

# Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de Saúde Murialdo.\*

Cizino Risso Rocha\*\*  
Solange Beys Bercht\*\*\*

## RESUMO

Este estudo objetivou descrever e analisar o abandono do tratamento odontológico no Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre, RS. Foram entrevistados em seus domicílios vinte e nove pacientes, 30% de um total de 100 que consultaram o serviço em busca de atenção odontológica, no segundo semestre de 1998, e que abandonaram o tratamento antes da alta clínica. Citam-se como principais causas do abandono a impossibilidade de faltar ao trabalho, o tempo de duração do tratamento demasiado longo e as causas externas ao serviço, como doenças, gravidez e mudança de domicílio. Até o momento do abandono, o tratamento oferecido pela Instituição foi considerado bom.

## UNITERMOS

Saúde bucal, Avaliação, Reforma sanitária, Odontologia em saúde coletiva.

## INTRODUÇÃO

O abandono e o absentismo dos pacientes às consultas marcadas no serviço público que lhe presta atendimento deve despertar no gestor preocupação e reflexão sobre as razões desencadeantes desse fato. Principalmente, quando se observa que, em termos de saúde, o problema do setor público tem sido justamente a falta de oportunidades para o tratamento. Portanto, não se deve esquecer a questão do abandono do tratamento, o que possivelmente contribuiria com a ineficácia e a insuficiência dos serviços que necessariamente devem ser avaliados.

O serviço, objeto deste estudo, o Centro de Saúde Murialdo (CSM) constituiu-se em um complexo composto por uma unidade central e seis postos avançados, estando estes afastados geograficamente da unidade central e dispostos de forma a ficarem o mais próximo possível das respectivas comunidades.

Na unidade central, além da Direção do Centro e do Setor de Administração, localizam-se os serviços especializados de ginecologia e obstetrícia, pediatria, medicina interna, serviço social, enfermagem, nutrição, psicologia, psiquiatria, laboratório de análises e odontologia.

A assistência odontológica prestada ocorre em um ambulatório com as características físicas de um "módulo" (UFRGS-CPOS, 1984), com três equipamentos odontológicos, onde trabalham 14 CDs e 2 ACDs em três diferentes turnos.

Pela sistemática adotada, atendem-se, em média, 15 pacientes por turno de trabalho, além dos atendimentos de urgências, sendo que os pacientes em tratamento consultam sempre no mesmo dia e mesmo turno até a conclusão de cada caso. São admitidos novos

pacientes para atendimento, na medida em que os pacientes que já estão em tratamento recebem alta; essas vagas são distribuídas em um momento denominado de "reunião de agendamento", que ocorre na manhã do primeiro dia útil de cada mês.

O tratamento dos pacientes foi dividido em três diferentes momentos de abordagem: o controle da infecção é o momento inicial, quando o paciente chega ao serviço para a realização de seu tratamento e visa à melhora das condições existentes no meio bucal, através do controle da placa bacteriana, do sangramento existente e da eliminação de fatores retentivos de placa; a etapa seguinte é o tratamento das seqüelas deixadas pelas doenças bucais mais prevalentes, com a realização de procedimentos cirúrgicos restauradores, excetuando-se a endodontia convencional em dentes permanentes e os tratamentos protéticos. O terceiro e último momento é o tratamento de manutenção, onde o paciente, que já foi tratado, recebe alta, mas retorna periodicamente para consultas previamente agendadas de acompanhamento de suas condições de saúde bucal, tendo alta em definitivo quando desenvolve autonomia suficiente para, com seus recursos próprios, permanecer livre das doenças bucais.

## REVISÃO DA LITERATURA

A Reforma Sanitária brasileira inspirou-se e pretendeu adotar como modelo os pressupostos da Reforma Italiana de 1978; contudo, a diversidade da dinâmica dos processos foi ressaltada pelo distanciamento de vínculos com a base social, construída de forma mais consistente na Itália do que aqui. (TEIXEIRA, 1989)

A Reforma Sanitária brasileira, da qual

o Sistema Único de Saúde é emergente, foi e pretende ser um movimento social resultante do confronto e da confluência ideológica de diversos atores sociais.

A Reforma Sanitária e o Sistema Único buscaram, na realidade, a hegemonia da questão saúde na sociedade, o que implicava também a construção de uma nova consciência sanitária, que passasse pela noção de cidadania, pela forma como a sociedade compreendia e desejava que fosse resolvida a questão da saúde: pela via privatizadora, mercantilista, com o conceito restrito de saúde, ou pela via da integralidade das ações, com o conceito amplo saúde, pela publicização da coisa pública. (BERCHT, 1994) (FIGUEIREDO, 1996)

A Reforma Sanitária brasileira ganha corpo jurídico-legal com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, incorporando a esta princípios como o conceito amplo de cura e a noção de que saúde é um dever do Estado.

O Sistema Único organiza-se com diretrizes, entre outras, universalização da atenção, descentralização, hierarquização, mando único em cada esfera de governo, integralidade das ações, participação comunitária e controle social. Porém, o Sistema Único de Saúde deve ser entendido como um processo social que não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional, e nem termina hoje, em que pesem algumas interpretações que apontam para a falência do Sistema. (TEIXEIRA, 1992) (TEIXEIRA, 1993)

A crise da saúde associa-se à crise do próprio Estado, o tipo de saúde, o sistema de saúde, em quantidade, qualidade e capacidade resolutiva do quadro epidemiológico acumulado associa-se ao tipo

\* Trabalho apresentado como parte integrante dos requisitos obrigatórios para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, na área de concentração de saúde bucal coletiva.

\*\* Cizino Risso Rocha, cirurgião-dentista, mestrando.

\*\*\* Solange Beys Bercht, doutora, professora orientadora.

de estado que a sociedade almeja e é capaz de construir. (GERSCHMAN, 1997)

Sem descuidar dos princípios da reforma e do Sistema Único de Saúde, em seus aspectos ideológicos, econômicos e políticos, há que concretizar a questão sanitária, que implica, dentre outros aspectos, a excelência do método clínico e coletivo de intervenção de forma integralizada. Uma das formas de contribuição, neste sentido, é a questão de avaliação no sistema de saúde, objeto deste trabalho de pesquisa. (SCHRAIBER, 1996)

Este trabalho inclina-se para uma avaliação de resultados ou de impacto, na medida em que foi ouvir aqueles pacientes que abandonaram o tratamento odontológico sem que estivesse concluído.

A avaliação em saúde como processo técnico-instrumentalizador que depende da definição política, que mede, compara e emite juízos valorativos para fundamentar suas decisões - cria possibilidades de análises em metodologias advindas tanto das ciências humanas quanto das exatas e biológicas, o que pode enfatizar medidas quantitativas ou qualitativas. (FIGUEIREDO, 1996)

A saúde coletiva, já nascida, de certa forma, sob a égide da necessidade da junção temática entre ciência e prática, enfrenta uma questão especial em relação à avaliação, principalmente, quanto à avaliação de serviços. (MACHADO, 1996) (FEURWERCKER, 1996)

Avaliar um serviço em qualquer um de seus aspectos é também submetê-lo às tensões sociais do cotidiano, politizando a técnica, vivendo a técnica, o imprevisto, os imponderáveis.

Trata-se de juntar tematicamente saber e fazer, ou seja: pesquisar em serviços, mas na forma de um estudo sobre os serviços. (CORNETA, 1997)

Os serviços são “locus” privilegiados nos quais se conjugam o saber e o fazer. Na concretização do saber e do fazer, muitas vezes “a força do fazer vence a do pensar, prevalecendo a rotina técnico-burocrática da administração de pessoal. O cotidiano é quase sempre negado em função de normas, rotinas, padrões tecnológicos que transformam os espaços dos serviços em meros repetidores de um modelo ultrapassado”. (IGNARRA, 1999)

O ato de avaliar é tão antigo quanto o próprio ser humano, ou seja, o avaliar, de certa forma, acompanha o que fazer humano.

A necessidade de avaliar em vários setores, em especial na área da saúde, é uma unanimidade entre autores. (PERRENOUD, 1999) (SOUZA, 1996) (OMS, 1981) Já o como avaliar, que tipo de instrumento utilizar, quais usos fazer dos dados finais de avaliações é matéria que, se não enseja conflitos, abriga e dá margem a

que se estabeleça, no mínimo, um contraditório. (UGA, 1996) (BRAGA, 1998) (INOJOSA, 1996)

A proliferação de tentativas de avaliação, além de demonstrar a necessidade nesse sentido, também sinaliza a complexidade da área. As definições de avaliações são muitas e poderíamos dizer que cada avaliador constrói a sua. (MEDICE, 1996) (JUNQUEIRA, 1996) (SOUZA, 1996)

Neste estudo, adotaremos como definição conceitual que avaliar consiste fundamentalmente em “fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. (HARTZ, 1997)

Os setores público e privado na avaliação de qualidade tem tentado “ouvir o usuário”. Se ouvir o usuário é uma prática que pode trazer ou não mudanças até pode ser factível de discussão; contudo, é inegável que o usuário, o paciente, aquele que procura ajuda está na origem da avaliação da qualidade dos serviços. (INOJOSA, 1996)

“A procura por serviços de saúde se dá em função de uma necessidade gerada pela existência de um problema de saúde; ao perceber o problema como necessidade, o sujeito pode ou não querer ajuda. As várias determinações ‘dessa escolha’ influenciam o tipo de ajuda que se vai buscar. Entretanto, pode-se recusar a ajuda, seja porque se desconhecem os recursos disponíveis, seja porque a percepção que se tem do problema leva a crer que ele não pode ser resolvido. A busca de ajuda, por sua vez, resulta numa procura ativa diante das diversas possibilidades institucionais ou individuais”. (ALVES, 1994) (ALVES, 1998)

Ao avaliar serviços, sua qualidade, é necessário perguntar quem é o usuário, em que acredita e o que espera. Uma das questões relacionadas à avaliação e à qualidade é aquela que se refere aos resultados, à satisfação dos pacientes. (BRAGA, 1998) (LEAL, 1995)

Trabalhar com aquelas pessoas que tiveram garantido o acesso ao serviço e abandonaram o tratamento sem que tivesse concluído é, de certa forma, dar voz ao que não estava previsto: o abandono.

Outro aspecto a ser focado e que se discute na literatura é se o usuário, o paciente, pode avaliar. (FIGUEIREDO, 1996) (PORTOCARRERO, 1994) Ainda quanto a essa questão de conferir voz ao usuário, tem-se que o usuário direto do serviços de saúde no Brasil tem pouco direito de escolha e de manifestação, embora o estereótipo tradicional diga que apenas o do setor público não o tenha. (AKERMAN, 1996)

Uma perspectiva nova para a avaliação parece envolver uma ampliação de seu objeto

e a incorporação, no processo de avaliação, de outros atores sociais, visando a alcançar aquelas dimensões da avaliação não contempladas pelo olhar da tecnoburocracia. (BRIGANTI, 1987) Os serviços só existe como experiências vividas. Nessa linha de pensamento, os processos de avaliação, de um modo geral, têm dado pouca voz aos atores principais do ponto de vista da produção: os pacientes e os profissionais, ou seja, no SUS, esses atores tem baixa capacidade de vocalização. (INOJOSA, 1996) (RODRIGUES, 1999)

Dar voz aos pacientes é também uma forma de publicizar, e a publicização é um componente fundamental para o processo de avaliação compartilhado. A avaliação compartilhada poderá ser um instrumento para a mudança das práticas de saúde para o SUS democrático preconizado pela Reforma Sanitária Brasileira. (INOJOSA, 1996) (PORTOCARRERO, 1994) (GALLO 1996)

## METODOLOGIA

O presente estudo objetivou identificar e analisar as razões que determinaram ou contribuíram para o afastamento dos pacientes que realizavam tratamento no Serviço de Odontologia do Centro de Saúde Murialdo. Constitui-se em um estudo exploratório, no qual se buscou entender a lógica da relação que se estabelece entre um serviço público de saúde e o usuário do mesmo que, embora tenha garantido o acesso ao serviço oferecido, optou por interromper o tratamento, abandonando a terapêutica proposta.

Nesse sentido, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, com a finalidade de possibilitar a manifestação dos pacientes que iniciaram e abandonaram o tratamento no Serviço de Odontologia do CSM. A partir dos dados obtidos, buscou-se descrever e analisar os fatores intervenientes nesse processo, bem como as razões que conduziram os pacientes ao abandono do tratamento oferecido.

O universo de estudo da pesquisa foram os usuários que estavam em tratamento odontológico no Centro de Saúde Murialdo no segundo semestre do ano de 1998; destes, selecionaram-se, como objeto específico de estudo, aqueles pacientes que abandonaram o tratamento antes de sua conclusão.

Para definir com precisão o universo a ser abrangido pelo estudo e também estabelecer a amostra a ser pesquisada, utilizou-se o relatório de produtividade do CSM, o livro de registro de agendamentos de pacientes para encontrar o nome dos pacientes que abandonaram o tratamento, e, por último, recorreu-se aos prontuários para obter o endereço dos mesmos.

Constava do relatório de produtividade de 1998 que 264 pacientes haviam abandonado o tratamento no segundo semestre daquele ano; portanto, para localizar esses pacientes que integravam o universo a ser pesquisado, percorreu-se agenda, do mês de julho até o mês de dezembro de 98, em todos os turnos de trabalho, verificando quais os nomes que estavam assinalados na agenda como "fora do programa".

Os prontuários dos pacientes que tinham na agenda essa anotação foram retirados dos arquivos, fotocopiados para maior liberdade de manuseio, sendo os originais imediatamente devolvidos e recolocados nos devidos lugares para não interferir no andamento do Serviço.

Pelas informações dos relatórios de produtividade do Serviço para o período pesquisado, deveríamos ter encontrado um total de 264 pacientes como tendo abandonado o tratamento na odontologia do CSM; no entanto, registrados da agenda do Serviço constavam somente 182 pacientes como "fora do programa" durante o período referido. Desses 182, foram localizados nos arquivos do Serviço 164 prontuários, isto é, 18 prontuários não foram localizados.

Examinaram-se os prontuários assim obtidos, para ter-se a certeza de que aqueles pacientes haviam realmente abandonado o tratamento odontológico no CSM. Após essa análise, dos 164 prontuários, constatou-se que em 36 deles, embora houvesse a anotação na agenda como fora do programa, havia algum tipo de registro no prontuário que demonstrava os pacientes não terem abandonado o tratamento que realizavam. Esses 36 prontuários, com registros que não configuravam o abandono do tratamento odontológico, foram, por essa razão, excluídos do universo de estudo.

Igualmente foram excluídos 28 pacientes menores de 15 anos de idade, por considerar-se que o motivo da interrupção do tratamento poderia ser por dificuldades provenientes dos pais ou responsáveis pelo menor, e não por iniciativa do próprio paciente, o que poderia causar algum viés, distorcendo a interpretação dos achados.

Portanto, com as exclusões realizadas, o universo de onde efetivamente se extraiu a amostra reduziu-se a 100 pacientes e seus respectivos prontuários.

Como tínhamos a listagem desses 100 pacientes e os correspondentes endereços registrados nos prontuários, utilizou-se a amostragem aleatória simples para selecionar os indivíduos que fariam parte da amostra.

Através do cálculo de tamanho de amostra, para amostragem aleatória simples, onde foi fixado o nível de confiança de 95%, chegou-se a uma amostra de 60 indivíduos. Porém, em função da grande dificuldade

enfrentada para localizar os pacientes, realizou-se 30 entrevistas, das quais uma foi descartada e 29 foram consideradas válidas para a análise.

Detivemo-nos nesse número de entrevistas porque segundo LEVIN (1987), "*é comum que pesquisadores, principalmente no campo social, trabalhem com amostras que contêm pequeno número de respondentes (ou de dados). Do ponto de vista prático, uma amostra pode ser considerada pequena se estiver, por exemplo, menos de 30 sujeito, embora os resultados baseados em amostras pequenas possam ser convenientes, se não necessários, dada a dificuldade de colher amostras maiores*".

Selecionados os nomes dos pacientes e respectivos endereços dos domicílios, integrantes da amostra, saiu-se a campo, para localizar os pacientes e realizar a entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram realizadas no domicílio de cada paciente, entre maio e junho de 1999 e sempre pelo mesmo entrevistador.

## RESULTADOS

No primeiro conjunto de dados, buscou-se conhecer o perfil do paciente que abandonou o tratamento no CSM e obteve-se como resultado que a maioria é natural de Porto Alegre, 75,9% é do sexo feminino, reside em média há 15,6 anos na região, mora em casa própria, tem idade média em torno de 30 anos, é alfabetizada e exerce alguma atividade produtiva, com renda familiar em torno de 3,2 salários mínimos.

Na seqüência, procura-se conhecer a percepção dos pacientes entrevistados quanto à qualidade do serviço prestado na odontologia do CSM, desde a primeira consulta até o abandono do tratamento. Encontrou-se que a imensa maioria, 89%, procurou o serviço por necessidade específica, dor ou cárie dentária. Na inscrição para receber o atendimento, 62,1% dos pacientes expressa ter sido bem recebido e ninguém refere ter sido mal recebido, assim como 93,1% informa ter recebido informações no momento da inscrição. Da reunião de agendamento, realizada no primeiro dia útil da cada mês, que tem como objetivo informar aos pacientes sobre o trabalho realizado na Odontologia do CSM, a importância da saúde bucal e a participação de cada paciente no resultado do tratamento, observou-se que 37,9% dos pacientes lembra ter recebido a informação que não poderia faltar às consultas, enquanto que 31% refere que foi informado como funcionava o tratamento oferecido e 13,8% cita ter sido informado que tinha de aguardar a chamada para o atendimento. Com relação à informação considerada pelos entrevistados como mais importante, obteve-se em 27,6% que "não poderia faltar ao serviço por que

perderia o tratamento" e 34,4% não soube ou não quis fornecer o que considerou a informação mais importante.

Quando do início do tratamento, as informações em 79,3% é de que foram bem atendidos na primeira vez que consultaram na odontologia e 93,1% dos pacientes entrevistados declara que recebeu informações sobre as enfermidades que portava em sua cavidade bucal enquanto realizavam o tratamento.

Com relação à queixa principal, 86,2% dos pacientes informa que não foi resolvida na primeira consulta, pelo que 27,6% afirma que esse fato influenciou no abandono do tratamento, porém 27,6% e 41,4% afirmam, respectivamente, que esse fato influenciou pouco ou nada no abandono.

O tempo de duração do tratamento, para 27,6% dos entrevistados, foi de dois meses, para 31,0% foi de um mês, enquanto que para 17,2% o abandono foi logo após a primeira consulta.

Uma das explicações para a interrupção do tratamento odontológico seria a necessidade de o paciente afastar-se de atividade importante para o seu cotidiano, obrigando-o a não comparecer às consultas marcadas. Porém, para a metade da amostra, tal fato não se confirmou. Aos entrevistados que afirmaram ser necessário afastar-se de alguma atividade importante para a realização do atendimento odontológico, perguntou-se qual seria esta atividade; em 78,6% das respostas os pacientes tinham de afastar-se do trabalho e 14,3% afirmaram que a atividade da qual tinham de afastar-se era a escola. Perguntou-se também se o fato de necessitar afastar-se de alguma atividade importante havia influenciado no abandono do tratamento odontológico que o entrevistado realizava no CSM; para 37,9% dos pacientes influenciou, mas em 58,6% das entrevistas os pacientes informaram que esse fato não havia influenciado no afastamento do tratamento.

Quanto ao local de realização do tratamento, 72,4% dos entrevistados informa que o realizou apenas no CSM, enquanto que 24,1% recorreu a tratamento em outro local. Perguntou-se, também, se os pacientes poderiam realizar seu tratamento em outro local, e 86,2% informou que não teria condições de tratar-se em outro local e, na possibilidade de realizar o tratamento em outro local, 86,2% declara que teria de utilizar o SUS, 10,3% faria tratamento particular e 3,4% o faria por convênio.

Perguntou-se diretamente aos pacientes quais as razões para ter abandonado o tratamento quer era realizado na odontologia do CSM e obteve-se o que consta na tabela abaixo:

Tabela 1 - Razão para o abandono do tratamento odontológico no CSM, Porto Alegre, RS, 1999.

RESPOSTAS	ABS.	%
• Não pode faltar ao serviço	8	27,6
• Tratamento muito longo	4	13,8
• Teve que resolver um problema familiar	3	10,3
• Porque estava grávida	3	10,3
• Não foi bem atendida	2	6,9
• Ficou doente	2	6,9
• A filha estava doente	1	3,4
• Porque mudou-se para outra cidade	1	3,4
• Conflito de horários	1	3,4
• Andava nervosa, havia feito uma cirurgia	1	3,4
• Por relaxamento	1	3,4
• Não abandonou	1	3,4
• Medo do dentista	1	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Perguntou-se aos pacientes se voltariam a realizar tratamento odontológico no CSM e encontrou-se como resposta que 13,8% não voltaria, mas 86,2% retornaria ao Serviço para um novo tratamento. Também solicitou-se aos entrevistados que atribuíssem uma qualificação ao Serviço, considerando o tratamento realizado até o momento do abandono, e 17,2% atribuíram o conceito “ótimo, 69,0% o conceito “bom” e 13,8% a qualificação de “regular”.

Solicitaram-se aos entrevistados sugestões para qualificar a atenção odontológica prestada no CSM e obteve-se o que consta da tabela nº 2:

### DISCUSSÃO

O paciente, com o perfil explicitado nos resultados, procurou o serviço por necessidades sentidas específicas: dor, cárie e dentes quebrados, buscou tratamento eletivo e não de urgência; salienta-se que são pacientes com baixo poder aquisitivo, cuja renda familiar, no limite máximo, chega a R\$ 400,00, o que pressupõe não apresentarem condições econômicas de pagar por um tratamento odontológico no setor privado. Junte-se a essa limitação, outra, peculiar ao próprio serviço, que não oferece alguns tratamentos reabilitadores como, por exemplo, endodônticos e protéticos, ensejando

que se discuta a questão da resolutividade no setor público, ou seja, o serviço consegue resolver as necessidades sentidas dos pacientes que procuram atendimento? Portanto, estamos nos referindo a pacientes que apresentaram um problema, o qual foi percebido como uma necessidade sentida, a partir da qual decidiram procurar o serviço para ajudá-los na resolução da mesma. A busca por ajuda resultou na “procura ativa” por uma determinada instituição dentre várias, ou seja, não escolheram qualquer serviço; elegeram “aquele serviço”, próximo de sua moradia, que conhecem há vários anos, onde não haverá necessidade de despenderem valores que não possuem; ainda, pressupõem que no local de escolha haverá condições de resolver o problema que motivou a procura, tema abordado e da mesma maneira entendido por JUNQUEIRA em 1996.

Percebeu-se o seguinte paradoxo: os pacientes procuraram o serviço de forma ativa para a resolução de uma necessidade sentida específica que, para 86,2% dos entrevistados, não foi resolvida na primeira consulta e, ainda assim, segundo estes, esse fato não foi decisivo para o abandono do tratamento que realizavam na odontologia. Essa observação nos remete à questão da aceitabilidade, isto é, a relação direta que se estabelece entre as expectativas e satisfação dos usuários com o serviço ou a falta de uma outra opção de tratamento, o que vem ao encontro do já expressado por JUNQUEIRA em 1996. Os dados coletados sugerem a primeira assertiva, pois permitem que se encaminhe o pensar no sentido de que a aceitabilidade do serviço em sua comunidade é boa, até porque os pacientes que o abandonaram voltariam ao serviço para a conclusão de seu tratamento e apenas 6,9% referiram a situação limite do “mau atendimento” como causa de abandono.

Quanto à questão da interlocução da instituição com o paciente, não reduzido a usuário, a cliente no sentido de consumidor, mas entendido como ser humano externo ao serviço, que se singularizou pelo fato de ter buscado, em algum momento, ajuda na instituição, obtendo-a através do tratamento que posteriormente abandonou, esse estudo permite verificar que o serviço estabelece uma determinada comunicação com seus pacientes, e que esta comunicação, de um modo geral, é permeada por normas. A instituição confere visibilidade à sua estrutura de atendimento através de reuniões de agendamento, onde o paciente, para obter tratamento, deverá adaptar-se à estrutura de atendimento.

Vislumbra-se que, nessa interlocução entre serviço e paciente, é o serviço que “fala” com o paciente, e este ouve a voz do

Tabela 2 - Sugestões do que poderia, ou deveria ser feito para melhorar o atendimento odontológico do CSM, segundo opinião dos entrevistados, Porto Alegre, RS, 1999.

RESPOSTAS	ABS.	%
• Atender com mais rapidez	10	34,5
• A demora para ser atendido: chega no horário e passa todo o turno na espera	4	13,8
• Demora para a primeira chamada	4	13,8
• Colocar mais dentistas	3	10,3
• Não perder o tratamento se faltar, às vezes não posso ir (o problema de faltar deveria ser entendido)	3	10,3
• Profissionais melhores (há um com a mão pesada)	2	6,9
• Mais consultas por semana	2	6,9
• Pacientes deveriam ser encaminhados para outros lugares	1	3,4
• Fazer/Atender em horários mais flexíveis	1	3,4
• A distribuição das fichas melhorou o atendimento	1	3,4
• Fazer o tratamento sempre com o mesmo dentista	1	3,4
• Fazer mais de um procedimento por consulta	1	3,4
• Horários flexíveis para quem trabalha	1	3,4
• Resolver todos os problemas bucais dos pacientes	1	3,4
• Está bom	1	3,4
• Muita gente e pouco dentista	1	3,4
• Preocupar-se mais com o sentimento das pessoas	1	3,4
• Atender à noite	1	3,4
• Nada	1	3,4
• Não respondeu	1	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>—</b>

Respostas múltiplas.

serviço expressa através de suas normas.

Resta saber qual seria a fala do paciente sobre o serviço. O paciente, partícipe dessa relação mas que, de uma forma geral, não tem voz, instado a falar, desconfia, vê com reservas; primeiramente, o fato de que alguém, que não é daquela vizinhança, o procure e queira lhe falar. Passada a reação de desconfiança e o estranhamento inicial, começa o processo de interlocução, de ouvir o outro e o que ele tem a dizer sobre sua relação com o serviço. Embora o presente trabalho não tenha se caracterizado como um estudo de narrativas, quando da realização da entrevista, o relato sobre a vivência do paciente em relação ao serviço ocorreu naturalmente, concomitante às questões abordadas na entrevista.

Adquiriu importância, ao longo de todo esse processo, questionar se ao falarmos com o paciente sobre sua boca, sobre as doenças que o afetam, se ao explicarmos o tipo de tratamento, não estaríamos fazendo um exercício em torno do óbvio; nesse sentido, concorda-se com OLIVEIRA (in DUARTE, 1998): quando se trata do processo saúde-doença, “a incursão pelos meandros do adoecimento e do sofrimento demarca um espaço onde nada é óbvio, e sim, reflexivo e passível de ser relativizado. Dito de outra maneira, as formas convencionais de reflexão sobre o sofrimento (seja físico, psíquico ou moral) esbarra no que tão adequadamente já foi chamado de epidemiologia da imprecisão, onde adoecimento e sofrimento possuem um contorno fosco em seus limites”.

Para o paciente qual o significado do adoecimento da boca, principalmente, tendo em vista que a maioria dos entrevistados refere dor como uma questão importante? Como tudo isso se relacionaria com o serviço? Como o serviço, que tem regras, normas e determinados protocolos de tratamento, retraduz a necessidade sentida do paciente? (DUARTE, 1998) (ALVES, 1998) (RODRIGUES, 1999)

A aceitabilidade do serviço, a confiabilidade aloja-se também no fato de o paciente acreditar que o profissional do serviço seja capaz de retraduzir fidedignamente a necessidade sentida do paciente. Nesse sentido, também concorda-se com Campaña (1997) ao afirmar que um dos desafios mais importantes é incorporar à área de conhecimento da saúde pública a dimensão da consciência e subjetividade. O processo saúde-doença coletiva, pelo fato de ser coletivo, une-se ao seu portador social, é produto de um passado e também resultante de um futuro eminentemente humano. Ainda expressamos nossa concordância com o mesmo autor, quando ele refere que a maior fragilidade da escola

latino-americana de saúde coletiva não tem sido a falta de objetividade dos conhecimentos, do poder do conhecimento explicativo, mas o que falta é eficácia simbólica; é dizer, nossa falta de capacidade para alcançar termos subjetivamente eficientes como premissa para conseguir eficiência social. Ainda sobre a objetividade, comungamos com o pensamento de BREILH, (1997) quando insiste sobre os perigos da objetividade acadêmica inservível, inútil. Assim, um dos grandes desafios no setor público é precisamente, “como incorporar o assunto da vida interior, do mundo simbólico, do psicológico ou psicossocial no que fazer científico, de modo que nos permita conhecer e interagir melhor e mais integralmente com nosso objeto/sujeito de estudo e transformação” (in CAMPAÑA, 1997).

Ainda, focalizando-se o aspecto de que os serviços são um “locus” privilegiado do saber e do fazer, é também através da forma como o serviço fala e do espaço que ele é capaz de abrir para inserir a fala do paciente, na tentativa de formar um corpo teórico sobre o adoecimento da boca; seu significado para os pacientes e, de resto, sobre o significado dos serviços na vida das pessoas é que se constrói a tão buscada eficácia social.

O serviço como um espaço no qual se desenrola uma das dimensões da vida, o processo saúde-doença está integrado ao dia-a-dia dos pacientes, teoricamente para ajudá-los em relação aos problemas de saúde e, quanto às suas necessidades sentidas, pelo que convém refletir sobre como o serviço, com suas normas, regras e protocolos faz essa inserção no cotidiano dos pacientes, no sentido de interferir na vida destes, obstaculizando ou facilitando a satisfação de suas necessidades sentidas. (PAIM, 1985) (BRIGANTI, 1987) (ALVES, 1994) (GALLO, 1996)

O presente estudo aponta no sentido de que, ao surgir a situação em que o paciente tem de optar entre aspectos importantes de sua vida, como, por exemplo, o trabalho, a opção dos pacientes será a de abandonar o tratamento.

Outra questão que cabe discutir diz respeito ao fato dos serviços cobrarem determinados comportamentos dos pacientes, buscando, de certa forma, reger sua corporalidade segundo padrões academicamente científicos que nem sempre cabem no mundo da vida. Esse fato nos remete à questão da construção da eficácia simbólica e do significado da boca na corporalidade dos indivíduos. Retornando à questão da corporalidade, é indispensável que se refira, para o seu entendimento e para a sua inserção concreta no que fazer dos serviços, a concorrência de outras áreas de conhecimento, como antropologia médica,

sociologia, história, educação, para citar algumas. Na medida em que o corpo é o depositário de processos biológicos sociais e históricos, ou seja, já que a própria vida se manifesta no corpo, a discussão da triangulação corpo, instituição e limites de atuação dessa é uma questão que deve ser ampliada. (PAIM, 1985) (LEAL, 1995) (TAMBELLINI, 1998) (RODRIGUES, 1999)

A avaliação dos serviços pode ser um instrumento dinâmico de transformação, posto que a avaliação em si constitui-se em um processo capaz de abrigar as diferentes vozes dos diferentes atores sociais que fazem do serviços o seu “locus” de atuação. Assim, concordamos com PAIM (1996) quando o autor refere-se à “possibilidade de constituição de sujeitos sociais que iniciem processos e sejam capazes de construir a democracia no cotidiano, configurando uma distribuição do poder institucional, setorial e, em última análise, societário”.

Logo, a avaliação tem um inegável papel na construção e no avanço da Reforma Sanitária, como concebida em suas origens e da qual emergiu o Sistema Único de Saúde, enquanto produto histórico que se queria e ainda se quer democrático e que hegemonize a questão da saúde enquanto qualidade de vida na sociedade. Nesse sentido, é preciso construir uma arquitetura metodológica e, também, um modelo pedagógico que renuncie à divisão cartesiana da realidade da vida, que permita o erro, o imprevisto, capaz de atribuir sentido e confrontar subjetividades nos serviços enquanto espaço social e pedagógico de resolução de problemas.

Isso não significa abandonar o rigor na avaliação dos serviços, principalmente em relação à resolutividade que se atrela à excelência do método clínico de intervenção, à construção da consciência sanitária, o trabalhar-se com o conceito amplo de cura e, por fim, a integralidade das ações em saúde que se dão sob a égide do ser humano indivisível.

Assim, os modelos avaliativos necessariamente poderão utilizar-se de aspectos quantitativos e qualitativos sem falsas exclusões.

Em relação à avaliação, é necessário que em algum momento se inicie o processo e que se confira sistematicidade sequencial ao mesmo.

Outro aspecto relevante que emergiu deste estudo foi a necessidade imperiosa de organização e de planejamento nos serviços, tão-somente a título de exemplo, citam-se os registros das atividades realizadas, um aspecto que se tornou importante para este trabalho. Porém, uma sistemática de registros, não somente enquanto formalidade, mas como forma de resgatar a história do

paciente no serviço e este como sujeito dentro da instituição. A organização e o planejamento nos serviços é um forma, na medida em que resgata e respeita o paciente, enquanto sujeito, de conferir identidade e, portanto, humanizar o próprio serviço.

### CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo, construíram-se algumas certezas em relação ao abandono do tratamento odontológico, especificamente em relação ao Centro de Saúde Murialdo. Essas certezas possibilitam as seguintes conclusões:

1° - A de que o serviço é um espaço de convergência do saber e do fazer, no qual ocorre o cotidiano do processo saúde-doença.

2° - O espaço assim considerado, como um "locus" privilegiado de atuação, deveria possibilitar o exercício de um processo pedagógico constante, no qual a interação dos atores sociais, as suas necessidades, as suas dificuldades, suas grandezas e suas misérias sejam reconhecidas enquanto dimensões inseparáveis do que fazer humano, fato que dá margem à incorporação da possibilidade do erro, parte da própria imperfeição humana.

3° - O paciente que se constitui no "outro" exterior ao serviço deve, necessariamente, ser ouvido, não só nas questões cosméticas e irrelevantes, mas também em relação à organização e ao desenvolvimento, essência do serviço.

4° - É necessário que se busquem metodologias de avaliação que traduzam e possam reinserir nos serviços a fala, a manifestação dos pacientes.

5° - É importante que o serviço se avalie, no sentido de verificar como está se comunicando com os pacientes; no caso específico do CSM, há ruídos nessa comunicação. Os ruídos de comunicação desse serviço devem-se, em grande parte, às mudanças recentemente ocorridas (1994) e que não foram ainda completamente assimiladas pelos pacientes; cita-se apenas para exemplificar, o terceiro turno de atendimento.

6° - O serviço deve, no processo de reavaliação de suas práticas, rever a questão da normatização da corporalidade do paciente, uma vez que esse é um dos fatores que pode estar contribuindo para o abandono do tratamento.

### SUMMARY

This study aimed at describing and analyzing patient's abandoning odontological treatment at the "Centro de Saúde Murialdo" [Murialdo Healthcare Center] set up in Porto Alegre, RS, Brazil. Twenty-nine patients, or 30% out of a total of 100, who had used

the available service in search of odontological attention in the second semester of 1998 and had quit treatment before clinical discharge, were interviewed at home.

It was found out that the majority of patients are females, were seen during morning shift, and dwell, at an average of 15.6 years, in the area ascribed to Murialdo Healthcare Center. Dwellings are self-owned, residents are natives of Porto Alegre and have two children on average. Their average age is 30.2 years old, educational level is incomplete elementary school and the average family income is 3.2 minimum salaries. They looked for odontological treatment due to pain or dental cavity. Patients refer that they were very well received when they enrolled at Murialdo Healthcare Center's odontological program. Concerning information received, they remember being told that they were allowed to be absent twice for justified reasons only and that they should go every week in order to complete treatment.

At the appointment meeting which is peculiar to the service, they were warned against missing dates set up and told how treatment worked. They were well received on the first appointment, were given explanation on what was wrong with their mouths and on what to do so problems would not return.

Their main problem was not solved during the first consultation and this factor did not influence treatment discontinuity. They report that treatments lasted two months on average and that it was not necessary to get away from important activities in order to be treated. Of those patients who pointed out a cause for treatment interruption, the need to be absent from work was referred to as their main reason. Patients are users of "Sistema Único de Saúde and point out pain as a problem in buccal health.

The following are quoted as causes for quitting: not being able to be absent from work, length of time for treatment, and external causes to the service, such as illness, pregnancy and change of address. Up to abandonment, treatment offered was considered good.

Data are analyzed and discussed in an attempt to establish a reflection on public-sector service evaluation and to enhance patients' worth as social actors and sources of information. Therefore, it is a first evaluation approach regarding Murialdo Healthcare Center from the perspective of patients who abandoned odontological treatment with a view to contributing to health rationality in improving the "Sistema Único de Saúde" in the city of Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, Brazil.

### KEYWORDS

Oral health, Evaluation, Dentistry in public health

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERMAN, M. **Gerência de qualidade nos hospitais paulistas**. Cadernos de FUNDAP, São Paulo, nº 15, p. 79-97, jan/abril, 1996.
- ALVES, P.C., RABELO, C.M.; **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Relume Dumará, 1998. 248 p.
- ALVES, P.C.; MINAYO, M.C. de S.(Org) **Saúde doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 174 p.
- BERCHT, S. **O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico**. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Médicas - UFRJ, 1994., 102p. Tese.(Doutorado em Odontologia)
- BRAGA, G. D. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 193 p.
- BREILH, J. **Reforma: democracia profunda, no retrocesso neoliberal. reforma em salud: lo privado o lo solidário**. Quito. Ediciones CEAS, 1997, p. 71-115.
- BRIGANTI, C. R. **Corpo virtual: reflexões sobre a clínica psicoterápica**. São Paulo: Summo, 1987. 133p.
- CAMPAÑA. A. **Salud y Reforma: Reflexiones para la defensa de lo humano. Reforma en salud: lo privado o lo solidário**. Quito, Ediciones CEAS, 1997. p. 27-69.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. **A relação paciente : médico para uma humanização da prática médica. Caderno Saúde Pública.v.15. nº 3. p. 647-653, jul/set. 1999.**
- CHAVES, P. O. **Avaliação do Sistema de Saúde do Murialdo**, Impresso, Porto Alegre, 1983
- CORNETA, K.V.; MAIA, A.C.C.; COSTA, A.G.W.; **A reorganização dos serviços de saúde no sistema único de saúde e a formação de recursos humanos. Saúde em Debate** Londrina nº51 p.44-49 julho 1997.
- DONABEDIAN, A. **Defining and assessing the quality of health care** São Paulo. Faculdade de Saúde Pública/ USP 1993, mimeo.
- DONABEDIAN, A. **The quality of care: wall can it be asseset**. JAMA.v.260, Rev. nº12, p.1743-1748, 1988
- DUARTE, D. F. L.; LEAL, F.O **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de

- Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 210p.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 208p.
- FAGUNDES, M. F. O Serviço Social e as políticas de saúde, **Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social**, Porto Alegre, 1992.
- FEURWERCKER, M. C. L. Avaliação de residência médica em São Paulo. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15, p.153-167. jan/ abril 1996.
- FIGUEIREDO, A. M. A. A avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15 p.98-105. jan/ abril, 1996.
- GALLO, E. Inovação planejamento, estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15, p.153-167. jan/abril, 1996.
- GERSCHMAN, S.; VIANNA, W. M. L. A **Miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 226p.
- HARTZ, Z. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1997. 131p.
- IGNARRA, M. R. **Manual prático de planejamento estratégico**. Brasília. Ministério da Saúde IEC/PNE, 1997. 90p.
- INOJOSA, R. M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n° 15 p.88 - 97, jan/abril, 1996.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, F. P. A. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15 p.60-78, jan/abril, 1996.
- LEAL, O. F. (org) **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS, 1995. 472p.
- LEVIN, Jack. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2ª ed. São Paulo, Editora Harbra, p. 160-161, 1987
- MACHADO, M. H.; REGO, S. Essencialidade da profissão médica e serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15 p.122-9 jan/abril 1996.
- MALICK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15, p. 7-22, jan/abril 1996.
- MEDICI, A. C.; MARQUES, R. M. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15, p.47-59, jan/abril 1996
- O.M.S. - Evaluación de los programas de salud: **Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud**. Ginebra Suiza. 1981 49p.
- PAIM, J. S. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social. **Rev. Gaúcha de Odontol.**, v.9, n°2 . p.88-84 mar/jul 1985.
- PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. **Rev. Brasil. de Educ. Médica**, São Paulo, n°9 v.3 p.207-222, set/dez 1985.
- PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade, **Divulgação**, Porto Alegre, n° 14 p.59-65, 1996.
- PASQUALI, L. **Manual prático de planejamento estratégico**. Brasília. Ministério da Saúde IEC/PNE, 1997. 90p.
- PERRENOUD, P. **Avaliação : da excelência à regulação das aprendizagens entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.183p.
- PORTOCARRERO, V. (Org) **Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1994 272p.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde SUS-RS descentralizando e democratizando o conhecimento, **(Coletânea da Legislação do Sistema Único de Saúde /SUS)**, Porto Alegre, 1997.
- RIVERA, F. J. U. Planejamento estratégico - situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico - metodológico. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15, p.25-59, jan/abril, 1996.
- ROCHA, C. LISBOA, I. C., **Projeto de integração da atenção à saúde bucal ao serviço de saúde comunitária da Unidade Sanitária Murialdo**, Porto Alegre, setembro 1993, mimeo.
- RODRIGUES, J. C. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 198p.
- SCHRAIBER, B. L.; NEMES, B. I. M. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n°15, p.106-121, jan/abril, 1996.
- SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, **CENTRO DE SAÚDE MURIALDO, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, Relatório de Avaliação de 1998**, Porto Alegre, 1999, mimeo.
- SOUZA, R. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por unidade básica de saúde do Município de Maringá - PR. **Saúde em Debate**, Londrina, n°52, 35-41 set 1996.
- TAMBELLINI, A. M.; CÂMARA, M. V. A temática da saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 3 n°2, p.47 - 71, 1998
- TEIXEIRA, F. A. Formação de recursos humanos para o SUS - desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção a saúde. **Saúde em Debate**, Londrina n°41 p.20-23 dez 1993
- TEIXEIRA, S. M. F. (Org) **Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 234p.
- TEIXEIRA, S. M. F. (Org) - **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: ABRASCO/ CORTEZ. 1989. 231P.
- UGÁ, M. A. D. Sistema de pagamento prospectivo por procedimento : a experiência norte americana. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo , n°15, p.170-186. jan/abril, 1996.
- UNGART, C. Acesso aos serviços de saúde : uma abordagem geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Púb.** São Paulo. v.21. n°5 out 1987.
- REVISTA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA, Porto Alegre, 1984. v 26, Separata.