

**ABSENTEÍSMO EM PACIENTES ASSISTIDOS PELO CENTRO DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE ENDODONTIA**

**ABSENTEEISM PATIENTS ASSISTED BY CENTER OF DENTAL SPECIALTIES
BY ENDODONTICS**

¹Ana Maria de Lima e Silva

²Luan Marcelino Ferreira de Moura

³Eduardo Henriques de Melo

1 Bacharelado em Odontologia no Centro Universitário Tabosa de Almeida.

2 Bacharelado em Odontologia no Centro Universitário Tabosa de Almeida.

3 Professor Assistente de Clínica odontológica e Saúde Coletiva do Centro Universitário Tabosa de Almeida. Rua Francisco Gueiros, Número 564, Heliópolis, Garanhuns –PE. CEP

55296 630. Telefone: 87-9 9614 2999. E-mail: eduardomelo@asces.edu.br

RESUMO

O referenciamento de pacientes da atenção básica para a média complexidade é tema de relevância para a regulação em saúde. O objetivo desta pesquisa foi analisar o absenteísmo em pacientes assistidos pelo Centro de Especialidades Odontológicas na área de Endodontia. O estudo foi descritivo, transversal, com análise quantitativa e qualitativa, realizado entre 2016 e 2017, cuja procedência dos dados deu-se por meio de relatórios de autorização e marcação de consultas provenientes do município de Caruaru. A Amostra foi composta por 50 pacientes, contatados por telefone para posterior realização de uma entrevista semiestruturada, sobre os motivos de sua falta, baseada em instrumentos publicados por outros autores. As razões para as faltas foram por horários inadequados, erros no sistema e exodontia do elemento, ressaltados esses índices por apresentarem uma distribuição muito próxima. A gerência do serviço, se municipal ou por instituição comunitária de ensino superior foi fator determinante para avaliação da qualidade e satisfação dos usuários, $p < 0,00$ para ambos. Concluiu-se que o horário do trabalho, a falta de informações dos agentes comunitários de saúde e a logística do sistema de regulação geraram desinformação sobre a marcação e demora em relação ao acesso para primeira consulta.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Endodontia; Saúde Pública; Absenteísmo; Atenção Secundária à Saúde.

Abstract

Referencing patients from basic care to medium complexity is a relevant topic for health's regulation. The objective of this research was to analyze absenteeism in patients assisted by the Center of Dental Specialties in Endodontics. The study was descriptive, cross-sectional, with quantitative and qualitative analysis, carried out between 2016 and 2017, whose origin of the data was given through authorization reports and appointment of consultations from the city of Caruaru. The sample consisted of 50 patients, contacted by telephone for a subsequent semi-structured interview about the reasons for their absence, all of whom followed a semi-structured interview based on instruments published by other authors. The reasons for the shortages were due to inadequate schedules, system errors and tooth extraction, these indices being highlighted because they have a very close distribution. Service's management, whether municipal or by community institution of higher education was a determinant factor for quality evaluation and satisfaction of users, $p < 0,00$ for both. It was concluded that work shift, lack of information from the community health agents and the logistics of the regulation system generated disinformation about the marking and delay in relation to access for the first consultation.

Key Words: Unified Health System; Endodontics; Public Health; Absenteeism; Secondary Care

Introdução

Nos últimos anos no Brasil, houve um grande avanço na oferta de tratamentos odontológicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, desde a criação do SUS, a atenção secundária apresentou baixos índices percentuais dentro do universo de procedimentos odontológicos.¹

Tais achados reforçaram a preocupação do governo federal em incentivar a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dentro da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Dessa maneira, o avanço na implantação dos CEO em todo o país se deu de modo notável, os quais passaram de 100 para 832 no período de 2004 a 2010, com aumento de 732%, o que coincidiu com a criação do Brasil Sorridente.^{2,3}

Discussões sobre a avaliação e a produtividade desses Centros permanecem sempre atuais. Com influência direta na produtividade, está o absenteísmo ou absentismo, que pode ser definido como a ausência ou o não comparecimento dos pacientes às consultas e procedimentos agendados. Essa prática resulta em uma utilização precária da equipe clínica e atrasa o período de tempo para o agendamento de uma nova consulta.⁴

Diante desses posicionamentos, o presente artigo objetivou analisar o absenteísmo em pacientes assistidos pelo CEO de Endodontia em uma cidade do interior de Pernambuco. De modo específico, procurou-se identificar o perfil dos pacientes e os fatores relacionados ao abandono, bem como a logística da rede de atenção em saúde bucal e o sistema municipal de regulação em saúde.

Metodologia

O desenho do presente estudo foi descritivo, de caráter transversal, com análise quantitativa e qualitativa, realizado no período entre 2016 e 2017, cuja procedência dos dados foi iniciada pelos relatórios de autorização e marcação de consultas nos dois CEO que realizam tratamentos endodônticos no município de Caruaru. O primeiro deles, classificado como CEO Tipo III, localizado no Bairro Universitário, por ser um serviço-escola, é mantido e gerenciado por uma Instituição Comunitária de Ensino Superior, já o outro CEO, também Tipo III, está localizado no Bairro São Francisco, ao contrário do anterior, é um serviço mantido e gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde.

A amostra da pesquisa foi composta por 50 informantes, sendo 25 usuários de cada um dos CEO citados anteriormente. O processo de amostragem se deu por conveniência, através da busca ativa. Considera-se que não houve perda amostral uma vez que para participar da pesquisa, foi realizado um contato por telefone onde o usuário foi convidado a fazer parte da pesquisa e sendo a seguir agendada uma visita ao CEO para realização da entrevista e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a entrevista foi realizado o preenchimento de um Formulário de Pesquisa, cujos construtos, conteúdo e perguntas foram baseadas nos instrumentos empregados por Almeida et al.⁵, Gonçalves et al.⁶ e Melo et al.⁷.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram pacientes referenciados pela atenção básica para o CEO que passaram pelo cirurgião dentista regulador e que obtiveram autorização e agendamento para atendimento endodôntico nos CEO, mas que não compareceram no dia agendado. Foram excluídos do estudo pacientes não localizados por telefone para ser convidados da entrevista e pacientes atendidos com encaminhamentos fora do padrão preconizado pela regulação.

Para que a pesquisa fosse iniciada, contou-se com a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ASCES-UNITA, tendo como registro o CAAE: 63353416.0.0000.5203, sendo seguidas as normas da Resolução CNS no 466/12.

Resultados

A amostragem encerrou quando 50 pacientes foram entrevistados, a foi amostra dividida pela metade, uma vez que foi realizada pesquisa em duas unidades de atenção secundária. No geral, 34 dos entrevistados (68%) pertenceram ao gênero feminino, enquanto 16 (32%) pertenceram ao gênero masculino. A amostra apresentou idade que variou dos 9 aos 74 anos, sendo a média 29,28 e a moda 22 anos. No que se refere as demais variáveis do perfil da amostra, a Ilustração 1 apresenta a distribuição das categorias relativas a esse construto, uma vez que segue a ordem de questões aplicadas aos pacientes através do formulário.

Quadro 1 – Quadro com Variáveis que apresentam o Perfil Geral da Amostra

Variável	Categorias	Valores (%)
Estado Civil	Casado Solteiro Divorciado	11 (22%) 36 (72%) 3 (6%)
Escolaridade	Analfabeto 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Incompleto 2º Grau Completo Superior Completo Superior Incompleto Pós Graduado	1 (2%) 18 (36%) 6 (12%) 4 (4%) 13 (26%) 4 (4%) 3 (3%) 1 (2%)
Ocupação	Empregado Desempregado Estudante	24 (48%) 9 (18%) 17 (34%)
Renda	0 a 700 reais 701 reais a 2000 reais Acima de 2001 reais	13 (26%) 31 (62%) 6 (12%)
Frequência	Periodicamente Só quando tem dor	16 (32%) 34 (68%)
Transporte	Ônibus Veículo Próprio Outros	32 (64%) 10 (20%) 8 (16%)
Tempo decorrido para iniciar o tratamento	Até 30 dias 30 a 60 dias Mais de 60 dias	18 (36%) 6 (12%) 26 (52%)

Em relação ao auto cuidado, foi perguntado aos pacientes o que gerou a necessidade de realizar um tratamento endodôntico, para 24 pacientes (48%) a presença cárie extensa era relatada como descuido com a saúde bucal pelo usuário e não como uma ausência ou barreiras de acesso aos níveis primários de cuidado. Ainda 11 pacientes (22%) informaram a presença de restauração com infiltração e 9 pacientes (18%) informaram que foram acometidos por uma fratura coronária. Outros tipos de anomalias foram relatadas por 6 (12%) dos entrevistados.

No que se refere ao turno de marcação, foi identificado que 30 consultas (60%) estavam agendadas para o turno da manhã, 13 consultas (26%) estavam agendadas para a noite e apenas 7 consultas (14%) foram agendadas para a tarde. Nesse sentido, quando questionados se o horário marcado teve influência em sua falta, 29 pacientes (58%) relataram que não, e 21 pacientes fizeram o relato de que sim, houve influência.

Em relação aos motivos que causaram a falta, o horário que a consulta foi marcada foi relatado por 11 entrevistados (22%), enquanto 9 (18%) disseram que foi por erro no sistema, 8 (16%) realizaram exodontia do elemento antes de chegar o dia da consulta, 7 entrevistados(14%) adoeceram, 6 entrevistados não tiveram condições financeiras para pagar o transporte e 8 (16%) relataram outros motivos.

Em algumas variáveis do formulário, principalmente naquelas de caráter qualitativo, foram encontradas divergências muito discrepantes em relação a unidade que prestou o atendimento especializado (se no CEO ASCES-UNITA ou no CEO Municipal), fator que possibilitou a realização de tabelas de contingência (2x2) e aplicação de testes estatísticos para verificar a significância de tais diferenças.

Na Ilustração 2 são apresentadas as opiniões dos entrevistados acerca da qualidade do atendimento inicial, separadamente por unidade, sendo evidente a disparidade das mesmas de acordo com o serviço utilizado.

Quadro 2 – Opinião dos entrevistados por unidade de atendimento

Opinião do Usuário Sobre a Qualidade da Consulta Inicial	CEO		Total
	IES Comunitária	Municipal	
Ruim	0 (0%)	7 (14%)	7 (14%)
Moderada	4 (8%)	1 (2%)	5 (10%)
Boa	21 (42%)	10 (20%)	31 (62%)
Incapaz de responder	0 (0%)	7 (14%)	7 (14%)

Teste Qui Quadrado de Pearson (Chi-Square Tests $p < 0,000$)

Quando o questionamento foi a respeito da satisfação de cada paciente com o tratamento recebido, os dados colhidos também foram divergentes em cada unidade, tendo declarado “totalmente satisfeito” 18 pacientes (36%) na IES Comunitária quando apenas 4 pacientes (8%) fizeram tal declaração sobre a outra unidade. A declaração “Satisfeito, mas pode melhorar” foi equivalente nas duas unidades, sendo declarada por 6 pacientes (12%) na IES Comunitária e 4 pacientes (8%) na Unidade Municipal. Entrevistados que não foram atendidos ou não opinaram tiveram proporção inversa aos totalmente satisfeitos, onde 13 (26%) deles foram encontrados na unidade municipal e apenas 1 (2%) na outra. Nenhum dos entrevistados declarou estar totalmente insatisfeito com o atendimento oferecido pela IES Comunitária, em contrapartida, foram colhidas 4 (8%) declarações desse cunho em relação a unidade de administração municipal. Atrelada aos resultados obtidos na opinião acima

mencionada, a satisfação dos entrevistados foi proporcional, sendo apresentada na Ilustração 3.

Quadro 3 – Nível de satisfação dos entrevistados por unidade de atendimento

Nível de Satisfação	CEO		Total
	IES Comunitária	Municipal	
Totalmente Satisfeito	18 (36%)	4 (8%)	22 (44%)
Satisfeito mas pode melhorar	6 (12%)	4 (8%)	10 (20%)
Não foi atendido / Não opinou	1 (2%)	13 (26%)	14 (28%)
Totalmente insatisfeito	0 (0%)	4 (8%)	4 (8%)

Teste Qui Quadrado de Pearson (Chi-Square Tests $p < 0,000$)

Quando questionados a respeito na dificuldade para marcação da consulta, também ocorreram divergência nos relatos, como apresenta a Ilustração 4.

Quadro 4 – Dificuldade para marcação

Dificuldade de Marcação	CEO		Total
	IES Comunitária	Municipal	
Sim	5 (10%)	14 (28%)	19 (38%)
Não	20 (40%)	11 (22%)	31 (61%)

Teste Qui Quadrado de Pearson (Chi-Square Tests $p < 0,009$)

Discussão

Sabe-se que é de grande relevância avaliar as informações de acesso e demanda reprimida para especialidades, bem como o percentual de faltas, abandono de tratamento pelo paciente e resolubilidade na especialidade, pois estes dados refletem a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade, além do seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal através da rede de serviços.⁸ Sendo assim, a dificuldade inicial na operacionalização do método de amostragem deu-se por recusa dos possíveis entrevistados em responderem as questões, uma vez que acreditavam que o agendamento seria suspenso e teriam o tratamento cancelado. Outro fato de recusa em participar foi achar que se tratava de pesquisa falsa, para coletar dados pessoais e usar para estelionato ou roubo. A sensibilidade e a pertinência dos pesquisadores foram fundamentais para que se conseguisse completar a amostra inicialmente almejada. Outra mudança que favoreceu a finalização dessa etapa foi incluir a secretaria do serviço da IES comunitária como primeira pessoa a abordar o participante.

Os estudos realizados no Brasil e em outros países buscaram explicar os determinantes individuais da utilização dos serviços odontológicos. Tais pesquisas constataram que mulheres, indivíduos mais jovens, com maior renda e escolaridade tendem a utilizar os serviços com maior frequência e/ou utilizá-los com maior regularidade. Isso, inclusive, poderia sugerir para os serviços a utilização das mulheres como multiplicadoras de conhecimentos em saúde bucal e geral.⁵ Nesse sentido, conforme dados apresentados anteriormente, a grande maioria dos usuários ora pesquisados pertenceu ao gênero feminino (68%), tais achados corroboram com os de Melo⁷ que apontou uma maior participação do sexo feminino, cerca de 62,5%, assim como também Gonçalves⁶ (62,3%), mostrando assim a consistências dos estudos que sugerem serem as mulheres jovens a utilizar mais os serviços

que os homens. Além do gênero, os dados relativos a idade também corroboraram com os autores supracitados.

No que se refere à ocupação, apenas 9 pacientes encontravam-se desempregados (18%), 17 eram estudantes (34%) e 24 pacientes estavam empregados, totalizando 48%. Essa maioria estando com ocupação, revelou o horário da marcação ser uma razão para faltar a consulta no turno da manhã, já que a mesma coincidiu com seu turno de trabalho. Esses achados são confirmados por Laroque e colaboradores⁹, para os quais a maioria de sua amostra revelou serem horários similares de trabalho um fator importante para falta às consultas.

Um aspecto da acessibilidade que necessita ser aprofundado foi relacionado às barreiras socioculturais, como a escolaridade e a renda, atualmente consideradas preditores importantes de utilização de serviços de saúde na medida em que estão relacionados a maior informação e comportamentos mais saudáveis.¹⁰ Em relação à renda familiar mensal, quase a totalidade da amostra na presente pesquisa, desde que ajustada *per capita*, categorizou-se com renda entre 0 e 700 reais. Almeida⁵ reitera que em sua maioria, a renda média mensal familiar apresentou variação entre 300 e 500 reais. Já Carnut e colaboradores¹¹ citaram que 90,7% da sua amostra enquadraram-se em até dois salários mínimos, revelando assim uma homogeneidade nos dados socioeconômicos para diversos estudos, mesmo que em diversos estados brasileiros.

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos entrevistados declarou ter 1º grau (ensino fundamental) somando 21 pacientes (62%) do total de entrevistados, estando poucos nos extremos (analfabeto ou pós-graduado), dados que se assemelham aos estudos de Almeida⁵.

A periodicidade ou procura às consultas odontológicas, apresentou um índice de 68% dos entrevistados que buscaram atendimento somente em casos de dor, divergindo um pouco ao que Almeida⁵ relatou em seu estudo, em que 45,5% dos pacientes buscavam o atendimento para atendimentos de rotina e apenas 27,3% alegaram ir ao dentista só em casos de urgência/emergência. Essa diferença pode ser explicada por dois aspectos, o primeiro por questão amostral, onde a diferença se encontra por volta de 28 pacientes e o segundo pela localização de ambos os estudos, sendo um no Nordeste e o outro no Sudeste.

No que se refere ao tempo decorrido desde a marcação até a data da falta da consulta, fator que se traduz em dificuldade de marcação, houve divergência entre as duas unidades de atendimento. No CEO da IES Comunitária o quantitativo de pacientes que relatou ter tido dificuldade foi 5 (10%), já na Unidade municipal foi 14 (28%). No CEO Municipal, o intervalo de mais de 60 dias (maior intervalo de espera) ocorreu para 17 pacientes (34%). Em relação a unidade da IES Comunitária, a distribuição aconteceu de modo inverso, com 13 pacientes (26%) relatando o intervalo de até 30 dias. Quando para Borghi¹² o resultado da não dificuldade de marcação girava em torno de 83% , mostrando assim que há um grande problema da logística da sistema municipal de saúde na cidade, principalmente em se tratando do CEO Municipal.

Contudo, há que se problematizar o autocuidado na mesma perspectiva do cuidado, além disso, levar-se em conta a complexidade da realidade local como complicadora das práticas de autocuidado, aqui entendido como algo além da simples adesão ao tratamento prescrito. Pensar a não adesão na perspectiva do autocuidado e não como falta de compromisso com a saúde possibilita reconhecer o usuário como um aliado na luta pela promoção de saúde nas comunidades. Implica também em repensar a forma como o mesmo

tem sido abordado em suas necessidades de saúde, para que haja a possibilidade de corresponsabilização pelos cuidados.⁵

O abandono e o absenteísmo dos pacientes nas consultas marcadas, no serviço público, devem despertar no gestor preocupação e reflexão sobre as razões desencadeadas desse fato. Portanto, não se deve esquecer a questão do abandono do tratamento, o que possivelmente contribuiria com a ideia propagada pela mídia de ineficácia e a insuficiência dos serviços que necessariamente devem ser avaliados por meio de instrumentos adequados para tal finalidade.

3

Vale salientar que alguns motivos foram relatados apenas em uma das unidades, como exodontia do elemento com 8 (16%) relatos que ocorreram apenas na unidade municipal, o motivo para a exodontia desse elemento foi o tempo de demora para a consulta, piorando os casos de dor e aumentando a impaciência acrescentando o fato de muitas vezes, como mostrado nos resultados o paciente não chegar a receber o comunicado por parte dos agentes de saúde como bem explicitado no estudo de Almeida⁵ que argumentou o mesmo problema, porém com um índice de cerca de 95,5% do total dos entrevistados. Neste estudo, pôde-se perceber que a quantidade das faltas nas consultas odontológicas no CEO Municipal apresentou como um dos principais motivos o erro no sistema, neste artigo apresentando outro dado significativo, com 9 entrevistados (18%), relatando como falta de comunicação do agente comunitário de saúde, que deveria levar a informação da regulação (agendamento) para o usuário.

Outros motivos de falta também foram acolhidos durante as entrevistas, dentre eles, os mais relevantes foram horário com 11 entrevistados (22%), já citados a cima, e a falta de condições financeiras com 6 (12%) relatos que ocorreram apenas na Unidade da IES Comunitária. Ressalte-se que os agendamentos de usuários oriundos de outras cidades

somente acontecem nesse serviço, e não no Serviço Municipal. A pesquisa de natureza qualitativa traz a tona esses vieses, o que vem a explicar o porquê de um serviço referenciado como de ótima qualidade pelos usuários ainda ter vagas ociosas por falta de pacientes.

Em um estudo sobre o perfil sócio econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar a consultas odontológicas em um distrito do município do Rio de Janeiro, o principal fator foi o esquecimento do dia marcado para consulta, outros fatores relatados foram: horário inadequado do agendamento, trabalho, estudo e procura por tratamento odontológico particular.³

Já o absenteísmo de 18% apresentado no CEO Jequitibá, apresentado por Laroque et al⁹, mostrou-se baixo quando comparado ao encontrado por outros estudos, com variação de 30 a 45%, e pôde estar relacionado ao menor tempo de espera no início da implantação do CEO, quanto maior o tempo de espera, mais usuários procuraram por outros serviços ou desistiram do tratamento.

Para Carnut¹¹ foi feita uma análise exploratória dos dados na fase analítica do estudo e ficou evidenciado que não foi estatisticamente significativa a relação entre as variáveis independentes e o nível de satisfação do usuário. Diferença esta que foi comprovada nos serviços ora pesquisados (com $p < 0,00$).

Já para Gonçalves⁶ foi considerado a insatisfação com o cirurgião dentista e/ou Unidade de Saúde da Família motivo de faltas às consultas odontológicas segundo os usuários, apresentando um montante de 11 pacientes. O problema do setor público, em termos de saúde, tem sido justamente a falta e ou dificuldade de acesso para os tratamentos, sejam eles na atenção primária, secundária e terciária. Para os que conseguem vencer as barreiras do acesso, não se deve esquecer a questão do abandono do tratamento, o que possivelmente contribuiria com as filas e listas de espera em serviços cuja disputa já é marcante.³

Do ponto de vista gerencial, o absenteísmo 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”. Além da perda de recursos gerada no serviço de saúde pública pela ausência do usuário agendado têm também como consequências dessa prática prejuízos na continuidade da assistência e resolubilidade das demandas de saúde.^{7,13} Ressalta-se que tais conclusões são oriundas de estudos quantitativos, os quais não possuem como meta esclarecer a fundo um problema, deixando de lado como e porque o problema acontece.

A ausência do usuário agendado no serviço traduz-se por perda de recursos públicos. Contudo, os prejuízos na continuidade da assistência e na resolubilidade das demandas de saúde são também impactantes. Além disso, são consequências dessas faltas, o aumento na fila de espera e das demandas por urgência.⁵ Infelizmente as entrevistas dessa pesquisa revelaram que essa espera acarreta em mutilações e perdas dentárias injustificadas do ponto de vista da equidade e da igualdade de oportunidades no acesso aos serviços de saúde.

Outro aspecto importante que deve ser mencionado, relativo não a percepção dos usuários, mas a dos Cirurgiões Dentistas, foi o grau de dificuldade apresentado por eles na execução de procedimentos e conclusão de tratamentos odontológicos. Para 48,5% dos CD, a maior dificuldade apresentada para execução dos procedimentos clínicos foi a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, seguida por outras causas, tais como: *"Muitas faltas dos pacientes, bem como abandono do tratamento, problemas socioeconômicos e dificuldade de motivação"*; *"Poucos consultórios e baixa cobertura de Equipe de Saúde Bucal no território"*.¹⁴ Como comprovado nos dados acima coletados, as faltas recaem não por culpa dos usuários mas por um sistema de regulação que precisa ser revisto e aprimorado. A solução deve passar por diálogo entre a gestão pública e comunitária

para encarar de peito aberto os problemas listados, tal abordagem suscita a execução de um estudo de caso, aprofundando a abordagem qualitativa pincelada na presente pesquisa.

Conclusões

A análise do absenteísmo em pacientes assistidos pelo CEO de Endodontia em uma cidade do interior de Pernambuco revelou que a maioria dos entrevistados está satisfeita com o serviço prestado, apesar de ter faltado ou desistido do tratamento.

No que se refere ao perfil do paciente assistido, concluiu-se que a maioria é do sexo feminino, adultos jovens, solteiros, sem plano de saúde, com 1º grau incompleto, empregados e de baixa renda. Também foi identificado que a maioria foi ao dentista apenas quando sentiu dor e usa ônibus como meio de transporte para chegar a unidade de prestação de serviços.

Quanto às razões para o abandono, foram identificadas como principais a incompatibilidade com o horário que a consulta foi marcada e erro no sistema. Diferenças notáveis na avaliação dos serviços foram encontradas, com parâmetros de excelência para o serviço cuja gestão é realizada pela academia em relação aquele cuja gestão é feita pelo município.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica*. Brasília: SAS, 2012.
2. Costa FOC, Girardi DM, Silva MLB. Análise da Produtividade do Centro de Especialidades Odontológicas de São José/SC. *Coleção Gestão da Saúde Pública* 2013; 9:42-54.
3. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2):259-267.
4. Fernandes LA, Ribeiro PC, Loyola S, Azevedo ACC, Ribeiro MHB. Absenteísmo às consultas do centro de especialidades odontológicas de Nova Iguaçu. *Revista de Ciência & Tecnologia* 2013; 13(1):7-16.
5. Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *Cienc Odontol Bras* 2009; 12(1): 77-86.
6. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, Guerra LM, Cortelazzi KL. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20(2):449-460.
7. 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. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2011; 15(3):309-318.

8. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Revista de Odontologia da Unesp* 2013; 42(4):229-236.
9. Laroque MB, Fassa AG, Castilhos ED. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(3):421-430.
10. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu NCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(11):3115-3124.
11. Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(3):10-15.
12. Borghi GN, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *RFO UPF* 2013; 18(2): 154-159.
13. Haiter SJC. *Avaliação das faltas às consultas odontológicas no serviço de saúde: revisão de literatura*. 2014. 26 f. [TCC] (Graduação) - Curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.
14. Mendes Júnior FIR, Bandeira MAM, Tarja FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde Debate* 2015; 39(104):147-158.