente para realizar seus tratamentos (independente de dor), tendo como única burocracia estarem dentro dessas 6 vagas diárias para atendimento.

Outra modificação realizada foi substituir o agendamento que antes era realizado em intervalo de tempo superior a 30 dias e passou a ser realizado num intervalo de 48 a 72 horas entre a data do agendamento e a consulta propriamente dita. Essa modificação facilitou os usuários lembrar de outros compromissos

evitando agendamentos que significassem conflito de horário com outros eventos e o próprio esquecimento da consulta odontológica. Esse modelo trouxe flexibilidade ao trabalho e reforçou o vínculo com os usuários por permitir um acolhimento mais oportuno e humanizado nessas consultas de demanda espontânea.

Já no município de Itupeva, diante do alto absenteísmo nas consultas odontológicas, optou-se por substituir as filas de espera por consultas de demanda espontânea num modelo similar ao acesso avançado (consultas no dia). Antes, eram agendadas 8 consultas e reservados 2 vagas por dia para urgências. Depois da mudança, o serviço começou a ofertar 10 consultas em demanda espontânea (sempre no mesmo dia), tendo o cuidado de manter um dia na semana (às sextas-feitas) para agendamento de casos prioritários (gestantes, idosos, pacientes especiais, alto risco e casos complexos).

Essa modificação permitiu para os trabalhadores utilizar o serviço no dia mais conveniente e ganhou resolutividade já que os procedimentos eram executados de acordo com a queixa principal do usuário (o que o usuário queria e sentia maior necessidade de resolver naquele dia).

O resultado dessas experiências foi analisado em um estudo de natureza descritiva, considerando os dados de absenteísmo antes e depois da implantação das estratégias referidas. Os dados de produtividade e absenteísmo foram retirados do sistema de informação em saúde municipal, tanto de Jundiaí quanto de Itupeva. Foram levantadas taxas de absenteísmo comparando períodos anteriores a essas modificações com períodos após adoção desses novos protocolos de trabalho.

Os resultados (ainda em acompanhamento) demonstraram o sucesso dessas experiências como estratégia para aperfeiçoar o vínculo entre usuários e profissionais e de enfrentamento do absenteísmo nas consultas odontológicas como será relatado em tópico 4.2.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. CAAE nº

00843318.1.0000.5404. Após o parecer favorável nº 3.021.541, a pesquisa foi desenvolvida.

Todos os sujeitos da pesquisa foram orientados previamente, aprovando a participação por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (62).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

O capítulo de análise e discussão foi desenvolvido através de uma triangulação entre as falas dos usuários nas entrevistas individuais, o discurso dos profissionais de saúde no grupo focal e a literatura vigente relacionada ao absenteísmo em consultas odontológicas.

Esse capítulo foi dividido em duas partes. Na primeira parte, foram discutidos os motivos das faltas nas consultas odontológicas encontrados na pesquisa, organizados a partir das seguintes categorias: esquecimento e menor interesse; vulnerabilidade, dor e medo do dentista; trabalho e acesso. Já a segunda parte do capítulo foi reservada para discussão de possibilidades a partir de questões orientadas, sobretudo, para temas de gestão, o que envolveu questões relacionadas com: a comunicação entre usuário e o serviço de saúde, formas de agendamento e também a descrição de duas experiências profissionais de implantação de novas estratégias de acesso com foco no enfrentamento do absenteísmo.

4.1 MOTIVOS DAS FALTAS ÀS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

4.1.1 Esquecimento e menor interesse

Em relação às entrevistas individuais com os usuários da unidade de saúde, a principal causa do absenteísmo em consultas odontológicas foi o esquecimento. A questão do esquecimento, quando debatida pelo Grupo Focal, foi confirmada como causa importante do absenteísmo.

Esse dado vai ao encontro dos estudos de Miotto (32), Melo (26) e Almeida (33), que encontraram o esquecimento como a causa para 48,2%, 23,7% e 59,1% dos casos, respectivamente. Miotto (32) apontou em sua pesquisa que o elevado tempo de antecedência na marcação da consulta e os altos índices de esquecimento parecem estar positivamente associados. Já o estudo de Melo (26) aponta que o esquecimento pode estar sendo apresentado como “pano de fundo” para o medo do dentista ou menor interesse em cuidar da saúde bucal. Os estudos de Almeida (33) e Miotto (32) propõem a ação dos Agentes Comunitários de Saúde

relembrando as consultas como uma alternativa de enfrentamento para reduzir o absenteísmo.

Vejamos como o esquecimento é relatado por alguns dos entrevistados:

“Me enganei da data, pensei que era num dia, mas não era...” (fala de usuário).

“eu anoto na folhinha as consultas. Sabe, a folhinha de data? é ali que eu anoto as consultas, os papelzinho que ela me da aí pra consultar. Não uso celular. eu anotei na folhinha, só que eu esqueci de olhar. anoto na folhinha ou deixo junto com a minha receita. Quando eu vou pegar meu remédio pra beber, eu vejo. eu sempre to olhando, sempre to olhando. Só a daquele dia que eu me enganei data” (fala de usuário).

O esquecimento é um fenômeno complexo e precisa ser explorado em relação ao que a produz. Ele pode ser um evento completamente aleatório, resultado de um contexto com muitas tarefas, incidentes ou distrações. Mas pode expressar uma resistência ao encontro, motivada por uma relação problemática entre serviço e usuário, por exemplo, ou por pelo famigerado “medo de dentista” (que será discutido adiante) ou por algo relacionado a dimensões mais amplas da existência do usuário.

Quando pensamos nessa gama ampla de possibilidades “por trás” do esquecimento, não podemos deixar de nos surpreender com o fato de que a primeira possibilidade aventada por alguns profissionais seja o analfabetismo:

“A primeira coisa que a gente nota que seria porque os pacientes mais faltam é... primeiro que esquecem mesmo. A maioria da população não lembra e não consegue ler, não consegue ver nem a data, então realmente esquece” (fala de profissional de saúde).

Dentro de um contexto dominado pela “razão gráfica”, o analfabetismo assume frequente a conotação de incapacidade absoluta. É difícil para muitos de nós reconhecermos que o analfabeto é um sujeito no mundo, um sujeito que produz suas próprias estratégias de manejo de recursos, que constrói suas próprias soluções para os problemas emergentes em sua existência. Embora a preocupação

dos profissionais com o manejo de medicamentos ou de agendas seja legítima, é preciso antes investigar o repertório de soluções do próprio usuário.

Alguns usuários relacionaram a questão do esquecimento como uma deficiência do serviço de saúde, por conta do distanciamento entre a data do agendamento e a realização da consulta:

“Esse tempo da marcação até a consulta ajuda a esquecer da consulta” (fala de usuário).

O tempo de espera para consulta pode contribuir para o esquecimento, conforme explicam Rocha e Bech (34). Porém, a maioria dos entrevistados (61,1%) relatou que o tempo entre a marcação da consulta e a consulta odontológica efetiva não é demorado e é importante considerar também que quase todos os entrevistados tiveram a opção de escolher o dia e o horário do agendamento. Isso não justifica, no entanto, a desconsideração desse fator. Na perspectiva dos princípios que orientam o SUS e Atenção Básica, importa considerar os sujeitos em sua singularidade.

Além disso, essa dimensão do problema não é desconhecida dos profissionais. O grupo focal pautou a importância do agendamento de consultas odontológicas no mesmo dia e horário da semana no caso de usuários que passariam por tratamento mais prolongado, justamente para evitar o esquecimento da consulta:

“Marcávamos 2 ou 3 [consultas]: uma segunda às 14h, outra na outra segunda às 14h, e na outra [semana] no mesmo dia e horário para não esquecer” (fala de profissional de saúde).

Outra questão apontada pelos usuários é a relação entre a presença ou ausência de dor com o esquecimento da consulta agendada:

“O problema dela agora é a dor. Daí, se a dor passar, ela não vai lembrar... Se ela não estiver com dor, ela já vai esquecer. A gente coloca lá na geladeira, daí tem que ficar olhando... só que daí é meio difícil lembrar..” (fala de irmã de paciente que faltou na consulta).

Esse aspecto é destacado também na literatura. Melo (26) apontou que “a aferição do tempo é relativa, e pode ser influenciada pela natureza ou urgência do motivo da busca pelo serviço”.

Como a ESF trabalha com consultas agendadas e de demanda espontânea para solucionar os casos de urgência ou dor, parte das faltas por esquecimento podem estar relacionadas ao motivo que leva os usuários a procurar cuidados odontológicos. Mais da metade dos entrevistados (55%) só procuram a urgência: *“eu não gosto de vir no dentista, só se tiver com dor”*. Após a resolução da dor, o usuário esquece a consulta agendada para continuidade do tratamento odontológico. Essa hipótese corresponde aos achados de Hamasaki e Kerbauy (36), que apontam que “a baixa interferência do problema de saúde na qualidade de vida pode favorecer a procrastinação”.

Esse uso baseado na equação “ir ao dentista” e “dor de dente” corresponde ao “excesso odontológico”, que é fruto de uma cultura baseada no modelo biomédico curativista, que separa o biológico do social e que, dentro de uma abordagem individualista, foca o tratamento dentário centrado nos procedimentos clínicos e na figura do cirurgião dentista, em detrimento do cuidado do sujeito de forma integral. Na visão curativa dentário-centrada, predomina a visão de que o dentista serve para dor de dente e o foco da atuação profissional são curetagens, cirurgias e restaurações. Esse modelo desconsidera a importância a promoção de saúde e os aspectos subjetivos e relacionais da boca, o que tem diversas implicações para a relação entre profissional e paciente.

Outra questão a considerar é que o esquecimento pode estar relacionado ou camuflar outras causas para o absentéismo como o menor interesse pela saúde bucal, evidenciado nas seguintes falas dos usuários:

“Às vezes eu tinha preguiça de vir, dependendo se era de manhã a consulta...” (fala de usuário);

“Eu que não queria vir mesmo, a relaxada era eu” (fala de usuário);

“A maioria não vem por preguiça mesmo porque todo mundo que marca aqui que eu conheço mora junto comigo, ali na região (...) dá pra vir muito bem! (...) Conheço vários que marca e nem vem... às vezes é falta de interesse mesmo” (fala de usuário);

O menor interesse pode aparecer na literatura sobre absenteísmo sob outra legenda, a da desistência pelo tratamento odontológico ou da desvalorização da saúde bucal. Para Melo (26), a desistência foi a segunda causa (12,5%) para o absenteísmo. Segundo a pesquisa de Gonçalves *et al* (22), na opinião dos profissionais, “a não valorização da saúde bucal pela população traduz-se num dos maiores motivos das faltas” (15,38%).

O desinteresse ou menor interesse (vale relativizar o próprio termo que viemos utilizando) está relacionado a modos de subjetivação da boca pelos usuários e a sua relação com alguma escala de valores, em que outras dimensões da vida do usuário estão envolvidas. Mas está relacionado igualmente ao modo como a boca é objetivada nos cuidados de atenção bucal hegemônicos, em que o foco são problemas dentários e em que raramente esses problemas são considerados em sua relação com a totalidade do organismo-sujeito em sua existência significativa. Além disso, a dificuldade em dar continuidade ao cuidado odontológico pode ser consequência da realidade social daqueles que tem de viver com o imediatismo da sobrevivência.

É fácil, no entanto, assumir o menor interesse como um “problema” do usuário, quando o pressuposto é que este deveria assumir uma escala de valores derivada do conhecimento dos especialistas e quando se ignora que o próprio modelo de atenção dominante desvaloriza a bucalidade ao reduzi-la a um objeto odontotécnico. É assim que, no grupo focal, aparecem falas que associam o menor interesse do usuário com a defasagem de conhecimento do usuário:

“A pessoa não faz o que não tem sentido para ela... ela não conhece em que vai implicar a falta do tratamento odontológico para ela, o que vai comprometer na saúde dela” (fala de profissional de saúde).

Esse excerto é bastante significativo, quando se considera que seu pressuposto é a equação “não fazer sentido” = “*falta de conhecimento das consequências*”. Parece que “não fazer sentido” só pode ser o efeito de uma falta ou incapacidade.

Curiosamente, na continuação da fala acima, o que o profissional sugere é a possibilidade de dimensões muito mais amplas e complexas estarem envolvidas

na fuga do consultório odontológico, dimensões relacionadas à “subjetividade/bucalidade”:

“Então, às vezes ela não tá vendo sentido de ter que ir o dentista, passar por um procedimento que nem todo mundo gosta. A maioria não gosta de ter que ficar com a boca aberta. A boca é um espaço nosso muito íntimo. Você abrir a boca para alguém, você fica ali vulnerável, né?” (fala de profissional de saúde)

“A boca é um espaço nosso muito íntimo”. Essa frase poderia ser a epígrafe de um texto sobre bucalidade. Ela explicita que a boca é um território subjetivo, atravessado por fluxos culturais, bombardeado de intensidades, repleto de afecções. É preciso compreender a bucalidade que o usuário leva para o consultório odontológico, os imaginários e afetos do usuário em relação a esse cenário e seus atores humanos e não humanos – os objetos (instrumentos e equipamentos odontológicos, por exemplo) também são “actantes”, afirma Latour (57), também produzem afetos –, seus sofrimentos e sobressaltos diante de alguém que irá “mexer em sua boca” (3). Nesse cenário, muitas vezes adverso, é que a relação profissional e paciente na cadeira odontológica vai criando e transformando o sentido da bucalidade para ambos os atores desse processo.

Em razão da relação da boca com a “intimidade” e da “vulnerabilidade” associada à sua abertura, continua o mesmo profissional, o vínculo com o profissional parece ser essencial para a continuidade ou interrupção de um tratamento:

“Você tem que ter uma confiança muito grande no profissional que está te atendendo... e nem todo mundo gosta disso, então a pessoa não vê sentido naquele momento de estar indo ali” (fala do profissional de saúde).

No entanto, o profissional, depois dessas interessantes observações, retoma o mote de seu discurso, reafirmando a primazia do especialista na determinação do “que é melhor” para o usuário e a relação entre um sistema alternativo de prioridade e a ignorância do usuário, que não sabe “o que é melhor para ele”:

“E querendo ou não, nós enquanto profissionais da saúde, assim, eu sei o que é melhor para ele, o que é melhor para aquela criança tratar o dente, para aquele adolescente, aquela gestante ou aquele adulto fazer um tratamento para não vir a perder o dente, porque tudo bem que podem reabilitar, mas não é a mesma

coisa que a gente ter o dente natural da gente... eu entendo isso, mas ele não, então o usuário, da maneira dele, define o que é prioridade para ele” (fala de profissional de saúde).

Pode-se dizer que o que essa fala explicita é um o conflito de bucalidades, entre o profissional que diz saber “o que é melhor” para o usuário, para sua boca, para sua saúde bucal, e o usuário que “define o que é prioridade para ele” de outro modo. A fala reflete uma posição autoritária e presuntiva do profissional de saúde em relação ao usuário. Mas, para além dessa diferença, evidencia um modo de desqualificação da alternativa que o usuário expressa, na medida em que tal alternativa é associada ao não saber, não entender. Essa desqualificação é uma forma de “produção de não-existência” do usuário como sujeito – o que, no capítulo 2, foi abordado como outra forma de absenteísmo, a produção do usuário-sujeito como ausente.

Em contraposição a essa posição, outro profissional diz que é necessário compreender a relação entre a “realidade” do usuário para compreender “o que é prioridade para aquela pessoa naquele momento”:

“Você vê os problemas que a pessoa vive, aí você vai orientar àquela família que é importante eles usarem fio dental... aquilo não é prioridade para eles ali, a gente até pode orientar mas sabe é uma coisa que foge da realidade... eu ficava constrangida às vezes... Então a gente tem que entender o que é prioridade para aquela pessoa naquele momento. Às vezes a gente faz um trabalho aqui multisetorial, de acionar a assistência social, melhorar as condições sociais daquela pessoa e assim, conseqüentemente vai acabar cuidando da saúde bucal também, aí você pode introduzir, mas tem hora que você sabe que não adianta você colocar uma coisa que não vai acontecer”.

No entanto, não parece ser essa a perspectiva que prevalece entre profissionais. Um conflito de bucalidades aparece também na fala de outro profissional, que compara a percepção de saúde bucal do paciente com a do profissional, caracterizando a percepção do paciente como “um fusca”, quando este deseja o que o profissional considera o mínimo, e a do profissional como “uma Mercedes”, na medida em que este deseja “deixar tudo em ordem”:

“ele quer passar em uma consulta de acolhimento, que seria pegar uma vaga para um dia e depois de fazer um curativo no dente dele, ele teve o problema resolvido (...) a gente quer dar um Mercedes para ele e ele quer andar de fusca... o

Mercedes seria o tratamento, a gente deixar tudo em ordem, mas ele quer andar de fusca, deixa ele... se ele quer andar de fusca.... mas assim, o trabalho é a gente tentar conscientizar dessa necessidade de estar com o tratamento adequado” (fala de um profissional de saúde).

Outra expressão desse conflito aparece na fala de outro profissional:

“Uma coisa que eu acho muito importante aqui é a falta de conhecimento do que pode trazer o problema nos dentes... Acham que dente é só para sorrir, então (...) a falta de conhecimento da população em geral eu acho que é o que leva a muitas faltas, tá? Então... não tem problema ficar com a cárie, não tem problema a criança perder um dente, entendeu? E depois tem muitas complicações, as pessoas não sabem das complicações que podem ter, né, até na gestante, como pode ter problema na autoestima das crianças. As pessoas não têm conhecimento disso, não fazem a relação” (fala de profissional de saúde).

Nesse excerto, vale destacar que, na crítica do que “eles acham”, há uma defesa subjacente de que o significado da boca, ou melhor, dos dentes para o usuário deve ser definido pelos conhecimentos especializados. Enquanto o usuário, segundo a percepção do profissional, acha que “dente é só para sorrir”, o que parece importar, de fato, são as “complicações” que as pessoas desconhecem. Ainda que reconhecendo repercussões na autoestima, o que remete a dimensões estéticas e relacionais da boca, o “só para sorrir” sugere uma desvalorização dessas dimensões, o que entra em conflito com bucalidades de usuários, como a que se exprime nesta fala de uma usuária:

“O dente da gente é cartão de visita, né... Já pensou chegar lá, dar um sorriso, dente tudo estragado (risos)... eu venho mesmo por estética” (fala de usuário).

A questão estética costuma ser uma dimensão fundamental da bucalidade da maioria das pessoas e, de modo geral, os profissionais de saúde percebem a necessidade imediata da recuperação ou reabilitação de um sorriso. O impacto da estética na vida dos usuários pode ser muitas vezes percebida no ato de colocar a mão na boca para sorrir, o que revela a vergonha sentida por quem tem uma falha na dentição.

Com esses comentários, não se pretende dizer que a desvalorização da saúde bucal não deva ser considerada como um problema de saúde pública e

tratado em termos culturais ou que não seja um problema a pouca difusão de conhecimentos sobre saúde bucal ou, de maneira mais restrita, sobre benefícios do tratamento odontológico e malefícios do adiamento das consultas ao dentista. O que se deve questionar é a ideia de uma única escala de valores, ancorada, em primeiro lugar, no saudismo ou *healthism* (na conversão da saúde em um valor absoluto e moralidade, a que se deve subordinar tudo mais) (58), e, em segundo lugar, na ambição da competência especializada de remapear a condição humana, de modo que, como diz Harold Perkin (59) não é o sujeito que “sabe onde seu calo dói”, mas o “especialista profissional que 'sabe melhor' o que é bom para ele”. Feita essa ressalva, é importante, de fato, considerar a desvalorização da saúde bucal, no sentido ressaltado pelos profissionais no grupo focal, como ilustrado pelos excertos abaixo:

“Os próprios pacientes. Eles têm isso... se ele marcar a consulta para o médico e para o dentista no mesmo dia, ele falta no dentista e vai no médico (...) Então... um problema de saúde bucal não é um problema que vai afetar tanto a saúde dele, então eu não sei... eu sinto isso, não de todo mundo, mas eu sinto”(fala de profissional de saúde);

“É porque a gente tira o dentista da saúde geral. O dentista não faz parte da sua saúde, por exemplo, problema no dente não é a saúde dele, ele deixa para depois. Não está embutido no problema de saúde do paciente, então assim problema no dente é o de menos...(fala de profissional de saúde)”

Essa concepção de “problema no dente” e “saúde” como coisas distintas, notada por esses profissionais, é, de fato, um problema a ser enfrentado. Ela está relacionada à fragmentação do cuidado do modelo biomédico, que reduz o corpo humano a partes e fragmentos para serem estudados e avaliados e ponderam e classificam o ser humano de forma mecânica. E diz respeito também a certo imaginário relacionado às especializações profissionalizadas produzidas por essa fragmentação: saúde é algo que diz respeito à medicina estrito senso e “problema no dente”, à odontologia.

O extremo dessa concepção reducionista da saúde bucal é representada pela equação “ir ao dentista” = exodontia. Essa perspectiva aparece na fala de um usuário que sustenta a ideia da resolutividade do tratamento mutilador:

“Quando der aquela dor mesmo, terrível, eu vou e arranco. Não passo

muito na rotina não”.

Como diz Werneck (16), relatando um caso semelhante, trata-se também de um *“conflito de bucalidades: além do desaparecimento definitivo da dor e do “não ir mais ao dentista”, esta “solução” também servia como alívio para o orçamento doméstico”*. A conclusão do autor é certa. Em um caso assim, *“o fundamento inicial não era acatar: mas, compreender (16).*

Tais concepções restritivas da saúde bucal nos alertam para a necessidade de produzir uma concepção mais ampla de saúde e de relocalizar a saúde bucal em relação a ela. Como vimos, Botazzo (3,15), por exemplo, demanda que se reconheça as conexões orgânicas da boca com a totalidade corporal e que a boca-corpo produz subjetividades e sua mundaneidade. Ele enfatiza que a função dentária presente na teoria odontológica não dá conta de recuperar o sujeito por inteiro e sua boca, que é preciso resgatar a boca e suas “tarefas” específicas na reprodução social e na construção de subjetividades singulares. A função dental não substitui a função bucal, mas sim é parte de um todo, um ser integral. A saúde bucal não deveria ser reduzida a *“apenas um problema no dente”*. Primeiro, porque a boca não são apenas dentes. Segundo, porque a boca participa de um corpo. Terceiro, porque a boca-corpo participa do modo de um sujeito existir no mundo. Quarto, porque, em consequência dos três pontos anteriores, um “problema no dente” nunca é *“apenas um problema no dente”*.

Uma questão que precisa ser debatida, quando tratamos do menor interesse, são os conflitos com outros compromissos. O menor interesse pode estar associado a outros compromissos que o usuário considera como mais importantes, como o exemplo a seguir em que a oportunidade de viajar prevalece sobre a oportunidade do cuidado em saúde bucal:

“Eu não me lembro a data, mas foi justamente próximo de um dia que eu estava indo viajar (...) é que era uma oportunidade que eu não queria perder, né? Porque como eu te falei, eu tô aposentada, então agora eu tô um pouco mais livre pra viajar, pra sair, pra fazer as coisas...e aí eu já tinha a consulta. Eu fui viajar mas eu fui pensando na consulta”(fala de usuário).

O conflito com outro compromisso do usuário foi mencionado por 17,4% dos usuários entrevistados. Esses compromissos podem ser de diversas naturezas, desde um compromisso escolar – *“tem vez que ele fica sem vir na consulta porque*

ele tinha alguma coisa na escola” – a consultas relacionadas a outra área da saúde:

“Ou então, assim, ele tratava (em outras especialidades) na terra 1. Lá ele passa com um psicólogo, com fono, com pedagogo (...) aí marcava (dentista), aí não dava pra vir, da terra 1 ele não pode perder a consulta (com os outros profissionais)”;

“Antes ele ia em muito médico (...) chocava horário com a consulta daqui...”(fala de usuário).

Na fala a seguir, o profissional de saúde retrata mais uma vez o conflito de bucalidades que existe entre profissionais e usuários onde cada personagem assume uma posição e um valor em relação à saúde bucal:

“Então a gente também tem que priorizar o que é valor para a mãe e quais são os nossos valores, cada um tem os seus valores, a gente não pode intervir nisso. É muito pessoal de cada pessoa, o que você valoriza muito, às vezes a outra pessoa... a vida é tão complicada, eu acho, que os dentes são o menor do problema. As pessoas encaram a saúde como sendo o menor problema. Vir no médico, vir na consulta, vir no dentista, que vai acontecer outras coisas mais pra frente... no momento atual é tão ruim a situação, que isso aí é o menor dos problemas da pessoa, que às vezes a gente não consegue entender, né? Algo que pra gente é um grande problema e para o paciente, é quase nada, já que ele não consegue dimensionar o que vai acontecer futuramente e se isso vai ser tão importante na vida dele” (fala de profissional de saúde).

No caso de preferência por outras consultas, há situações em que o que está em jogo não é a hierarquização entre áreas de competência no campo da saúde, mas um cálculo estratégico dos usuários, que tendem a faltar nos compromissos que são mais fáceis para remarcação:

“Faltei porque assim... eu tenho quatro filhos. Tinha uma consulta aqui, tinha outro filho que tinha outra em lugares diferentes. Eu não tinha quem trouxesse. Da pequeninha, ela estava esperando já 3 ou 4 meses um exame que ela precisava fazer. E o dele não, ele já tinha passado no mês passado e era pra retornar agora esse mês. (...) Mas optei por fazer o exame porque senão seria mais 4 ou 5 meses esperando”(fala de usuária, mãe de 4 filhos).

Essa possibilidade foi identificada também no grupo focal:

“Então assim eles priorizam uma das coisas e deixam essa outra parte que é mais fácil” (fala de profissional de saúde).

Não se pode deixar de considerar razoável esse cálculo estratégico do

usuário. Mais importante, contudo, é perceber que o que o torna necessário é um problema de acessibilidade, relacionado à escassez relativa de recursos para atender às necessidades dos usuários. Com efeito, se é razoável a escolha do usuário, não é razoável esperar 4 ou 5 meses para realizar um exame necessário para analisar a situação de saúde do usuário. Outra questão a pensar é porque essa mãe não tentou um arranjo antecipadamente com a ESF? Será que não existe flexibilidade? Ou será uma falha de quem acolhe?

Mas nem sempre a “saúde bucal” é preterida. Quando o paciente sente alguma dor ou incômodo na cavidade oral, é possível que a prioridade seja a assistência odontológica. No entanto, se a dor passa, ele pode se desinteressar pela consulta ou tratamento:

“Às vezes tava com dor e a dor passou... ah, eu tava sentindo uma coisa estranha, mas tomei um remedinho e melhorou... até eu já fui muito assim... de sentir um mal estar, agendar e, quando chega, no dia eu tô ótima, sabe, (...) e acaba ou faltando ou desmarcando. E, na verdade, o problema só ta ali, escondidinho (...) porque não tem como passar, né, não tem como você curar sem ir ao dentista” (fala de usuário).

Note-se que a usuária não desconhece a possibilidade de o problema continuar ali “escondidinho” e, provavelmente, ela sabe que o problema pode agravar-se sem tratamento. A questão não é, portanto, falta de conhecimento, ainda que a usuária possa não saber quais são as consequências específicas que a postergação do tratamento odontológico pode acarretar no caso de seu possível problema não diagnosticado. A questão é o modo como a usuária estabelece prioridades, articulando necessidades, valores e tarefas, respondendo às demandas do meio em que vive.

É interessante observar como muda o discurso dos profissionais, quando observam seu próprio comportamento como usuários. Nesse caso, eles tendem a identificar-se mais com as posições dos usuários que eles mesmos criticam, como flagramos no comentário abaixo:

“Não tá doendo, você continua comendo as mesmas coisas... se eu não pudesse comer alguma coisa que eu gostasse eu ia atrás do dentista até lá no céu... Assim não é uma coisa que incomoda, né? A maioria procura quando alguma coisa tá doendo, tá incomodando” (fala de profissional de saúde).

O esquecimento e o menor interesse foram razões importantes do

absenteísmo expostas por usuários e profissionais nesta pesquisa. Porém, é difícil analisar essas causas isoladamente, visto que muitas vezes ambas as causas combinam ou sobrepõem, articulando-se ainda com outras questões para as ausências nas consultas como conflitos de bucalidades e o medo do dentista (que será tratado mais especificamente no tópico a seguir). As questões subjetivas da relação profissional e paciente e suas experiências e bucalidades parecem ser pontos críticos que poderão favorecer ou não o esquecimento e o menor interesse.

4.1.2 Vulnerabilidade, dor e medo de dentista

Como vimos acima, na fala de um profissional, a boca é “um espaço nosso muito íntimo” e abri-la diante de um profissional é também expor-se, ficar “vulnerável”. A resistência ou indisponibilidade em relação a procedimentos odontológicos pode estar associada a essa existência da boca. Como Costa e Moraes (60) destacam, alguns usuários consideram desagradável “ter um estranho mexendo em minha boca”.

Além disso, a boca é um território corporal com grande presença de terminações nervosas e, por isso, muito sensível à dor. No campo biológico é possível identificar os diversos nervos que compõe o sistema nervoso da cavidade bucal e esse conhecimento é bastante útil quando tratamos de técnicas de bloqueio anestésicas. Porém não podemos esquecer que a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, International Association for the Study of Pain) define a dor como uma experiência sensorial ou emocional desagradável que ocorre em diferentes graus de gravidade. Dessa forma, há muita subjetividade e emoção em relação a dor e como o usuário interpreta essa sensação. Sofaer (61) diz que e “dor é o que o paciente diz ser, e existe quando ele diz existir”, colocando uma ideia de uma experiência pessoal e peculiar a cada indivíduo. A manipulação da boca pelo dentista pode provocar diferentes sentimentos e sensações e a forma como cada um lida com elas é muito íntima a cada paciente.

Esse complexo de existências inter-relacionadas da boca – espaço “íntimo”, “vulnerável”, exposto a dor –, bem como de outras, relacionadas à singularidade biográfico-corporal de uma pessoa ou a experiências anteriores com a atenção odontológica, ou ainda ao imaginário social produzido em torno da atenção odontológica, pode sedimentar-se na forma de algo mais forte do que uma resistência ou indisponibilidade: como medo ou pavor.

Dentre os entrevistados, 8/20 disseram sentir medo, ansiedade ou pânico ao ter que visitar um dentista, ainda que nem todos associassem sua falta a esse sentimento:

“Tenho pavor. Não sou acostumada mesmo”(fala de usuária);

“Uma semana e já fico ansiosa, pensando naquela consulta” (fala de usuária preocupada com a consulta odontológica);

“Eu morro de medo pra mim vir. Nossa! Eu venho chorando, pelo medo. Tenho medo desde que nasci”(fala de usuária diante da consulta odontológica).

É possível observar nas falas como os usuários lidam com a consulta odontológica e como ficam ansiosos na véspera do encontro com o dentista. A fala da usuária que “não sou acostumada mesmo” revela a importância das consultas periódicas no sentido de trazer mais habitualidade para a visita ao dentista e que isso pode ajudar a assimilar todo o ambiente do consultório odontológico e reduzir os episódios de ansiedade frente ao tratamento odontológico.

O medo foi uma causa para o absenteísmo nas consultas odontológicas captada na entrevista com usuários, sendo referida em 4/20 das entrevistas. Além do absenteísmo estrito senso, o medo parece também estar atrelado à postergação do tratamento odontológico:

“Primeiro eu compro o remédio. Se não passa, eu venho”(fala de usuário).

Dentro do grupo focal, os profissionais também relataram o medo como causa importante do absenteísmo nas consultas odontológicas, expondo sua própria experiência de ir ao dentista:

“Um pouco mesmo é medo, eu não sou muito fã assim de ir no dentista”(fala de usuário);

O medo e a ansiedade (fenômenos relacionados, mas não intercambiáveis) não se encontram entre os fatores mais presentes nos estudos sobre absenteísmo e, em geral, ele é pouco mencionado ou não tão bem caracterizado em estudos de natureza quantitativa, sendo invisibilizado. Isso é sintomático, considerando que esses fenômenos estão muito presentes no cotidiano da clínica odontológica.

No estudo de Chanpong (40), o medo e a ansiedade em relação ao tratamento odontológico aparecem como razão para 7,6% das causas para perder, cancelar ou evitar o dentista. *“Eu acho que tem gente que tem pânico de vir no*

dentista”.

Múltiplos fatores podem participar da produção do medo no contexto da clínica odontológica, como a dor, o desconhecido, as experiências negativas prévias, relatos alheios, o tratamento do tema em algumas produções culturais, como filmes, o uso da ideia de “ir ao dentista” como castigo ou punição. Podemos mencionar também o medo de mutilação.

Um dos usuários mencionou uma experiência traumática da infância como origem do medo:

“Eu peguei um trauma, desde criança de dentista... sinto medo até hoje” (usuário que teve experiência traumática anterior).

Muitos trabalhos científicos apontam no sentido da experiência pregressa na cadeira odontológica como um fator para a ansiedade odontológica. O trauma no passado pode refletir negativamente na percepção em relação às consultas odontológicas futuras. Daí a importância do condicionamento das crianças em relação ao tratamento odontológico, evitando gerar tratamentos invasivos nessa fase da infância em que a criança está desenvolvendo sua formação e percepção sobre o mundo que a circunda. A lembrança de experiências traumáticas, especialmente na infância, contribui para a ansiedade ao tratamento odontológico (62).

Há o risco de se formar um ciclo vicioso de medo, não comparecimento ao dentista, deterioramento da saúde bucal e manutenção ou agravamento do medo (63, 41). Nesse ponto, o medo funciona como barreira para acesso aos serviços odontológicos postergando o tratamento e gerando tratamentos mais complexos e invasivos que funcionarão como novas experiências desagradáveis que irão retroalimentar o medo e a ansiedade da cadeira odontológica.

Outros entrevistados, remetendo também a experiências anteriores apontaram que o medo é relativo e pode ser relacionado ao tipo de tratamento a que será submetido ou ao profissional:

“Não de dentista em si, mas dependendo do tratamento eu tenho medo” (fala de usuário).

“Depende, tem dentista que tem a mão meio pesada ...” (fala de usuário);

Eis duas dimensões importantes do problema a serem exploradas: a percepção de certos procedimentos e equipamentos odontológicos como aversivos e a relação entre corporalidades na clínica odontológica.

Certamente, os procedimentos mais aversivos devem ser aqueles mais invasivos e doloridos. Em relação aos equipamentos, é muito mencionado o “barulhinho” do motor do aparelho de alta rotação como aparece no comentário de um profissional:

“Aquela maquininha, aquele barulhinho... tinha que fazer com uma maquininha silenciosa, acho que ajudaria bastante” (fala de profissional de saúde).

A “mão pesada” aparece na fala de muitos entrevistados, sendo mencionado como um fator crítico para a escolha do profissional, para o fato de que “um dentista é mais disputado do que o outro”:

“Tem dentista que tem a mão meio pesada, que, é, na hora de fazer uma exploração ali... é... machuca a boca com algum instrumento, você entendeu....aí eu já fico meio (risos), mas não é um pânico, mas eu já começo a pensar: Ai meu Deus, vai machucar, vai apertar, vai...é mais isso...”(fala de usuária);

A odontologia se desenvolveu no último século baseada num modelo curativista e mercantilista com grande foco na especialização dos conhecimentos profissionais e uma abordagem bastante tecnicista e mecanizada. Por muito tempo a preocupação com o indivíduo foi deixada de lado como um reflexo da preocupação excessiva com os procedimentos clínicos da atuação do cirurgião dentista.

Apesar da importância da educação técnica focada em habilidades manuais na rotina dos tratamentos odontológicos, a promoção desse modelo, ignorando a sensibilidade e afetos envolvidos na relação entre dois seres humanos, tem encontrado limitações para o avanço da odontologia coletiva e promoção de qualidade em saúde bucal.

O dentista nem sempre foi preparado em sua formação para pensar algo simples como, por exemplo, onde está seu cotovelo durante o procedimento. A odontologia mecanizada tem até uma disciplina de ergonomia para desenvolver a habilidade de se posicionar frente aos pacientes numa posição biológica (ergonômica) menos desgastante para o odontólogo, porém pouco se fala ou se ouve sobre a abordagem ou posição que o dentista deve ter diante da invasão de um espaço tão íntimo como é a boca de um paciente e que muitas vezes vem carregada de sofrimentos físicos e emocionais. Parece ainda um tabu a discussão da vulnerabilidade do paciente deitado na cadeira odontológica, seus sentimentos, suas angústias, sua fala interrompida pelo próprio ato do dentista; como se tudo isso

fosse menos importante que a abordagem biológica durante o tratamento.

Na discussão sobre humanização, a relação profissional e paciente tem ganhado destaque e passa a ser valorizada como potência para melhoria na qualidade de saúde bucal. A relação antes somente mecanizada e tecnicista entre mão/equipamento e boca passa a ser valorizada numa relação humanizada entre dois corpos. É importante que, nessa nova fase da odontologia, em que o modelo biomédico é questionado a partir de uma perspectiva biopsicossocial, os aspectos humanizados da relação profissional e paciente ganhem uma abordagem especial, analisando o posicionamento do dentista não somente em relação à ergonomia, mas também seu posicionamento para facilitar o desenvolvimento da relação humana, o contato humano entre os corpos. Essa interação humana é o saber escutar para que o “paciente possa se sentir seguro e em local acolhedor, onde possa ser cuidado não apenas como um doente, mas também como pessoa humana”(68).

Para além da questão das relações entre corporalidades, é importante também abordagem do profissional de modo geral, as tecnologias leves, relacionais (Merhy, 2003), de que ele se vale na produção de cuidado. Essas tecnologias têm potência para impactar na redução do absenteísmo em consultas odontológicas na atenção primária. Duas dessas tecnologias que podem ser facilmente manejadas na atenção básica são o acolhimento e o vínculo entre profissionais de saúde e usuários.

Um dos profissionais relatou no grupo focal a importância do vínculo para que o usuário se comprometa com as consultas na atenção básica, sendo apontado como um fator que reduz o absenteísmo:

“Eu vejo assim a questão do vínculo do profissional com o usuário, se ele consegue um bom vínculo, o usuário mesmo se compromete com o profissional de... (pausa) ele se constrange de ficar faltando, e é uma questão que a gente trabalha muito na Atenção Básica, principalmente a equipe de Saúde da Família, essa questão do vínculo”(fala do profissional de saúde).

Segundo um dos profissionais de saúde que participou do grupo focal, o vínculo é tão importante como componente de um processo de corresponsabilização que a descontinuidade da relação com um profissional com quem o usuário já estabeleceu vínculo pode favorecer o absenteísmo:

“Quando há vínculo e ocorre a troca de um profissional (...) as pessoas já dizem... ah, estava acostumado com aquele que estava lá ... era porque eu era

melhor? Não. Era porque eles tinham um vínculo. (...) Então eu acho que isso aí favoreceu um pouco essa questão das faltas” (fala de profissional de saúde).

Um dos profissionais também aponta o vínculo não somente como uma habilidade pessoal, que é variável entre os diversos profissionais da atenção, mas também como um processo de mão dupla, que pode depender de dimensões subjetivas complexas, como a afinidade:

“vai de cada um também... tem gente que acaba tendo mais afinidade com a pessoa e acaba sabendo tratar um pouquinho melhor. Tem uns que só falam bom dia, boa tarde, tem uns que sentam, conversam, perguntam como foi ontem, pergunta o que comeu, então você acaba criando um vínculo com a pessoa e você acaba acolhendo melhor a pessoa”(fala de profissional de saúde).

Entre os usuários entrevistados, houve também referências à importância do vínculo e, de modo geral, da qualidade da abordagem do profissional. Um usuário apontou na entrevista individual a importância da realização de uma consulta com tempo adequado, solucionando dúvidas, com um profissional que o conhece e conhece seu caso, o que favorece o relacionamento entre usuários e profissional:

“resolve todas as minhas dúvidas (...), não é aquele profissional que faz as coisas correndo e você tem que sair logo do consultório (risos). Se eu estiver na cadeira e eu tiver alguma dúvida eu já pergunto e ele já fala. Já dá uma olhada na minha ficha, ele já sabe quando que eu vim da última vez e o que que aconteceu...então é uma coisa bem legal assim. eu gosto muito desse posto aqui eu não tenho o que reclamar dos profissionais. São ótimos”(fala de usuária).

Tratando também da importância do acolhimento, uma usuária relata a importância de o profissional “passar tranquilidade” para ela conseguir realizar um procedimento:

“me passava mais tranquilidade, daí eu conseguia fazer, chorando mas fazia” (fala de usuária);

“se doer, pode voltar que a gente vê o que está acontecendo, você está entendendo? São uns médico muito bom” (fala de usuária).

No grupo focal, foi bastante abordada a questão da empatia dos profissionais para com os usuários, quebrando as barreiras de acesso e preconceitos durante a atuação profissional. Assim, destacaram-se algumas falas que relacionam a falta de empatia dos profissionais de saúde e os preconceitos com relação ao absentismo nas consultas:

“Falta na rede um pouco da empatia que a gente fala tanto. Nem todos os dentistas têm a empatia de valorizar... olha isso aqui não tá no livro, não adianta fazer uma coisa, elaborar um plano que eu não consigo cumprir... Você não conhece todos os pacientes que passam por ele, e acaba não tendo um vínculo... não consegue criar o vínculo porque às vezes prejudgam as mães sem conhecer a família” (fala do profissional de saúde).

Ainda com relação à empatia e à preocupação com dos profissionais com os usuários, uma das falas do grupo focal apontou barreiras sociais como fator que impede os usuários de comparecer nas consultas:

“Existe uma barreira social, os pacientes não se sentem confortáveis em transitar em lugares que todo mundo olha para eles. Você anda de uma maneira na sua comunidade. Tem lugares que eles frequentam que não são bem olhados. Os mais velhos nem saem. Os mais velhos não transitam na cidade e os mais novos ocupam lugares que são permitidos ocuparem. Então, as pessoas estão se protegendo onde são bem vistas, dentro da suas comunidades” (fala do profissional de saúde).

Como resultado dessa preocupação, foi apontado por um profissional que existem alguns usuários que não faltam às consultas e que gostam de se sentir cuidados e acolhidos pela equipe de saúde:

“Tem muita gente que também gosta de vir, que gosta de se sentir cuidado, eu lembro que na outra unidade, a gente fazia os mutirões para atender todo mundo, e eu chegava para aquele grupo que tava esperando e fazia orientação de escovação... a pessoa gosta de se sentir cuidada. Hoje de manhã eu tava em outra unidade e o médico tava falando que uma vez o paciente veio com ele, ele sentou, conversou um pouquinho e falou: senta na maca, eu vou ver sua pressão. Aí viu a pressão e foi lá anotar, aí o paciente tava chorando, aí ele falou assim “por que você tá chorando, tá com alguma dor?”, aí o paciente falou “não, é que nunca pediram para eu sentar na maca”. Ele ficou emocionado... aí eles estavam falando que tem paciente que a cada dois meses tá na unidade, será que ele tem problema de saúde a cada dois meses? Tem gente que todo dia tá na unidade porque quer conversar, quer se sentir cuidado, principalmente idoso...”(história contada por profissional de saúde).

Outro fator que impacta no vínculo entre profissional e usuários são as próprias preferências profissionais que vêm carregadas com uma bagagem cultural

e até mesmo com preconceitos por parte do usuário como descreve um dos profissionais:

“Tem gente que... ah, eu prefiro tratar com mulher ou eu prefiro tratar com homem... ainda tem isso! Do mesmo jeito que tem com ginecologista, com médico, tem com dentista também. E eu tô com dois dentistas homens, aí tem gente que diz mas homem tem a mão mais pesada, não quero passar... eu ouço isso do usuário (não quero porque ele tem a mão pesada). Agora que tem outro homem, o outro homem também vai ter a mão pesada? E às vezes não tem, mas as pessoas ficam um pouco com o pé atrás...” (percepção de profissional de saúde).

O absenteísmo em odontologia está intimamente ligado a aspectos da vulnerabilidade da relação profissional e paciente. É preciso refletir e compreender a posição de vulnerabilidade daquele que deita na cadeira e abre a boca para um procedimento que muitas vezes vem com lembranças desagradáveis ou dolorosas. Entender o medo como parte do ser humano e que suas angústias e sofrimentos refletem na interação social gerando faltas nas consultas ou procrastinação do tratamento odontológico.

Cabe à equipe de saúde bucal a tarefa de compreender esses acontecimentos e procurar alternativas humanizadas de lidar com essas questões para conseguir promover saúde a esses pacientes, evitando novas experiências desagradáveis e mais sofrimentos.

O desenvolvimento das tecnologias leves, o desenvolvimento do acolhimento a partir da escuta das subjetividades e do vínculo, são fundamentais na abordagem dos pacientes ansiosos em relação ao cuidado odontológico. A escuta qualificada e o vínculo com o usuário devem ser sempre preconizadas no trabalho dentro da atenção primária como forma de minimizar o absenteísmo e melhorar a qualidade e percepção por parte dos usuários em relação ao serviço de saúde ofertado.

4.1.3 Trabalho e acesso

A segunda causa de falta às consultas odontológicas na unidade foi o trabalho, essa mencionada por 17,4% dos entrevistados. Essa informação corrobora o estudo de Gonçalves (22), que disserta que 28% das faltas são relacionadas com o trabalho. Miotto (32), Ferreira (35) e Almeida (33) também encontraram o trabalho como segunda causa mais importante, compreendendo 33%, 18,4% e 13,6% dos

casos respectivamente.

O trabalho impõe muitas dificuldades e limitações para a frequência nas consultas odontológica durante um tratamento de rotina. Tanto para os usuários autônomos, que trabalham por conta, para os quais ir à consulta impacta financeiramente, porque é um dia em que deixa de captar renda, quanto para aos trabalhadores registrados, que, muitas vezes, não têm liberação do empregador para cuidar da saúde bucal e veem na falta ao trabalho um risco para o emprego, como exemplificam as falas dos usuários a seguir:

“eu estou trabalhando, eu não estou tendo tempo de vir aqui. Está corrido, sabe?” (fala de usuário, carteira registrada).

“Hoje eu estou parada, eu trabalho por conta, então, o que acontece? Eu deixo a minha vida, (...) eu venho, passo no médico, pego meus remedinhas, mas eu deixo minha vida...assim, dente, essas coisas, pra trás, aí acaba a gente se ferrando, né?” (fala de usuário, trabalhador autônomo).

“é difícil deixar o trabalho, né? é ruim faltar no serviço, né? mas eu sei que eu tenho que vir (...) eu recebo por dia, então o dia que eu não vou eu não recebo (...) vejo uma data que as vezes eu sei que na semana eu não vou trabalhar (...) Se nesse meio tempo surge algum serviço é motivo pra faltar... é uma das coisas que prejudica pra comparecer na consulta”(fala de usuário, trabalhador autônomo).

Nessa última fala, o usuário expõe o dilema que envolve deixar os trabalho e cuidar da saúde. Para uma parte da sociedade a escolha parece simples, porém para muitos usuários o impacto financeiro de perder o dia de trabalho é um problema significativo que irá impactar sua família no final do mês. Com relação a esse tópico, também é importante entender o significado da resolutividade da atenção básica presente na PNSB e o quanto ela é importante para esses usuários que precisam “aproveitar ao máximo” a ausência no trabalho para cuidar de sua saúde.

Os profissionais no grupo focal também identificaram, como um impedimento ou dificuldade para ir a consultas e procedimentos, o trabalho, autônomo ou registrado. Em relação ao primeiro, um profissional diz:

“Eu acho que é justificado. Eu sempre penso em mim, nas minhas dificuldades. (...) Então eu penso assim, eu acho que é justificável. A pessoa ganha por dia, empregada doméstica, faxineira, pedreiro...”

A dificuldade de conciliar trabalho e consultas é frequente, e um dos grandes problemas de acesso aos serviços de saúde é a incompatibilidade entre horário do serviço e horário de funcionamento da unidade de saúde como pode ser evidenciada nas falas dos usuários seguir:

“eu trabalhava no horário comercial, era o mesmo que o posto ficava aberto e não aceitavam declaração lá” (fala de usuário);

O horário do trabalho era das 9 às 16 (...) Trabalho de segunda a sexta e quando saio tá fechado aqui (unidade de saúde)”(fala de usuário);

“porque geralmente a gente entra das 7 às 16 e das 8 às 17. E esse horário é o horário que abre e o horário que fecha (a unidade de saúde). Então pra gente estar vindo, a gente tem que fazer isso que estou falando pra você. Ou faltar ou pegar declaração” (fala de usuário).

Fica evidente nas falas acima a necessidade de serviços de saúde ofertados em horários diferenciados como horários noturnos e finais de semana como forma de facilitar o acesso a saúde e minimizar esse conflito entre trabalho e acesso a serviço de saúde. O usuário está sempre numa posição vulnerável em relação ao empregador e muitas vezes não encontra condições de negociação para poder usufruir do sistema de saúde através de consultas regulares. Esse fato traz prejuízos para sua saúde, postergação de tratamentos e vai gerando as consultas de urgência como evidenciado no tópico 4.1.2.

Essa conflito de acesso para usufruir dos serviços de saúde irão repercutir negativamente em relação ao princípio da equidade. De acordo com esse princípio o SUS deve funcionar como ferramenta para redução das desigualdades sociais, “favorecendo” o acesso das pessoas mais vulneráveis. Nesse contexto, os usuários que estão em posição mais vulnerável em relação ao trabalho deveriam ter maiores possibilidades de acesso como forma de garantir equidade de acesso e superar obstáculos. Porém, acabamos realizando uma equidade às avessas: os usuários com maiores condições de driblar a vulnerabilidade com relação ao emprego vão conseguir mais acessos aos serviços de saúde e aqueles suscetíveis ficarão marginalizados, prejudicando a redução das desigualdades sociais, previsto na característica da equidade.

Outra questão relacionada trabalho evidenciada na entrevista individual

diz respeito ao preconceito do empregador em relação ao usuário realizar um tratamento odontológico regular:

“nós tínhamos uma política da empresa, né? (...) eu não gostava muito, não achava muito humano: se a gente fosse ao dentista, o atestado do dentista não valia pra abonar o período que você ficou fora... a menos que tenha sido uma cirurgia, né? (...) uma extração de um dente do siso ou então uma infecção (...) coisas graves. Mas, por exemplo, (...) uma restauração... se eu fosse nesse caso, eu não era abonada, era muita loucura, eles descontavam o dia”(fala de usuário);

“eles não aceita muito, né?, porque aí no caso não é uma doença, né? Eles não veem como doença, né? No caso o empregador, né? Que eles acham que dentista, você não está com dor não está com nada, né? Agora se é uma dor de dente, está inchado, tem urgência, eles até aceita você faltar, mas caso contrário, não. Quando é pra tratamento, não” (fala de usuário).

“Eles não gostava de falta não, não gostava, achava ruim” (fala de usuário).

As falas dos usuários acima refletem conflitos de bucalidades, entre dois modos de valorar problemas e cuidados em saúde bucal, o dos empregadores e o dos empregados. Para os empregadores, apenas urgências de certo tipo (infecção, extração, dor) são motivos para o empregado ir a uma consulta odontológica, justificando uma falta ao trabalho. Para os empregados, haveria uma variedade maior de motivos. Presumivelmente, os empregadores não valoram seus próprios motivos pela mesma escala. O que está em jogo aqui, na avaliação destes, são duas escalas, ancoradas em uma desigualdade no estatuto ontológico das bucalidades: para os empregadores, a própria bucalidade tem um valor diferente da dos empregados, que são consideradas como bucalidades de “segunda classe”. E isso, apesar de os problemas odontológicos (para não falar daqueles, mais amplos, da bucalidade) sabidamente, poderem interferir nas atividades diárias dos trabalhadores e gerar inclusive perda de produtividade e aumento do risco de acidentes de trabalho. Melo (2011) verificou que 69,4% dos usuários faltosos relataram interferência dos problemas odontológicos no desempenho das atividades diárias nos seis meses anteriores à entrevista.

Outro ponto que mereceu destaque nas falas dos usuários é o fato do empregador não aceitar a declaração de horário e aceitar somente o atestado para justificar a ausência no trabalho.

“E aí pegar o atestado do posto, não aceita declaração não. Eles não aceita muito bem a declaração não. Mas aí não tem o que fazer, né? Porque se a gente trabalha registrado de segunda a sexta e a gente não tem condição de pagar um particular a opção da gente seria o postinho. Mas aí como que a gente faz (...) meu horário é o mesmo horário de fechamento do posto. - ou a gente entrava um pouco mais cedo pra sair uma hora mais cedo ou a gente chegava a faltar né?”(fala de usuário, trabalhador registrado).

Os discursos no grupo focal também colaboraram para identificar o preconceito do empregador em relação ao empregado frequentar consultas odontológicas como evidenciado na fala que segue adiante:

“não é que a empresa não aceite, mas você corre o risco de perda de emprego, dentista são mais vezes (...) e às vezes ultrapassa um pouco o horário de uma consulta normal, aí o empregador coloca em dúvidas, este é o problema. Empregada doméstica por exemplo, eu já vi o patrão telefonar para cá, e a pessoa estar na sala de espera, ele meio que não acredita porque a pessoa vai passar uma hora e pouca na consulta (...) E a pessoa fica meio preocupada, vai que demita e não aceite. Se você coloca em risco o seu emprego (...) essa é uma das coisas que eu acho que é uma coisa que interfere bastante, o emprego da pessoa, e às vezes não é um emprego oficial, carteira assinada, é o pedreiro, é uma pessoa que não tem nenhuma lei, mas se você começa a colocar empregada doméstica para ir ao médico ou ao dentista...” (fala de profissional de saúde);

Nessa fala, o profissional coloca que não existe uma recusa no atestado ou na declaração mas há mensagem implícita e até mesmo explícita do risco que o empregado está sujeito ao frequentar as consultas odontológicas.

“já tive empregador que ligou aqui questionando atestado odontológico, você fazer uma extração, um procedimento ali mais complicado que justifica ele ficar dois dias afastado do trabalho e o empregador: mas como assim? como é que o dentista dá dois dias? vai ficar dois dias em casa? sabe, questionando do funcionário, achando que foi o funcionário que pediu, que negociou. Eu já tive que responder tanto por telefone, por e-mail... se a pessoa apresenta muito atestado ... aí demitir ou não demitir isso aí a empresa que vai ter que conversar” (fala de profissional de saúde);

Nessa outra fala de outro profissional de saúde fica evidente a “perseguição” em relação ao empregado que frequenta serviços de saúde.

“tem alguns trabalhos também que dificultam com o atestado do dentista, em relação ao atestado médico...bota uma pedra em cima” (fala de profissional de saúde);

“Muitos não aceitam declaração de horas, a maioria não aceita, muitas empresas não aceitam declaração de hora, então não adianta falar que é lei, ah é lei, a gente sabe que não aceita... você imagina trazer ao dentista que é um tratamento longo, quantas vezes essa mãe vai ter que apresentar uma declaração de horas para acompanhar os menores, né? que seria o correto atender os menores com as mães. Aqui burlamos um pouco essa lei aí porque senão você não atende, não consegue atender às crianças. A minha filha que é dentista ela não atende sem a mãe, pode ter 17 anos... tem que estar presente. Mas isso é uma lei de conveniado, não entra nem sai sem a mãe. Aqui você não consegue fazer isso senão as crianças não vão conseguir fazer o tratamento por esse motivo, né?” (fala de profissional).

Além disso, o grupo focal também observou que existe um conflito que envolve o atestado odontológico e a declaração de horário em relação a aceitação por parte do empregador e a legalidade, como evidenciado pela fala a seguir:

“Porque a declaração tem muitas empresas que eles descontam, você justifica, mesmo assim eles descontam da pessoa. E atestado não, atestado é atestado. Só que a mãe que traz em um dentista, o médico não vai dar atestado... e muitas vezes a consulta é do filho, por que o médico vai atestar a mãe? Aí se não dá para sair do serviço, se não dá para negociar a saída, não vem...”;

“obrigar a empresa a aceitar a declaração de horas quando acompanha o filho... nem na prefeitura aceita tantas declarações de horas para você acompanhar o filho. Não aceita... imagina lá (serviço privado)”; “eu sinto essa diferença sim, de você passar um atestado e parece que essa questão da saúde bucal não é tão relevante quanto um problema médico, parece que saúde bucal não é uma doença que justifique você faltar no trabalho...”.

No contexto de uma relação assimétrica como é a relação assalariada, e ainda mais quando se observam recuos de legislações protetoras e esvaziamento dos órgãos oficiais de fiscalização, bem como recuo da capacidade de proteção do trabalhador pela via sindical, como é o caso brasileiro, a consequência do conflito de

bucalidades entre empregadores e empregados demanda que sejam os últimos a encontrar solução (e assumir seus riscos) para garantir seu acesso aos serviços odontológicos de que necessita. É muito comum o trabalhador (quando simplesmente não falta às consultas e aos procedimentos) utilizar dos seus dias de folga ou até mesmo banco de horas para poder realizar o tratamento odontológico:

“Normalmente eu tenho uma folga de quarta-feira. Só que aí tem um problema. Se minha consulta por acaso for na sexta, eu troco o dia, aí eu trabalho na quarta e na sexta eu venho na consulta. Converso com a minha patroa... aí a gente troca”;

“a gente tinha que ir agendar, conforme as folgas, né? (...) tentava trocar com a menina pra ir no sábado pra pegar a folga durante a semana pra estar vindo. não era muito tranquilo pra trocar não. As vezes a gente tinha até que faltar mesmo sabe”

Quando o problema não é assumido pelo trabalhador, e como, em geral, há baixas expectativas de solução imediata em termos de políticas públicas, ele acaba sendo internalizado como problema do serviço, na forma do absenteísmo (óbvio) ou na forma da busca de outras soluções. Durante a mediação do grupo focal, os profissionais apontaram algumas possibilidades para a redução do absenteísmo nas consultas odontológicas por motivo de trabalho como ampliar o acesso dos usuários com horários de atendimento ampliado e conscientização dos empregadores em relação à importância do tratamento odontológico. Essas contribuições estão evidenciadas na fala a seguir:

“Eu acho que se tivesse um horário mais estendido, mais flexível para eles, eles faltariam menos. Por exemplo, porque por mais que a gente fala que é um atestado, se eu venho no dentista e levo três atestados, tem emprego que está justificado, mas tem outros que vai descontar daquela pessoa, porque querendo ou não, ela tá faltando, é uma falta... é uma falta que a pessoa faz para o serviço, entendeu? Então assim, eu acho que se tivesse um horário mais estendido, por exemplo um dentista à noite, um dentista no terceiro turno, eu acho que viria mais gente e o pessoal não faltaria tanto. Porque se programaria, trabalha de segunda a sexta, ou ia no sábado, dava para se programar, eu acho que o que falta mesmo é esse horário mais estendido para eles poderem se adequar. Porque imagina em três dias você marcar o tratamento, às vezes passa para o doutor, o doutor pede três

consultas, eu marco três consultas no mês, então imagina três faltas seguidas em um emprego... se é uma doméstica que cai naquele dia que ela vai para a casa da fulana, ela vai falar: nossa, mas é a terceira vez que falta, não serve para mim mais, vou pegar outra. Se tivesse um horário um pouquinho melhor, mais estendido para elas, na noite ou no sábado, eu acho que seria mais tranquilo”.

Essas questões sociais vão gerar barreiras de acesso aos serviços de odontologia e produzir mais desigualdades sociais. O contexto da frágil relação empregador e empregado e o preconceito em reação a àqueles que se afastam do trabalho para tratamento de saúde acabam gerando uma situação de exclusão dos trabalhadores em relação ao acesso a serviços de saúde e contribuindo para propagar, no extremo, uma sociedade de “banguelas”, vítimas desse contexto social, e, de qualquer modo, para produzir uma categoria de bucalidades de “segunda classe”. Souza (2006) chama a atenção para o significado da exclusão social que produz o “banguela”:

O banguela como fenômeno sócio-histórico é símbolo de exclusão social e nesta a perda de dentes é apenas mais um componente de faltas incalculáveis, que nenhum dado estatístico seria capaz de descrevê-las já que são perdas marcadas não apenas em suas condições aparentes, mas, sobretudo, em subjetividades de sobreviventes. (2)

O absenteísmo por impossibilidade ou dificuldade de faltar ao trabalho é, assim, uma questão de acesso e equidade, de justiça social. Outros problemas de acesso, relacionados ou não ao absenteísmo, foram mencionados nas entrevistas.

A facilidade de acesso a outros serviços de saúde bucal como convênios ou tratamentos particulares a que alguns usuários relataram ter acesso configura-se como outra questão que influencia o absenteísmo em consultas odontológicas no sistema público de saúde.

“eu tenho um convênio e pra mim eu passo no convênio lá”;

“eu procurava acho que foi mais na minha gestação mesmo, só que eu preferi pagar particular porque tem muita coisa que eu acho que eles não fazem direito”.

Outras falas evidenciam a falta de integralidade do acesso aos serviços de saúde bucal:

“no particular eu tô procurando pra eu fazer tratamento completo dos meus dentes”;

“eu perdi a maioria dos dentes do fundo né? só que o postinho não faz.

Eles fazem limpeza, obturação (...) só a prótese que a gente faz particular, porque aqui não faz, se fizesse aqui eu aceitaria também, mas eles não dão. (...) Então você tem que gastar fora em outro dentista particular”.

Outro discurso do usuário aponta para a descrença no serviço de saúde em relação à resolutividade da atenção em saúde bucal:

“Já vou direto no particular, pra ver se já resolve o problema”.

Ainda nesse sentido, numa outra fala, o usuário aponta a falta da universalidade do acesso ao serviço de saúde bucal numa outra unidade de saúde:

“lá é uma burocracia pra você conseguir passar. Tipo, lá não passa adulto. Só passa criança e idoso. Né, então a gente não tem acesso. Nunca passei lá. Criança até os 12, parece, eles passam e idoso a partir do 60. O restante a gente tem que procurar outro meio”.

Retomando a Política Nacional de Saúde Bucal é preciso que o Estado reforce a ampliação do acesso a serviços de saúde que envolvam as diversas especialidades odontológicas de forma a oferecer serviços com integralidade, universalidade e resolutividade.

Os usuários também destacaram positivamente a descentralização do acesso a serviços de saúde, uma característica importante da estratégia de saúde da família que envolve o atendimento do usuário o mais perto possível da sua residência:

“ah eu procuro (acesso) aqui, mais aqui porque fica perto da minha casa também né. Moro aqui perto”.

Na entrevista individual um dos usuários também destacou a importância econômica do acesso ao serviço público de saúde bucal:

“Eu acho bom você ir no dentista. Infelizmente, está caro. Particular está caro. A nossa sorte é os postinho, que eles dão dentista pra gente. E se não desse? Você vai num dentista aí, você gasta mil, dois mil, pra mexer em 3,4 dente. Esse é o problema né? Particular. E aqui não, graças a Deus nos temos dentista de graça aqui. Esse é o bom nosso. Tem gente que não gosta, problema dele. Mas eu acho que esse é o bom nosso. Que nós temos da onde usufruir, entendeu?”.

Alguns usuários relataram a importância do acolhimento, em especial para encaixar os casos mais urgentes para passar na vaga do dia:

“é difícil não ter vaga para dentista, quando não tem você passa na vaga do dia”;

“conseguem me encaixar. Se é urgência, me encaixa”.

Muitos profissionais veem o acolhimento como uma forma de acesso menos burocrática e benéfica para o usuário, conceito expresso por relatos como estes a seguir:

“se precisar de acolhimento passa e é bem atendido. Tem problemas, mas tem muita gente aqui que sai com o problema resolvido. Se era resolver dor de dente, agendar consulta, então acho que conseguem fazer o que querem. Se o paciente não se sentiu bem com o tratamento, a gente tenta de outra forma para ver se ele se sente melhor”;

“Pessoalmente, tem um profissional que agrada mais, conversa mais, olha mais no olho que dá para escutar mais. Tem gente que é um perfeito profissional. Acho que, em geral, é uma ideia da equipe toda”.

Porém, foi possível identificar no grupo focal que para alguns profissionais de saúde, o acolhimento – considerado por esses profissionais não como um princípio estruturante transversal de toda forma de acesso e cuidado nos serviços, mas como *uma* forma de acesso alternativa ao agendamento – pode ser uma causa do absenteísmo, “pode piorar as faltas”, na medida em que produziria uma possibilidade de acesso ao serviço “mais fácil”, fora da rotina de agendamento e a despeito do (des)compromisso do usuário com as consultas e procedimentos agendados:

“Eu já acho que a falta deles na minha visão, é o acolhimento que eles têm, a facilidade no acolhimento da unidade, porque eles faltam na consulta, aí eles vêm com uma dor de dente e a gente acaba acolhendo, a gente acaba atendendo ou marcando uma consulta para meses ou mês que vem, então a gente acaba acolhendo, resolvendo naquele momento a dor e eles acabam marcando, fica para o mês que vem e eles acabam faltando, marcando uma nova consulta... e eu acho assim, que o nosso acolhimento, acaba acarretando a maioria das faltas”.

“Por que que ele vai daqui a um mês se ele vai naquele dia ele vai ali no posto e vai resolver o problema dele? E muitas vezes a gente acaba resolvendo, né? Faz para ajudar, só que aí ele acaba abandonando todo o tratamento.... o que eu mais vejo que acontece é isso, eles faltam no agendado, mas vêm tratar no acolhimento, muitos deles vêm tratar no acolhimento. Tem deles que vem fazer barba, cabelo e bigode, marca consulta com o clínico, mas aproveita que tá aqui já quer passar no dentista, quer passar no ginecologista, o que tiver disponível na

unidade eles querem passar, para aproveitar o tempo que tá esperando aqui”;

“No acolhimento é resolvida a queixa pontual, mas tentar ser mais resolutivo. Fazer a restauração do dente, o médico já pedir exames que não sejam só sobre a queixa. Por outro lado, pode piorar as faltas”;

Essas perspectivas, além de assumirem o acolhimento de maneira reducionista, como um mero dispositivo de acesso, entre outros, tendem a culpabilizar os usuários pelas faltas. O usuário aparece, nessas falas, como um sujeito “oportunista”, por seu razoável desejo de administrar sua rotina e economizar seu tempo, por querer fazer, no mesmo dia, “barba, cabelo e bigode”, “aproveitar o tempo que tá esperando”, ou por pretender “resolver o problema dele”, apesar da falta “no agendado”. Para um profissional, o problema é a “cultura imediatista” do usuário:

“A gente tá vivendo no momento é o imediatismo, então a gente faz tudo no agora, hoje é a minha prioridade... ah eu tenho uma consulta, mas eu tenho que resolver outro problema... eu vou resolver isso agora porque agora é de imediato, ou por dor ou porque aquele dente tá incomodando, ou porque caiu naquele momento, o que quer que seja tem que ser resolvido naquele momento... então a cultura de hoje eu percebo que é o agora, preciso resolver agora, não é amanhã, é agora, é hoje, é 11 horas porque a tarde eu tenho que fazer outra coisa, né?”.

Essas falas reforçam novamente o conflito de bucalidades entre usuários e profissionais de saúde. De um lado, o tempo do paciente considerado de seu próprio ponto de vista, a partir de seu modo de estabelecer prioridades e de administrar sua rotina em um contexto social em que a heteronomia predomina; do outro, o tempo do paciente considerado do ponto de vista do profissional, que considera que esse tempo deve coincidir com aquele da racionalização dos serviços. Isso não quer dizer que o tempo dos serviços deve coincidir com o tempo dos usuários, mas que as diferenças entre essas temporalidades devem ser negociadas, levando em conta as necessidades específicas dos usuários. Mas falta ainda, frequentemente, entre os profissionais, o desenvolvimento da empatia em relação aos usuários absenteístas, que, muitas vezes, faltam à consulta agendada por causas relacionadas à própria situação de vulnerabilidade/suscetibilidade em que se encontram ou pelo simples exercício de uma autonomia que não é capaz de exercer em outros contextos.

Apesar do reconhecimento por parte dos profissionais de muitas

limitações e dificuldades que os usuários encontram para estarem presentes nas consultas odontológicas, em especial em relação ao trabalho e ao medo do dentista, muitas das propostas sugeridas pela equipe encontram-se no polo desse pensamento que culpabiliza o usuário pela ausência e, assim, acaba por conduzir a discussão das possibilidades de enfrentar alguns aspectos do absenteísmo por meio da gestão para o tema da punição ou do controle disciplinar.

“Difícil mensurar dor, é impossível. Muitas vezes a dor pode ser mínima, mas não tem como saber”. Subjacente a essa fala, há a perspectiva de que o usuário pode pretender enganar o serviço. Além disso, há uma visão que, sustentando a incapacidade do usuário de compreender e expressar suas próprias necessidades, reafirma a necessidade de que um profissional confirme a legitimidade da queixa do usuário.

“Se aparecesse um aviso (paciente teve 3 faltas consecutivas), daria para fazer orientação. A gente vai saber quantas faltas.” Nessa fala do profissional que o usuário “precisa de orientação” é transferido ao paciente a responsabilidade pelo absenteísmo.

Outro profissional também aponta a necessidade de bloquear o usuário e até mesmo dificultar o acesso como forma de enfrentar o absenteísmo. Demonstrando uma visão gerencial do problema sem se envolver com as questões relacionadas à suscetibilidade e vulnerabilidade que o usuário encontra no dia a dia para usar o sistema de saúde:

“Você vai orientar o paciente para ele entender o quanto ele está prejudicando o serviço com as faltas. Uma janela para bloquear o mês. Por exemplo: esse mês não consigo marcar porque você faltou 3 vezes consecutivas. No mês que vem já libera. Dificultar um pouco o reagendamento. Não tem essa visão de desmarcar. Você não olha para o outro, e entra num ciclo vicioso. Se você não olha para o outro, o outro não olha para você. A pessoa não se importa. Isso é o tempo em que estamos vivendo”.

Essas falas vão ao encontro de achados do estudo de Gonçalves et al (22) que, dentre as propostas de solução para enfrentamento do absenteísmo nas consultas odontológicas, identificou discursos como: “execução de trabalho comunitário pelo paciente faltoso” e “punição mais rigorosa quanto às regras para perda de vagas”. Essas falas exprimem o pensamento ainda existente entre os profissionais de que a culpa do absenteísmo é do usuário, pensamento que exige o

sistema, os gestores e profissionais da necessidade de desenvolver uma abordagem humanizada do absenteísmo, com foco na compreensão do problema a partir das subjetividades envolvidas, no contexto de sua vida prática e de suas relações.

Todas essas causas apresentadas vão refletir no uso dos serviços odontológicos e nas consequências do absenteísmo. No tópico seguinte, abordaremos algumas possibilidades de gestão e experiências no lidar com esse problema.

4.2 – POSSIBILIDADES E GESTÃO

O absenteísmo em consultas odontológicas gera nas unidades de saúde um problema relacionado (embora não exclusivamente) com a gestão do serviço, tanto em razão dos impactos do absenteísmo, como a ociosidade da capacidade instalada, o que incide sobre eficiência (relação entre produtividade e custo) dos serviços, como pelo fato de a gestão dos serviços ser um dos fatores envolvidos na produção do problema, quando os mecanismos de gestão instituído geram problemas de acesso/iniquidade.

Com efeito, o absenteísmo pode ser aumentado ou diminuído em virtude de muitas características do serviço de saúde como organização do agendamento, tamanho das filas de espera, comunicação entre usuários e o serviço de saúde, modelo de gestão das vagas etc. Há casos em que o próprio modelo de organização do serviço favorece o absenteísmo como é o caso em que as consultas são agendadas ininterruptamente sem se preocupar com a data da consulta (já vi casos de consultas agendadas para mais 6 meses após a marcação). Fatos como esse favorecem o esquecimento da consulta e irão contribuir para a produção do absenteísmo.

Diversas estratégias de gestão têm sido desenvolvidas para facear o absenteísmo. Uma possibilidade apresentada por Gonçalves (22) é melhorar a comunicação entre os serviços de saúde e os usuários através do aperfeiçoamento da relação com os agentes comunitários de saúde que servem de elo entre o serviço e o usuário. A melhoria da comunicação poderia, por exemplo, favorecer o remanejamento de usuários de forma a ocupar os espaços da agenda daqueles pacientes que estarão ausentes nas consultas.

Outra estratégia colocada na mesa de possibilidades é o uso do

overbooking (31), agendando um número de consultas superior à capacidade da unidade como forma de compensar a quantidade de consultas perdidas pelo absenteísmo. Uma crítica a essa alternativa é que essa técnica produz um serviço mecanizado e sobrecarrega a equipe de saúde, principalmente nos dias em que o absenteísmo for menor.

O acesso avançado utiliza a premissa “faça o trabalho de hoje, hoje” e atua na redução do tempo de espera por uma consulta e otimização do tempo (70). O acesso avançado também foi registrado em algumas experiências em serviços de saúde como uma alternativa para redução do absenteísmo (69).

Neste tópico, são exploradas algumas dessas possibilidades. Na primeira parte deste tópico, são analisados trechos das entrevistas e do grupo focal em que questões relacionadas à gestão do serviço foram exploradas. Na segunda, são apresentados os produtos técnicos deste Mestrado, na forma de dois estudos descritivos publicados, sendo uma das experiências apresentada no 12º EPATESPO (Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) e a outra relatada num Informativo da Escola de Governo e desenvolvimento do Servidor, estudos que se referem à experiência de Jundiaí (implantação do novo protocolo de saúde bucal) e à experiência de Itupeva (com implantação do acesso avançado) respectivamente.

4.2.1 Comunicação e agendamento

Nas entrevistas e no grupo focal, buscamos explorar algumas questões relacionadas à gestão do serviço. Foram discutidas questões relacionadas com a comunicação entre os usuários e o serviço (utilização de novos recursos como aplicativo WhatsApp), uso das tecnologias leves (acolhimento e vínculo), modelo de agendamento das consultas, fila de espera e tempo entre agendamento e a consulta odontológica.

Alguns usuários da ESF relataram uma dificuldade relacionada ao agendamento e reagendamento de consultas serem realizados somente presencialmente. Há relatos como o a seguir de usuário insatisfeito com o modelo adotado:

“eu estava pensando nos agendamentos daqui, desse posto que eu sei que tem alguns outros que não é o mesmo, parece que é um outro sistema, que

“você pode agendar por telefone né... e aqui não, você tem que vir. Então, você tem que vir pra marcar, você tem que vir pra tratar, você tem que vir pra desmarcar, sabe, é tudo muito complicado assim, você ter que sair da sua casa pra vir aqui. E eu gostaria de poder agendar por telefone, ou então pela internet, sei lá. Alguma coisa assim mais avançada”.

Com relação à logística e organização, há relatos também de usuários com dificuldades para se comunicarem com a unidade por telefone:

“eu ligo aqui fica chamando, chamando... as vezes é difícil ligar direto na unidade de saúde... acho que deve ter muita gente ligando não sei”;

“já aconteceu de tentar ligar e não conseguir. Já tentei ligar e não consegui falar, aí eu tive que sair do serviço, a hora que eu saí, porque fecha as cinco, então é muito corrido. Porque aí tem que pegar o ônibus correndo, descer aqui avisar, tal”.

Nesse sentido, há também usuário que não avisou da falta na consulta por questões financeiras, por não ter crédito para realizar a ligação do celular:

“muitas vezes a gente nem liga porque não tem crédito né?”.

Já outro usuário relata não ter o contato telefônico da unidade de saúde para avisar de ausências em consultas:

“Não costumo ligar porque eu não tenho o número daqui. Eu preciso pegar o número”.

Muitos usuários relataram na entrevista que seria interessante que as unidades de saúde adotassem novos modelos de comunicação com usuários como aplicativos de celular do tipo *WhatsApp*:

“eu sou muito de internet, eu gosto de mensagens, eu gosto do WhatsApp... com certeza ficaria mais fácil (...) esse sistema do WhatsApp tem que ser ampliado porque isso tá sendo muito utilizado. E aí, o que acontece, a gente começa a se habituar com esse tipo de comunicação, quando você tem que fazer uma comunicação diferente dessa que você já está acostumado, você sente dificuldade sabe, você fala: poxa, mas eu vou ter que ir lá (...). Tudo eu faço pela internet... e aí, às vezes, quando você, que nem aqui, no posto, eu falo, gente, isso é da época, sabe, do Jurassic Park (risos). porque tá muito atrasado. A gente não consegue marcar nem por telefone, quanto mais pelo WhatsApp, entendeu? Eu acho que teria q ter um avanço aí, tecnológico, nessa questão da marcação e da gente poder se comunicar. Olha, não vou poder ir, vamos remarcar pra uma outra

data, eu acho isso seria, é, o ideal.”

Entretanto, há relatos de usuários que preferem a comunicação pessoalmente ou via telefone por dificuldades de usar ou ter acesso a aplicativos como WhatsApp:

“eu prefiro ligar, ligação já atende na hora. WhatsApp ainda demora pra ver né...”;

“não sei se ia atrapalhar as meninas né? De ficar olhando WhatsApp, de ficar olhando mensagem, né?”;

“mais fácil eu vim aqui né... porque eu to aprendendo agora a mexer com o celular sabe...e eu não sei mexer direito. Que nem agora eu pedi pra menina enviar uma mensagem pra mim. E ela falou assim: eu vou ensinar você a mandar mensagem quando ligarem pra você é só você passar o dedo. Mas as vezes eu esqueço e as vezes eu fico apertando o verde. E as vezes o celular fica tocando e eu não consigo atender a pessoa”.

Quanto a essa questão, os profissionais de saúde relataram a dificuldade de implementação do uso do *WhatsApp* como ferramenta de comunicação por não ser uma ferramenta oficial de trabalho e por que uma parcela dos usuários não tem acesso a celulares ou não sabem manusear a ferramenta:

“WhatsApp não tem respaldo e funcionário para manusear e responder, não é viável. Claro que tem o nosso pessoal, muitos acabam encaminhando mensagem, mas a gente não consegue fazer o agendamento, porque o celular é pessoal da gente, acaba favorecendo uma parte só da população. Se é para fazer para um tem que fazer para todos. Fazer um WhatsApp para a unidade, mas nem todo mundo tem celular”.

Além dessa questão social, durante o grupo focal, a fala de um profissional apontou as dificuldades de implementação do agendamento e cancelamento de consultas por telefone devido ao problema de comunicação que poderia acontecer:

“Na UBS tem a CAT (central de agendamento telefônico). A gente enquanto saúde da família não tem isso em todas as unidades. Tem paciente que agenda no início do ano 6 consultas, uma a cada 2 meses. Mas tem usuário que quando liga não consegue acessar. Aqui a gente faz só presencial, não faz por telefone, porque já aconteceu de remarcar por telefone e o paciente trocar o horário: “Você falou que era na terça, não na segunda”. Eu não falei, mas como contestar

isso? Não tem nada gravado. Para gente é complicado por telefone, porque já deu muita confusão de horário. Talvez mensagem de confirmação, com agendamento por telefone. Sua consulta será dia tal. Confirmar digitando SIM ou NÃO. Seria uma coisa que facilitaria. Acho complicado por telefone para a gente dar prioridade pra crianças e gestantes”.

Defendendo o modelo de logística adotado pela EFS, o grupo focal destacou que o fato de o usuário ir até a unidade de saúde para realizar o agendamento facilita o diálogo entre equipe e usuário e o acolhimento da demanda:

“Eu acho que esse sistema da pessoa vir e agendar aqui ainda favorece, porque muitas vezes por telefone ela só tem aquele horário e acabou. Aqui ainda consegue conversar, tentar encaixe, olhar de outra forma para o paciente para ver se está mesmo precisando. Quando liga na central, se você está com dor ou só quer limpeza, o espaço de tempo é o mesmo para todos”.

Para além da gestão, outras possibilidades de meios de enfrentamento do absenteísmo foram aventadas pelos profissionais. Uma delas diz respeito ao problema antes mencionado da dificuldade de o empregador liberar o empregado para consulta/tratamento odontológico. Um profissional propõe uma atividade de “conscientização” tanto das empresas quanto dos usuários sobre a importância do tratamento odontológico e do aviso em relação às faltas:

“Esclarecimento, orientação, tanto da parte da empresa, quanto do próprio usuário, da importância que ele tem de iniciar o tratamento, de ser fiel ao seu tratamento”;

A perspectiva de conscientização é mencionada também por outro profissional, fora desse contexto do trabalho:

“Trabalhar a conscientização. Quando alguém liga desmarcando, eu mesma agradeço, pergunto se quer remarcar. O que vale é o falar. Fazer se comprometer com aquela consulta”.

Essa noção corresponde a outras propostas relacionadas à educação em saúde para evitar a necessidade de tratamentos odontológicos extensos:

“eu acho que falta o conhecimento da população, para evitar a chegar em um estado que você precise de consultas maiores no dentista... falta conhecimento. Que na minha época, o pessoal da minha idade, a gente mal passava no dentista, tinha pouco conhecimento, era muito caro, as pessoas de 50, 60 anos tem mais problemas dentários... os mais jovens têm tudo, mas mesmo assim a gente vai na

escola, até quatro anos tem, mas passou dos 10... você fica apavorado, 50% das crianças tem problemas dentários, 50% em uma sala... é um absurdo”.

Apesar da importância da conscientização/educação em relação aos problemas de saúde bucal, não podemos reduzir o problema do absenteísmo a uma consequência do desconhecimento. Também não devemos desmerecer a educação em saúde como ferramenta potente para amenizar o problema. O que precisamos é refletir sobre esse problema com a complexidade que ele apresenta, entendendo as múltiplas causas e os diferentes atores (usuários, gestores e profissionais) envolvidos nas subjetividades e vulnerabilidades que circundam o universo das relações humanas.

Outras formas de enfrentamento da problemática proposta são ilustradas a seguir pelas experiências profissionais já realizadas nos municípios de Itupeva e Jundiáí.

4.2.2 Experiência de implantação de novas estratégias de gestão do acesso no enfrentamento do absenteísmo

Por se tratar de um Mestrado Profissional e em virtude do tema da pesquisa ser relacionado com a rotina de trabalho, durante a realização da pesquisa foi implementada na rotina de atendimento algumas estratégias com foco na redução do absenteísmo. A seguir são descritas essas experiências como forma de tornar públicas algumas possibilidades de enfrentamento que foram aplicadas a partir da leitura da literatura científica a respeito do tema em duas unidades de saúde.

4.2.2.1 EXPERIÊNCIA EM ITUPEVA: ACESSO AVANÇADO COMO ESTRATÉGIA DE AUMENTO DE PRODUTIVIDADE E ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A reflexão sobre o processo de trabalho, embasada na produção e avaliação contínuas das experiências de gestão dos serviços, é essencial para assegurar uma prática pautada nas necessidades dos usuários, na qualidade do

cuidado e na resolutividade, garantindo condições adequadas de trabalho para as equipes de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS). A participação ativa dos trabalhadores e dos usuários, “ecologizando” saberes, experiências e valores, é imprescindível para a produção de alternativas práticas viáveis para a melhoria do processo de trabalho em contextos social e culturalmente situados.

Uma das propostas atuais de modificação nas rotinas de agendamento, acolhimento e condução dos fluxos na APS é o “acesso avançado”, método orientado para redução de agendamento e maior absorção de demanda espontânea (64). Essa proposta visa a enfrentar problemas persistentes na dinâmica das unidades, como taxa de absenteísmo elevada, fila de espera para tratamento, dificuldades dos usuários na conciliação de sua agenda de trabalho com a rotina da UBS, dinâmicas geradoras de ociosidade da capacidade instalada e seus efeitos.

Tem havido experiências mais exitosas e menos exitosas na implantação dessa proposta. Em geral, essas experiências têm evidenciado necessidade de adaptações da proposta, de acordo com situações específicas, além de expor a necessidade de outras condições para sua implementação bem-sucedida, como a valorização do trabalho de profissionais não-médicos, o envolvimento e participação dos diversos profissionais na elaboração e implementação da proposta, o diálogo com os usuários, o aprimoramento da atenção qualificada etc.

Relata-se aqui a experiência de implantação de “acesso avançado” pela equipe de saúde bucal da ESF Rio das Pedras. O modelo foi analisado pela equipe, que, considerando os dados de absenteísmo a consultas odontológicas e as vantagens de uma forma de acesso menos burocratizada ao serviço (65), optou por uma experimentação “radical” com o modelo, mantendo apenas o agendamento na sexta-feira para grupos prioritários (gestantes, idosos e pacientes de alto risco).

O impacto dessa estratégia tem sido muito favorável em relação à produtividade da equipe e vai ao encontro de outros estudos como de Reigada (66). De acordo com levantamento no site do Sistema de Informação Municipal – (PRESCON) (67), em novembro/dezembro de 2018 a unidade tinha uma média de 5,18 pacientes e esse número aumentou para 9,36 pacientes atendidos por turno de trabalho, um aumento de 80% na quantidade de pacientes atendidos. A quantidade de procedimentos também aumentou de 496 para 849 na comparação dos bimestres; os procedimentos cirúrgicos aumentaram 21%, os procedimentos periodontais 48%, restaurações 222% e os tratamentos concluídos aumentaram

42%. Houve redução do absenteísmo em 38%, saindo de 40 pacientes faltosos para 25. Além desse impacto, os profissionais da unidade de saúde têm a percepção de maior satisfação dos usuários que relatam a preferência por esse modelo de trabalho.

Não pretendemos generalizar o resultado dessa experiência, mas ela testemunha a favor da continuação de experimentações a partir do modelo do “acesso continuado”, orientadas para a construção de novas formas de melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais.

4.2.2.2 EXPERIÊNCIA EM JUNDIAÍ: PROTOCOLO DE SAÚDE BUCAL NOVA UBS MARINGÁ – JUNDIAÍ – SP

A organização do acesso aos serviços de saúde bucal é sempre um assunto importante e pertinente dentro da atenção primária. Desde a inauguração da Nova UBS Maringá a equipe de Saúde Bucal vem buscando alternativas para ampliar e melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Dentre essas mudanças foi feita a organização da fila de espera de forma a agrupar os pacientes de acordo com grupos prioritários de acesso como gestantes, idosos, crianças de alto risco e outros. A demanda de urgência foi ampliada e qualificada para um acesso de demanda espontânea envolvendo tanto casos de urgência quanto casos que necessitam de tratamento de rotina. Outra modificação que tem sido adotada é o agendamento de consultas de retorno em intervalos curtos de tempo de até 2 dias úteis.

Com essa estratégia foi verificada a redução do absenteísmo nas consultas odontológicas. De acordo com levantamento do Relatório Sistema de Informação Municipal – SIIM/CIJUN (48) os dados de julho a dezembro de 2018 apontaram uma taxa de absenteísmo de 22,66% nesse período. Esse indicador considerando o período de abril a setembro de 2019 diminuiu para 11,87%. O período entre os meses de janeiro a março de 2019 foi considerado a transição para o novo modelo e desconsiderado dos cálculos.

Uma das hipóteses para a redução do absenteísmo é que uma das

causas encontradas na literatura diz respeito ao esquecimento. Como as consultas de retorno são agendadas em curto espaço de tempo isso facilita para que o paciente lembre e evite outros compromissos para a data da consulta. Além desse impacto, essa estratégia favorece que o tratamento seja concluído em um intervalo curto de tempo, o que agrada bastante o usuário do serviço.

Outro ponto que merece destaque é o acesso ampliado e qualificado na demanda espontânea que desburocratiza e facilita o acesso aos serviços além de permitir àqueles usuários que trabalham no mesmo horário de funcionamento da UBS realizar um tratamento odontológico nos seus dias de folga, sem necessidade de prévio agendamento.

Essas mudanças impactaram a organização da atenção básica: redução do absenteísmo nas consultas odontológicas e maior satisfação do usuário.

5 CONCLUSÃO

O absenteísmo nas consultas odontológicas pode ser motivado por diversas causas como esquecimento, menor interesse, trabalho, medo do dentista e até mesmo a desvalorização da saúde bucal pelo próprio usuário do serviço de saúde.

Muitos trabalhos científicos em relação ao tema utilizam uma abordagem gerencial, identificando causas e muitas vezes apontando usuários do serviço como culpados por um problema que apresenta múltiplas causas a faces.

O absenteísmo em consultas odontológicas gera nas unidades de saúde um problema relacionado (embora não exclusivamente) com a gestão do serviço, tanto em razão dos impactos do absenteísmo, como a ociosidade da capacidade instalada, o que incide sobre eficiência (relação entre produtividade e custo) dos serviços, como pelo fato de a gestão dos serviços ser um dos fatores envolvidos na produção do problema, quando os mecanismos de gestão instituídos geram problemas de acesso/iniquidade.

Apesar desse enfoque gerencial que engloba a preocupação com a ociosidade do serviço não usufruído em virtude das faltas, é preciso aprofundar o conhecimento das motivações para o absenteísmo, considerando as subjetividades e vulnerabilidades presentes no cotidiano dos usuários do serviço de saúde.

O absenteísmo deve ser considerado em relação às condições diferenciadas (de transporte e locomoção, de gestão da rotina doméstica, de trabalho etc.) de acesso de diferentes categorias da população aos serviços de saúde.

O absenteísmo deve ser considerado igualmente como um problema relacionado à construção do horizonte normativo-epistemológico do cuidado, ao modo como no cuidado lidamos com a singularidade de indivíduos e comunidades, em suas múltiplas conexões.

Quando se atenta para essa dimensão do absenteísmo, é possível detectar o problema do absenteísmo também no sentido da produção da “bucalidade/subjetividade” ausente. Essa perspectiva muda o próprio modo de analisar a falta de usuários a consultas e procedimentos agendados. Para além de questões de gestão dos dispositivos de acesso e de iniquidades de acesso relacionadas a desigualdades sociais, é preciso considerar a relação entre a falta do

usuário a consultas e procedimentos e o modelo de cuidado nos serviços odontológicos, sua relação com intervenções “iatrogênicas e mutiladoras”, sua relação com o modo (que pode ser assimétrico, negligente, desrespeitoso etc.) de produção e interação entre corporalidades no encontro de cuidado, sua relação com a invisibilização das demandas da “boca-sujeito” etc. e com as deposições sociais e psicológicas disso tudo (por exemplo, o medo de dentista ou da “mão pesada” do dentista, o menor interesse pelo tratamento proposto, o “esquecimento” da data da consulta motivado pela distância social e psicoafetiva entre profissional e usuário etc.). Esses problemas não serão resolvidos por novos dispositivos de gestão ou por propostas intersetoriais de enfrentamento das dificuldades de acesso. Exigem uma ruptura epistemológico-político, como foi discutido neste trabalho.

Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de um enfoque plural do problema do absenteísmo no contexto da atenção à saúde bucal, permitindo abordar as interrelações entre questões de gestão, acesso, equidade, cuidado (ou modelo de cuidado) e subjetividades/bucalidades.

Uma novidade desta pesquisa foi destacar a produção da ausência da “bucalidade/subjetividade” dos usuários como expressão um problema de “acesso”, do acesso dos sujeitos enquanto sujeitos ao contexto de cuidado. Como vimos, é a clínica odontológica hegemônica, em seu centramento dentário, que, ao afastar “não apenas a boca humana como órgão, mas o próprio ‘dono’ da boca”, engendra esse problema.

Durante a pesquisa foram expostos conflitos de bucalidade como entre o profissional que diz saber “o que é melhor” para o usuário, para sua boca, para sua saúde bucal, e o usuário que “define o que é prioridade para ele” de outro modo. Mas, para além disso, buscamos evidenciar que este é um modo de desqualificação da alternativa que o usuário expressa e que tal desqualificação é uma forma de “produção de não-existência” do usuário como sujeito.

Outra forma de conflito de bucalidades entre usuários e profissionais de saúde identificada foi o conflito de temporalidades: de um lado, o tempo do paciente considerado de seu próprio ponto de vista, a partir de seu modo de estabelecer prioridades e de administrar sua rotina em um contexto social em que a heteronomia predomina; do outro, o tempo do paciente considerado do ponto de vista do profissional, que considera que esse tempo deve coincidir com aquele da racionalização dos serviços. Isso não quer dizer que o tempo dos serviços deve

coincidir com o tempo dos usuários, mas que as diferenças entre essas temporalidades devem ser negociadas, levando em conta as necessidades específicas dos usuários. Mas falta ainda, frequentemente, entre os profissionais, o desenvolvimento da empatia em relação aos usuários absenteístas, que, muitas vezes, faltam à consulta agendada por causas relacionadas à própria situação de vulnerabilidade/suscetibilidade em que se encontram ou pelo simples exercício de uma autonomia que não é capaz de exercer em outros contextos.

Outro conflito que emergiu na pesquisa foi aquela entre corporalidades. A “mão pesada” aparece na fala de muitos entrevistados, sendo mencionado como um fator crítico para a escolha do profissional, para o fato de que “um dentista é mais disputado do que o outro”. Essa caracterização, na fala do usuário, é uma expressão do conflito de bucalidades entre usuários e profissionais de saúde bucal. Na medida que a relação entre esses dois corpos não ocorre (ou não como deveria), o elo entre profissional e paciente se fragiliza e vão surgindo dificuldades de relacionamento entre esses atores. A “mão pesada” pode ser apontada como o símbolo desse distanciamento ou desse conflito de bucalidades entre o que o profissional e o paciente.

A dificuldade de conciliar trabalho e consultas é frequente, e um dos grandes problemas de acesso aos serviços de saúde é a incompatibilidade entre horário do serviço e horário de funcionamento da unidade de saúde. E esse conflito de bucalidade é entre dois modos de valorar problemas e cuidados em saúde bucal, o dos empregadores e o dos empregados. Para os empregadores, apenas urgências de certo tipo (infecção, extração, dor) são motivos para o empregado ir a uma consulta odontológica, justificando uma falta ao trabalho. Para os empregados, haveria uma variedade maior de motivos. Presumivelmente, os empregadores não valoram seus próprios motivos pela mesma escala. O que está em jogo aqui, na avaliação destes, são duas escalas, ancoradas em uma desigualdade no estatuto ontológico das bucalidades: para os empregadores, a própria bucalidade tem um valor diferente da dos empregados, que são consideradas como bucalidades de “segunda classe”. E isso, apesar de os problemas odontológicos (para não falar daqueles, mais amplos, da bucalidade) sabidamente, poderem interferir nas atividades diárias dos trabalhadores e gerar inclusive perda de produtividade e aumento do risco de acidentes de trabalho.

Além desses conflitos de bucalidades, alguns achados da pesquisa apontam para o menor interesse e até mesmo o medo e a ansiedade ao tratamento odontológico como causas para o absenteísmo nas consultas no dentista. O desinteresse ou menor interesse (vale relativizar o próprio termo que viemos utilizando) está relacionado a modos de subjetivação da boca pelos usuários e a sua relação com alguma escala de valores, em que outras dimensões da vida do usuário estão envolvidas. Mas está relacionado igualmente ao modo como a boca é objetivada nos cuidados de atenção bucal hegemônicos.

O medo e a ansiedade (fenômenos relacionados, mas não intercambiáveis) não se encontram entre os fatores mais presentes nos estudos sobre absenteísmo e, em geral, ele é pouco mencionado ou não tão bem caracterizado em estudos de natureza quantitativa, sendo invisibilizado. Isso é sintomático, considerando que esses fenômenos estão muito presentes no cotidiano da clínica odontológica.

Dentre as possibilidades de gestão para melhoria do absenteísmo estão o uso das tecnologias leves como acolhimento e vínculo que irão surtir efeitos positivos nas questões ligadas à relação profissional e paciente. A capacidade de desenvolver o vínculo, não é apenas uma habilidade pessoal, variável entre os diversos profissionais da atenção, mas também um processo de mão dupla, que pode depender de dimensões subjetivas complexas, como a afinidade entre profissionais e usuários. É bom lembrar que adesão ao tratamento e vínculo profissional-paciente sempre estarão intimamente correlacionados.

O emprego das tecnologias leves, o desenvolvimento do acolhimento a partir da escuta das subjetividades e do vínculo, são fundamentais na abordagem dos pacientes ansiosos em relação ao cuidado odontológico. A escuta qualificada e o vínculo com o usuário devem ser sempre preconizadas no trabalho dentro da atenção primária como forma de minimizar o absenteísmo e melhorar a qualidade e percepção por parte dos usuários em relação ao serviço de saúde ofertado.

Vale refletir, ademais, que a comunicação entre dentista e paciente durante a execução dos procedimentos clínicos acontece pelo olhar (entre usuário e dentista) ou ainda por outras expressões corporais mais sutis. Em razão disso, parece indispensável haver, antes dos procedimentos, alguns acordos explicitados entre ambos a respeito do uso de códigos facilitadores dessa interlocução não-verbal.

Este trabalho pretende estabelecer um enfoque humano para o tema de pesquisa do absenteísmo e contribuir para a reflexão dos gestores e profissionais de saúde em relação às práticas e rotinas dos serviços de saúde. A ideia é que discutir absenteísmo nas consultas seja mais do que discutir a ociosidade do serviço, mas também discutir acesso, equidade, vulnerabilidade social, suscetibilidade dos usuários, vínculo, acolhimento, humanização e relacionamento profissional e paciente.

Outros estudos deveriam ser desenvolvidos no sentido de acompanhar a implementação ou aprimoramento de técnicas das relações humanas visando a melhorar a confiança usuário-dentista para avaliar os impactos no absenteísmo. Seria interessante estudos qualitativos que entendam a dinâmica das relações humanas em diferentes unidades de saúde que apresentam divergências significativas em relação à incidência do absenteísmo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pawlina MMC, Campos, AF, Ribeiro LS. Características de absenteísmo entre trabalhadores da saúde: nível central da Secretaria de Estado de Saúde/ MT de 2005 a 2006. Revista Planejamento e Políticas Públicas. Brasília. 2009;33: 173-94.
2. Souza ECF. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. Cien Saúde Colet. 2006; 11(1):24-28.
3. Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec, 2013. 380.
4. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. Cien Saúde Colet. 2011: v16, n11. 4337-48, 2011.
5. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano, RSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família. João Pessoa/PB:Tempus (Brasília). 2013; 7(2): 6384.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. Apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF:2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
8. Teixeira C. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador/Bahia. 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/modresource/content/4/OS_PRINCIPALDOSUS.pdf
9. Starfield B, Shi L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. Health Policy. 2002; 60:201-18.

10. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2): 164-76.
11. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cienc Saúde Colet*. 2005; 10: 297:302.
12. Roncalli AG, Souza TMS. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. 2007. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v23, n11. 2727-39.
13. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *HSR: Health Services Research* 2003; 38(3):831-865.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.
15. BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cien Saúde Colet*. Rio de Janeiro. 2006; v11, n1. 7-17.
16. Werneck MAF. Bucalidade e existência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006. v11, n1. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100006>
17. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. *In*: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.
18. Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Rev Gaucha Odontol*. 2011;59(1):109-15.
19. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: Apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65):316-23.
20. Ayres JRJCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004; 8(14):73-92.
21. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016;13(152):19-32
22. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas

- odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Cien Saude Colet.* 2015;20(2):449-60. [doi: 10.1590/1413-81232015202.00702014].
23. 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.* 1999; 40(1): 24-8.
24. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde.* 2010;11(2):56-65.
25. Olimpio J, Nogueira VB, Magalhães A, Martines CM, Felizola NBG, Falcão LHB, Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2006;11(4):999-1010. [DOI:10.1590/S1413-81232006000400021].
26. Melo ACBV, 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 Cienc Saúde.* 2011; 15(3):309-18.
27. Rocha CR, Bercht, SB. Estudo do abandono do tratamento odontológico de um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. *Rev Fac Odontol P Alegre.* 2000;42 (2):25-31.
28. Machado AT. ABSENTEÍSMO as consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à equipe de saúde da família da pedra vermelha: uma aproximação descritiva. Tese de conclusão de curso de especialização. 2010.
29. Feuerwerker LC. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1ªed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014
30. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(1):95-105.
31. Cruz DF, et al. A regulação da atenção à saúde bucal e o absenteísmo: cenários e possibilidades. *REFACS, Uberaba, MG.* 2018;6(2), 228-37.
32. Miotto. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória,* 17(4): 121-128, out-dez, 2015
33. Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil socioeconômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar a consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *Cienc Odontol Bras.* 2009; 12(1):77-86.

34. Rocha RC, Bercht SB. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. *Rev Fac Odontol.* 2000; 42(2):25-31.
35. Ferreira, MB, Lopes, AC, Lion, MT, Lima, DC, Nogueira, DA, Pereira, AA. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na Estratégia Saúde da Família. *Rev Univ Vale Rio Verde.* 2016; 14(1):411-9.
36. Hamasaki EIM, Kerbauy RR. Será o comportamento de procrastinar um problema de saúde? *Rev. Bras Ter Comport Cogn.* 2001;3(2): 35-40.
37. Siqueira 2009. Avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos pelo índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças em idade pré-escolar
38. Gonçalves ER, et al. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). *Revista Bioética.* 2010; 18(1): 225-239.
39. Barros DJ, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação a nível nacional. *Cad Saúde Coletiva.* 2002; 7(4):1-10.
40. Chanpong B, Haas DA, Locker D. Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population. *Anesth Prog.* 2005; 52(1): 3-11.
41. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. *RGO.* 2006; 54(2):111-4.
42. Sharif MO. Dental anxiety: detection and management. *J Appl Oral Sci.* 2010; 18(2).
43. Munkeviz MSG, Pelicioni MCF. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. *Rev Bras Cres Desenvol Hum.* 2010; 20(3):787-97.
44. Zaitter WM, Silva M, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzatto E, Michel-Crosato E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). *Rev Sul-Bras Odontol.* 2009; 6(4):413-20.
45. Santos BS. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política.* 2a ed. São Paulo: Cortez; 2008.
46. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-14.

47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE. 2011. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/jundiai.html>. [Acompanha 1 CD-ROM].
48. Prefeitura Municipal de Jundiaí. Relatório Sistema de Informação Municipal – SIIM/CIJUN. Acesso disponível apenas para gestores de Jundiaí através do link <https://webhomologa.cijun.sp.gov.br/ca>.
49. Duarte R. Entrevistas em pesquisa qualitativa. Educar em revista. 2004; 24. 213-25.
50. Ribeiro EA. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais. Araxá-MG. 2008;04. 129-48,
51. Powell RA, Single HM. Focus groups. International Journal of Qualit in Health Care. 1996;8(5); 499-504.
52. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em Revista. 2004;10(15): 124-36.
53. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. 2005. Brasília: Líber Livro. p.77.
54. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009;19(3); 777-96. [ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>]
55. Campos CJG. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5):611-4.
56. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
57. Latour, B. Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory. New York: Oxford University Press, 2005.
58. Zorzaneli RT, Ortega F, Bezerra JB. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Cienc. Saude Colet. 2014; 19(6); 1859-68.
59. Perkin H. The rise of professional society: England since 1880. London: Routledge; 1989.

60. Costa SM, Moraes ABA. Medo em odontologia: um estudo com escolares. *Revista Brasileira de Odontologia*. 1994;51(5); 26-31.
61. Brasil. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
62. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 16 out. 1996.
63. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 2007:4. Brasília: Ministério da Saúde (MS).
64. Secretaria de Saúde de Curitiba. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Secretaria de Saúde; 2015.
65. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
66. Reigada CLM. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-7.
67. Prefeitura Municipal de Itupeva. Relatório Sistema de Informação Municipal – Prescon Itupeva-SP. Acesso disponível apenas para gestores e profissionais do município de Itupeva – SP. Acesso em 05/12/2019. Disponível em: <http://gestorsaudemunicipal.com.br/FaturamentoITP/Autenticar.aspx?ReturnUrl=%2fFaturamentoITP>
68. Sugimatsu LCF, Campos LFLCM, Geara LFM, Simões JC. A arte de ouvir o paciente. *Rev Med Res*. 2012 Oct-Dez;14(4):256-9.
69. ASFOR ATP et al. Implantação do acesso avançado como medida resolutiva ao absenteísmo às consultas programadas. Gramado, Anais do Congresso Sul Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2014.
70. Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO ABSENTEISMO EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Tiago Mendonça Dias

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00843318.1.0000.5404

Instituição Proponente: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - FOC/CHS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.021.541

Apresentação do Projeto:

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído como dispositivo para garantir o direito universal e igualitário à saúde, estabelecido na Constituição Federal de 1988. Em uma perspectiva abrangente, a universalização do direito à saúde deve ser compreendida em articulação com os princípios da equidade e da integralidade, que demandam atenção às necessidades diferenciadas dos sujeitos, considerada a complexidade inerente à saúde, que envolve múltiplas dimensões mutuamente implicadas. Entretanto, ainda hoje, passados quase 30 anos, por razões diversas, como o subfinanciamento do sistema, a dificuldade de construir pressupostos comuns para operacionalização de seus princípios, a força inercial do "imaginário social" e das práticas de saúde anteriormente instituídos, a constante ameaça de reversão do direito social à saúde em benefício de interesses na expansão do mercado de serviços de saúde etc., esses princípios permanecem como desafios. A pesquisa aqui proposta participa da preocupação com esses desafios, ocupando-se de um tema que envolve o tripé de princípios norteadores do SUS: o absentismo a consultas agendadas. Trata-se de um tema que diz respeito ao uso eficiente de recursos do sistema, às condições diferenciadas (de transporte e locomoção, de gestão da rotina doméstica, de trabalho etc.) de acesso de diferentes categorias da população aos serviços de saúde, à própria configuração das práticas de atenção à saúde e à sua capacidade de construir o horizonte normativo dos cuidados considerando a singularidade dos sujeitos na sua autoprodução de sentidos e normas para "bem viver" e para cuidar da saúde. O absentismo, quando ultrapassa

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-087
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8230 **Fax:** (19)3521-7167 **E-mail:** cep@foc.unicamp.br

Continuação do Parecer: 3.021.541

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1194500.pdf	08/11/2018 20:30:05		Aceito
Outros	cartarespostapendencia.pdf	08/11/2018 20:26:05	Tiago Mendonça Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleindividual.pdf	08/11/2018 20:25:47	Tiago Mendonça Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefocal.pdf	08/11/2018 20:25:35	Tiago Mendonça Dias	Aceito
Orçamento	orcamentodapesquisa.pdf	08/11/2018 20:25:20	Tiago Mendonça Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.pdf	08/11/2018 20:25:00	Tiago Mendonça Dias	Aceito
Cronograma	cronogramadapesquisa.pdf	08/11/2018 20:24:22	Tiago Mendonça Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaojundiai.pdf	10/10/2018 20:51:52	Tiago Mendonça Dias	Aceito
Outros	ComprovanteVinculoUNICAMP.pdf	15/08/2018 17:09:32	Tiago Mendonça Dias Dias	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	15/08/2018 17:06:39	Tiago Mendonça Dias Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 14 de Novembro de 2018

Assinado por:

**Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))**