

MARIO AUGUSTO GORI GOMES

FATORES ASSOCIADOS AO NÃO COMPARECIMENTO EM CONSULTAS DE
ODONTOPEDIATRIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE CURITIBA-PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Odontologia da Universidade Federal
do Paraná como requisito para obtenção do título de
Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. José Vítor Nogara Borges de
Menezes

Co-orientador: Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz

Curitiba

2015

Gomes, Mario Augusto Gori

Fatores associados ao não comparecimento em consultas de odontopediatria na atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR / Mario Augusto Gori Gomes – Curitiba, 2015.

45 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. José Vítor Nogara Borges de Menezes

Coorientador: Professor Dr. Fabian Calixto Fraiz

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Serviços de saúde bucal. 2. Pesquisa sobre serviços de saúde. 3. Atenção secundária à saúde. I. Menezes, José Vítor Nogara Borges de. II. Fraiz, Fabian Calixto. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.645

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIO AUGUSTO GORI GOMES

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

**FATORES ASSOCIADOS AO NÃO COMPARECIMENTO EM CONSULTAS
DE ODONTOPEDIATRIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA DA SECRETARIA
MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no Programa de Pós Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:

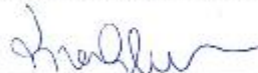
~



Prof. Dr. José Vitor Nogara Borges de Menezes
Programa de Pós-graduação em Odontologia, UFPR



Prof. Dr. Cassius Carvalho Torres-Pereira
Programa de Pós-graduação em Odontologia, UFPR



Prof. Dr. Maurc Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Departamento de Odontologia Social e Preventiva-UFMG

Curitiba, 24 de agosto de 2015.

Dedico este trabalho à minha querida esposa, amiga, companheira, cúmplice e apoiadora Maria de Lourdes Nassif e aos meus filhos Frederico e Maria Eduarda por serem a razão da minha vida, e ao meu amado pai, Mario Carvalho Gomes, cirurgião-dentista, que sempre me acompanha, mesmo não estando mais entre nós.

AGRADECIMENTOS

Há 26 anos, na minha graduação, conheci o amigo com quem dividi muitos bons momentos, agora tenho a oportunidade de tê-lo como mestre. Ao meu orientador Prof. Dr. José Vítor Nogara Borges de Menezes agradeço pela oportunidade de estar neste mestrado, pela orientação, paciência e pela amizade que continua e se fortalece.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz agradeço pela paciência com as minhas limitações e as orientações sempre tranquilas e muito ponderadas. Admiro muito sua perspicácia, objetividade e serenidade ao ensinar.

Às Professoras Doutoras Fernanda de Moraes Ferreira e Luciana Reichert da Silva Assunção Zanon pelos ensinamentos em odontopediatria e pela colaboração nesta dissertação.

Ao Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu por tão prontamente me receber em Belo Horizonte, pelo trabalho estatístico e por sua imensa colaboração neste trabalho, meu muito obrigado.

Aos professores e professoras Ângela Fernandes, Antônio Adilson Soares de Lima, Cassius Carvalho Torres-Pereira, Elaine Machado Benelli, José Miguel Amenábar Céspedes, Juliana Lucena Schussel, Maria Ângela Naval Machado, Marília Compagnoni Martins (*in memoriam*) e Nelson Rebellato agradeço pelos ensinamentos e parabenizo pelo trabalho neste programa de pós-graduação. Vocês e os professores da odontopediatria são a nova essência desta universidade, agora integrada e a serviço do mundo que a cerca. Estar entre estes mestres foi um grande privilégio. Obrigado.

Aos funcionários da Universidade Federal do Paraná, em especial à Sra. Ana Maristela Rodacki agradeço pelo trabalho que mantém esta instituição funcionando.

Ao meu novo grande amigo Fábio Marzullo Zaroni agradeço o companheirismo, os momentos de estudo e te desejo um futuro brilhante e feliz.

À minha super divertida e não menos competente amiga Giovana Solheid Gil, companheira de curso, agradeço o apoio e a sempre pronta disposição em ajudar. Muito obrigado.

À nossa líder, Jennifer Kula que despendeu seu precioso tempo nos representando. Muito obrigado pelas dicas, recomendações e esclarecimentos realizados sempre de forma tão alegre.

Aos novos amigos Aline, Andréa, Bruna, Danielle, Francine, Gisele, Guilherme, Indiara, Josi, Karina e Marta agradeço a oportunidade de compartilhar estes momentos. Levo todos no coração. Sucesso e uma vida longa e feliz para todos.

Agradeço à Universidade Federal do Paraná (UFPR), minha casa na graduação, para onde retorno depois de tanto tempo, para me oxigenar e seguir adiante.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPR agradeço pela oportunidade de realizar um sonho antigo, o de subir mais um degrau na carreira odontológica.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba agradeço imensamente o apoio do Gabinete e sua Assessoria de Tecnologia e Informação, do Centro de Educação em Saúde e seu Comitê de Ética em Pesquisa. Em especial agradeço ao Departamento de Atenção Primária à Saúde e à Coordenação de Acesso e Vínculo pela viabilização deste trabalho.

Aos meus colegas na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba agradeço pela paciência e ajuda neste período atribulado. Aos amigos Paulo Poli, Ingrid Lowen, Adriane Wollmann, Wellington Zaitter, Claudine Esmaniotto e Maraceli Nicolini meu muito obrigado. Obrigado Carla da Ros por me apoiar e ser sempre uma amiga compreensiva. Sua dedicação e trabalho pela saúde de Curitiba são inspiradores.

“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso. Amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade”.

Paulo Freire

RESUMO

Faltas às consultas apresentam grande impacto econômico, social e administrativo na gestão de serviços públicos de saúde. Esta pesquisa teve como objetivo estudar os fatores associados ao não comparecimento às primeiras consultas de pacientes infantis em serviço de atenção secundária odontológica da Prefeitura Municipal de Curitiba, Brasil. Foi realizado um estudo transversal com dados secundários obtidos a partir do sistema de prontuário eletrônico de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba envolvendo a totalidade das crianças (0 a 12 anos) referenciadas aos centros de atenção odontológica secundária nos anos de 2010 a 2013. Os dados foram avaliados através dos testes de quiquadrado de Pearson e quiquadrado de tendência linear ($\alpha=0,05$). Foram construídos modelos de regressão logística binária onde variáveis independentes com valor de $p<0,25$ foram incluídas, sendo estimadas as OR brutas e ajustadas. Foram analisados os dados de 1663 crianças, sendo a prevalência de não comparecimento às primeiras consultas de 28,3%. As variáveis que estiveram associadas com o não comparecimento na análise inferencial ($p<0,05$) e no modelo final foram o Distrito Sanitário de origem do paciente e o tempo de espera em fila virtual. O aumento de um dia de espera, aumentou em 0,3% a chance de não comparecimento da criança à primeira consulta com o odontopediatra. Fatores geodemográficos e aqueles relacionados à organização do serviço, em especial o tempo de espera em fila virtual, devem ser considerados no planejamento estratégico de serviços de saúde, pois podem influenciar o comparecimento de pacientes infantis em serviço de atenção secundária em odontopediatria.

Palavras-chave: Serviços de saúde bucal, pesquisa sobre serviços de saúde, atenção secundária à saúde.

ABSTRACT

Missed appointments have great economic, social and administrative impact on the management of public health services. This research aimed to study factors associated with non-attendance to the first consultations of pediatric patients in dental referral service of the City of Curitiba, Brazil. A cross-sectional study was performed using secondary data obtained from the electronic health record of the Curitiba Municipal Health Department. The study included all children (0-12 years) referred to specialized dental clinics for pediatric dentistry specialty in the years 2010 to 2013. Data were evaluated by the chi-square test and Pearson linear trend chi-square ($\alpha = 0.05$). Binary logistic regression models were built where independent variables with $p < 0.25$ were included, and estimated the crude and adjusted OR. Data from 1663 children were assessed and the prevalence of non-attendance to the first consultation was 28.3%. The variables that were associated with the non-attendance in inferential analysis ($p < 0.05$) and in the final model were the patient Health District and the waiting time in virtual queue. The increase of one day of waiting increased by 0.3% the chance of the child not attending the first appointment with the dentist. Geodemographic factors and those related to the service organization, especially the waiting time in virtual queue, should be considered in the strategic planning of health services as they may influence the attendance of pediatric patients in secondary dental referral service.

Key words: Dental health services, health services research, secondary care.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS DE ACORDO COM O COMPARECIMENTO À CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE CURITIBA E EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS, CURITIBA, BRASIL. (2010 a 2013) (n=1663). 24
- TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS DE ACORDO COM O DISTRITO SANITÁRIO DE ORIGEM ASSOCIADO AO COMPARECIMENTO À CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA NOS CEO'S DE CURITIBA, CURITIBA, BRASIL (2010 a 2013) (n=1663). 26
- TABELA 3 – ANÁLISE DESCRITIVA DO TEMPO DE ESPERA APÓS AGENDAMENTO NOS CEO'S DE ACORDO COM O COMPARECIMENTO, CURITIBA, BRASIL (2010 a 2013) (n=1663). .28
- TABELA 4 – TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE CURITIBA DE ACORDO COM OS ANOS DE 2010 A 2013, CURITIBA, BRASIL, (n=1663).28
- TABELA 5 – FATORES ASSOCIADOS AO NÃO COMPARECIMENTO ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS DE ODONTOPEDIATRIA INCLUÍDOS NO MODELO FINAL, CURITIBA, BRASIL, 2010 A 2013, N=1663.30

LISTA DE SIGLAS

CEO –	Centro de Especialidades Odontológicas
CMC –	Central de Marcação de Consultas
ESF –	Estratégia Saúde da Família
OR -	Razão de chances
SMS –	Secretaria Municipal da Saúde
SPSS -	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade básica de saúde
UFPR -	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	OBJETIVO	15
3.	REVISÃO DE LITERATURA	16
	3.1 Histórico local	16
	3.2 Dinâmica do encaminhamento à Atenção Secundária	16
	3.3 Fatores do paciente relacionados ao não comparecimento	17
	3.4 Fatores dos serviços relacionados ao não comparecimento	18
	3.5 Ações para redução do não comparecimento	20
4.	MATERIAL E MÉTODOS	22
	4.1 Caracterizações do universo e campo de estudo	22
	4.2 Coleta de dados	22
	4.3 Critérios de inclusão e exclusão	23
	4.4 Variáveis estudadas	23
	4.5 Métodos estatísticos	24
	4.6 Aspectos éticos	25
5.	RESULTADOS	26
6.	DISCUSSÃO	33
7.	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

Quando um paciente é agendado para um atendimento odontológico em atenção secundária, o não comparecimento à consulta consome um recurso que já é escasso e torna o sistema ineficiente. O atraso no tratamento do paciente que não compareceu, ou de outros pacientes que poderiam ter aproveitado a vaga, o recurso despendido com todo o sistema criado e mantido por recursos públicos são evidentes (WHEAR et al., 2013).

No Brasil o serviço de atenção odontológica é organizado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema se propõe universal para atender a todos os indivíduos sem distinção de raça, credo, origem ou condição socioeconômica. Pretende tratar a todos com equidade oportunizando o acesso e a destinação de recursos de acordo com as necessidades de cada pessoa ou comunidade respeitando sempre as diferenças em favor daqueles que mais necessitam de atenção. Tem ainda como princípio fundamental a integralidade que é entendida como a saúde tratada em todos os seus níveis de atenção para que o indivíduo alcance o bem estar efetivo. De acordo com o relatório da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010, 18% das crianças aos 12 anos de idade no Brasil nunca foram ao dentista. Nesta mesma pesquisa 34,8% relataram ter algum tipo de impacto em sua saúde bucal como: comer, incômodo para escovar os dentes, irritação, nervosismo e vergonha de sorrir, além de 24,6% relatar ter sentido dor nos últimos 6 meses.

Frente a esta situação o sistema tem buscado organizar-se para que todas as necessidades de saúde, de todos os indivíduos, sejam atendidas. Em que pese todas as dificuldades enfrentadas, como financiamento, administração e as agendas sociais, o SUS oferece o serviço de atenção odontológica com um sistema de referenciamento às especialidades (GOES et al., 2012).

Apesar da aparente simplicidade deste fluxo de agendamento de consultas, muitos são os problemas observados para que tudo funcione com a esperada regularidade e eficiência (CHAVES et al., 2012). Quando pacientes são encaminhados ao atendimento odontológico especializado todo um sistema é mobilizado para que as vagas estejam disponíveis aos profissionais encaminhadores e serviços são criados para receber pacientes com demandas especializadas. Situações como demanda superior ao número de vagas, sistemas informatizados

burocratizados e falíveis e critérios de encaminhamento não respeitados são comumente observados (RODRIGUES et al., 2013).

Paralelamente, os anseios e dificuldades enfrentados pelos próprios pacientes ou responsáveis são desconsiderados. Surgem temas como: barreiras geográficas (GEORGE et al., 2007) e sociais ou psicológicas (LACY et al., 2004; HALLBERG et al., 2007) de acesso (HARRINGTON et al., 2013), impossibilidade de ausentar-se da escola ou do trabalho, comorbidades (ZAITTER et al., 2009) entre outros. Quando o serviço adequa suas funções às necessidades dos usuários as diferenças demográficas ou inerentes ao paciente (sexo, etnia, língua, idade ou forma de pagamento) não têm influência sobre o não comparecimento às consultas pré-agendadas. A falha no sistema de agendamento não pode ser explicada por questões do paciente, mas sim por problemas de comunicação da própria organização que presta o serviço (HERTZ e STAMPS, 1977).

O não comparecimento a consultas odontológicas é característico de crianças com maior experiência de cárie, maior atividade de cárie e maior necessidade de consultas para concluir seu tratamento odontológico (WANG e ASPELUND, 2009). Crianças de 5 anos de idade com histórico de faltas às consultas, com problemas de comportamento na consulta odontológica, ansiosas e com pais que evitam levar seus filhos ao dentista têm maior risco de cárie dental (WIGEN et al., 2009).

O tempo de espera entre o agendamento e a consulta tem se mostrado altamente relacionado com o não comparecimento (MACHADO et al., 2015), (CRONIN et al., 2013), (ROSS et al., 1993), (HARRINGTON et al., 2013) e (McMULLEN e NETLAND, 2015), mas não foi estudado com crianças na atenção odontológica secundária.

Os dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Curitiba, considerando todas as consultas agendadas (iniciais e subsequentes), apresentaram percentual de não comparecimento de 43,84 % e 50,20 % na especialidade de odontopediatria nos anos de 2012 e 2013, respectivamente (Relatórios do Sistema e-Saude, SMS 2013). Este levantamento por si só já aponta para a necessidade de estudo do tema. É importante salientar que o tempo médio de espera, em fila virtual, é atualmente de 4 meses e 28 dias (Relatório da CMC, SMS 2013).

2. OBJETIVO

Avaliar os fatores associados ao não comparecimento de pacientes odontológicos infantis às suas primeiras consultas pré-agendadas em serviços de atenção secundária na cidade de Curitiba-PR, Brasil.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Histórico local

Em Curitiba - PR a atenção odontológica da Prefeitura Municipal foi criada em 1964. Desde o seu início, com os primeiros serviços odontológicos implantados em Centros Sociais Urbanos, passando pelas duas primeiras unidades nas Escolas Municipais Herley Mehl no bairro Pilarzinho e Omar Sabbag no bairro Cajuru, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) trilhou um longo percurso até chegar à atual rede de unidades de saúde com clínicas odontológicas distribuídas pela cidade. Além do crescimento em infraestrutura, diversas foram as tecnologias e políticas de saúde adotadas ou criadas para acompanhar a evolução do serviço e atender as necessidades dos cidadãos (GEVAERD e GUGISCH, 2002). Também os sistemas de informação evoluíram na tentativa de acompanhar o serviço e as novas tecnologias disponíveis, passando de um registro manual guardado apenas nas unidades de saúde para um complexo sistema informatizado (CAMARGO et al., 2002). Atualmente a SMS conta com 109 unidades básicas de saúde sendo 108 com atendimento odontológico além de dois CEO que oferecem atendimento especializado em endodontia, cirurgia oral menor, radiologia periapical, periodontia, estomatologia, prótese total, atendimento a pessoas com necessidades especiais e odontopediatria aos pacientes encaminhados pelos dentistas de todas as unidades de saúde.

3.2 Dinâmica do encaminhamento à Atenção Secundária

O cadastro dos domicílios, o prontuário do paciente, o encaminhamento às especialidades, além de outros sistemas são, em Curitiba, informatizados e disponibilizados ao serviço através de um portal de internet. Especificamente o encaminhamento às especialidades médicas e odontológicas é realizado pela Central de Marcação de Consultas (CMC) que controla as agendas de todos os

profissionais da rede de atenção, sejam eles próprios ou de serviços credenciados ao SUS. A porta de entrada no sistema é a unidade básica de saúde. Sendo assim, o dentista, percebendo a necessidade de atendimento especializado do seu paciente, agenda ou solicita agendamento através da CMC. O paciente deverá comparecer ao CEO na data e horário estipulados.

O tempo médio de espera, em fila virtual, para a especialidade de odontopediatria é atualmente de 4 meses e 28 dias (Relatório da CMC, SMS 2013). A espera nos CEO's de Curitiba apresentaram percentual de não comparecimento de 43,84 % em 2012 e 50,20 % em 2013 na especialidade de odontopediatria. Foram aqui consideradas todas as consultas agendadas, iniciais ou subsequentes (Relatórios do Sistema e-Saúde, SMS 2013).

3.3 Fatores do paciente relacionados ao não comparecimento

As causas do não comparecimento têm sido estudadas sob diversos aspectos e pontos de vista. Em todas as áreas da saúde parece haver mais pesquisa quanto aos aspectos do paciente, sendo as questões relativas ao serviço menos exploradas. A maioria aponta homens jovens como mais propensos a não comparecer quando a questão é gênero (MACHADO et al., 2015), (AWARTANI, 2003), (LALOO e McDONALD, 2013) e (LISTL et al., 2014).

ALMOZNINO et al. (2015) afirmaram que o comparecimento ao tratamento odontológico está relacionado com um efeito protetor da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

O não comparecimento a consultas odontológicas também é característico de crianças com maior experiência de cárie, maior atividade de cárie e maior necessidade de consultas para concluir seu tratamento odontológico (WANG e ASPELUND, 2009). Crianças de 5 anos de idade com histórico de faltas às consultas, com problemas de comportamento na consulta odontológica, ansiosas e com pais que evitam levar seus filhos ao dentista têm maior risco de cárie dental (WIGEN et al., 2009).

Alguns estudos demonstram que o comparecimento à consulta odontológica pode não estar relacionado com fatores sociais e demográficos, mas com a quebra de comunicação por parte da instituição de saúde (HERTZ e STAMPS, 1977) ou pela falta de confiança no sistema de saúde (HALLBERG et al., 2007).

Uma justificativa comum relatada pelos pacientes, para o não comparecimento é o trabalho. Tanto o próprio paciente quanto os pais ou responsáveis pelo paciente infantil apresentam este problema como impeditivo para comparecer às consultas odontológicas (ZAITTER et al., 2009), (GONÇALVES et al., 2015).

Ainda são citados pelos pacientes o esquecimento, doenças, mudança de endereço, fatores emocionais, desrespeito por parte da equipe de saúde, horários de consultas inadequados, transporte indisponível, não entendimento do sistema de agendamento, falta de tempo e falta de tratamento integral na rede que acessa (ZAITTER et al., 2009), (GONÇALVES et al., 2014), (LACY et al., 2004), (ALBARAKATI, 2009), (GEORGE et al., 2007).

As variáveis socioeconômicas, como renda e escolaridade podem estar associadas (LISTL et al., 2014) mas não são observadas em todos os estudos (ROSS et al., 1993), (WANG e ASPELUND, 2009).

De acordo com LALLO e McDONALD (2013), avaliando serviço na Austrália, observou-se que pacientes que são dependentes do setor público tendem a não comparecer 2,3 vezes mais que do setor privado de saúde. Este fato pode estar relacionado com o receio de receber multas ou taxas financeiras extras pelo não comparecimento que são impostas por seguros de saúde privados em alguns países (CRONIN et al., 2013).

Ter tido dor nos últimos 6 meses, ter recebido orientações sobre prevenção e maior escolaridade da mãe, foram citados como motivo para comparecer ao dentista (CAMARGO et al., 2012).

3.4 Fatores dos serviços relacionados ao não comparecimento

Avaliações da atenção secundária em odontologia têm demonstrado falhas de desempenho no que se refere ao atingimento de metas estipuladas pelo Ministério da Saúde. A maioria dos CEO's, de acordo com GOES et al. (2012) teve dificuldade para cumprir metas de quantidade de procedimentos propostas pelo Ministério da Saúde. FIGUEIREDO e GOES (2009), avaliando a produtividade de 22 CEO's demonstraram que 40,9% destes tiveram um bom desempenho, enquanto 31,8% tiveram um desempenho ruim. A integralidade da atenção não está na dependência apenas da criação de centros de especialidade. Características geográficas de acesso, tipo de agendamento ofertado, e estrutura de atenção básica podem afetar o serviço especializado. Não se recomenda implantação de CEO's em municípios onde a atenção básica é deficiente. A procura direta ao serviço especializado por parte dos pacientes e a realização de procedimentos básicos nos CEO's podem descaracterizar o centro de especialidades (CHAVES et al., 2010).

O modelo de organização da atenção primária, se unidade básica de saúde convencional (UBS) ou unidade de estratégia de saúde da família (ESF) não demonstra diferença estatística no percentual de faltas na consulta inicial, no abandono do tratamento e na resolutividade da especialidade (BULGARELI et al., 2013). Quando realizado um confronto entre oferta e utilização das especialidades odontológicas nota-se uma subutilização por problemas de gestão, falta de clareza nos padrões e metas propostos e um constante não comparecimento dos pacientes que não são substituídos a tempo (CHAVES et al., 2011). Em muitos municípios há pouca interface entre os níveis de atenção. Mais de 80% dos pacientes não retornaram com contra-referência para as unidades de saúde básicas, ou seja, com informações sobre o atendimento especializado (CHAVES et al., 2012).

O agendamento dos pacientes pode variar entre os serviços no que se refere ao tempo de espera decorrido entre o momento da marcação da consulta e o atendimento realizado pelo especialista. Este fator, sempre que estudado, foi relacionado com o não comparecimento. Quanto maior o tempo de espera em lista ou fila virtual maior o não comparecimento (MACHADO et al., 2015, CRONIN et al., 2013, ROSS et al., 1993, HARRINGTON et al., 2013, McMULLEN e NETLAND, 2015).

3.5 Ações para redução do não comparecimento

Diversas alternativas foram estudadas como estratégia de redução do não comparecimento. A prática de telefonar antes do dia da consulta para confirmar ou lembrar o paciente, o uso de mensagens de texto por telefone, carta ou *e-mail*, tiveram efeito positivo sobre o problema (MOLFENTER, 2013, PERRON et al., 2010, CHRISTENSEN et al., 2001), ou não reduziram os não comparecimentos mas aumentaram os cancelamentos de consulta (ROSS et al., 1993).

Medidas corretivas já foram adotadas pela SMS na tentativa de otimizar as vagas disponíveis na CMC. Quando as vagas são liberadas a unidade de origem do paciente é informada. Um agente comunitário de saúde é acionado para contatar o paciente e confirmar o seu comparecimento. Caso o paciente comunique que não pretende comparecer, a vaga é liberada e a CMC coloca o paciente seguinte naquela consulta. O processo se repete e um paciente é encaminhado. As especialidades mais demandadas já passaram por revisões das filas, chamadas de “qualificação da fila”. Consiste na verificação de cada caso com o objetivo de confirmar o interesse do paciente em aguardar pela consulta especializada. Ao mesmo tempo são feitas avaliações clínicas pelos dentistas encaminhadores para determinar se o caso em questão pode esperar ou se a consulta não é mais necessária. Diversas situações podem se apresentar. O paciente pode ter buscado tratamento em outro serviço, o dente que seria tratado pode ter sido perdido, o paciente revela que, de fato, não queria ter sido encaminhado, além de outros motivos. Esta iniciativa foi capaz de reduzir significativamente o número de pessoas em fila, mas os não comparecimentos continuaram acontecendo. Fatores como trabalho, falta de transporte, adoecimento, desinteresse e esquecimento foram citados (ZAITTER et al., 2009).

A utilização da técnica de “*overbooking*” já foi testada em serviços privados na busca por compensações financeiras decorrentes do não comparecimento (BERG et al., 2013) e avaliada por simulação em serviço do SUS (OLESKOVICZ et al., 2014) apontando, segundo os autores, para ganhos expressivos de eficiência aumentando os atendimentos naquele serviço.

No serviço privado RICE e LUTZKER (1984), compararam grupos onde havia recompensa financeira (gratuidade de consulta de retorno, valor reduzido para a consulta de retorno) com um grupo que recebeu um cartão de retorno modificado e um grupo controle. Concluíram que os incentivos financeiros geraram maior comparecimento e o valor de consulta reduzida gerou a melhor receita financeira.

Um sistema de agendamento via portal de *internet* com envio automático de *e-mail* de confirmação foi capaz de reduzir o não comparecimento em 39% (HORVATH et al. 2011). Outro sistema automatizado de confirmação de consultas teve efeito significativo, reduzindo de 23,42% para 19,17% o não comparecimento (ALMOG et al., 2003).

4. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo analítico transversal por método quantitativo.

4.1 Caracterizações do universo e campo de estudo

O município de Curitiba, de acordo com o censo de 2010, tem uma população de 1.751.907 habitantes, é a capital do estado do Paraná, localizado na região sul do Brasil (IBGE, 2010). O sistema público de saúde é gerido pela SMS que é subdividida em 9 distritos sanitários e 108 unidades básicas de saúde com odontologia. Possui ainda dois CEO's para onde são encaminhados os casos que necessitam de atendimento especializado nas áreas de endodontia, cirurgia oral menor, radiologia periapical, periodontia, estomatologia, prótese total, atendimento a pessoas com necessidades especiais e odontopediatria. O CEO Rosário fica localizado no centro da cidade e o CEO Sylvio Gevaerd localiza-se no bairro Portão. Cada um deles possui dois odontopediatras (SMS, relatório gerencial, 2013).

Os pacientes acessam as especialidades odontológicas através de um primeiro atendimento na unidade básica de saúde com dentistas que realizam a atenção primária e, em caso de necessidade, encaminham de acordo com protocolos fornecidos pela SMS. O agendamento para as especialidades é feito através da CMC que coloca os pacientes em uma fila de espera virtual para a especialidade solicitada pelo dentista encaminhador. A CMC obedece a uma ordem cronológica de inserção na fila e libera as consultas de acordo com a disponibilidade de vagas. Se a vaga está disponível no momento do agendamento o paciente já sai da unidade de saúde com a data e horário da consulta com o especialista. Se houver fila de espera a unidade de saúde avisará posteriormente o paciente.

4.2 Coleta de dados

Foram obtidos relatórios por pesquisa em banco de dados específicos para esta finalidade, fornecidos pela Assessoria de Tecnologia da Informação que é ligada à Superintendência da SMS Curitiba, referentes às consultas de odontopediatria agendadas pela CMC para os CEO's. Estes relatórios foram utilizados para criação de uma planilha de dados (Microsoft Excel 2010, Microsoft Corp.). Esta planilha foi revisada em busca de inconsistências e dados incompletos. Os dados faltantes foram buscados nos cadastros de domicílios, nos prontuários dos pacientes e de suas mães.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram analisados dados referentes aos encaminhamentos de crianças de 0 a 12 anos de idade, de unidades básicas de saúde da SMS Curitiba para o serviço de atenção secundária de odontopediatria dos dois CEO's do município, no período de 2010 a 2013. Os relatórios informaram um total de 2307 agendamentos de consultas. Deste total foram excluídas as consultas de retorno e quando o paciente foi encaminhado mais de uma vez, restando 1663 primeiras consultas. Desta forma cada paciente aparece uma única vez na amostra. O sistema informatizado da SMS Curitiba registra o resultado de cada atendimento com as opções: compareceu, reagendou, cancelou e não compareceu.

Foram ainda coletadas informações sociodemográficas que estavam nos prontuários ou cadastros dos pacientes ou das mães.

4.4 Variáveis estudadas

As primeiras consultas diferentes de "compareceu" foram consideradas "não comparecimento" (CHRISTENSEN et al., 2001). O não comparecimento às primeiras consultas de odontopediatria foi considerada a variável dependente, dicotomizada da seguinte forma:

- ‘Compareceu a consulta’ ou ‘Não Compareceu a consulta’

Foram consideradas variáveis independentes:

- Idade: em anos;
- Sexo: ‘masculino’ ou ‘feminino’;
- Escolaridade da mãe: ‘até 8 anos de instrução formal’ ou ‘mais de 8 anos de instrução formal’;
- Situação conjugal da mãe: ‘com companheiro’ ou ‘sem companheiro’;
- Tipo de residência: ‘alvenaria’ ou ‘outros’;
- Abastecimento de água: ‘com abastecimento público’ ou ‘outro’;
- Energia elétrica: ‘com energia elétrica’ ou ‘sem energia elétrica’;
- Distrito sanitário de origem do paciente: obtido a partir da unidade de saúde de origem;
- Tipo de unidade de saúde: ‘básica convencional’ ou com ‘ESF’;
- Participação em programas na unidade de saúde: ‘sim’ ou ‘não’;
- Existência de outro familiar da criança que já realizou tratamento odontológico: ‘sim’ ou ‘não’;
- Criança cadastrada como escolar: ‘sim’ ou ‘não’;
- Faltas a consultas básicas no nível primário de atenção: ‘sim’ ou ‘não’;
- Ano da consulta: ‘2010’, ‘2011’, ‘2012’ ou ‘2013’;
- Tempo de espera em fila virtual (não presencial): obtido pela diferença entre as datas do agendamento e da consulta. O tempo de espera foi então categorizado em faixas para que fosse possível perceber a sua evolução através dos anos pesquisados. Esta variável foi dividida em: até 1 mês, de 1 a 3 meses e mais que 3 meses de espera para a consulta com o odontopediatra. Foi também utilizado em ‘dias’ para a análise da regressão logística.

4.5 Métodos estatísticos

A compilação, organização e codificação dos dados foi feita em planilhas MS Excel 2013 (Microsoft Corporation, USA). Para a análise estatística utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, USA), versão 20.0.

Foi realizada uma análise inferencial dos dados para avaliar a associação entre a variável principal e as variáveis independentes. O Teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar as variáveis categóricas. O Teste Qui-Quadrado de Tendência Linear para variável categórica mas com relação de linearidade. Variável quantitativa foi avaliada através do Teste Mann-Whitney. Em todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5%.

Foram construídos modelos de regressão logística binária, sendo estimadas as OR (Razão de Chances) brutas e ajustadas com intervalo de confiança de 95%. Variáveis independentes com valor de $p < 0,25$ foram incluídas. O método Backward de Wald foi utilizado para seleção do modelo final. Foram mantidas no modelo final variáveis independentes que se mantiveram com associação significativa ($p < 0,05$) depois de ajustadas. O teste de Hosmer e Lemeshow foi utilizado para avaliação da adequação do modelo final.

4.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e aprovado pelo parecer nº 557.545. Foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e aprovado pelo parecer nº 571.778. A pesquisa foi dispensada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por ser realizada apenas com dados secundários e pela inexistência de risco direto ou de constrangimento aos participantes da pesquisa.

5. RESULTADOS

Os relatórios informaram um total de 2307 agendamentos de consultas. Deste total foram excluídas as consultas de retorno e quando o paciente foi encaminhado mais de uma vez, restando 1663 primeiras consultas no período 2010 a 2013.

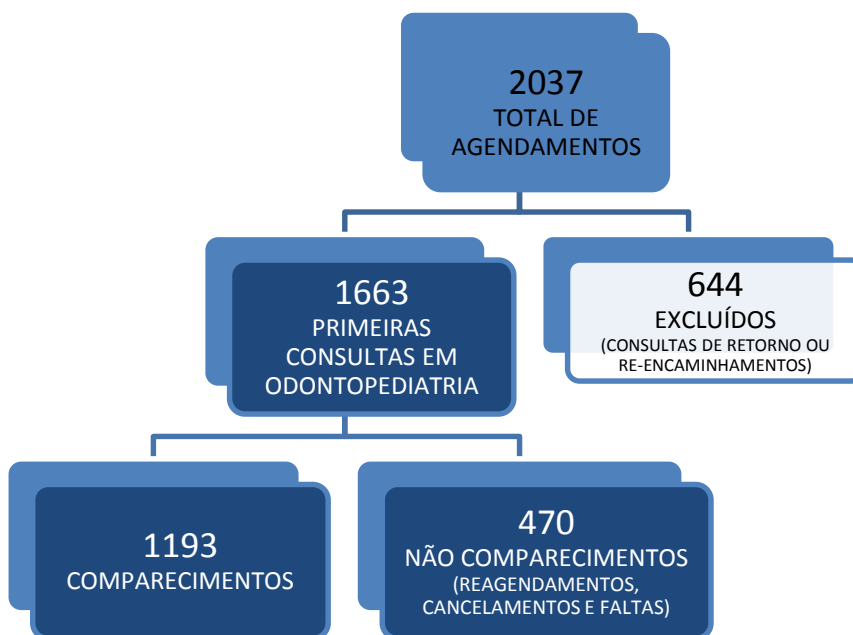


FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA AMOSTRA UTILIZADA

A prevalência de não comparecimento às primeiras consultas foi de 28,3%. Mostraram-se associadas significativamente ao não comparecimento ($p < 0,05$) as variáveis: o ano da consulta agendada com o odontopediatra, o tempo de espera em fila virtual (Tabela 1) e o distrito sanitário de origem do paciente (Tabela 2).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS DE ACORDO COM O COMPARECIMENTO À CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE CURITIBA E EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS, CURITIBA, BRASIL. (2010 a 2013) (n=1663)

VARIÁVEL	Comparecimento			P valor	
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (100%)		
Gênero	masculino	236 (26,9)	642 (73,1)	878	0,185*
	feminino	234 (29,8)	551 (70,2)		
Faltas prévias na odontologia US	sim	70 (31,5)	152 (68,5)	222	0,245*
	não	400 (27,8)	1041 (72,2)	1441	
Tipo de habitação	alvenaria	408 (28,9)	1002 (71,1)	1410	0,150*
	outros	62 (24,5)	191 (75,5)	253	
Abastecimento de água	rede pública	465 (28,3)	1180 (71,7)	1645	0,963*
	outros	5 (27,8)	13 (72,2)	18	
Tempo de espera em meses	até 1 mês	98 (22,2)	344 (77,8)	442	<0,001**
	de 1 a 3 meses	94 (23,7)	302(76,3)	396	
	mais que 3 meses	278 (33,7)	547 (66,3)	825	
Ano da consulta	2010	92 (22,1)	324 (77,9)	416	0,001*
	2011	67 (28,2)	171 (71,8)	238	
	2012	160 (30,0)	374 (70,0)	534	
	2013	151 (31,8)	324 (68,2)	475	
Residência com energia elétrica	sim	451 (28,4)	113 (71,6)	1588	0,564*
	não	19 (25,3)	56 (74,7)	75	
Frequenta escola	sim	39 (27,9)	101 (72,1)	140	0,911*
	não	431 (28,3)	1092 (71,7)	1523	
Situação conjugal da mãe	com companheiro	251 (28,5)	629 (71,5)	880	0,991*
	sem companheiro	157 (28,5)	394 (71,5)	551	
Escolaridade da mãe	até 8 anos	214 (28,3)	543 (71,7)	757	0,983*
	mais de 8 anos	201 (28,1)	514 (71,9)	715	
ESF	sim	206 (26,2)	580 (73,8)	786	0,078*
	não	264 (30,1)	613 (69,9)	877	
Participação em Grupo comunitário	sim	146 (29,1)	355 (70,9)	501	0,601*
	não	324 (27,9)	838 (72,1)	1162	

Nota: * Teste Qui-quadrado de Pearson, ** Teste qui-quadrado com tendência linear; Valores estatisticamente significantes destacados em negrito; ESF = Unidade de saúde com estratégia saúde da família

Entre os distritos sanitários observou-se o melhor comparecimento no distrito Santa Felicidade (92%). A seguir os distritos Bairro Novo, Portão e Boa Vista com mais de 80%. Distritos Pinheirinho e Cajuru acima de 70%, CIC com 64%, Boqueirão com 54% e o distrito Matriz com apenas 28% de comparecimento.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS DE ACORDO COM O DISTRITO SANITÁRIO DE ORIGEM ASSOCIADO AO COMPARECIMENTO À CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA NOS CEO DE CURITIBA, CURITIBA, BRASIL. (2010 a 2013) (n=1663)

VARIÁVEL	Comparecimento			
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (100%)	
Distritos Sanitários	Cajuru	56 (26,9)	152 (73,1)	208
	Boa Vista	40 (19,0)	170 (81,0)	210
	Sta. Felicidade	9 (8,0)	103 (92,0)	112
	Matriz	5 (71,4)	2 (28,6)	7
	Portão	38 (19,5)	157 (80,5)	195
	Boqueirão	133 (45,7)	158 (54,3)	291
	Pinheirinho	69 (29,6)	164 (70,4)	233
	CIC	93 (35,9)	166 (64,1)	259
	Bairro Novo	27 (18,2)	121 (81,8)	148

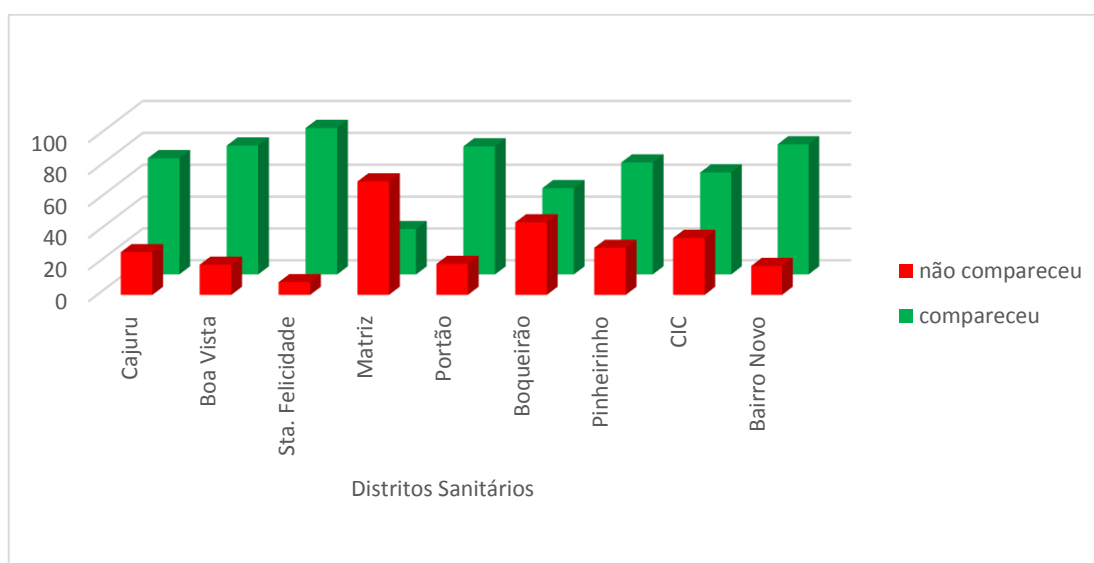


GRAFICO 1 – PERCENTUAL DE COMPARECIMENTOS ÀS CONSULTAS DE ODONTOPEDIATRIA POR DISTRITO SANITÁRIO EM CURITIBA, 2010 A 2013

FONTE: RELATÓRIOS SMS, 2014



FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÃO COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS DE ODONTOPEDIATRIA POR DISTRITO SANITÁRIO NA SMS CURITIBA, 2010 A 2013.

O tempo de espera foi objeto de uma análise mais detalhada onde se pode observar que os pacientes aguardaram até 14,03 meses para consultar com o odontopediatra. As médias de tempo de espera para os pacientes que compareceram e para os que não compareceram foram 3,24 meses (DP = 0,08) e 3,86 meses (DP = 0,12) respectivamente. As medianas foram: 2,57 meses para os pacientes que compareceram e 4,2 meses para os que não compareceram, apresentando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 3).

TABELA 3 – ANÁLISE DESCRITIVA DO TEMPO DE ESPERA APÓS AGENDAMENTO NOS CEO'S DE ACORDO COM O COMPARECIMENTO, CURITIBA, BRASIL (2010 a 2013) (n=1663)

VARIÁVEL	Comparecimento						P valor*
	Não			Sim			
	Média (DP)	Mediana	Min-máx.	Média (DP)	Mediana	Min-máx.	
Tempo de espera em meses	3,86 (0,12)	4,2	0,00 – 10,53	3,24 (0,08)	2,57	0,00 – 14,03	<0,001

Nota: * Teste Mann-Whitney

O tempo de espera de acordo com o ano da consulta agendada apresentou-se em 2010 com 55,0% das crianças aguardando até um mês para a consulta. Em 2011 o maior tempo de espera foi de 1 a 3 meses com 51,3%. Em 2012 65,4% dos pacientes já aguardavam mais que 3 meses e em 2013 75,8% das crianças ficaram mais que 3 meses em fila de espera (Tabela 4).

TABELA 4 – TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE CURITIBA DE ACORDO COM OS ANOS DE 2010 A 2013, CURITIBA, BRASIL, (n=1663).

		Ano da consulta de Odontopediatria				P valor*
		2010 n(%)	2011 n(%)	2012 n(%)	2013 n(%)	
Tempo de espera	até 1 mês	229 (55,0)	68 (28,6)	95 (17,8)	50 (10,5)	<0,001
	de 1 a 3 meses	119 (28,6)	122 (51,3)	90 (16,9)	65 (13,7)	
	mais que 3 meses	68 (16,3)	48 (20,2)	349 (65,4)	360 (75,8)	
Total n (100%)		416	238	534	475	

Nota: * Teste Qui-quadrado de tendência linear

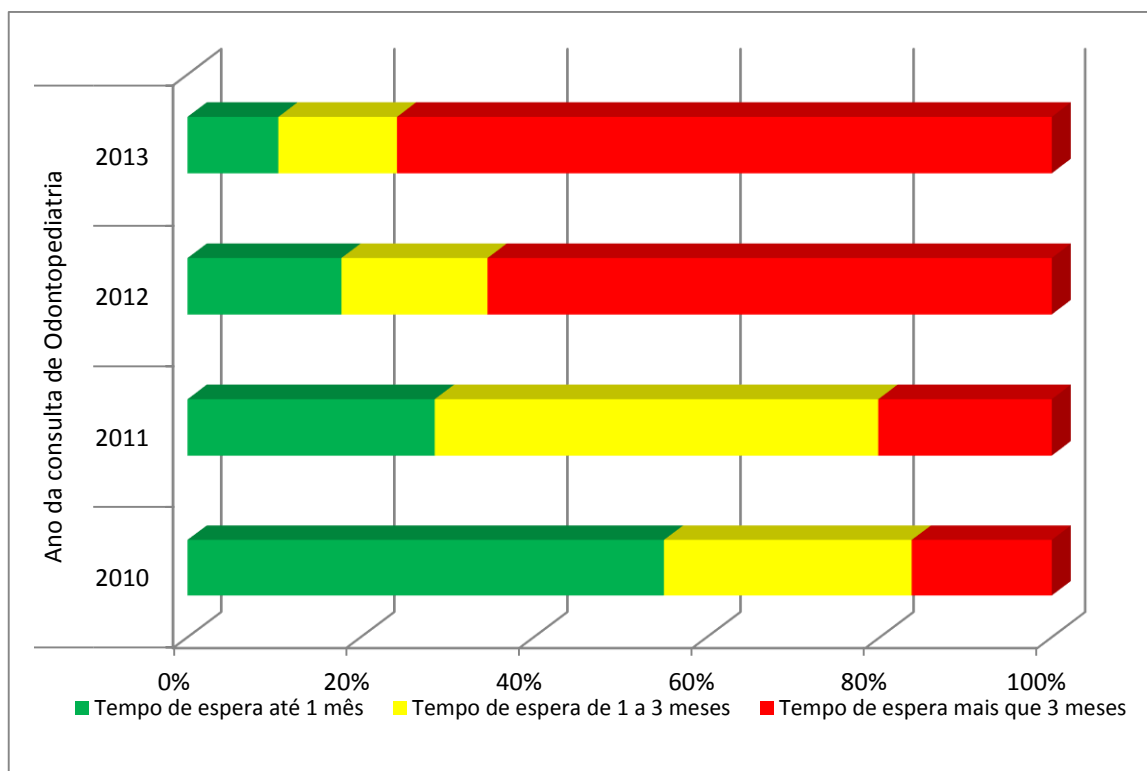


GRAFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAS DE ODONTOPEDIATRIA POR ANO, 2010 A 2013.

FONTE: RELATÓRIOS SMS, 2014

Após a regressão logística continuaram relacionadas ao não comparecimento o tempo de espera e o distrito sanitário de origem do paciente. Quando comparados com o Distrito Sanitário Santa Felicidade, houve maior chance de não comparecimento em todos os demais distritos. O tempo de espera mostrou-se muito significativo, pois o aumento de um dia de espera, aumenta em 0,3% a chance de não comparecimento da criança à consulta com o odontopediatra. O teste de Hosmer e Lemeshow indicou que o modelo apresenta-se adequado com valor $p=0,086$ (Tabela 5).

TABELA 5 – FATORES ASSOCIADOS AO NÃO COMPARECIMENTO ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS DE ODONTOPEDIATRIA INCLUÍDOS NO MODELO FINAL, CURITIBA, BRASIL, 2010 A 2013, N=1663.

VARIÁVEIS	Comparecimento		OR bruta (CI 95%)	P valor	OR ajustada (CI 95%)	P valor	
	Não n (%)	Sim n (%)					
Santa Felicidade	9 (8,0)	103 (92,0)	1		1		
Boa Vista	40 (19,0)	170 (81,0)	2,693 (1,255-5,778)	0,011	2,652 (1,233-5,702)	0,013	
Cajuru	56 (26,9)	152 (73,1)	4,216 (1,998-8,899)	<0,001	4,190 (1,981-8,864)	<0,001	
Matriz	5 (71,4)	2 (28,6)	28,611 (4,846-168,933)	<0,001	28,898 (4,846-172,338)	<0,001	
Distritos Sanitários	Portão	38 (19,5)	157 (80,5)	2,770 (1,285-5,970)	0,009	2,529 (1,170-5,469)	0,018
	Boqueirão	133 (45,7)	158 (54,3)	9,634 (4,693-19,777)	<0,001	9,390 (4,565-9,316)	<0,001
	Pinheirinho	69 (29,6)	164 (70,4)	4,815 (2,304-10,062)	<0,001	4,594 (2,193-9,620)	<0,001
	CIC	93 (35,9)	166 (64,1)	6,412 (3,099-13,265)	<0,001	6,049 (2,917-12,545)	<0,001
	Bairro Novo	27 (18,2)	121 (81,8)	2,554 (1,149-5,677)	0,021	2,389 (1,071-5,326)	0,033
ESF	Sim	206 (26,2)	580 (73,8)	1			
	Não	264 (30,1)	613 (69,9)	1,213		0,078	
Idade (anos)				1,011 (0,964-1,060)		0,652	
Sexo	Masculino	236 (26,9)	642 (73,1)	1			
	Feminino	234 (29,8)	551 (70,2)	1,155 (0,933-1,430)		0,185	
Tempo de espera (dias)				1,003 (1,001-1,004)		<0,001	
Histórico de faltas na US	Não			1			
	Sim			1,199 (0,883-1,627)		0,246	
Situação conjugal da mãe	Com companheiro	251 (28,5)	629 (71,5)	1			
	Sem companheiro	157 (28,5)	394 (71,5)	1,001 (0,791-1,268)		0,991	
Escolaridade da mãe	até 8 anos	214 (28,3)	543 (71,7)	1			
	Mais de 8 anos	201 (28,1)	514 (71,9)	1,008 (0,803-1,265)		0,946	
Participação em grupo comunitário	Sim	146 (29,1)	355 (70,9)	1			
	Não	324 (27,9)	838 (72,1)	1,064 (0,844-1,341)		0,601	
Tipo de habitação	Outros	62 (24,5)	191 (75,5)	1			
	Alvenaria	408 (28,9)	1002 (71,1)	1,254 (0,921-1,708)		0,150	

Nota: Teste de Hosmer-Lemeshow $p = 0,086$; ESF = Unidade de saúde com estratégia saúde da família

6. DISCUSSÃO

Neste estudo, o não comparecimento de crianças às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) se mostrou alto e independentemente associado ao maior tempo de espera em fila virtual. Embora a literatura não apresente nenhuma pesquisa analisando em odontopediatria o tempo de espera e o comparecimento, estudos brasileiros realizados em população adulta (MACHADO et al., 2015; BENDER et al., 2010; ZAITTER et al., 2009) têm demonstrado o impacto do tempo de espera sobre o não comparecimento em serviços de referência odontológica. O mesmo tem sido observado em outras áreas da saúde em diversos países (McMULLEN e NETLAND, 2015; ROSS et al., 1993; CRONIN et al., 2013; HARRINGTON et al., 2013; NORRIS et al., 2014; LEE et al., 2005; PARIKH et al., 2010).

Nesta pesquisa a análise mostrou que a cada dia de espera na fila há incremento de 0,3% na chance de não comparecimento, ou 10% a cada 33 dias. Considerando que o tempo médio de espera atual em fila é em torno de quatro meses (Relatório Sistema e-Saúde, SMS, 2013), pode-se considerar que quando o paciente é encaminhado para atenção secundária ele já sai da Unidade de Saúde com uma chance de aproximadamente 36,4% de não comparecer à consulta. Estudo na área médica demonstrou, através de um modelo baseado no conceito de 'acesso avançado'¹, que o tempo máximo de espera que provocaria redução de até 60% no não comparecimento, seria de duas semanas (McMULLEN e NETLAND, 2015). Aparentemente se não houver um sistema contínuo de acompanhamento do tempo de espera ou outra forma de agendamento que reduza o intervalo entre agendamento e consulta, de modo mais significativo, os não comparecimentos continuarão a crescer.

Várias hipóteses são levantadas para explicar esta relação. O tratamento que motivou o encaminhamento pode não ter sido mais necessário. O responsável talvez tenha levado a criança em atendimento privado para ter uma solução mais ágil. A

¹ Conhecido também como "acesso aberto" ou "agendamento no dia do atendimento". O paciente pode ser atendido no dia ou marcar para data próxima que melhor lhe convir. O acesso é ampliado para agendamentos presenciais, por telefone, por e-mail, por portais de internet e são ofertados datas e horários mais convenientes para o paciente e não para comodidade do serviço.

criança pode ter sido direcionada a um atendimento emergencial que eliminou o problema, muitas vezes com uma exodontia. O profissional encaminhador, com intuito de preservar a saúde do seu paciente e seguir os protocolos clínicos da SMS, induziu a criança ou seu responsável a aceitar o encaminhamento quando, de fato, este tinha a expectativa de ter uma solução mais rápida e em nível local para o problema ou não pretendia comparecer à consulta na atenção secundária.

Neste estudo a evolução do tempo de espera ao longo dos anos demonstrou que houve um grande acúmulo de pacientes na fila. Possivelmente fatores como aumento da demanda e redução da oferta de consultas com o odontopediatra podem ter contribuído para isto.

A prevalência de não comparecimento encontrada foi de 28,3%, inferior ao apontado por relatórios prévios da própria SMS, que nos anos de 2012 e 2013, mostrou as porcentagens de 43,84% e 50,20%, respectivamente (Relatórios do Sistema e-Saúde, 2013). Nestes relatórios foram consideradas consultas de retorno e reencaminhamentos de um mesmo paciente e no presente estudo foram analisadas apenas as faltas às primeiras consultas. Diferentes metodologias de coleta de dados e dos tipos de serviços pesquisados dificultam a comparação com a literatura. Estudos realizados com pacientes adultos (HORVATH et al., 2011; LISTL et al., 2014) ou adolescentes (SKARET et al., 2000) mostraram prevalência de não comparecimento entre 9,9% e 58,3%. Alguns estudos tiveram como foco principal a busca por soluções para as perdas financeiras (CHRISTENSEN et al., 2001; BERG et al., 2013), na prática privada e outros, no serviço público, com foco na eficiência da aplicação dos recursos humanos, materiais e financeiros (SCHMALZRIED e LISZAK, 2012; OLESKOVICZ et al. 2014).

No Brasil, estudos realizados com adultos em serviços públicos, mostraram resultados que variaram de 32,9% a 43% (MACHADO et al., 2015; BENDER et al., 2010; ZAITTER et al., 2009). As diferenças encontradas podem estar relacionadas com as especificidades da especialidade de Odontopediatria, não contemplada nestes estudos. Uma possível explicação seria que os pais se empenham mais para realizar os tratamentos de saúde dos filhos do que os seus próprios. O adulto, que conduz a criança à consulta, talvez esteja mais disposto a cancelar seus compromissos para atender ao agendamento da criança do que para si mesmo.

Em geral uma criança encaminhada ao odontopediatra na atenção secundária já apresentou dificuldades de comportamento e colaboração na atenção primária (WIGEN et al., 2009; WANG e ASPELUND, 2009; HALLBERG et al., 2008). A consulta com o especialista pode ser vista pelos pais como uma alternativa mais efetiva de tratamento. Também as características das populações podem pesar sobre as diferenças de prevalência relatadas.

O único estudo no Brasil que mostra dados relativos ao não comparecimento na especialidade de Odontopediatria, foi realizado com intuito de demonstrar as diferenças entre os encaminhamentos a diversas especialidades originados de unidades de saúde com e sem ações de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os autores relatam um não comparecimento nas consultas de atenção secundária em Odontopediatria de 7,14% e 16,67% para pacientes encaminhados por unidades de saúde convencionais e ESF respectivamente, mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. (BULGARELLI et al., 2013). A diferença com o presente estudo pode ser explicada pelas características populacionais, número de unidades de saúde encaminhadoras e vagas disponíveis para a especialidade.

Neste estudo, os fatores sociodemográficos tais como idade da criança, sexo, situação conjugal e escolaridade da mãe, situação da moradia, se a criança frequenta a escola ou não, e ainda, a participação comunitária da família nas Unidades de Saúde, não foram associados com o não comparecimento. Em adultos a literatura indica que, a idade e o sexo estavam associados com o não comparecimento na atenção secundária (MACHADO et al., 2015). As estruturas dos serviços de saúde, de transporte público e urbanístico da cidade de Curitiba podem ter minimizado o peso destas variáveis.

Houve diferença significativa no comparecimento de crianças oriundas dos diferentes distritos sanitários da SMS Curitiba. Não foi possível observar um padrão na distribuição por distrito sanitário. Além disso, no distrito Matriz há somente duas unidades de saúde encaminhadoras. Considerando que os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) estão localizados nos distritos Portão e Matriz, a correlação com distância parece não existir, apesar de não ter sido avaliada a distância entre cada unidade de saúde e os CEO's.

Alguns estudos apresentaram associação do não comparecimento com a vulnerabilidade social dos locais de origem dos pacientes (SAMUELS et al., 2015; KAPLAN-LEWIS e PERCAC-LIMA, 2013; BENDER et al., 2010). O fato de que os resultados do presente estudo não terem mostrado estas associações pode estar relacionado a características locais de cada unidade de saúde, à organização e o gerenciamento das mesmas e o quadro de recursos humanos disponíveis. Algumas equipes de saúde bucal podem conseguir controlar melhor o fluxo de pacientes para a atenção secundária do que outras, confirmando sempre a intenção de comparecer ou não quando a vaga é disponibilizada, avaliando periodicamente a fila de espera e sendo criteriosa ao aplicar o protocolo de encaminhamento oferecido pela SMS (Diretrizes de Saúde Bucal, SMS 2012).

O consenso permanece no fato de que o não comparecimento provoca perda de recursos financeiros, de infraestrutura, de recursos humanos, de tempo e ainda causa atrasos nos tratamentos de quem não comparece e de outras pessoas que poderiam ter utilizado a consulta perdida (GEORGE e RUBIN, 2003).

As soluções que buscam minimizar o não comparecimento têm sido objeto de muitos estudos. As confirmações de consulta realizadas pela equipe local, seja pessoalmente, por telefone, por carta, *email* ou mensagem de texto são amplamente utilizadas e com bons resultados (ROSS et al., 1993; PARIKH et al., 2010; PERRON et al., 2010; CHRISTENSEN et al., 2001; MOLFENTER, 2013; ALMOG et al., 2003; HORVATH et al., 2011).

O agendamento de pacientes extras, chamado de *overbooking*, já foi testado em serviços de saúde sendo capaz de compensar o não comparecimento aumentando a eficiência dos serviços. A sua utilização é contraditória uma vez que o paciente fica mais tempo em salas de espera aguardando ser atendido e as equipes muitas vezes estendem seu turno de trabalho quando mais pacientes comparecem. Variantes desta técnica são: *double-booking*, quando dois pacientes são agendados no mesmo horário e o *wave-booking*, quando todos os pacientes são solicitados a comparecer no início do turno de atendimento (LaGANGA e LAWRENCE, 2007; OLESKOWICZ et al., 2014; BERG et al., 2013). A eficácia do *overbooking* é maior onde o não comparecimento é mais grave e o tempo de atendimento é uniforme (LaGANGA e LAWRENCE, 2007). Nos serviços públicos de saúde bucal há variação

de tempo entre os diferentes procedimentos, o que inviabilizaria este tipo de abordagem. Além disto, a aplicação destas alternativas visa muito mais a eficiência econômica do que a melhoria do acesso e bem estar dos pacientes.

Reforçar os treinamentos com as equipes em nível local para que haja mais rigor nos encaminhamentos, promover maior integração entre os níveis primário e secundário de atenção, estimular o envolvimento comunitário, manter o foco na população (NICHOLSON et al., 2013), além de certificar-se de que o paciente deseja e tem condições de ir até o serviço de atenção secundária (ZAITTER, 2009) são fundamentais para reduzir o não comparecimento.

A ampliação da gama de serviços ofertados na atenção básica pode ajudar a reduzir o número de encaminhamentos. Quando as unidades básicas de saúde realizam procedimentos que em princípio são especializados, mas têm pouca complexidade e podem ser executados no nível local, o paciente é beneficiado, pois realiza a maior parte se não todo o tratamento em unidade mais próxima à sua residência (CHAVES et al., 2011). Na odontopediatria podemos citar mantedores de espaço, frenectomias, terapias pulpares entre outros.

É provável que o não comparecimento nunca desapareça completamente, mas a atenção ao seu principal preditor, o tempo de espera, pode reduzi-lo significativamente (SHARP e HAMILTON, 2001). Além disso, não há uma solução ou intervenção única, os serviços devem propor soluções adaptadas às realidades locais que melhorem o acesso dos pacientes (LEHMANN et al., 2007).

Na tentativa de abordar mais diretamente esta questão, a gestão da SMS de Curitiba realizou uma intervenção na fila de espera chamada de qualificação, que foi descrita como uma reavaliação periódica da condição de cada paciente e sua necessidade de tratamento na atenção secundária (ZAITTER et al., 2009). As conclusões deste estudo e as sugestões apresentadas foram capazes de reduzir significativamente o número de indivíduos aguardando em fila, mas não teve efeito sobre o não comparecimento. O que não era de se esperar, pois, quanto maior a fila maior o tempo de espera e conseqüentemente o não comparecimento.

Atualmente há um grande movimento em torno do “acesso avançado”. Conhecido também como “acesso aberto” ou “agendamento no dia do atendimento”,

tem sido apontado como uma alternativa para reduzir tempo de espera e não comparecimentos e melhorar a eficiência dos serviços de saúde. O objetivo é oferecer consultas no mesmo dia ou em até 24 horas após o paciente ter buscado o atendimento, e está sendo implantado nas Unidades Básicas de Saúde da SMS de Curitiba desde 2012. O próprio paciente é quem demanda o serviço ao invés dos serviços determinarem quando e quem deve ser atendido. O paciente pode ser atendido no dia ou marcar para data próxima que melhor lhe convir. O acesso é ampliado para agendamentos presenciais, por telefone, por e-mail, por portais de internet e são ofertados datas e horários mais convenientes para o paciente e não para comodidade do serviço (CAMERON et al., 2010; DuMONTIER et al., 2013; ROSE et al., 2011). Esta modalidade de agendamento tem sido proposta principalmente para serviços de saúde primária. Na atenção secundária já é utilizada para condições crônicas ou recorrentes de saúde (WHEAR et al., 2013). Esta alternativa já é utilizada em parte das unidades de saúde da SMS Curitiba desde 2012 com objetivo principal de ampliar o acesso dos pacientes aos serviços de atenção primária. Em muitos casos o tempo de espera não chega a duas semanas. Outras intervenções paralelas têm sido utilizadas como a confirmação de todos os atendimentos, eliminação de atendimentos por patologias específicas, aumento da resolutividade e longitudinalidade do atendimento, maior oferta de serviços no nível local e ambientação das unidades mais adequada aos pacientes. Estas ações têm relato de bons resultados, apesar de não haver ainda uma avaliação sistematizada (Cartilha Acesso Avançado, SMS, 2014).

Embora os resultados deste estudo tenham demonstrado claramente que a fila de espera é um fator fundamental para o controle do não comparecimento às consultas na atenção secundária, não foi possível verificar se existe associação de outros fatores como a distância das moradias dos pacientes aos CEO's ou se aspectos socioeconômicos podem ou não interferir nos casos de não comparecimentos.

Estudos com o objetivo de obter maiores detalhamentos nas questões envolvendo a distância das Unidades de Saúde de origem dos pacientes aos CEO's e de aspectos socioeconômicos das famílias envolvidas poderiam trazer uma análise mais aprofundada de possíveis associações não somente em nível dos Distritos de Saúde.

Questões mais relacionadas aos fluxos de trabalho das equipes de saúde bucal em nível local também devem ser objeto de estudos. As rotinas de controle das filas de espera, as ações realizadas para confirmar cada consulta especializada, o rigor na seleção dos pacientes que serão encaminhados ao especialista deverão ser objeto de estudos futuros.

Também as soluções implantadas devem ser alvo de avaliações periódicas tanto sob o ponto de vista do serviço como dos usuários. Muitas vezes ao se eliminar uma fila simplesmente se esconde a demanda. Assim como limitar o agendamento pode dar a falsa sensação de que a demanda é menor do que realmente é. Serviços de saúde com a dimensão dos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba podem não ter homogeneidade nas condutas, onde cada equipe interpreta as diretrizes de uma forma ou age criando rotinas de agendamento que favoreçam mais o serviço do que os pacientes.

A instituição é responsável por estabelecer a melhor relação entre demanda e número de consultas ofertadas, observando sempre o melhor aproveitamento dos recursos físicos e orçamentários. Às equipes das unidades de saúde e dos CEO's cabe criar condições para que se reforce o vínculo com os pacientes e o acesso à atenção secundária seja facilitado.

7. CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o não comparecimento de pacientes infantis na atenção odontológica secundária em Curitiba está relacionado principalmente com o tempo de espera decorrido entre o agendamento e a consulta.

REFERÊNCIAS

- AL BARAKATI, S.F. **Appointments failure among female patients at a dental school clinic in Saudi Arabia.** Journal of Dental Education, v. 73, n. 9, p. 1118-1124, 2009.
- ALMOG, D.M. et al.. **The reduction of broken appointment rates through an automated appointment confirmation system.** Journal of Dental Education, 67(9):1016-1022, 2003.
- ALMOZNINO, G, et al.. **Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life.** Oral Diseases, 21: 659-666, 2015.
- AWARTANI, F. **Broken appointment behavior in a dental school environment.** The Journal of Contemporary Dental Practice, v. 4, n. 4, p. 1-5, 2003.
- BENDER, A. S., et al.. **Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica.** Revista Espaço para a Saúde, 11(2), 56-65, 2010.
- BERG, B. et al.. **Estimating the cost of no-shows and evaluating the effects of mitigation strategies.** Med Decis Making, 33(8): 976-985, 2013.
- BULGARELI, J.V. et al.. **Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde.** Revista de Odontologia da UNESP, jul-ago; v.42, n. 4, p. 229-236, 2013.
- CAMARGO, M.B.J. et al.. **Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares.** Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 87-97, 2012.
- CAMARGO, A.L., SOARES, E.C.X.F., SILVA, M.A.L., GOMES, M.A.G. . **O monitoramento da informação em saúde bucal,** In: MOYSÉS, S.J. Coordenador editorial. Os dizeres da boca em Curitiba, boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro, Ed. Cebes, , p. 109 – 121, 2002.
- CHAVES, S. C. L. et al.. **Política nacional de saúde bucal: fatores associados à integralidade do cuidado.** Revista de Saúde Pública, v. 44, n. 6, p. 1005 – 1013, 2010
- CHAVES, S.C.L., CRUZ, N.D., BARROS, S.G., FIGUEIREDO, A.L. **Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 1, p. 143 – 154, Rio de Janeiro, 2011.
- CHAVES, S. C. L. et al.. **Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 3115 – 3124. , 2012.

CHRISTENSEN, A.A. **The effect of confirmation calls on appointment-keeping behavior of patients in a children's hospital dental clinic.** *Pediatric Dentistry*, v. 23, n. 6, p. 495 – 498, 2001.

CRONIN, P.R., DeCOSTE, L., KIMBALL, A.B. **A multivariate Analysis of dermatology missed appointment predictors.** *JAMA Dermatology*, 149(12): 1435-1437, 2013.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, SMS. **Relatório Sistema e-Saúde**, 2013.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, SMS. **Relatório Central de Marcação de Consultas**, 2013.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, SMS. **Diretrizes de Saúde Bucal**, 2012.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, SMS. **Cartilha do Acesso Avançado: Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde.** Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/carta-dosus/cartilha-acesso-e-agenda-na-atencao-primaria>. Acessado em 22/12/2014.

DUMONTIER, C. et al.. **A multi-method intervention to reduce no-shows in a urban residency clinic.** *Family Medicine*, v. 45, n. 9, p. 634 – 641, 2013.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. **Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os centros de especialidades odontológicas em Pernambuco, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 259 – 267, 2009.

GEORGE, A. RUBIN, G. **Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care.** *Family Practice*, v. 20, n. 2, p. 178 – 184, 2013

GEORGE, A.C., HOSHING, A., JOSHI, N.V. **A study of the reasons for irregular dental attendance in a private dental college in a rural setup.** *Indian Journal of Dental Research*, 18(2): 78-81, 2007.

GEVAERD, S. e GUGISCH, E. **Primórdios da odontologia no serviço público municipal de Curitiba**, In: MOYSÉS, S.J. Coordenador editorial. *Os dizeres da boca em Curitiba, boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.* Rio de Janeiro, Ed. Cebes, 2002, p. 11 – 15.

GOES, P.S.A. et al.. **Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v.28, sup: S81 – S89, 2012.

GONÇALVES, C.A. 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.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (2):449-460, 2015.

HALLBERG, U. et al.. **Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist?** International Journal of Paediatric Dentistry, v. 18, p. 27 – 34, 2008.

HARRINGTON, D.W. et al.. **Access granted! Barriers endure: determinants of difficulties accessing specialist care when required in Ontario, Canada.** BMC Health Services Research, v. 13, p. 146, 2013.

HERTZ, P. e STAMPS, P.L. **Appointment-keeping behavior re-evaluated.** American Journal of Public Health, v. 67, p.1033 – 1036, 1977.

HORVATH, M. et al.. **Impact of health portal enrollment with email reminders on adherence to clinic appointments: a pilot study.** Journal of Medical Internet Research, 13(2), published online, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690&search=paranalcuritiba> . Acesso em 21/12/2013

KAPLAN-LEWIS, E. e PERCAC-LIMA, S. **No-show to primary care appointments: why patients do not come.** J Prim Care Community Health, 4(4), 251-255, 2013.

LACY, N. L. et al.. **Why we don't come: patient perceptions on no-shows.** Annals of Family Medicine, v. 2, n. 6, nov-dec 2004.

LaGANGA, L. R. e LAWRENCE, S. R. **Clinic overbooking to improve patient access and increase provider productivity.** Decision Sciences, 38(2), 251-275, 2007.

LALLO, R. e McDONALD, J.M. **Appointment attendance at a rural dental training facility in Australia.** BMC Oral Health, 13:36, disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/36> . Acessado em 15/01/2014.

LEE, V. J. et al.. **Predictors of failed attendances in a multi-specialty outpatient centre using electronic databases.** BMC Health Services Research, Aug 6;5:51, 2005.

LEHMANN, T.N.O., et al.. **Missed appointments at a Swiss university outpatient clinic.** Public Health, 121: 790-799, 2007.

LISTL, S., MOELLER, J. MANSKI, R. **A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance.** Eur J Oral Sci., 122 (1): 62-69, 2014.

MACHADO, A.T., WERNECK, M.A.F., LUCAS, S.D., ABREU, M.H.N.G. **Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a corss-sectional study.** Ciências e Saúde Coletiva, 20(1): 289-298, 2015.

McMULLEN, M.J. e NETLAND, P.A. **Lead time for appointment and the no-show rate in an ophthalmology clinic.** Clinical Ophthalmology, 9: 513-516, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SBBrazil. 2010.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. Acessado em 15/01/2013.

MOLFENTER, T. **Reducing appointment no-shows: going from theory to practice.** *Subst Use Misuse*, 48(9): 743-749, 2013.

NICHOLSON, C. et al.. **A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review.** *BMC Health Services Research*, 13: 528, 2013.

NORRIS, J. B., et al.. **An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics.** *Decision Support Systems*, 57: 428-443, 2014.

OLESKOVICZ, M., OLIVA, F.L., GRISI, C.C.H., LIMA, A.C., CUSTÓDIO, I. **Técnica de overbooking no atendimento ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde.** *Cad. Saúde Pública*, 30(5): 1009-1017, 2014.

PARIKH, A. et al.. **The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates.** *The American Journal of Medicine*, 123(6), 542-548, 2010.

PERRON, N. J. et al.. **Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomized controlled study.** *BMC Family Practice* 2010, 11:79. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/79>.

RICE, J.M. e LUTZKER, J.R. **Reducing noncompliance to follow-up appointment keeping at a family practice center.** *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 17: 303-311, 1984.

RODRIGUES, L. A. et al.. **Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região sudeste.** *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 40 – 45, 2013.

ROSE, K. et al.. **Advanced access scheduling outcomes: a systematic review.** *Arch. Intern Med.* Jul 11;171(13):1150-9, 2011.

ROSS, L. V. et al.. **An appointment-keeping improvement package for outpatient pediatrics: systematic replication and component analysis.** *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 269, n. 4, p. 461 – 467, 1993.

SAMUELS, R.C., et al.. **Missed appointments: Factors contributing to high no-show rates in a urban pediatrics primary care clinic.** *Clin Pediatr (Phila)*. Feb 12, 2015.

SCHMALZRIED, H. D. e LISZAK, J. **A model program to reduce patient failure to keep scheduled medical appointments.** *J Community Health*, 37: 715-718, 2012.

SHARP, D.J. e HAMILTON, W. **Non-attendance at general practices and outpatient clinics.** BMJ, 323: 1081-1082, 2001.

SKARET, E. et al.. **Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway.** Eur J Oral Sci, 108, 175-183, 2000.

WANG, N.J. e ASPELUND, G.O. **Children who break dental appointments.** European Archives of Paediatric Dentistry, v. 10, n. 1, p. 11 – 14, 2009.

WHEAR, R. et al.. **The clinical effectiveness of patient initiated clinics for patients with chronic or recurrent conditions managed in secondary care: a systematic review.** PLoS ONE, v. 8, n. 10, Oct, 2013.

WIGEN, T.I., SKARET, E., WANG, N.J. **Dental avoidance behavior in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children.** International Journal of Paediatric Dentistry, v. 19, p. 431 – 437, 2009.

ZAITTER, W. M. et al.. **Avaliação da Acessibilidade do paciente à clínica de especialidade de endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR).** Revista Sul-Brasileira de Odontologia 6(4): 413-421, 2009.