

**ALESSANDRA TRINDADE MACHADO**

**NÃO COMPARECIMENTOS ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA  
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM UM MUNICÍPIO MINEIRO DE GRANDE PORTE**

**BELO HORIZONTE**

**2013**

ALESSANDRA TRINDADE MACHADO

**NÃO COMPARECIMENTOS ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA  
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM UM MUNICÍPIO MINEIRO DE GRANDE PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Coorientadora: Prof. Dr.<sup>a</sup> Simone Dutra Lucas

Colaborador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

BELO HORIZONTE

2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

M149n Machado, Alessandra Trindade.  
2013 Não comparecimentos às primeiras consultas odontológicas na  
T atenção secundária em um município mineiro de grande porte /  
Alessandra Trindade Machado. – 2013.

111 f. : il.

Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu.  
Co-orientadora: Simone Dutra Lucas.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Odontologia.

1. Serviços de saúde bucal. 2. Atenção secundária à saúde.  
I. Abreu, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. II. Lucas,  
Simone Dutra. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade  
de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



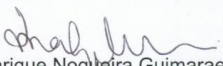
## FOLHA DE APROVAÇÃO

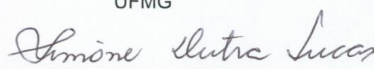
### NÃO COMPARECIMENTOS ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM UM MUNICÍPIO MINEIRO DE GRANDE PORTE

#### ALESSANDRA TRINDADE MACHADO

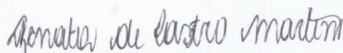
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

Aprovada em 14 de junho de 2013, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimaraes Abreu - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Simone Dutra Lucas  
UFMG

  
Prof(a). Fabian Calixto Fraiz  
UFPR

  
Prof(a). Renata de Castro Martins  
UFMG

Belo Horizonte, 14 de junho de 2013.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA ALESSANDRA TRINDADE MACHADO

Realizou-se, no dia 14 de junho de 2013, às 09:00 horas, Faculdade de Odontologia da UFMG, sala 3403, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *NÃO COMPARECIMENTOS ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM UM MUNICÍPIO MINEIRO DE GRANDE PORTE*, apresentada por ALESSANDRA TRINDADE MACHADO, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimaraes Abreu - Orientador (UFMG), Prof(a). Simone Dutra Lucas (UFMG), Prof(a). Fabian Calixto Fraiz (UFPR), Prof(a). Renata de Castro Martins (UFMG).

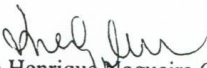
A Comissão considerou a dissertação

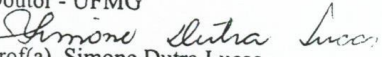
Aprovada

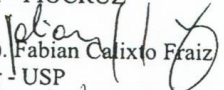
Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa

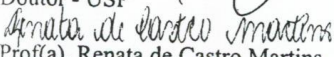
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 14 de junho de 2013.

  
Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimaraes Abreu  
Doutor - UFMG

  
Prof(a). Simone Dutra Lucas  
Doutor - FIOCRUZ

  
Prof(a). Fabian Calixto Fraiz  
Doutor - USP

  
Prof(a). Renata de Castro Martins  
DOUTOR - UFMG

***Dedicatória***

*À Vera mãe, à Vera amiga, à Vera educadora...*

*A cada dia me surpreendo e aprendo algo novo com você...*

## **AGRADECIMENTOS**

---

A **Mauro Henrique Abreu**, pela seriedade com que conduziu a orientação do presente trabalho. Considero você, Mauro, um exemplo de dedicação e disciplina em sua primorosa orientação...

À **Simone Lucas** que vem acompanhando minha inquietação sobre a questão dos não comparecimentos de usuários a consultas agendadas desde a especialização. Esteve sempre atenta às minhas dificuldades e limitações, com olhar dócil e generoso... Muito obrigada, Simoninha, pelo seu comprometido e afetuoso trabalho de coorientação...

Ao professor **Marcos Werneck**, pelas pontuações e comentários sempre tão pertinentes... Deixo aqui registradas minha profunda gratidão e admiração... Foi uma honra tê-lo como colaborador!

Aos professores **Maria Inês Senna** e **João Henrique Amaral**, pela leitura cuidadosa do trabalho de qualificação, com contribuições que foram imprescindíveis para o estudo e para as argumentações apresentadas na dissertação.

Aos demais **professores do Departamento de Odontologia Social e Preventiva**: vocês me inspiram...

Aos queridos amigos do mestrado: **Tulio, Andreia, Emilio, Patrícia, Luíza, Daniele e Daniella**. Que aprendizado nossa convivência me proporcionou! Já sinto uma enorme saudade de cada um de vocês... Sucesso na Saúde Coletiva e na vida afora!...

Às amigas **Luciene Reis** e **Jacqueline Santos**, Lu e Jack: estarei por aí nos “bastidores” torcendo muito por vocês, futuras doutorandas! Inteligentes, articuladas, politizadas e, como se não bastasse, extremamente bem-humoradas. Vocês fazem a diferença...

À **Rafaela Silveira**, pelos esclarecimentos e oportunidades: obrigada Rafinha!

*À amiga e colega de trabalho, **Dágma**, querida Daguinha... Obrigada pela mão sempre estendida...*

*À **Secretaria Municipal de Saúde de Moeda**: pelo apoio e flexibilidade nos horários.*

*À **Coordenação de Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte**, por possibilitar a aproximação do serviço com a nossa proposta de estudo.*

*À **Zeila Marques**, pela atenção, colaboração e presteza no fornecimento de dados e informações.*

*À **Maria José**, pela receptividade e esclarecimentos.*

*Às funcionárias **Laís, Beth e Zuleica**: obrigada pela atenção e carinho de vocês!*

*À **Fabiana**, irmã e amiga: sem o seu apoio não seria possível a condução e conclusão desta etapa que, além de um significado científico, tem um significado também pessoal...*

*Ao meu querido pai **Walter**, pelo valioso apoio e por amorosamente respeitar meus caminhos, descaminhos e minhas escolhas...*

*Àqueles que, na impossibilidade de estarem por perto, estiveram juntos em pensamento e sentimento.*

*A **Deus**, por tudo isso...*

**Muito obrigada!**



*“À nossa frente a lagoa imensa[...] Nela aparecem refletidas, invertidas, as coisas do mundo de fora [...] Mas se o observador for curioso, poderá mergulhar. E seus olhos verão então um outro mundo que da superfície não se podia ver [...] Restos de naufrágios e todo tipo de formas que do lado de fora não podiam ser vistas. Um mesmo lago: de fora uma coisa; nas funduras outra.”*

*RUBEM ALVES*

## RESUMO

---

O não comparecimento de usuários a consultas agendadas, especificamente aquele relativo à atenção secundária odontológica em Belo Horizonte, não é problema recente, representando impactos à saúde, prejuízos à resolutividade e integralidade do cuidado, além de custos desnecessários ao sistema. O presente estudo, por meio do método quantitativo, visou à identificação e análise de possíveis fatores associados aos não comparecimentos, em 2011, às primeiras consultas odontológicas agendadas de usuários residentes em Belo Horizonte, pertencentes a ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos referenciados, a partir da atenção primária, para as especialidades odontológicas cirurgia, endodontia, periodontia e disfunção têmporo-mandibular, no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro-Sul. Foi utilizada pesquisa em base de dados secundários do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH). A variável dependente foi o “não comparecimento” à primeira consulta agendada e as variáveis independentes analisadas foram: idade, tempo na fila de espera, sexo, distrito sanitário de origem e especialidade para a qual o usuário foi referenciado. Foram utilizados os testes de *Mann-Whitney* e qui-quadrado de *Pearson* para análise bivariada e regressão de *Poisson* com variância robusta para análise multivariada. Os testes foram conduzidos com um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Entre as 6.428 primeiras consultas odontológicas agendadas para 2011, nas quatro especialidades selecionadas para análise, 32,9% não foram realizadas em função da ausência do usuário. A partir da análise bivariada foi verificada associação estatisticamente significativa entre o não comparecimento do usuário à primeira consulta odontológica e as cinco variáveis independentes: idade ( $p < 0,001$ ), tempo na fila de espera ( $p < 0,001$ ), sexo ( $p = 0,003$ ), distrito sanitário de origem do usuário ( $p = 0,001$ ) e especialidade para a qual foi referenciado ( $p \leq 0,001$ ). A análise multivariada permitiu constatar que todas as variáveis estavam independentemente e significativamente associadas ao evento. Adultos jovens, do sexo masculino, residentes em determinados distritos sanitários, referenciados para as especialidades de cirurgia e endodontia e que ficaram mais tempo na fila de espera apresentaram maiores frequências de não comparecimentos às primeiras consultas odontológicas agendadas para 2011 no CEO Centro-Sul.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde bucal, atenção secundária, avaliação de serviços de saúde

## **ABSTRACT**

---

### **No-shows to the first scheduled dental appointments for secondary care in a large Minas Gerais city**

The failure to scheduled dental appointments, especially that related to secondary dental care in Belo Horizonte, is not a recent problem, and represents health impacts, damage to the resolution and comprehensive care, and unnecessary costs to the health system. In this study we used the quantitative method in order to identify and analyse possible factors associated with no-shows to the first dental scheduled visits in 2011 of individuals living in Belo Horizonte, belonging to both genders, 18 years age or older and referred by primary care to four selected dental specialties: oral surgery, endodontics, periodontics and temporomandibular dysfunction in Center-South Polyclinic. Research was performed on a database obtained from the Regulation System of Municipal Health Department of the Municipality of Belo Horizonte (SMSA / PBH). The response variable was the "no-show" of the individual at the first scheduled secondary care dental appointment and the independent variables were age, time in queue, gender, health district and dental specialty to which the individual was referred to. We used the Mann-Whitney and chi-square test for bivariate analysis and Poisson regression with robust variance for multivariate analysis. Tests were conducted with a significance level of 5% and a confidence interval of 95%. Among the first 6428 dental visits scheduled for 2011, to the four specialties selected for analysis, 32.9% were not performed due to the absence of the individual. From the bivariate analysis we observed a statistically significant association between the individual non-attendance to the first dental visit and the five independent variables: age ( $p < 0.001$ ), time on queue ( $p < 0.001$ ), gender ( $p = 0.003$ ) district health the individual was from ( $p = 0.001$ ) and the dental specialty to which he/she was referred ( $p \leq 0.001$ ). Multivariate analysis has revealed that all variables were independently and significantly associated with the event. Young adult male resident in certain health districts, referred to surgery and endodontics specialties, and that were longer in the queue, had a higher frequency of no-shows to the first scheduled dental visits for 2011 in Center-South Polyclinic.

**Keywords:** Dental Health Services, Secondary Care, Health Care Evaluation Mechanisms

**Lista de tabelas**

**Tabela 1** – Rede física de Saúde Bucal na APS do SUS em Belo Horizonte (2008-2011) -- **31**

**Tabela 2** – Número de consultas odontológicas especializadas e número de usuários nas filas de espera para atendimento especializado no período compreendido entre 2008 e 2011----- **34**

**Tabela 3** – Especialidades odontológicas ofertadas no CEO Centro-Sul e respectivos números de CD ----- **36**

## Lista de figuras

<b>Figura 1</b> – Os nove distritos sanitários que compõem Belo Horizonte -----	<b>24</b>
<b>Figura 2</b> – Fluxo normal do usuário -----	<b>39</b>
<b>Figura 3</b> – Fluxo regulado do usuário -----	<b>39</b>

## Lista de quadros

<b>Quadro 1</b> – Alguns marcos referentes à atenção em saúde bucal em Belo Horizonte -----	<b>27</b>
<b>Quadro 2</b> – Quantitativo de serviços médicos especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico ofertados na atenção secundária da SMSA/PBH -----	<b>32</b>
<b>Quadro 3</b> – Serviços odontológicos especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico ofertados na atenção secundária da SMSA/PBH -----	<b>33</b>
<b>Quadro 4</b> – Modalidades de CEO, respectivos números de cadeiras odontológicas e populações referenciadas, Minas Gerais, 2005-2010 -----	<b>35</b>
<b>Quadro 5</b> – Principais atribuições da macro e microrregulação -----	<b>37</b>
<b>Quadro 6</b> – Aspectos organizacionais associados ao não comparecimento a consultas médicas e odontológicas, na literatura consultada, e autores -----	<b>46</b>
<b>Quadro 7</b> – Aspectos relacionados ao próprio usuário no não comparecimento a consultas médicas e odontológicas, na literatura consultada, e autores -----	<b>47</b>

## **Lista de gráficos**

**Gráfico 1** – Evolução do número de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte, 2005-2011. ----- **30**

**Gráfico 2** – Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal em Belo Horizonte, 2005-2011. ----- **31**

## ***LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS***

---

SUS: Sistema Único de Saúde

EC: Emenda Constitucional

CMCE: Central de Marcação de Consultas Especializadas

PMS: Plano Municipal de Saúde

SMSA: Secretaria Municipal de Saúde

PBH: Prefeitura de Belo Horizonte

UBS: Unidade Básica de Saúde

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DS: Distrito Sanitário

DAS: Departamento de Assistência à Saúde

SES: Secretaria de Estado de Saúde

DSES: Departamento de Saúde Escolar

DABS: Departamento de Ações Básicas de Saúde

PAISB: Programa de Ação Integral à Saúde Bucal

NOB: Norma Operacional Básica

CD: Cirurgião-dentista

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

TSB: Técnico em Saúde Bucal

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

APS: Atenção Primária à Saúde

ESF: Equipe de Saúde da Família

Geas: Gerência de Assistência à Saúde

ESB: Equipe de Saúde Bucal

SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

PDR: Plano Diretor de Regionalização

CEM: Centro de Especialidades Médicas

URS: Unidade de Referência Secundária

PAM: Pronto Atendimento Médico



Beprem: Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Cnes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

PUC-MG: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

FMS: Fundo Municipal de Saúde

Sisreg: Sistema Nacional de Regulação

HDA: História da Doença Atual

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

RP: Razão de Prevalência

IC: Intervalo de Confiança

NiTi: Níquel-titânio

## **SUMÁRIO**

---

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>23</b>
<b>2.1</b>	<b>O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE</b>	<b>23</b>
2.1.1	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO	25
2.1.2	REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	36
<b>2.2</b>	<b>O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>40</b>
<b>2.3</b>	<b>O NÃO COMPARECIMENTO A CONSULTAS ODONTOLÓGICAS</b>	<b>42</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>49</b>
<b>3.1</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>49</b>
<b>3.2</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>49</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>50</b>
<b>4.1</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>50</b>
<b>4.2</b>	<b>UNIDADE DE ANÁLISE</b>	<b>50</b>
<b>4.3</b>	<b>PROCEDIMENTOS TÉCNICOS</b>	<b>50</b>
4.3.1	PESQUISA EM BASE DE DADOS SECUNDÁRIOS	50
<b>4.4</b>	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	<b>51</b>
<b>4.5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>52</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO A – PROTOCOLOS MUNICIPAIS DE REFERENCIAMENTO PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG</b>	<b>93</b>
	<b>ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMSA/PBH</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXO D – INSTRUCTIONS FOR AUTHORS - RESEARCH ARTICLES</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO AO PERÍODO <i>BMC HEALTH SERVICES RESEARCH</i></b>	<b>111</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O não comparecimento de usuários a consultas odontológicas agendadas tem sido objeto de reflexões e estudos e representa grande desafio à continuidade da atenção em saúde bucal, resulta em impactos à saúde, prejuízos à resolutividade e integralidade do cuidado, além de gerar custos desnecessários ao sistema (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MAGALHÃES JR. *et al.* 2002; ZAITTER, 2009).

Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) lidam com uma carga considerável de pressão por recursos assistenciais e, muitas vezes, com longas filas de espera para alguns procedimentos onerosos para o orçamento da saúde (MAGALHÃES JR. *et al.*, 2002). Assim, sob o enfoque de economia da saúde, o não comparecimento a consultas odontológicas e médicas na atenção secundária representa um ponto de estrangulamento dos serviços de saúde.

A formulação e implementação de políticas públicas em saúde fundamentadas na gestão da qualidade do cuidado pressupõem a busca de atributos que incluem a eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Essa mede a utilização racional dos mesmos, a fim de se produzir a maior quantidade possível de ações (DONABEDIAN, 1990), sendo negativamente impactada pelo não comparecimento a consultas. A eficiência também é referida enquanto norma jurídica, inserida no texto constitucional a partir da Emenda Constitucional (EC) n.19/98, com a chamada Reforma Administrativa<sup>1</sup>. A aplicação do princípio no trato das questões e serviços públicos ultrapassa, pois, a perspectiva da possibilidade, tratando-se, outrossim, de um dever constitucional do Estado (MEIRELLES, 2003; MORAES, 1999).

A preocupação com a questão do não comparecimento de usuários a consultas, especificamente na atenção secundária odontológica em Belo Horizonte, não é recente e está presente desde a época da municipalização da gestão da Central de Marcação de Consultas

---

<sup>1</sup> A Reforma Administrativa, Reforma da Gestão Pública ou Reforma Gerencial do Estado teve início, no Brasil, em 1995 com o objetivo de contribuir para a formação de um aparelho de Estado forte e eficiente. Foi publicado, no mesmo ano, o Plano Diretor da Reforma do Estado e enviado, para o Congresso Nacional, a emenda da administração pública que se transformaria, em 1998, na Emenda 19 (Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998). Segundo o texto constitucional, a emenda “modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal”. Um dos princípios constitucionais explícitos da Administração Pública, a partir de então, é o da eficiência. Disponível em: [www.bresserpereira.org.br](http://www.bresserpereira.org.br). Acesso em: 11 fev. 2012.

Especializadas (CMCE), em 1995 (SANTOS, 1998). O percentual registrado em 2002 foi de 31,74% (GARÍGLIO; MARQUES, 2002) e tem se mantido elevado (BELO HORIZONTE, 2005, 2006a, 2007a, 2010).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH), relativo ao período de 2005 a 2008, apresentou, como uma das metas de gestão, a redução em 10 pontos percentuais dos não comparecimentos a consultas especializadas odontológicas e médicas, agendadas pela CMCE, configurando a preocupação com o enfrentamento da questão (BELO HORIZONTE, 2005). Em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, realizada em 2006, o não comparecimento do usuário na atenção secundária foi amplamente abordado em função do seu aumento em relação ao registrado no ano de 2004.

“De acordo com os dados apresentados e na própria análise da SMSA, se observa redução na oferta de consultas especializadas, entretanto, o que mais impressiona é **o percentual de absenteísmo que chegou a quase 50%, bem maior que o registrado em 2004**, demonstrando que as medidas recomendadas pelo Conselho Municipal de Saúde não foram implementadas, ou não surtiram o efeito desejado. Registre-se que o Conselho deixou de cobrar dos Conselhos Locais e Distritais o retorno da implantação do projeto “Amigo do SUS”<sup>2</sup> e não foram discutidas alternativas a esse projeto, por omissão da SMSA e dos Conselhos Municipal, Distritais e Locais de Saúde.” (BELO HORIZONTE, 2006a, p.2, grifo nosso).

O Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de 2007, apresenta propostas para o entendimento e enfrentamento do problema.

“[...] Promover um processo integrado entre comissões locais, centros de saúde e central de marcação, **que quantifique e qualifique o absenteísmo, de tal forma que o mesmo possa de fato ser atacado e diminuído**. Fatores envolvendo esses três atores têm mantido o absenteísmo nos atuais patamares sem que uma ação de fato resolutive ainda tenha sido tomada, por

---

<sup>2</sup> O Projeto Amigo do SUS foi aprovado em 2004 pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte nas unidades básicas de saúde (UBS) do município, com participação de conselhos distritais e comissões locais (BELO HORIZONTE, 2004). Trata-se de uma proposta para aperfeiçoar o acesso a consultas especializadas, por meio da sensibilização do usuário quanto à importância da comunicação diretamente à UBS, ou por um telefone indicado, sobre sua eventual impossibilidade de comparecimento à consulta especializada agendada. Assim, os recursos humanos, materiais e financeiros mobilizados para atender aquele usuário podem ser reorientados para outro, na fila de espera não presencial pelo atendimento. O usuário deverá avisar, com antecedência mínima de 48 horas, sobre o não comparecimento à consulta (BELO HORIZONTE, 2006a).

ainda não ter sido mensurada toda a sua complexidade; **divulgar experiências de enfrentamento do absenteísmo na atenção secundária, diante da necessidade de qualificar e informar a população sobre o assunto; padronizar a forma de comunicação sobre a marcação de consultas especializadas a fim de evitar o absenteísmo; resgatar o projeto “Amigo do SUS” como forma de redução do absenteísmo [...]**” (BELO HORIZONTE, 2007a, p.12, grifo nosso).

A questão, mais uma vez, não foi sanada, sendo que, em 2010, um dos pontos prioritários que, de acordo com a SMSA/BH, iria compor um novo pacto de realizações para a saúde no município dizia respeito à redução do não comparecimento dos usuários na atenção secundária a partir da elaboração de um plano estratégico envolvendo, dentre outras ações, uma análise aprofundada dos motivos subjacentes ao evento.

[...] Diminuir o absenteísmo nas consultas, através de elaboração de um plano estratégico (aprimoramento do processo de marcação e comunicação com o usuário, **aprofundar a análise dos motivos de ausência**, compartilhar o problema com a comunidade, “*overbooking*” e etc.) [...] (BELO HORIZONTE, 2010, p.36, grifo nosso).

O não comparecimento à primeira consulta odontológica na atenção secundária em Belo Horizonte implica postergar-se o acesso do usuário à atenção secundária, uma vez que o mesmo necessitará de novo referenciamento pela atenção primária, retornando à fila de espera não presencial. A partir da busca pelo entendimento do fenômeno instaura-se a possibilidade de viabilização de novas ações que contribuam para a continuidade do cuidado. Fica garantida a integralidade da atenção em saúde, no seu aspecto de interface entre atenção primária e secundária (MORRIS; BURKE, 2001), bem como maior satisfação do usuário, na medida em que se possa promover melhoria dos processos relativos ao seu acesso à atenção secundária, que não está garantido apenas pelo agendamento.

Segundo Ibanhes *et al.* (2007), na sociedade contemporânea os processos cuidadosos são mediados, fundamentalmente, pelas instituições e organizações de saúde. Assim, a redução da distância entre o direito à saúde legislado e o exercício do direito institucionalizado, de forma a se produzir práticas de saúde adequadas, depende da capacidade de adoção de tecnologias de gestão apropriadas, particularmente pelas instituições públicas. Tecnologias essas que enfatizem e privilegiem a contínua melhoria das práticas.

Observa-se, entretanto, um descompasso na atenção secundária, que representa um grande desafio para a gestão:

- um elevado índice de necessidades acumuladas de tratamento em saúde bucal, que, aliado à baixa oferta de consultas especializadas (GARÍGLIO; MARQUES, 2002) caracteriza uma demanda reprimida, gerando filas e se traduzindo, segundo Mello e Moysés (2010, p.787) “numa grande distância observável entre a retórica institucional e a prática da oferta em face da demanda”;
- a necessidade de redução e racionalização dos custos, tendo-se em vista, inclusive, que o financiamento público do SUS é inferior ao necessário (BELO HORIZONTE, 2005);
- o não comparecimento a consultas, na contramão, com seus impactos à saúde bucal dos usuários, comprometendo a integralidade do cuidado e, ainda, onerando o sistema.

Um dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é “utilizar a Epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento” (BRASIL, 2004a, p.4). Torna-se fundamental, portanto, que profissionais atuantes no setor da saúde bucal, sobretudo aqueles envolvidos em funções técnico-gerenciais, busquem na Epidemiologia uma ferramenta aliada na avaliação de serviços, instaurando-se, assim, a possibilidade de reorientação de propostas e planejamento de ações com vistas à melhoria da qualidade de serviços e programas de saúde. Nesse sentido, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), do Ministério da Saúde, constitui-se em instrumento de apoio à gestão do SUS no que se refere à qualidade da atenção ofertada ao usuário (BRASIL, 2004b). A avaliação dos serviços de saúde, entretanto, é passível de ser realizada também a partir de parcerias entre gestores e programas de pós-graduação de instituições de ensino superior. Partindo-se dessa premissa, o presente estudo lançou mão da Epidemiologia como valiosa ferramenta a favor da avaliação de um serviço de saúde, a partir de uma interlocução entre pesquisa-instituição de ensino e serviço de saúde.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O Município de Belo Horizonte**

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital mineira apresentava, em 2010, uma população estimada de 2.375.444 habitantes, sendo a quinta cidade brasileira mais populosa e, considerando-se a área metropolitana, a terceira mais populosa. Desse total populacional, 93,27% reside em áreas urbanas (IBGE, 2010).

Uma das estratégias adotadas com vistas à transformação do modelo de atenção à saúde vigente no município até 1989, foi o processo de distritalização. Belo Horizonte, assim, foi dividida em nove Regiões Administrativas ou Regionais, cada qual possuindo uma representação da Secretaria Municipal de Saúde denominada Distrito Sanitário (DS), compondo a rede de atenção à saúde no nível local (CAMPOS, 1998). Os nove DS podem ser visualizados na Fig. 1. São eles:

- Distrito Sanitário Barreiro;
- Distrito Sanitário Centro-Sul;
- Distrito Sanitário Leste;
- Distrito Sanitário Nordeste;
- Distrito Sanitário Noroeste;
- Distrito Sanitário Norte;
- Distrito Sanitário Oeste;
- Distrito Sanitário Pampulha;
- Distrito Sanitário Venda Nova.



**Figura 1 - Os nove distritos sanitários que compõem Belo Horizonte.** Fonte: Prodabel. Coordenação de Geoprocessamento. Abril/98. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>>. Acesso em: 26 fev. 2011.



### ***2.1.1 Atenção à Saúde Bucal no Município***

Em 1948 foi criado, em Belo Horizonte, o Departamento de Assistência à Saúde (DAS), iniciando-se a assistência à saúde pelo nível municipal. Partindo-se de ações eminentemente assistenciais e de ordem caritativa, apresentava um papel limitado na prestação de serviços de saúde aos cidadãos (VELOSO; MATOS, 1998).

Foi criado na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em 1953, no então DAS, o primeiro serviço odontológico caracterizado, sobretudo, pelo atendimento de urgências nos centros de saúde. Havia ainda a prestação de alguns serviços em grupos escolares pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde (SES) (WERNECK, 1994).

Em 1967 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social e, já no ano seguinte, ocorreu ampliação da atenção odontológica nos grupos escolares, cujo modelo era baseado no Sistema Incremental (FERREIRA; SANTOS; CAVALCANTE, 1998).

Em 1971, foi promulgada a Lei da Educação, segundo a qual todos os municípios com mais de 50 mil habitantes deveriam assumir a responsabilidade pela Educação. A partir de então, o Sistema Incremental tornou-se o modelo hegemônico não só em Belo Horizonte, como em todo o país, de forma que as escolas passaram a ser construídas já prevendo-se espaço físico adequado à instalação de consultórios médicos e odontológicos (FERREIRA; SANTOS; CAVALCANTE, 1998).

Instituiu-se, em 1975, a obrigação da fluoretação das águas de abastecimento público em Belo Horizonte, iniciando-se, também, a aplicação tópica de flúor nos escolares da rede pública. Nesse mesmo período iniciou-se a oferta dos primeiros atendimentos na atenção secundária nas especialidades de endodontia e radiologia (WERNECK, 1994).

Em 1982 foram criados o Departamento de Saúde Escolar (DSES), ao qual cabia a atenção odontológica nas escolas e o Departamento de Ações Básicas de Saúde (DABS), responsável pela atenção odontológica nos postos de saúde. Assim, coexistiam duas formas de atenção, “duas odontologias”: nas escolas, o Sistema Incremental, excludente; nos centros de saúde, o atendimento restrito a emergências e extrações. E uma atenção secundária ainda incipiente (WERNECK, 1994).

Iniciou-se, em 1986, uma corrente visando à unificação desses dois departamentos. O movimento foi motivado principalmente pela discussão das propostas de universalização da saúde e implantação de um Sistema Único de Saúde, que se travava em nível nacional a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (FERREIRA; SANTOS; CAVALCANTE, 1998).

Alicerçado nos princípios da Reforma Sanitária foi apresentado, em 1989, o Programa de Atenção Integral à Saúde Bucal (PAISB). Tratava-se de nova tentativa de se propor um modelo único de odontologia para Belo Horizonte, na perspectiva de ampliação e reorganização da atenção em saúde bucal, aumento da capacidade resolutiva do serviço e ampliação da cobertura populacional. O projeto, entretanto, não chegou a ser implantado (WERNECK, 1994).

Até princípios de 1991, a atenção odontológica permaneceu praticamente inalterada, “caracterizando-se por um processo de isolamento da Saúde, ainda mantendo a dicotomia na atenção e fora do processo de territorialização que já se efetivava na SMSA, através do processo de distritalização” (FERREIRA; SANTOS; CAVALCANTE, 1998, p.289).

Ainda em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde, o que gerou maior estímulo para o controle social. Em 1992, foram criados dois Conselhos Distritais e várias comissões locais de saúde, representando uma maior participação da comunidade (VELLOSO; MATOS, 1998).

Com as eleições de 1992 para a prefeitura de Belo Horizonte, foi eleita a frente BH Popular, sendo então proposto um trabalho de reorganização da assistência odontológica (FERREIRA; SANTOS; CAVALCANTE, 1998).

Segundo Ferreira, Santos e Cavalcante (1998) foi proposto à direção da SMSA, via Departamento de Planejamento e Coordenação de Ações (que encampou os antigos DSES e DABS), um modelo de atenção baseado em dois momentos:

- Conhecendo e intervindo nos problemas: condução de inquérito epidemiológico qualificado, levantando-se índices de cárie, doença periodontal, fluorose, má oclusão e lesão de mucosa. A partir daí, seria conduzida intervenção visando à paralisação e estabilização dos avanços da doença;
- Planejamento de desenvolvimento das atividades restauradoras: caracterizada pelo planejamento da fase restauradora/reabilitadora.

Belo Horizonte foi a primeira grande metrópole brasileira a assumir, após a publicação da Norma Operacional Básica NOB 01/93, a municipalização da saúde, o que permitiu a viabilização de um projeto local coerente com o modelo proposto pelo SUS (RONCALLI, 2000).

Em 1993 foi realizada calibração para trabalho epidemiológico, sendo montadas oficinas de estudo para os cirurgiões-dentistas (CD), auxiliares de saúde bucal (ASB) e técnicos em saúde bucal (TSB). No ano seguinte foi realizado o primeiro levantamento

epidemiológico no município, que apontou um declínio da cárie em dentes permanentes da população infantil em relação ao Levantamento Nacional realizado, em 1986, pelo Ministério da Saúde. Foi constatado, também, que as necessidades curativas estavam mais concentradas na população fora da idade escolar, crianças abaixo de seis anos e adultos, o que era incompatível com a priorização dada aos escolares no Modelo Incremental (FERREIRA; SANTOS; CAVALCANTE, 1998).

O Conselho Municipal de Saúde, a partir de 1995, pronunciou-se favorável ao projeto de universalização da atenção odontológica, sendo agilizada a estratégia de remanejamento dos CD das escolas para os centros de saúde.

Com relação à atenção secundária, verificou-se sua ampliação em 1996:

- implantação de três serviços de atendimento nas especialidades de endodontia, cirurgia, periodontia e odontopediatria;
- criação, na rede, de uma referência para diagnóstico de câncer bucal;
- ampliação do atendimento ao paciente com necessidades especiais em três locais próprios da rede (FERREIRA; SANTOS; CAVALCANTE, 1998).

**Quadro 1** – Alguns marcos referentes à atenção em saúde bucal em Belo Horizonte.

Data	Alguns marcos referentes à atenção em saúde bucal
1953	Criação do 1º serviço odontológico na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – DAS: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O atendimento de urgências nos centros de saúde era preponderante;</li> <li>▪ Alguns serviços em grupos escolares pertencentes à SES;</li> <li>▪ Nenhum modelo de atenção sistematicamente proposto.</li> </ul>
1967	Criação da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social, com a incorporação do DAS.
1968	Ampliação da atenção odontológica nos grupos escolares, cujo modelo era baseado no Sistema Incremental.
1971	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lei da Educação;</li> <li>▪ Consolidação do modelo baseado no Sistema Incremental - hegemônico em Belo Horizonte e no Brasil.</li> </ul>
1975	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instituição da obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público em Belo Horizonte;</li> <li>▪ Início da aplicação tópica de flúor nos escolares da rede pública;</li> <li>▪ 1º atendimento de atenção secundária (endodontia e radiologia).</li> </ul>

Data	Alguns marcos referentes à atenção em saúde bucal
1979	Duas propostas diferentes de práticas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Centrada nas escolas;</li> <li>2. Atendimento emergencial nos centros de saúde.</li> </ol>
1982	Foram criados, dentre outros, dois departamentos na Secretaria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Departamento de Saúde Escolar (DSES);</li> <li>2. Departamento de Ações Básicas de Saúde (DABS).</li> </ol>
1983	A Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social passou a se chamar Secretaria Municipal de Saúde.
1986	Corrente com a intenção de unificar os dois departamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão, em nível nacional, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde.</li> </ul>
1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Início do processo de distritalização;</li> <li>▪ Programa de Atenção Integral à Saúde Bucal (PAISB), alicerçado nos princípios da Reforma Sanitária: o projeto não chegou a ser implantado.</li> </ul>
1991	Criação do Conselho Municipal de Saúde.
1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Início do processo de municipalização da saúde em Belo Horizonte;</li> <li>▪ Criação de dois Conselhos Distritais e várias comissões locais de saúde;</li> <li>▪ A partir da municipalização, a Prefeitura encampou todas as escolas do Estado que possuíam consultórios odontológicos.</li> </ul>
1993	Frente BH Popular propôs um trabalho de reorganização da assistência odontológica; <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecendo e intervindo nos problemas;</li> <li>2. Planejamento e desenvolvimento das atividades restauradoras.</li> </ol> Oficinas de estudo e calibração para o trabalho epidemiológico.
1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O município assumiu a gestão semiplena;</li> <li>▪ Primeira investigação epidemiológica feita no município.</li> </ul>
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Conselho Municipal de Saúde pronunciou-se a favor do projeto de universalização da assistência odontológica. Assim, a estratégia de remanejamento dos CD das escolas para os centros de saúde foi agilizada;</li> <li>▪ Municipalização da gestão da CMCE.</li> </ul>
1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciou-se discussão acerca da implantação do Programa BH Vida, constituindo-se em estratégia de atenção à saúde nos moldes do Programa Saúde da Família.</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciou-se a implantação do Programa BH Vida, com a incorporação de 2.625 agentes comunitários de saúde (ACS) à atenção primária em saúde.</li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussões sobre a implantação das Equipes de Saúde da Família, de forma a auxiliar na reorganização da atenção primária e ampliação da assistência à saúde, bem como sobre a inserção dos profissionais da saúde bucal no Programa BH Vida.</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Foram implantadas, até o final de 2002, 113 ESB no Programa BH Vida.</li> </ul>

Data	Alguns marcos referentes à atenção em saúde bucal
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por meio da Portaria nº 1.064/GM de 4 de julho de 2005, a Policlínica Centro-Sul pode se elevar à categoria de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).</li> </ul>
2008-2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento na oferta de consultas odontológicas especializadas na atenção secundária em saúde bucal no município.</li> </ul>

**Fonte:** FERREIRA,R.C.; SANTOS, R.M.; CAVALCANTE, C.A.T. Saúde Bucal – A promoção como estratégia da organização. In: CAMPOS, C.R. *et al.* (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.287-306. SANTIAGO, W.K.; WERNECK, M.A.F.; FERREIRA E FERREIRA, E. O processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG: um estudo qualitativo com base na visão da equipe de Coordenação de Saúde Bucal e cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família. **Arq. odontol**, v.45, n.4, out/dez 2009. **GEAS/SMSA/201**.

Em Belo Horizonte, o SUS apresenta-se organizado em uma rede de atenção à saúde composta por diferentes pontos e/ou equipamentos , como a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada/Rede Complementar, Atenção Hospitalar, Rede de Apoio Diagnóstico, Atenção às Urgências e Emergências, Apoio à Assistência e Vigilância em Saúde (BELO HORIZONTE, 2012).

A rede de serviços também pode ser apresentada com uma conformação em diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com densidades tecnológicas singulares. A APS corresponde ao nível de menor densidade tecnológica, enquanto a atenção secundária corresponde ao de densidade tecnológica intermediária. Já a atenção terciária representa o nível de atenção à saúde de maior densidade tecnológica (MENDES, 2009).

Assim, a rede complementar especializada abarca a atenção secundária, que envolve as especialidades com média densidade tecnológica e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como a atenção terciária, que compreende a atenção especializada de alta densidade tecnológica (SOLLA ; CHIORO, 2008). Essa será a abordagem adotada no presente estudo.

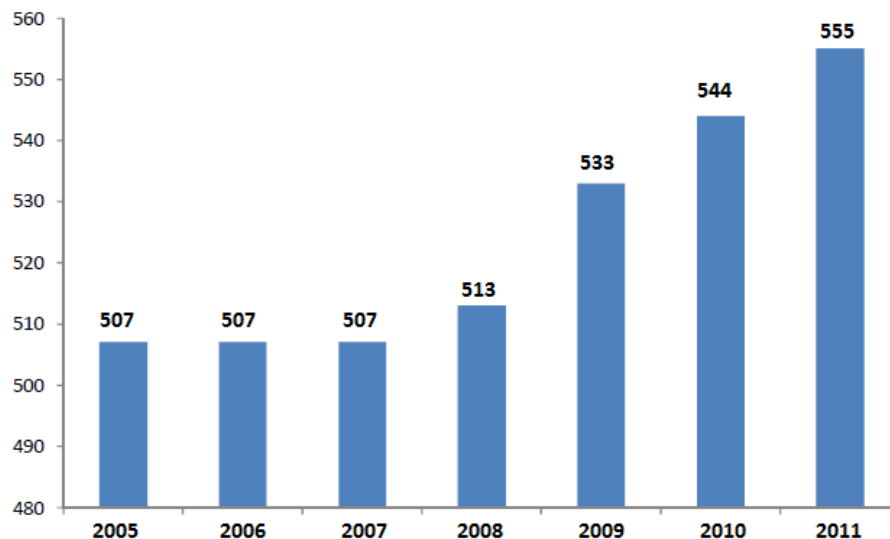
### 2.1.1.1 Atenção Primária à Saúde

Segundo Starfield (2002) a atenção primária representa o primeiro nível de atenção de um sistema de serviços de saúde, correspondendo à porta de entrada do usuário nesse sistema. A autora enfatiza também a função coordenadora ou integradora da APS à atenção fornecida em algum outro ponto do sistema.

Na APS são desenvolvidas ações individuais e coletivas voltadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Está alicerçada nos princípios da

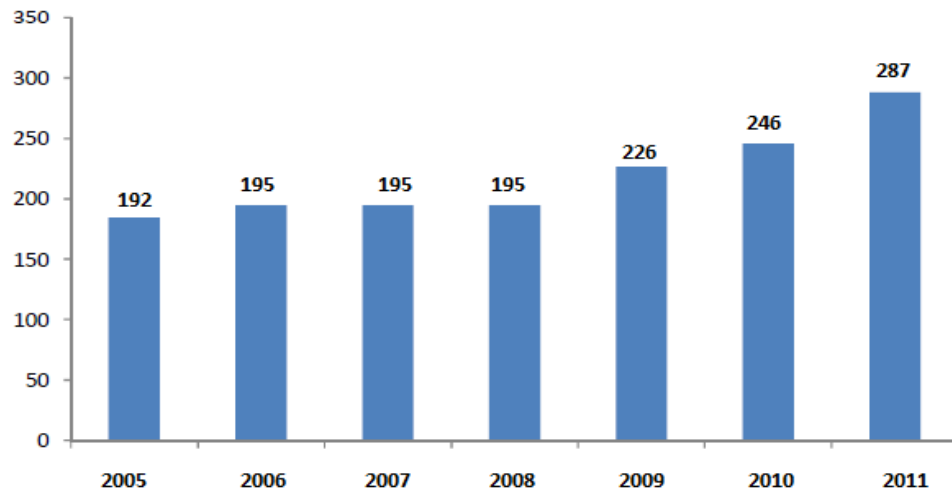
universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a).

Constitui o eixo estruturador da Rede de Atenção do SUS em Belo Horizonte, alicerçando a Estratégia Saúde da Família (nomeada BH Vida no município). Atualmente a APS conta com 147 unidades básicas de saúde (UBS) (BELO HORIZONTE, 2012), onde estão alocadas 555 Equipes de Saúde da Família (ESF) (Graf. 1) formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. As UBS beneficiam 81% da população de Belo Horizonte. Das 147 UBS, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e as 147 oferecem atendimento odontológico.



**Gráfico 1** – Evolução do número de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte, 2005-2011. Fonte: Gerência de Assistência à Saúde (GEAS)/SMSA, 2012.

O município contava, em 2011, com 287 Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na APS (BELO HORIZONTE, 2011, 2012) (Graf.2). Entre os anos de 2005 e 2011, houve um incremento no número de ESB existentes, como pode ser visualizado no Graf. 2.



**Gráfico 2** – Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal em Belo Horizonte, 2005-2011. Fonte: GEAS/SMSA, 2012.

A estrutura física da Saúde Bucal na APS recebeu um incremento em número de consultórios odontológicos existentes e ocupados entre os anos de 2008 e 2011, como pode ser visualizado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Rede física da Saúde Bucal na APS do SUS em Belo Horizonte (2008-2011).

	2008	2011
Consultórios odontológicos existentes	382	420
Consultórios odontológicos ocupados	206	340
<b>% de ocupação</b>	<b>54</b>	<b>80</b>

Fonte: GEAS/SMSA, 2012.

### 2.1.1.2 Atenção secundária à saúde

A atenção secundária compreende unidades de saúde que ofertam serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico, a partir da rede própria ou da rede contratada e conveniada. Pode-se dizer, de forma simplificada, que compreende os Centros de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) (SOLLA; CHIORO, 2008).

Na atenção secundária, o município pode garantir o acesso do usuário à rede de atenção à saúde por meio de serviços de referência para outros municípios com os quais mantém pactuação, o que não ocorre na APS, onde a atenção deve ser prestada no próprio território do município, independente de seu porte (SOLLA; CHIORO, 2008).

Com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o estado de Minas Gerais foi dividido em microrregiões de saúde que devem ter resolutividade na atenção secundária, dispondo de serviços de referência ao menos na sede. Belo Horizonte está classificada como município polo, micro e macrorregional na área de saúde.

“Nesse desenho de regionalização, Belo Horizonte exerce responsabilidade sanitária referente à atenção secundária (microrregião) e à atenção terciária (macrorregião). O município polo macrorregional é o que registra maior ocorrência de serviços ambulatoriais e hospitalares, com demanda originada da maioria das microrregiões circunvizinhas, para serviços que caracterizam o perfil macro, ou seja, o elenco de especialidades do nível de atenção terciária. Apresenta alta relevância para o Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, pois é polo da microrregião de saúde Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté, com 13 municípios e uma população adscrita de 3.203.821 habitantes; e polo da macrorregião Centro, com 104 municípios e uma população adscrita de 6.145.218 habitantes. O município caracterizado como polo macrorregional acumula a função de polo microrregional, além de sua responsabilidade pela atenção primária à saúde de seus munícipes” (BELO HORIZONTE, 2012, p.20).

Os quadros 2 e 3 a seguir apresentam os serviços municipais próprios e da rede contratada e conveniada que compõem a atenção secundária em saúde na SMSA/PBH.

**Quadro 2** – Quantitativo de serviços médicos especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico ofertados na atenção secundária da SMSA/PBH.

- 9 Centros de Especialidades Médicas (CEM): 1 por DS;
- 5 Unidades de Referência Secundária (URS): anteriormente denominadas PAM (Pronto Atendimento Médico) - realizam consultas médicas e exames especializados de usuários acompanhados nas 147 UBS;
- 1 Núcleo de Cirurgia Ambulatorial;
- 1 Centro Municipal Oftalmológico;
- 1 Centro Municipal de Imagem.

**Fonte:** Belo Horizonte, 2011.



Os serviços odontológicos especializados e SADT que compõem a atenção secundária em saúde bucal da SMSA/PBH são ofertados em cinco unidades próprias e duas unidades conveniadas (BELO HORIZONTE, 2011).

As unidades próprias são o CEO Centro-Sul, localizado no DS Centro-Sul; a URS Waldomiro Lobo, no DS Oeste; e três clínicas nos DS Venda Nova, Barreiro e Centro-Sul, que até maio de 2011 estavam vinculadas à Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Beprem<sup>3</sup>) (BRASIL, 2011a). Em maio de 2011, duas das clínicas pertencentes à extinta autarquia foram inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) como CEO: CEO Barreiro (DS Barreiro) e CEO Paracatu (DS Centro-Sul) (BRASIL, 2013), embora ainda não tenham sido editadas as portarias ministeriais específicas para sua habilitação como tal.

Com a PNSB verifica-se, atualmente, o fornecimento de próteses totais e parciais, aos usuários, em número crescente na APS (BRASIL, 2011b).

**Quadro 3** – Serviços odontológicos especializados e SADT ofertados na atenção secundária da SMSA/PBH.

<b>Unidades próprias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CEO Centro-Sul;</li> <li>▪ CEO Barreiro<sup>4</sup>;</li> <li>▪ CEO Paracatu<sup>5</sup>;</li> <li>▪ URS Waldomiro Lobo;</li> <li>▪ URS Venda Nova.</li> </ul>
<b>Rede externa (conveniada)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);</li> <li>▪ Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte (PUC-BH).</li> </ul>

**Fonte:** Belo Horizonte, 2010; Brasil, 2013.

<sup>3</sup> Autarquia municipal extinta por meio do Projeto de Lei nº 14.222/2011. Era responsável pela prestação de serviços jurídicos, médicos, odontológicos e de lazer aos servidores municipais, dependentes, aposentados e pensionistas. A partir da extinção do órgão, as clínicas e profissionais de saúde bucal que compunham seu quadro passaram a integrar a SMSA/PBH, sendo ofertados, entre os serviços, a confecção de próteses, endodontia e cirurgias odontológicas. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/municipio-em-foco>>. Acesso em: 7 mar. 2011.

<sup>4,5</sup> Ausência de portaria ministerial para habilitação como CEO.

Pode-se observar que, entre o período de 2008 a 2011, houve um incremento na oferta de consultas odontológicas especializadas na atenção secundária em saúde bucal, com respectiva redução nas filas não presenciais para obtenção da atenção especializada (Tabela 2).

**Tabela 2** – Número de consultas odontológicas especializadas e número de usuários nas filas de espera para atendimento especializado no período compreendido entre 2008 e 2011.

	2008	2009	2010	2011
Oferta de consultas odontológicas especializadas	30.517	29.278	21.561	53.559
Número de usuários nas filas de espera	-	14.832	17.563	10.001

**Fonte:** Geas/SMSA, 2012.

#### 2.1.1.2.1 Centros de Especialidades Odontológicas

A PNSB (também denominada Brasil Sorridente), lançada pelo Ministério da Saúde em 2004, apresentou, como uma de suas frentes de atuação, o estímulo ao incremento na oferta de procedimentos odontológicos especializados, por meio do incentivo à implantação dos CEO (BRASIL, 2004a).

Os CEO, estabelecimentos participantes do CNES, são classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Proporcionam o acesso dos usuários à atenção secundária em saúde bucal e estão preparados para oferecer à população, no mínimo, as áreas clínicas de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento aos pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2004a). A partir da Portaria Ministerial nº 718/SAS de 20 de dezembro de 2010, foi facultado aos CEO a inclusão de atendimentos especializados em aparelho ortodôntico/ortopédico, implante dentário osteointegrado e prótese sobre implante (BRASIL, 2010).

A implantação de um CEO ocorre por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, onde o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos. Em contrapartida, estados e municípios contribuem com outra parcela (BRASIL, 2006b).

Os CEO são classificados em Tipo I, Tipo II e Tipo III. Cada modalidade apresenta uma margem no número de equipes odontológicas instaladas e recebe um valor de incentivo

para implantação, bem como de custeio mensal, ambos repassados pelo Ministério da Saúde. O incentivo de implantação corresponde ao valor recebido para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos. O incentivo de custeio é um valor mensal repassado para cada CEO e varia de acordo com as diferentes modalidades (BRASIL, 2006b).

**Quadro 4** – Modalidades de CEO, respectivos números de cadeiras odontológicas e populações referenciadas, Minas Gerais, 2005-2010.

Modalidade	Número de cadeiras odontológicas	População referenciada	Número de CEO
CEO tipo I	3 cadeiras	Até 90.000 hab.	27
CEO tipo II	4 a 6 cadeiras	Até 130.000 hab.	47
CEO tipo III	7 ou mais cadeiras	Até 230.000 hab.	2

**Fonte:** Departamento de Saúde Bucal/SES-MG/2012.

Cabe ao CEO a realização de uma produção mínima mensal relativa a cada especialidade odontológica, definida na Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Caso a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não seja atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no período de um ano, os recursos referentes aos incentivos mensais poderão ser suspensos (BRASIL, 2011c).

Uma das propostas da SMSA/PBH é a de que sejam credenciados, nas Faculdades de Odontologia de Belo Horizonte, tantos CEO quantos forem possíveis. Nesse caso, as despesas de infraestrutura são de responsabilidade das próprias instituições, que recebem do Ministério da Saúde verba específica para implantação e custeio, o que, portanto, não onera o Fundo Municipal de Saúde (FMS) (BELO HORIZONTE, 2006b).

#### **2.1.1.2.2** *CEO Centro-Sul*

O CEO Centro-Sul, por meio da Portaria nº 1.064/GM de 4 de julho de 2005 de incentivo de implantação e de custeio, pode se elevar à categoria de CEO, na modalidade tipo II.

A unidade está localizada no DS Centro-Sul à Rua Carijós, 528, Centro e conta com 15 consultórios instalados. Realiza aproximadamente 4.000 consultas odontológicas por mês e oferta serviços em nove especialidades odontológicas.<sup>6</sup>

**Tabela 3** – Especialidades odontológicas ofertadas no CEO Centro-Sul e respectivos números de CD.

<b>Especialidade</b>	<b>Número de profissionais</b>
Endodontia	14
Periodontia	06
Cirurgia	03
Odontopediatria	05
Ortodontia	02
Prótese unitária	07
DTM	01
PNE	01
Radiologia	02
<b>Total</b>	<b>41</b>

**Fonte:** Coordenação de Saúde Bucal da SMSA/PBH- 2011.

Os usuários chegam à unidade segundo duas condições:

1. Para sua primeira consulta odontológica especializada. Nessa situação, o usuário porta uma Guia de Referência preenchida pelo CD da APS;
2. Para sua consulta de retorno, portando seu cartão de marcação (Cartão de Matrícula).

### **2.1.2 Regulação Assistencial**

Com o avanço da municipalização da saúde, a SMSA ampliou sua capacidade de gestão e incorporou toda a rede prestadora de serviços do SUS em Belo Horizonte ao escopo regulatório municipal (JORGE *et al.*, 2010).

---

<sup>6</sup> Informações obtidas a partir de documentos elaborados pela coordenação de saúde bucal municipal, compartilhadas com os pesquisadores envolvidos no presente estudo no ano de 2011, permitindo o delineamento de alguns aspectos da estrutura física e organizacional da atenção à saúde bucal no CEO Centro-Sul.

A fim de se obter uma efetiva coordenação do cuidado, com garantia de continuidade da atenção, é fundamental a existência de mecanismos de regulação assistencial (DIAS, 2012). Segundo a autora, o termo regulação apresenta uso amplo e distintas concepções em diferentes campos.

Machado (2007) aponta quatro formas principais de regulação: regulação de sistemas estaduais e municipais de saúde; regulação sobre prestadores de serviços ao SUS; regulação sanitária; regulação de mercados em saúde.

De forma a tornar o emprego do termo mais prático e instrumental ao cotidiano da gestão dos serviços de saúde, Magalhães Jr (2006) aponta a existência de duas modalidades de regulação: a macro e a microrregulação. A primeira relaciona-se ao plano mais estratégico e geral do sistema de saúde. Já a microrregulação ou regulação assistencial utiliza-se de mecanismos que visam à organização e garantia do acesso de usuários aos serviços ofertados pelo sistema de atenção à saúde. No quadro a seguir são apresentadas as principais atribuições relativas à macro e microrregulação, apontadas pelo autor.

**Quadro 5 – Principais atribuições da macro e microrregulação.**

<b>Macrorregulação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição de prioridades de ações e serviços de saúde: adoção de planos municipais de saúde e planos plurianuais de gestão;</li> <li>▪ Regulação de mercados de saúde com o estabelecimento de uma estrutura reguladora suplementar.</li> </ul>
<b>Microrregulação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estabelecimento de regras, dispositivos e ferramentas para operar a assistência.</li> </ul>

**Fonte:** Magalhães Jr., 2006.

A regulação assistencial constitui-se em importante ferramenta conceitual e operacional para viabilização e garantia da continuidade do cuidado e integralidade da atenção. Dirigida aos serviços públicos e/ou privados, gerentes e profissionais de saúde, objetiva ordenar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (MINAS GERAIS/ESP, 2009).

Belo Horizonte dispõe de um sistema informatizado que regula o acesso dos usuários a consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico. Trata-se do *software* Sisreg (Sistema Nacional de Regulação) desenvolvido pelo Ministério da Saúde e adaptado ao município (ALMEIDA *et al.*, 2010). A inserção das especialidades odontológicas no Sisreg data de 2006 e ocorreu dentro da rotina do serviço. O *software* permite a geração de relatórios

via Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte S/A - Prodabel (BELO HORIZONTE, 2006b).

O Sisreg permite ao gestor conhecer o real tamanho das filas eletrônicas não presenciais, monitorar a demanda reprimida, planejar a oferta da atenção especializada em função da demanda, estabelecer prioridades clínicas, garantir uma maior imparcialidade no controle das agendas e possibilita, ainda, monitorar o índice de não comparecimentos a consultas e exames (ALMEIDA *et al.*, 2010), o que é de fundamental interesse no presente estudo.

O fluxo de referenciamento para a atenção secundária, a partir da atenção primária, envolve a avaliação profissional, sendo então confeccionada uma solicitação de encaminhamento para o nível especializado. Na guia de referenciamento deve constar a identificação da unidade de saúde solicitante, a assinatura e carimbo do profissional solicitante com dados referentes ao diagnóstico, a classificação da prioridade clínica (alta, média, baixa), dados clínicos contemplando a história da doença atual (HDA), tempo de evolução, exame físico, hipótese diagnóstica, terapêutica adotada e resultados de exames complementares. Os referenciamentos são realizados de acordo com protocolos clínicos da SMSA/PBH (ANEXO A) (MINAS GERAIS/ESP, 2009).

O sistema é operado por técnicos administrativos nas UBS que, além de registrarem os referenciamentos para a atenção especializada, imprimem, diariamente, uma listagem com todas as consultas e exames agendados contendo o nome do usuário, data, local e horário da consulta. Normalmente o usuário busca o pedido já agendado nas UBS ou o recebe do ACS por meio de visita domiciliar (DIAS, 2012).

Há duas modalidades possíveis de fluxo do usuário para a atenção especializada: fluxo normal e fluxo regulado. Os referenciamentos para a atenção especializada em saúde bucal seguem o fluxo normal, descritos a seguir.

- FLUXO NORMAL

O usuário é referenciado para a atenção secundária, a partir da atenção primária, sendo inserido em fila eletrônica “normal”. O técnico responsável pela operação do Sisreg digita o encaminhamento e monitora, diariamente, as vagas disponibilizadas. Existem cotas de consultas especializadas disponíveis para cada UBS. De acordo com as cotas e com os

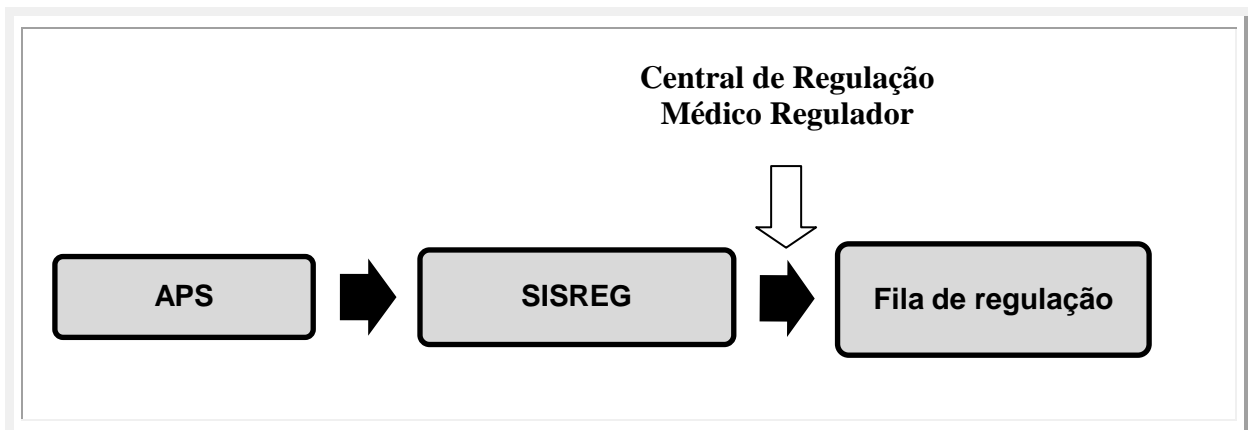
critérios de prioridade dos encaminhamentos, as consultas são agendadas seguindo a fila não presencial (MINAS GERAIS/ESP, 2009).



**Figura 2 – Fluxo normal do usuário**

- FLUXO REGULADO

Em caso de urgência pela consulta especializada, deve ser solicitada a “consulta sob regulação”, que será avaliada por médicos reguladores que atuam nas centrais de regulação. Em caso de adequação da solicitação, a consulta será priorizada. São disponibilizadas cotas para consultas sob regulação, tidas como “reserva técnica”, próprias para serem preenchidas pelas urgências referenciadas via fluxo regulado (DIAS, 2012; MINAS GERAIS/ESP, 2009). Caso seja autorizada, a própria central de regulação agenda a consulta enviando a resposta digitalmente, por meio do SISREG, e por telefone, à UBS que realizou o encaminhamento. Em caso de não aceitação da solicitação de agendamento, a central de regulação, outra vez por meio do Sisreg, registra o motivo. Em casos de dificuldade no agendamento da consulta ou exame de urgência, podem ser verificadas tentativas da gerência da UBS em resolver a situação por meio de contato telefônico com os médicos da central de regulação (MINAS GERAIS/ESP, 2009).



**Figura 3 – Fluxo regulado do usuário**

Segundo Giovanella e Mendonça (2008) a coordenação entre APS e atenção secundária depende de tecnologias de gestão clínica, bem como de mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e de registro de informações. Dentre as estratégias de coordenação entre atenção primária e secundária à saúde, pode-se citar: a organização de fluxos e de acesso à atenção especializada; implementação de comissões de regulação local e distrital (observadas nos encaminhamentos para os CEM distritais); implementação de prontuário eletrônico; implementação de protocolos/diretrizes/linhas de cuidado; comunicação mais efetiva entre profissionais da APS e secundária.

## **2.2 O acesso aos serviços de saúde**

Segundo Travassos e Martins (2004, p.190) a utilização ou uso dos serviços de saúde compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os mesmos, resultando da “interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde”. Já o acesso constitui-se em conceito mais complexo, que varia entre autores e sofre mudanças ao longo do tempo, sendo variável também a terminologia utilizada. A fim de indicar o grau de facilidade com que os indivíduos obtêm cuidados em saúde, alguns autores empregam o termo acessibilidade e outros utilizam o substantivo acesso.

Donabedian (1973) referiu-se à acessibilidade como associada a características dos serviços e recursos de saúde que facilitam ou limitam sua utilização por usuários potenciais, sendo mais abrangente que a simples disponibilidade de recursos em dado momento e lugar. O autor distingue duas dimensões da acessibilidade que se inter-relacionam: a acessibilidade geográfica e a sócio-organizacional. A acessibilidade geográfica relaciona-se à distância linear da residência do usuário ao serviço de saúde, tempo de locomoção, custo com transporte, entre outros. Já a acessibilidade sócio-organizacional relaciona-se a características da oferta dos serviços (exceto as geográficas) que contribuem ou dificultam a utilização dos mesmos. Como exemplo: políticas que selecionam usuários em função de seu diagnóstico, condição social, etc. O autor exclui do escopo de seu conceito de acessibilidade, por exemplo, a percepção do usuário em relação a seus problemas de saúde (necessidade sentida), bem como o processo de tomada de decisão na busca pelos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).



Já o autor Andersen (1995) prioriza o uso do termo acesso. Em uma das versões do clássico modelo de utilização de serviços de saúde de Andersen e Newman (1973), o acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde ligado à organização dos serviços, que se refere não só à entrada no serviço de saúde como à continuidade do tratamento em termos de cuidados subsequentes. Nesse modelo, a utilização dos serviços de saúde é mediada por três categorias de fatores relativos ao usuário:

- Fatores predisponentes: fatores prévios ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição do indivíduo para usar serviços de saúde. Ex.: gênero;
- Fatores capacitantes: os meios disponíveis aos indivíduos para obterem cuidados de saúde;
- Necessidades de saúde: condições de saúde autopercebidas ou diagnosticadas pelos profissionais de saúde.

Penchansky e Thomas (1981) ampliam o conceito de acesso ao incluírem em sua concepção a relação entre a oferta de serviços e o usuário, não tomando como base apenas a oferta. Os autores apresentam uma série de dimensões que compõem o conceito de acesso:

- Disponibilidade: refere-se ao tipo e volume de serviços em relação à necessidade. Assim, é fundamental para a obtenção da atenção necessária (tanto em situações de urgência/emergência, quanto de eletividade).
- Acessibilidade: os autores a tomam como uma das dimensões do acesso, que se caracteriza pela adequação geográfica dos serviços aos usuários.
- Acolhimento (*accomodation*): a forma como os serviços de saúde se organizam para receber o usuário (forma de agendamento das consultas, a conveniência de horários, o tempo de espera para se obter o atendimento, por exemplo).
- Aceitabilidade: relaciona-se à aceitação dos usuários quanto ao atendimento prestado e aos profissionais responsáveis pelo atendimento, satisfação quanto à localização e aparência do serviço.
- Capacidade de compra: relaciona-se com as formas de financiamento dos serviços de saúde e com a possibilidade dos indivíduos pagarem por esses serviços.

Jesus e Assis (2010, p.162), em uma revisão sistemática sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde, o definem como “ ‘porta de entrada’, como o local de acolhimento do

usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.”

### **2.3 O não comparecimento a consultas odontológicas**

A ausência do usuário frente a uma consulta agendada, sem o prévio cancelamento, pode ser designada como “não comparecimento” (TUSO; MURTISHAW; TADROS, 1999).

A literatura aponta uma série de fatores associados ao não comparecimento a consultas odontológicas e médicas, que podem ser visualizadas nos Quadros 6 e 7. O não comparecimento apresenta íntima relação com aspectos relativos a barreiras ao acesso, que podem ser de natureza geográfica, financeira, sociocultural, organizacional, étnica, de gênero (MENDES, 2010).

O fenômeno é relatado no âmbito da atenção primária e secundária dos serviços públicos odontológicos, na iniciativa privada, bem como em instituições de ensino superior (ALBARAKATI, 2009; ALMOG *et al.*, 2003; AWARTANI, 2003; BENDER; MOLINA; MELLO 2010; GEORGE; HOSHING; JOSHI, 2007; ISMAIL; SAEED; AL-SILWADI, 2011; JANDREY, 1999; ROOD; STERN, 2007; SCHMALZRIED; LISZAK, 2012; ZAITTER, 2009). O evento não está circunscrito à área odontológica, havendo estudos que apontam sobre o seu elevado índice também nas especialidades médicas (ALHAMAD, 2013; BELO HORIZONTE, 2007a, 2010; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BENJAMIN-BAUMAN; REISS; BAILEY, 1984; BICKLER, 1985; FRANKEL; FARROW; WEST, 1989; GEORGE; RUBIN, 2003; LEE, 2005; PERRON, 2010; SCHMALZRIED; LISZAK; 2012; SHARP; HAMILTON, 2001; WALLER; HODGKING, 2000; ZAITTER, 2009). E, mesmo com diferentes modelos assistenciais à saúde, o problema é relatado em diversos países (ALBARAKATI, 2009; ALMOG *et al.*, 2003; BICKLER, 1985; GEORGE; HOSHING; JOSHI, 2007; ISMAIL; SAEED; AL-SILWADI, 2011; LEE, 2005; PERRON, 2010; ROOD; STERN, 2007; SHARP; HAMILTON, 2001; SKARET, 2005; WOGELIUS; POULSEN, 2005).

A questão que se impõe, segundo Zaitter (2009, p.58) é: “Como explicar a falta a uma consulta especializada, sendo esta tão aguardada?”

O referenciamento para a atenção secundária ocorre a partir da avaliação e constatação, pelo profissional, de uma necessidade do usuário que não pode ser solucionada na atenção

primária (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). A avaliação das necessidades populacionais, que subsidia o planejamento dos serviços de saúde bucal, ignora os aspectos sociocomportamentais e culturais, considerando apenas necessidades normativas, pois se enquadra em um modelo baseado na identificação de doenças, sem levar em consideração a percepção subjetiva do usuário (BELARDINELLE, 1987; LEÃO; SHEIHAM, 1995; PINHEIRO; MATOS, 2005). Assim, a ausência de uma necessidade sentida pelo usuário pode levar ao não comparecimento à consulta (ALHAMAD, 2013; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; FRANKEL; FARROW; WEST, 1989; ISMAIL, SAEED; AL-SILWADI, 2011; ZAITTER, 2009).

Motivos trabalhistas (ALBARAKATI, 2009; ALHAMAD, 2013; AWARTANI, 2003; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; FRANKEL; FARROW; WEST, 1989; ZAITTER, 2009) e a resistência, por parte de empregadores, em aceitar atestados odontológicos para abono de faltas ao trabalho são mencionados como relacionados à impossibilidade de se comparecer a consultas agendadas (BENDER; MOLINA; MELO, 2010; ZAITTER, 2009). A recusa por parte dos empregadores contraria a Lei 6.215/75, complementar à Lei 5081/66, que estabelece que “Compete ao cirurgião-dentista, atestar, no setor de suas atividades, estados mórbidos e outros, inclusive para justificativa de falta ao emprego”. Associa-se a isso a ausência de flexibilidade, nos serviços de saúde, para se conseguir mudanças nas datas das consultas agendadas (BENDER; MOLINA; MELLO 2010).

São encontrados relatos do não comparecimento dos usuários associado ao elevado tempo de espera na obtenção da consulta especializada, o que gera filas não presenciais (AWARTANI, 2003; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BENJAMIN-BAUMAN; REISS, BAILEY, 1984; LACY *et al.* 2004; ZAITTER, 2009).

Na atenção secundária em saúde bucal de Belo Horizonte, as filas de espera também são observadas, sobretudo nas especialidades de endodontia e periodontia, o que demonstra haver uma grande demanda reprimida (BELO HORIZONTE, 2007b). Uma das metas apresentadas no Planejamento Municipal de Saúde 2010-2013, pela SMSA/BH, foi a redução no tempo de espera de consultas especializadas com demanda reprimida, dentre as quais a endodontia, embora não tenham sido apresentados, no documento, os mecanismos para sua efetivação (BELO HORIZONTE, 2010).

A questão da necessidade de validação das filas de espera foi enfatizada por Zaitter (2009, p.29). Segundo o autor “não há como buscar soluções cabíveis e de impacto para a questão da fila de espera sem antes dimensioná-la adequadamente tendo, com isso, a noção do real tamanho do problema, para que se proponham soluções”.

A SMSA/PBH realizou em 2007, no CEO Centro-Sul, um trabalho relativo à validação das filas eletrônicas do SISREG na área de periodontia. Verificou-se inadequação no encaminhamento de 26,0% dos casos que poderiam ser atendidos na atenção primária. O estudo também permitiu constatar uma baixa percepção, por parte dos usuários referenciados para a especialidade, sobre o controle do processo saúde-doença, assim como informações insuficientes sobre fatores de risco e proteção à saúde periodontal (BELO HORIZONTE, 2007b). Em um estudo sobre o não comparecimento de usuários na atenção secundária em Florianópolis, Bender, Molina e Mello (2010) encontraram, no período analisado, 40,0% de não comparecimentos de usuários referenciados, a partir da atenção primária, para a especialidade de periodontia. Essa informação pode representar a menor percepção do usuário com alterações periodontais sobre a real necessidade de tratamento, culminando com seu não comparecimento. Falhas na comunicação estabelecida com o usuário, como inadequada orientação quanto à realização da consulta ou mesmo a forma de aviso sobre o agendamento também foram relatadas, indicando, assim, a necessidade de aprimoramento dos fluxos de referência e contra-referência para prevenção das ausências dos usuários a consultas agendadas. Sob esse aspecto, uma das propostas para a prevenção do não comparecimento dos usuários na atenção secundária, pela SMSA/PBH, é a padronização na forma de comunicação sobre a marcação de consultas especializadas (BELO HORIZONTE, 2007a).

No estudo de Bender, Molina e Mello (2010), uma importante razão mencionada para os não comparecimentos na atenção secundária, na perspectiva de trabalhadores da atenção primária, foi a vulnerabilidade social em que os usuários vivem. Essa vulnerabilidade resulta de aspectos individuais e coletivos, como escolarização, acesso a meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais, estar livre de coerções violentas e disponibilidade de recursos para se proteger. Os autores também elencam uma série de motivos que levaram usuários a não comparecerem, seja sob a ótica dos trabalhadores, seja a partir da perspectiva dos próprios usuários referenciados para a atenção secundária.

“[...] Desatenção em relação à data da consulta; o fato de ter outro compromisso ou de não estar se sentindo bem no mesmo dia do atendimento; de não ter conseguido identificar o local da consulta apropriadamente e de não ter recursos financeiros suficientes para realizar o deslocamento [...] elevado tempo de espera na obtenção da consulta especializada, a impossibilidade do usuário arcar com o custo do transporte e a dificuldade em se conseguir liberação do seu trabalho [...] dificuldade do acesso físico à consulta, quais sejam: a grande distância implicada no deslocamento e a localização geográfica da residência, acentuada por intempéries climáticas” (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010, p.61-62).

Visando à redução no percentual de não comparecimentos a consultas na área de saúde e melhor utilização da capacidade instalada, várias propostas são apresentadas na literatura, como modelos desenvolvidos a partir de dados secundários que podem ser usados por gestores como preditores de não comparecimentos (BENJAMIN-BAUMAN; REISS; BAILEY, 1984; LEE *et al.*, 2005) e *reminder systems* (LAGANGA; LAWRENCE, 2007; PARIKH, 2010). Além disso, pretendendo-se contornar a possível ociosidade profissional e ineficiência na utilização da capacidade instalada gerada pelo não comparecimento do usuário à consulta agendada, pode-se dispor de mecanismos como o *overbooking*. Há estudos direcionados ao aprimoramento de técnicas de *overbooking*, por meio da proposição de sofisticados modelos matemáticos (MORRIS; BURKE, 2001; TUSO; MURTISHAW; TADROS, 1999). Apesar das propostas enfatiza-se que, diante da impossibilidade de comparecimento à consulta, é importante se avisar com antecedência o serviço de saúde para que outro usuário possa ter a necessidade de tratamento especializado atendida (BELO HORIZONTE, 2004; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; ZAITTER, 2009), o que contribui para a eficiência na utilização da capacidade instalada e melhor utilização dos recursos disponíveis para o SUS-BH.

A busca pela integralidade da atenção, como um dos princípios doutrinários do SUS, abrange uma variedade de dimensões, inclusive a garantia da assistência nos três níveis de atenção, o que implica garantia de acesso à atenção secundária (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Estudos relativos à avaliação da Estratégia de Saúde da Família apontam que esse fundamental princípio permanece como um importante problema e desafio a ser superado. Com a ampliação de cobertura da APS houve um aumento da demanda pela atenção secundária (ESCOREL *et al.*, 2007; TRAD; BASTOS, 1998), cujo acesso é dificultado pela insuficiência na oferta de serviços (BENDER; MOLINA ; MELLO, 2010) e, em outro extremo, tem-se os não comparecimentos a consultas especializadas, também impactando, negativamente, a integralidade na atenção.

**Quadro 6** – Aspectos organizacionais associados ao não comparecimento a consultas médicas e odontológicas, na literatura consultada, e autores.

<b>Barreiras organizacionais</b>		
<b>Horário da consulta agendada</b>	Médico	Moore, Wilson-Whitherspoon e Probst (2001); Neal <i>et al.</i> (2005)
	Odontológico	Albarakati (2009)
<b>Tempo na fila de espera</b>	Médico	Benjamin-Bauman, Reiss e Bailey (1984), Lacy <i>et al.</i> (2004), Norris <i>et al.</i> (2012)
	Odontológico	Awartani (2003); Bender, Molina e Mello (2010)
<b>Dia da semana</b>	Médico	Bickler (1985); George e Rubin (2003); Ellis e Jenkins (2012); Norris <i>et al.</i> (2012)
	Odontológico	_____
<b>Distância da residência do usuário ao local da consulta</b>	Médico	Lee <i>et al.</i> (2005); Alhamad (2013)
	Odontológico	Bender, Molina e Mello (2010)
<b>Desconhecimento, do usuário, sobre o dia da consulta agendada</b>	Médico	Frankel e Farrow (1989)
	Odontológico	_____
<b>Antecedência com que se recebeu o aviso sobre a consulta agendada</b>	Médico	Frankel e Farrow (1989)
	Odontológico	_____
<b>Ausência de flexibilidade para se conseguir mudanças nas datas das consultas</b>	Médico	_____
	Odontológico	Bender, Molina e Mello (2010)

**Quadro 7** – Aspectos relacionados ao próprio usuário no não comparecimento a consultas médicas e odontológicas, na literatura consultada, e autores.

<b>Barreiras relacionadas ao usuário</b>		
<b>➤ Aspectos demográficos</b>		
<b>Idade</b>	Médico	Bickler (1985); Frankel e Farrow (1989); Waller e Hodgking (2000); Moore, Wilson-Whitherspoon e Probst (2001); Sharp e Hamilton (2001); Lee <i>et al.</i> (2005); Neal <i>et al.</i> (2005); Parikh <i>et al.</i> (2010); Norris <i>et al.</i> (2012); Alhamad (2013)
	Odontológico	Ismail, Saeed e Al-Silwadi (2011)
<b>Sexo</b>	Médico	Sharp e Hamilton (2001); Alhamad (2013)
	Odontológico	Awartani (2003); Ismail, Saeed e Al-Silwadi (2011)
<b>Raça</b>	Médico	Lee <i>et al.</i> (2005)
	Odontológico	_____
<b>Estado civil</b>	Médico	_____
	Odontológico	Albarakati (2009)
<b>➤ Aspectos socioeconômicos</b>		
<b>Status socioeconômico</b>	Médico	Sharp e Hamilton (2001); Waller e Hodgking (2000); Alhamad (2013)
	Odontológico	Albarakati (2009); Ismail, Saeed e Al-Silwadi (2011)
<b>Nível educacional</b>	Médico	_____
	Odontológico	Ismail, Saeed e Al-Silwadi (2011)

➤ Outros aspectos relacionados ao usuário		
<b>Esquecimento</b>	Médico	Murdock <i>et al.</i> (2002); Neal <i>et al.</i> (2005)
	Odontológico	Skaret <i>et al.</i> (1998); Zaitter (2009); Bender, Molina e Mello (2010)
<b>Doença própria</b>	Médico	Frankel e Farrow (1989); Neal <i>et al.</i> (2005)
	Odontológico	Zaitter (2009); Bender, Molina e Mello (2010)
<b>Doença de parentes</b>	Médico	Murdock <i>et al.</i> (2002)
	Odontológico	Zaitter (2009)
<b>Motivos trabalhistas</b>	Médico	Frankel e Farrow (1989); Murdock <i>et al.</i> (2002); Alhamad (2013)
	Odontológico	Awartani (2003); Albarakati (2009); Zaitter (2009); Bender, Molina e Mello (2010) Resistência de empregadores em aceitar atestados odontológicos para abono de faltas ao trabalho: Zaitter (2009); Bender, Molina e Mello (2010)
<b>Ausência de necessidade sentida</b>	Médico	Frankel, Farrow (1989); Murdock <i>et al.</i> (2002); Alhamad (2013)
	Odontológico	Zaitter (2009); Bender, Molina e Mello (2010); Ismail, Saeed e Al-Silwadi (2011)
<b>Viagem</b>	Médico	_____
	Odontológico	Zaitter (2009)
<b>Ansiedade e fobia relacionadas ao tratamento odontológico</b>	Médico	_____
	Odontológico	Awartani (2003)
<b>Procura por outro serviço, sem cancelamento da consulta</b>	Médico	Alhamad (2013)
	Odontológico	_____



## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar fatores associados ao não comparecimento às primeiras consultas odontológicas programadas de adultos residentes em Belo Horizonte, referenciados, a partir da atenção primária, para a atenção secundária da SMSA/PBH.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a frequência absoluta e relativa de não comparecimentos às primeiras consultas odontológicas agendadas, por especialidade odontológica;
- Analisar os fatores relacionados à ausência dos usuários às primeiras consultas especializadas agendadas, a partir de associações com variáveis sociodemográficas e de organização dos serviços.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Caracterização da Pesquisa**

Estudo observacional, analítico e transversal utilizando-se o método quantitativo na busca pela apreensão de fatores relacionados ao não comparecimento às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária em Belo Horizonte, no ano de 2011.

### **4.2 Unidade de análise**

Encaminhamentos de adultos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Belo Horizonte, de ambos os sexos, referenciados para a atenção secundária no CEO Centro-Sul, a partir da atenção primária, provenientes dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, e que não compareceram à primeira consulta agendada na atenção especializada no ano de 2011.

Em Belo Horizonte, o CEO Centro-Sul é a principal unidade com oferta de especialidades odontológicas pelo SUS, e única caracterizada como tal até janeiro de 2011.

### **4.3 Procedimentos Técnicos**

#### ***4.3.1 Pesquisa em Base de Dados Secundários***

Foram solicitados, junto à gerência da Central de Regulação de Consultas Especializadas, previamente contatada, relatórios relativos aos não comparecimentos às primeiras consultas odontológicas agendadas por meio do Sisreg. Os dados referentes aos não comparecimentos registrados em cada especialidade odontológica foram consolidados de forma a se obter uma visualização quantitativa do problema.

As especialidades selecionadas para a análise foram: cirurgia, endodontia, disfunção têmporo-mandibular e periodontia.

A radiologia foi excluída da análise por se constituir especialidade diagnóstica. É possível que o usuário referenciado para a radiologia esteja em tratamento na APS e, não

necessariamente, tenha sido referenciado para alguma especialidade da atenção secundária. Em odontopediatria e ortodontia, a idade do público atendido implica a necessidade de um responsável, estando a presença ou ausência do usuário à consulta odontológica agendada na possível dependência de aspectos relacionados ao acompanhante. Com relação aos portadores de necessidades especiais, independentemente de sua faixa etária, também se verifica a necessidade de acompanhante para comparecimento à consulta odontológica agendada. A prótese unitária, também excluída, recebe usuários referenciados, sobretudo, a partir da endodontia e que, portanto, já estão em tratamento na atenção secundária, não sendo referenciados a partir da APS.

Foram excluídos usuários com mais de uma primeira consulta agendada para a atenção secundária em 2011, uma vez que não seria possível avaliar, por exemplo, se a duplicidade de marcação seria indicativa de remarcação do usuário em função do seu não comparecimento ou se os diferentes referenciamentos teriam ocorrido em função de indicações clínicas diversas. Não foram avaliados não-atendimentos por motivos distintos à ausência do usuário.

#### **4.4 Análise dos Resultados**

Os dados quantitativos referentes aos não comparecimentos foram consolidados e analisados a partir de estatística descritiva. Foi avaliada a associação entre a variável principal, não comparecimento à primeira consulta odontológica, e cinco variáveis independentes: especialidade para a qual o usuário foi referenciado; distrito sanitário de origem; idade; sexo e tempo aguardado na fila não presencial.

Para a análise estatística utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18,0. Todos os testes foram conduzidos com um nível de significância de 5%. Foi realizada avaliação da normalidade das variáveis quantitativas (idade e tempo na fila de espera), por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Considerando que as mencionadas variáveis não apresentaram distribuição normal ( $p < 0,05$ ), foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para sua comparação com a variável dependente ou desfecho. Foram realizados testes de qui-quadrado de *Pearson* para a comparação da variável dependente com as variáveis categóricas (sexo, distrito sanitário e especialidade). Todas as variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,20 na análise bivariada foram incluídas no modelo multivariado de *Poisson* com variância robusta. A medida de associação utilizada foi a razão de prevalência (RP), com intervalo de confiança (IC) de 95%. Foi estimada por meio

da análise multivariada e teste de *Wald*. As variáveis que assumiram um  $p\text{-value} \leq 0,05$  foram consideradas significantes.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO B) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte (ANEXO C), sob o parecer número 0679.0.203.410-11.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O capítulo será apresentado em formato de artigo científico, de acordo com as regras de submissão ao periódico *BMC Health Services Research* (ANEXO D). O comprovante de submissão se encontra no ANEXO E.

**Who did not attend? First dental visit absences in secondary care in a large Brazilian city: a cross-sectional study**

Alessandra Trindade Machado

Department of Community and Preventive Dentistry

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

e-mail: [alessandratrindademachado@yahoo.com.br](mailto:alessandratrindademachado@yahoo.com.br)

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Department of Community and Preventive Dentistry

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

e-mail: [mfurquim52@gmail.com](mailto:mfurquim52@gmail.com)

Simone Dutra Lucas

Department of Community and Preventive Dentistry

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

e-mail: [simonedlucas@gmail.com](mailto:simonedlucas@gmail.com)

Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu

Department of Community and Preventive Dentistry

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brazil

e-mail: [maurohenriqueabreu@ig.com.br](mailto:maurohenriqueabreu@ig.com.br)

Corresponding author

## ABSTRACT

**Background:** The failure to attend scheduled dental visits for secondary care within the public health system compromises the comprehensiveness and resoluteness of care, impacting efficiency in capacity utilization and generating unnecessary costs to the system. The aim of this study was to identify possible factors associated with this phenomenon in a large Brazilian city.

**Methods:** We conducted a cross-sectional study with data from individuals referred from primary care to secondary care within the public health services of Belo Horizonte, Brazil in 2011. The data were provided by the information system of the city of Belo Horizonte, Brazil. The dependent variable was no shows for scheduled appointments, and the independent variables were age, time on the waiting list, gender, health district, and the specialty to which the individual was referred. We used the Mann-Whitney U test and the Pearson's chi-squared test for the bivariate analysis and a Poisson regression with robust variance for the multivariate analysis. The tests were conducted with a significance level of 5% and a confidence interval of 95%.

**Results:** Among the 6,428 first dental visits scheduled for 2011 in the four specialties selected for analysis, 32.9% were not performed due to the absence of the user. A bivariate analysis demonstrated a statistically significant association between the non-attendance of the user at the first dental appointment and the five independent variables: age ( $p < 0.001$ ), time on the waiting list ( $p < 0.001$ ), gender ( $p = 0.003$ ), district health source user ( $p = 0.001$ ) and the specialty to which he/she was referred ( $p < 0.001$ ). A multivariate analysis revealed that all variables were independently and significantly associated with the phenomenon.

**Conclusions:** Young adults, males, and residents of certain districts who were referred to the specialties of surgery and endodontics and who waited longer in the waiting list exhibited a higher frequency of no-shows to the first scheduled dental appointments for secondary care.

**Key Words:** Dental Health Services, Health Care Evaluation Mechanisms, Secondary Care

## **Background**

The absence of a user at a scheduled appointment without prior cancellation may be designated as a "no-show" [1]. One can use the acronym DNA (did not attend/no-show) to designate such an absence [2]. The failure of individuals to attend scheduled dental appointments has been the subject of various discussions and studies and represents a major challenge to the comprehensiveness of health care. This phenomenon is reported in the context of primary and secondary public dental services, in private practices as well as in institutions of higher education [3-10]. The evaluation of non-attendance at the first appointment in secondary care is important because it can impact an individual's access to this level of care, thus compromising the continuity of health care. This problem has been investigated [3-10]; however, a distinction between a failure to attend further appointments and a no-show specifically at the first appointment has not yet been resolved. This phenomenon is not limited to the dental field: other studies indicate high levels of absence in medical specialties as well [3,11-24]. Even with different health care models, this problem has been reported in different countries [4-6,8,10,11,14,15,19,23,25,26].

Some factors associated with failure to attend scheduled medical and dental appointments that have been reported in the literature include: difficulties associated with transportation [5,24], the distance between the unit and the service user's residence [15,24], the scheduled appointment time [5, 16,18], day of the week [2,11,22], waiting time in the queue [9,11,12,15,17,19,27], user age [4,15,16,18-21], gender [4,9,18-20,24], forgetfulness [18,26,28,29], labor reasons [5,9,20,24,28,29], illness of themselves or relatives [28, 29], socioeconomic status [4,5,19,21,24], educational level [4], perception of a lack of need [4,20], travel [28], prior warning about the scheduled visit [20], and fear of pain [4]. The issue of



non-attendance impacts the quality of service, compromises the final results of health care, leads to inefficiency in the utilization of structural capacity, and generates unnecessary costs to the system [3,8-11,13,15,21,22, 30]. The identification of factors associated with non-attendance may contribute to an optimal use of human and physical resources, continuity of care, and greater customer satisfaction in that it can promote access to secondary care. Non-attendance at the first appointment involves postponing access to secondary care because the patient must return to primary care for a new referral.

Thus, this study aimed to identify factors associated with not attending primary dental consultations in secondary care in a large Brazilian city.

## **Methods**

A descriptive and analytical cross-sectional study was performed in Belo Horizonte, Brazil in 2011.

### **Study Area: Research Field**

The city of Belo Horizonte is the capital of the state of Minas Gerais, which is located in southeast Brazil and has a population of 2,375,151 inhabitants [31]. It is divided into nine administrative regions, each represented in the public health system as a health district that belongs to the network of health care at the local level. The public health system in Belo Horizonte is composed of 147 primary health care units designed as preferential entry points for the population to access health services and secondary and tertiary care services.

Secondary care in oral health in this municipality consists of services that take place in the Center-South Polyclinic, located in the Center-South health district, that concentrates most of the dental specialties, with 41 dentists working in different areas: 14 professionals in endodontics; 6 in periodontics; 7 in prosthodontics; one in temporomandibular dysfunction;

two in radiology; one in dentistry for patients with special needs; three in oral surgery; five in pediatric dentistry; and two in orthodontics. Approximately 4,000 consultations per month are offered.

The flow of referrals to secondary care involves an evaluation by a professional in primary care, who, based on municipal clinical protocols, fills out a routing request. The consultation is scheduled with software called the National Regulatory System (SISREG). In Belo Horizonte, dental specialties were added to SISREG in 2006, within routine services [32].

### **Characterization of the universe**

Referrals of individuals of both genders that were 18 years of age or older, living in Belo Horizonte, and referred by primary care to secondary oral health care of the municipality were included in this study. We evaluated data from individuals referred to the following specialties: oral surgery, endodontics, periodontics and temporomandibular dysfunction. The specialties of pediatric dentistry, dentistry for patients with special needs and orthodontics were excluded from the analysis because such individuals require an adult to accompany them to a scheduled appointment, and their appointment thus also depends on this adult in charge. The specialty of radiology was also excluded because it is a diagnostic specialty. The specialty of prosthodontics was excluded because most individuals are referred there from endodontics and are therefore not referred from primary care. Referrals of individuals with more than one primary care appointment in 2011 were excluded because it would not be possible to assess, for example, if double scheduling was indicative of the patient's no-show or if it occurred due to various clinical reasons for that individual. Non-attendances for reasons other than the absence of the patient were not assessed. The data were supplied by the SISREG software that belongs to the city of Belo Horizonte.

### **Study variables**

The dependent variable was no-show [2] of the user at the first scheduled secondary care dental appointment in the Center-South Polyclinic. The five independent variables were age (in years), time on the waiting list (in days), gender, health district of origin and the specialty to which the user was referred.

### **Statistical Methods**

Data were managed with Microsoft Access (Microsoft Corporation, USA). For statistical analysis, we used the Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, USA), version 19.0. All tests were conducted with a significance level of 5%. An evaluation of the normality of the quantitative variables (age and time on the waiting list ) was performed with the Kolmogorov-Smirnov test. We used the Mann-Whitney U test to compare the outcomes of the quantitative variables without a normal distribution ( $p < 0.05$ ). Pearson's chi-squared test was used to compare the dependent variable with the categorical variables (gender, health district, and specialty). All variables that presented a significance level less than 0.20 in the bivariate analysis were included in the multivariate Poisson regression with robust variance. The measure of association was the prevalence ratio (PR) with a confidence interval (CI) of 95%. This was estimated by the multivariate analysis and the Wald test. Values of  $p < 0.05$  were considered to be significant.

### **Ethical Aspects**

The study was submitted to and approved by the Ethics Committee for Human Research of the Universidade Federal de Minas and the city of Belo Horizonte (protocol number 0679.0.203.410-11).

## Results

In 2011, 9,116 consultations were scheduled for the specialties included in this study. Of this total, we excluded the first consultations of individuals with more than one appointment scheduled in the same year and those of individuals under 18 years old. Thus, we evaluated 6,428 first consultations. Of these, 4,284 had performed clinical care and 2,144 had not. Among the first consultations that did not result in service performed, 2,118 were due to the non-attendance of the individuals themselves, four were related to the absence of the professional in charge, and 22 were due to other reasons, which were not specified in the SISREG information system. The first consultations that resulted in no service performed due to the absence of the professional or other reasons (n=26) were excluded because the event of interest is the non-performance of clinical care due to the absence of the individual. Thus, the universe was composed of 6,402 first consultations of individuals 18 years of age or older who had either received clinical care (n=4,284) or had not (n=2,118) (Figure 1).

The highest percentage of no-shows to the first appointments occurred in the specialties of dental surgery (40.3%) and endodontics (35.9%) ( $p < 0.001$ ). Males had a higher percentage of no-shows (35.7%) than females (31.9%) ( $p = 0.003$ ). The largest percentage of no-shows was from those referred from South Central (38.90%) and East (37.70%) districts ( $p = 0.001$ ). Younger individuals had a higher frequency of no-shows ( $p < 0.001$ ), and the longer individuals spent in a queue, the higher frequency of no-shows ( $p < 0.001$ ) (Table 1).

Using a multivariate analysis (Table 2), the variables of time in the queue, age, gender, health district of origin and the specialty to which the user was referred were independently and significantly associated with non-attendance in the first specialized dental consultation. Male individuals attended appointments less often when compared to females. Individuals from the South Central and East districts showed up less often than those from the Venda Nova district. Individuals referred to the specialty of endodontics and oral surgery had

significantly higher frequencies of non-attendance in relation to those referred to the specialties of periodontics or temporomandibular dysfunction. Younger individuals exhibited a higher frequency of no-shows, and a higher frequency of absence was observed with a longer time spent in a queue.

## **Discussion**

From this descriptive and analytical cross-sectional study, it was determined that the non-attendance of individuals to secondary dental care is multifactorial and an important issue for the service organization.

Even though software to assist in the regulation of secondary healthcare consultations exists in this large city, it was not sufficient to reduce the percentage of no-shows for scheduled dental visits in the recent years. This remained around approximately 30% while the quantification and qualification of factors associated with the problem were ordered by public policies with the aim of finding a solution [33,34]

The time on the waiting list, as it related to organizational aspects [20], was a factor associated with no-shows. Some studies showed that the time in the queue is a strong predictor of individuals' no-shows [9,11,12,15,17,19,27]. In high-need cases (perceived by the patient), a long wait for treatment in secondary care can lead to a search for alternative solutions, either through private services or even returning to primary care (e.g., for emergency care).

Although there are municipal protocols for each dental specialty to refer patients to secondary care, no assurance can be given that these patients will be closely followed by primary care professionals. Additionally, inadequacies can exist in the process of making referrals [16,35]; for example, clinical reasons underlying a need for a referral might best be solved by an individual's own primary caregiver. Thus, an increase in the effectiveness of

primary care [16] and the appropriate referrals [16,35] may contribute to a reduction of time spent in a queue [16,28].

The institutionalization of the practices noted previously [16,28,36], with effective intervention procedures aimed at reducing wait lists or even increasing the number of vacancies, can positively impact the number of appearances for first consultations of secondary care. For example, one can periodically update wait lists by checking for changes in the patient's address, phone contact, death or even the completion of treatment in other services [28]. No information is available on whether a patient has been properly informed by a dentist's primary caregiver about the nature and importance of the specialized treatment to which that patient was referred [20]; neither was information available regarding a patient's perceived need to wait in a non-physical queue or to cancel appointments in cases in which the patient no-showed or opted for private service.

In endodontics, one possible explanation for the large number of no-shows could be that patient perception of a delay in obtaining specialist treatment led to a search for endodontic treatment in the private sector or even to extraction of the tooth (especially in cases involving pain, which would make a specialized consultation unnecessary). If the patient were to proceed in this way and not cancel the scheduled appointment, his absence will be recorded as a no-show [2]. However, it is possible that no-shows in dental surgery could be associated with a fear of generating absences at work or an inability to perform productive activity at work due to a possible need to rest after a procedure. Another hypothesis is that no-shows could be related to subjective perceptions, such as fear or phobias of an invasive treatment or harm associated with surgery [36].

A significant association was determined between the no-shows and the age of the individuals, as the frequency was higher among younger adults, which is in accordance with previous results reported in the literature [4,15-21]. One possible explanation for no-shows in

this group could be labor reasons [5,9,20,24,28,29] related to economically active age groups, making the attendance at secondary care more difficult. In addition, there is the possible resistance of employers to accept dental treatment certificates as allowances of absence from work [28]. A possible solution would be to offer alternative care shifts that could serve people who are unable to receive care during business hours.

There was an association between the no-shows and the gender of the user, which was significantly higher among men [9,19,20]. This may be related to the distribution of males and females in the labor market, with more men working in the formal market, which might hinder their attendance at scheduled appointments that have been assigned by the secondary care service according to availability. According to the International Labor Organization, there is a disproportionate concentration of women in part-time work and informal jobs compared to men; women's access can be limited to certain jobs because of their reproductive roles or because they assume the main responsibility for the care of children or dependents [37]. The greater integration of women in the informal market (compared to men) may contribute to increased opportunities for attending medical appointments.

Studies have shown that women utilize more health services than men [38,39]. Indeed, in this study, there was a significantly higher number of females that attended first-time appointments in secondary care ( $n = 4,405$ ) compared to males ( $n = 1,997$ ). This may mean that more women were treated in primary care and referred to secondary care. The larger turnout among women could also be attributed to differences in perceived need between the genders and a possibly higher value placed on health by women. Although there is no consensus in the literature, studies have indicated a greater association of consultation no-shows among females [4,24]. This discrepancy may be due to different methodologies or even the socio-cultural characteristics of the population, as observed in studies conducted in the United Arab Emirates [4] and Saudi Arabia [24].

A lower percentage of attendance was found for consultations among individuals of the Central South health district, where the Central South Polyclinic is located. Therefore, in this case we cannot relate the absence of individuals with the geographic distance of the specialized care unit. Previous studies have identified an association between non-attendance and low socioeconomic status, and the Central-South health district is marked by strong social inequalities [4,5,19,21,24]. Because there is no data on the socioeconomic status of each individual studied, it is difficult to evaluate this association. Moreover, despite the existence of the protocols mentioned for referring users to secondary care, organizational characteristics of health centers belonging to different health districts should be considered because these could determine the percentage of no-shows. These aspects deserve further investigation to achieve a better understanding of the phenomenon.

In addition to the economic impacts to the health care system [3,9-11,13,15,21,22,30], non-attendance at the first specialized dental appointments also implies a delay in an individual's access to secondary care in this large city because they will need to return to primary care to be re-examined by the general dentist before another referral is made, which returns individuals to the waiting list again. The discontinuity of secondary care dental treatment can compromise the comprehensiveness of care, in relation to the interface between primary and secondary care [40], and can impact care outcomes [13, 15-21]. The user may even return to primary care as an emergency case, thus overloading the primary care practitioners.

We worked with secondary data, which were restricted the listed variables and were not sufficient to discuss all possible obstacles to the non-attendance of the individuals to primary dental consultations in secondary care. An available database for subsequent analysis should include other variables, such as the socioeconomic status of the user, her/his schooling level,



and her/his occupation at the time of scheduling, as well as an updated registration form with an address and telephone number.

It is not possible to confirm whether individuals have been warned about a scheduled appointment in a timely manner so that they might plan for attendance [20] and reschedule previous commitments if necessary. Moreover, it is not known whether addresses and telephone numbers in the database were updated for the primary contact. In this were the case, an absence of a consultation in secondary care could be due to an inability to make contact, as opposed to a deliberate absence. Furthermore, the nature of this study did not allow for the verification of whether a non-attendance was due to a perceived need by the individual [4,20] or due to limited information about their own health needs. It is not known whether an individual was duly informed by the dentist as to the primary reason for the referral or about the features and importance of the required specialized treatment. It is also not known whether individuals were informed about the importance of communicating to the secondary care provider in a timely manner in the event of cancellation so that another appointment could be scheduled.

The formulation and implementation of public health policies, based on quality of care management, presuppose certain attributes including an efficient use of available resources (based on rational use) [41]. In an effort to reduce no-show consultations and to achieve better utilization of capacity, several proposals have been presented in the literature, including models developed from secondary data that can be used as predictors of no-shows by managers [15] and reminder systems [17]. Furthermore, in order to circumvent professional idleness and inefficient utilization of the capacity generated by a patient's non-attendance at scheduled appointments, mechanisms such as overbooking can be implemented. There are studies that have aimed to improve overbooking techniques, based on sophisticated mathematical model propositions [30,41]. However, it is important that the pursuit of

efficiency in dealing with public assets does not conflict with the humanization of care, which can occur when individuals who are overbooked attend an appointment but fail to obtain the care they need.

Bearing in mind the continental character of Brazil, these results cannot be extrapolated to the rest of the country. However, in addition to working with a reliable database, our study used a representative sample on the topic, including different specialties in a large municipality. Furthermore, we analyzed the non-attendance specifically at first consultations, which did not occur in the studies reported previously [1,3-6, 8-19]. Additionally, we found that not attending the first consultation compromised and delayed access to secondary care. In cases involving non-attendance of returning individuals, it is common for providers to develop mechanisms to provide other opportunities for these individuals to continue treatment. Thus, the associations identified in this study should be considered in the planning of public health services.

The preparation of consistent proposals for interventions that aim to tackle this problem requires in-depth knowledge. Issues pertaining to the subjectivity of an individual may result in concealing complexities, which could substantiate and justify the use of a qualitative approach. In addition, an evaluation of this phenomenon from the perspective of different social participants in health services may also be valuable.

## **Conclusions**

A high proportion of young adults and males that lived in one of the studied regions in Belo Horizonte who had been referred to surgery and endodontic specialists and who waited in queues for long periods of time exhibited a higher frequency of no-shows at first scheduled dental appointments in secondary care.

**List of abbreviations used**

CI	Confidence interval
DNA	Did not attend
REGSIS	National Regulation System
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
PR	Prevalence ratio

**Conflict of interest**

The authors declare that there is no conflict of interest.

**Author contributions**

ATM participated in the conception and study design, data collection and analysis, the interpretation, and the organization of the article. MAFW participated in the data analysis and in the organization of the paper. SDL participated in the conception and study design and in the organization of the paper. MHNGA conceived and coordinated the study and participated in data collection and analysis, interpretation, the writing of the article. All authors read and approved the final manuscript.

**Acknowledgements**

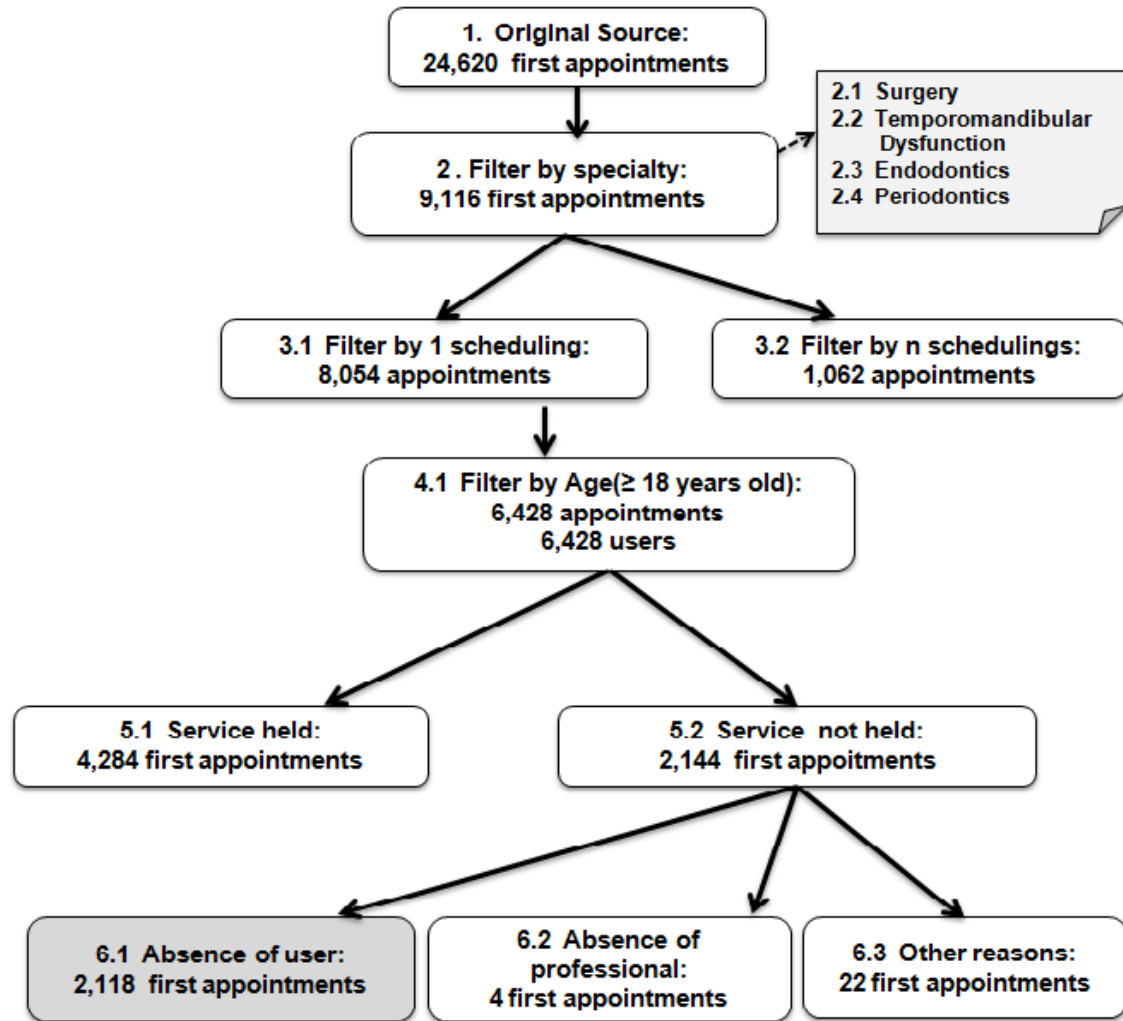
The authors are grateful to the Brazilian fostering agency Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. We also thank the Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais for their financial assistance. MHNGA is a fellow of CNPq.

## References

1. Tuso P J, Murtishaw K, Tadros W: **The easy access program: A way to reduce patient no-show rate, decrease add-ons to primary care schedules, and improve patient satisfaction.** *Perm J* 1999, **3**:68–71.
2. Ellis DA, Jenkins R: **Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications.** *PLoS ONE* 2012, **7**:e51365. doi:10.1371/journal.pone.0051365.
3. Schmalzried HD, Lyszak J: **A model program to reduce patient failure to keep scheduled medical appointments.** *J Community Health* 2012, **37**:715–718.
4. Ismail AI, Saeed MH, Al-Silwadi FM: **Missed dental appointments in the United Arab Emirates.** *J Int Dent Med Res* 2011, **4**:132–138.
5. Albarakati S: **Appointments failure among female patients at a dental school clinic in Saudi Arabia.** *J Dent Edu* 2009, **73**:1118–1124.
6. Rood HD, Stern MR: **Failed attendances at hospital dental clinics among young patients with cleft lip and palate.** *Cleft Palate Craniofac J* 2007, **44**:92–94.
7. Wang NJ, Aspelung GO: **Children who break dental appointments.** *Eur Arch Paediatr* 2009, **10**: 1–14.
8. Almog DM, Devries JA, Borrelli JA, Kopycka-Kedzierawski DT: **The reduction of broken appointment rates through an automated appointment confirmation system.** *J Dent Educ* 2003, **67**:1016–1022.
9. Awartani F: **Broken appointment behavior in a dental school environment.** *J Cont Dent Pract* 2003,**4**: 100–107.
10. George A, Hoshing A, Joshi N: **A study of the reasons for irregular dental attendance in a private dental college in a rural setup.** *Indian J Dent Res* 2007, **18**:78–81.
11. Norris J, Kumar C, Chand J, Moskowitz H, Shade S, Willis DR: **An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics.** *Decision Support Systems* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dss.2012.10.048>.
12. Benjamin-Bauman J, Reiss ML, Bailey JS: **Increasing appointment keeping by reducing the call-appointment interval.** *JABA* 1984, **17**(3):295–301.
13. Hixon AL, Chapman RW, Nuovo J: **Failure to keep clinic appointments: implications for residency education and productivity.** *Fam Med* 1999, **31**:627–630.
14. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A, Gaspoz JM: **Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study.** *BMC Fam Pract* 2010, **11**:79.doi: 10.1186/1471-2296-11-79.
15. Lee VJ, Earnest A, Chen MA, Krishnan B: **Predictors of failed attendances in a multi-specialty outpatient centre using electronic databases.** *BMC Health Serv Res* 2005, **5**:51.doi:10.1186/1472-6963-5-51.

16. Moore CG, Wilson-Witherspoon P, Probst JC: **Time and money: Effects of no-shows at a family practice residency clinic.** *Fam Med* 2001, **33**:522–527.
17. Parikh A, Gupta K, Wilson AC, Fields K, Cosgrove NM, Kostis JB: **The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates.** *Am J Med* 2010, **123**:542–548.
18. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O: **Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records.** *BMC Fam Pract* 2005, **6**:47. doi:10.1186/1471-2296-6-47.
19. Sharp DJ, Hamilton W: **Non-attendance at general practices and outpatient clinics: Local systems are needed to address local problems.** *BMJ* 2001, **323**:1081–1082.
20. Frankel S, Farrow A, West R: **Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments.** *BMJ* 1989, **298**:1343–1345.
21. Waller J, Hodgking P: **Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them?** *Fam Pract* 2000, **17**(3):252–253.
22. George A, Rubin G: **Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care.** *Fam Pract* 2003, **20**:178–184.
23. Bickler CB: **Defaulted appointments in general practice.** *J R Coll Gen Pract* 1985, **35**:19–22.
24. Alhamad Z: **Reason for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia.** *Int J Med Sci Public Health* 2013, **2**:256–265.
25. Wogelius P, Poulsen S: **Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: a cross-sectional study.** *Acta Odontol Scand* 2005, **63**:179–182.
26. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E: **Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway.** *Eur J Oral Sci* 2000, **108**:175–183.
27. Lacy N, Paulman A, Teuter M, Lovejoy B: **Why we don't come: patient perceptions on no-shows.** *Ann Fam Med* 2004, **2**:541–545.
28. Zaitter WM, Silva M, Biazevic MG, Michel-Crosato E, Pizzatto E: **Evaluation of patient access to medical specialty of Endodontics in two health units in the city of Curitiba (PR).** *RSBO* 2009, **6**:414–421.
29. Murdock A, Rodgers C, Lindsay H, Tham TCK: **Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic.** *J R Soc Med* 2002, **95**: 284–286.
30. LaGanga LR, Lawrence SR: **Clinic overbooking to improve patient access and increase provider productivity.** *DSJ* 2007, **38**: 251–276.

31. IBGE 2010: *IBGE Cities*. Brazil: IBGE; 2010.  
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Viewed 23 April 2011.
32. Brazil. Ministry of Health.  
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizartexto.cfm?dtx=36608&janela=2>. Viewed: 15 January 2011.
33. Belo Horizonte 2010: *Municipal Health Plan in Belo Horizonte 2010-2013*. Municipal Health Secretary. <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download> Viewed 19 January 2011.
34. Belo Horizonte 2005: *Municipal Health Plan in Belo Horizonte 2005-2008*. Municipal Health Secretary.  
<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/manuais/planomunicipaldesaude20052008.pdf>. Viewed 19 January 2011.
35. Davies RF: **Waiting lists for health care: a necessary evil?** *CMAJ* 1999, **160**:1469–1470.
36. Mc Neil DW, Berryman ML: **Components of dental fear in adults?** *Behav Res Ther* 1989, **27**:233–236.
37. ILO 2008: *Freedom of association in practice: lessons learned*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work, report of the director-general, 2008. <http://www.ilo.org/declaration/lang--en/index.htm>. Viewed 3 February.
38. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito, AS: **Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil.** *Cien Saude Colet* 2002, **7**:687–707.
39. Macintyre S, Ford G, Hund K: **Do women “overreport” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness.** *Soc Sci Med* 1999, **48**:89–98.
40. Morris AJ, Burke FJT: **Primary and secondary dental care: how ideal is the interface?** *British Dental J.* 2001, **191**:666–670.
41. Donabedian A: **Seven pillars of quality.** *Arch Pathol Lab Med* 1990, **114**:1115-1118.
42. Ratcliffe A, Gilland W, Maruchek A: **Revenue management for outpatient appointments: joint capacity control and overbooking with class-dependent no-shows.** *Flex Serv Manuf J* 2012, **24**:516–548.



**Figure 1: Flow chart of population sample**

**Table 1: Bivariate analysis of factors associated with no-shows at first dental appointments in secondary care, Belo Horizonte, Brazil, 2011.**

Variable	No-shows	Attendances	p-value
<b>Age</b> (in years) – average	30	35	< 0.001*
<b>Time</b> in the queue (in days) - average	244	182	<0.001*
<b>Gender</b>			
Male	713 (35.7%)	1284 (64.3%)	0.003†
Female	1405 (31.9%)	3000 (68.1%)	
<b>Health District</b>			
South Central	147 (38.9%)	231 (61.1%)	0.001†
East	258 (37.7%)	427 (62.3%)	
Pampulha	174 (35.0%)	323 (65.0%)	
North	312 (34.9%)	582 (65.1%)	
West	240 (34.0%)	466 (66.0%)	
Northwest	223 (31.3%)	490 (68.7%)	
Northeast	327 (30.9%)	732 (69.1%)	
Venda Nova	238 (29.9%)	561 (70.2%)	
Barreiro	199 (29.7%)	472 (70.3%)	
<b>Dental Specialty</b>			
Surgery	707 (40.3%)	1048 (59.7%)	<0.001†
Endodontics	1138 (35.9%)	2028 (64.1%)	
TMJ Dysfunction	9 (23.7%)	29 (76.3%)	
Periodontics	264 (18.3%)	1179 (81.7%)	

\* Mann-Whitney U test; †Pearson's Chi-squared test



**Table 2: Multivariate analysis of factors associated with no-shows at first dental appointments in secondary care, Belo Horizonte, Brazil, 2011.**

<b>Variables</b>	<b>PR</b>	<b>CI 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Time on the waiting list (days)</b>	1.001	1.001 – 1.001	< 0.001
<b>Age (in years)</b>	0.99	0.98 – 0.99	< 0.001
<b>Gender</b>			
Male	1.13	1.05 – 1.22	0.001
Female	1		
<b>Health District</b>			
Venda Nova	1		
East	1.20	1.04 – 1.38	0.013
Central South	1.19	1.02 – 1.40	0.029
Pampulha	1.14	0.97 – 1.33	0.105
West	1.09	0.94 – 1.25	0.262
North	1.06	0.92 – 1.21	0.418
Northeast	1.00	0.88 – 1.15	0.967
Northwest	0.99	0.85 – 1.15	0.902
Barreiro	0.95	0.82 – 1.11	0.540
<b>Dental specialty</b>			
Periodontics	1		
Surgery	1.45	1.26 – 1.67	< 0.001
Endodontics	1.29	1.12 – 1.48	< 0.001
TMJ Dysfunction	0.81	0.46 – 1.41	0.449

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O não comparecimento às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária constitui-se em evento multideterminado e, portanto, relacionado não somente a aspectos relativos ao próprio usuário, como também a características organizacionais da rede de atenção, sobretudo no que se refere à interface atenção primária e secundária.

Na endodontia, que apresenta uma grande demanda reprimida, verificou-se o segundo maior percentual de não comparecimentos às primeiras consultas e um maior número absoluto de usuários referenciados sem acesso à atenção secundária, em 2011, no CEO Centro-Sul. Além das propostas de validação das filas de espera e verificação de adequação dos encaminhamentos, seriam fundamentais:

- coleta de informações sobre o itinerário terapêutico seguido pelo usuário que não compareceu, como, por exemplo: retorno à atenção primária e exodontia do elemento dentário; realização do tratamento na iniciativa privada ou em instituições de ensino; manutenção do elemento dentário;
- saber se o usuário foi devidamente informado sobre o dia da consulta agendada, inclusive em tempo hábil para que pudesse se programar para o comparecimento na atenção secundária;
- percepções subjetivas acerca do que é o tratamento endodôntico para o usuário do SUS-BH referenciado para a atenção secundária e como foi informado, na atenção primária, sobre a necessidade de tratamento.

Além disso, a incorporação de técnicas de instrumentação que agilizem o atendimento, como o uso de instrumentos rotatórios de níquel-titânio (NiTi) na endodontia, se devidamente utilizada, permite assistir a um maior número de usuários com elevada qualidade técnica, o que pode contribuir para a redução das filas de espera (BAUMANN, 2004; GUELZOW *et al.*, 2005; SEIJO *et al.* 2012) e, por conseguinte, para um menor número de não comparecimentos.

Alguns fatores relativos ao próprio usuário, como o seu sexo, podem estar relacionados à sua inserção no mercado de trabalho ou mesmo a uma valoração diferenciada em termos de saúde bucal, o que poderá indicar algumas propostas, como horários alternativos para o atendimento.

Dada a complexidade que envolve o tema, seria importante a incorporação de uma abordagem qualitativa envolvendo a percepção de diferentes atores sociais, como, por exemplo:

- o próprio usuário;
- funcionários que operam o SISREG;
- cirurgiões-dentistas da atenção primária e secundária;
- gerência do CEO Centro-Sul;
- gerência da central de regulação de consultas especializadas;
- agentes comunitários de saúde;
- ouvidoria do SUS em BH.

A escuta qualificada poderia contribuir para uma visão mais abrangente sobre o problema, visando ao planejamento e execução de ações voltadas para as necessidades e demandas locais.

Igualmente importante seria a realização de um estudo relacionado ao não comparecimento às primeiras consultas especializadas de crianças e adolescentes, que envolve a compreensão de peculiaridades comportamentais relativas às diferentes faixas etárias que o grupo jovem engloba. Requer, ainda, o entendimento da valoração de sua saúde bucal também pelos pais e cuidadores, bem como limitações dos responsáveis para seu acompanhamento à atenção secundária.

Assim, o maior entendimento sobre a questão dos não comparecimentos é fundamental para a elaboração e implementação de propostas de intervenção buscando o seu enfrentamento. Os planos de ação resultantes, por sua vez, devem ser seguidos dos necessários processos de monitoramento e avaliação visando ao aprimoramento e “correção de rumos”, a fim de se garantir a resolutividade das necessidades em saúde dos usuários, contribuindo para a integralidade do cuidado.

## 7 REFERÊNCIAS

- ALBARAKATI, S. 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.
- ALHAMAD, Z. Reason for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. **Int J Med Sci Public Health**, v.2, n.2, p. 256-265, 2013.
- ALMEIDA, P.F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saude Publica**, v.26, n.2, p.286-298, 2010.
- ALMOG, D.M. *et al.* The reduction of broken appointment rates through an automated appointment confirmation system. **J Dent Educ**, v.67, n.9, p.1016-1022, 2003.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Social Behavior**, v.36, p.1-10, 1995.
- ANDERSEN, R.M.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, v. 51, p.95-124, 1973.
- AWARTANI, F. Broken appointment behaviour in a dental school environment. **J Contemp Dent Pract**, v.4, p.100-107, 2003.
- BAUMANN, M.A. Nickel-titanium: options and challenges. **Dent Clin North Am**, v.48, n.1, p.55-67, 2004.
- BELARDINELLI, V.H. Clínica particular, necessidade e possibilidade de fazê-la crescer: análise da demanda. **Odont. Mod.**, n.14, v.1, p. 41-50, 1987.
- BELO HORIZONTE – Prefeitura Municipal. BH Vida – **Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, mimeo, 2001.
- BELO HORIZONTE – Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2004.
- BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008**. Belo Horizonte, 2005.
- BELO HORIZONTE – Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2006a.
- BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Global de Saúde Bucal**. Belo Horizonte, 2006b.

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Etapa Municipal da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Belo Horizonte, 2007a.

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Analisando os resultados de regulação em Periodontia ocorrido na Policlínica Centro Sul de Belo Horizonte, em setembro de 2007**. Belo Horizonte, 2007b. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudebucal/analisanadoresultadosmovimentoperiodontia.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Regulação em Endodontia**. Belo Horizonte, 2009.

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013**. Belo Horizonte, 2010.

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Belo Horizonte, 2011.

BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Belo Horizonte, 2012.

BENDER, A.S.; MOLINA, L.R.; MELLO, A.L.S. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, v.11, n.2, p.56-65, jun.2010.

BENJAMIN-BAUMAN, J.; REISS, M.L.; BAILEY, J.S. Increasing appointment keeping by reducing the call-appointment interval. **JABA**, v.17, n.3, p.295-301, 1984.

BICKLER, C.B. Defaulted appointments in general practice. **J R Coll Gen Pract**, v.35, p.19-22, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2011.

BRASIL. Anvisa. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/PNASS.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599/GM**, 2006b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/legislacoes/gm/885-599.html>>. Acesso em: 23 jul.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica:** Portaria 718/SAS de 20 de dezembro de 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota\\_portaria718\\_sas4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf)>; Acesso em: 12 nov. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). **Comunicado.** 2011a. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/municipio-em-foco>>. Acesso em: 7 mar. 2011.

BRASIL. Portal da Saúde. **Ministério da saúde amplia oferta de próteses dentárias.** 2011b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=12090](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12090)> Acesso em: 18 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.464**, de 24 de junho de 2011. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108550-1464.html>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

CAMPOS, C.R. A produção da cidadania – Construindo o SUS em Belo Horizonte. In: Campos, C.R. *et al.* (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.11-30.

DAVIES, R.F. Waiting lists for health care: a necessary evil? **CMAJ**, n.160, v.10, p.1469-1470, 1999.

DIAS, M.P. **Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte.** Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. 205p.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, v.114, n.11, p.1115-1118, 1990.

ELLIS, D.A.; JENKINS, R. Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications. **PLoS ONE**, v.7, n.12, 2012. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0051365>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.21, n.2, 164-176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

FERREIRA, R.C.; SANTOS, R.M.; CAVALCANTE, C.A. Saúde bucal- planejando a promoção através de indicadores epidemiológicos. In: Campos, C.R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.287-306.

FRANKEL, S.; FARROW, A.; WEST, R. Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments. **BMJ**, v.298, p.1343-1345, 1989.

GARÍGLIO, M.T. ; MARQUES, Z.F.A. Um instrumento de regulação do SUS: a Central de Marcação de Consultas. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA/PBH**, n.7, jul.2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/julho2002/cmc2.html>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

GEORGE, A.; HOSHING, A.; JOSHI, N. A study of the reasons for irregular dental attendance in a private dental college in a rural setup. **Indian J Dent Res**, v.18, p. 78-81, 2007.

GEORGE, A.; RUBIN, G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. **Fam Pract**, v.20, n.2, p.178-184, 2003.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.575-625.

GUELZOW, A. *et al.* Comparative study of six rotary nickel-titanium systems and hand instrumentation for root canal preparation. **Int Endod J**, v.38, n.10, p.743-752, 2005.

IBANHES, L. C. *et al.* Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Belo Horizonte: IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 23 abr. 2011.

ISMAIL, A.I.; SAEED, M.H.; AL-SILWADI, F.M. Missed dental appointments in the United Arab Emirates. **J Int Dent Med Res**, v.4, n.3: p.132-138, 2011.

JANDREY, C.M. **Absenteísmo no atendimento clínico odontológico**: o caso do módulo de serviço comunitário do Centro de Pesquisas em Odontologia Social-UFRGS. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet**, v.15, n.1, p.161-170, 2010.

- JORGE, A.O. *et al.* O desafio da regulação como facilitadora de acesso e garantidora da equidade. In: Magalhães Jr., H.M.(Org.). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008.** Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p.219-269.
- LACY, N. *et al.* Why we don't come: patient perceptions on no-shows. **Ann Fam Med**, v.2, n.6, p.541-545, 2004.
- LAGANGA, L.R.; LAWRENCE, S.R. Clinic overbooking to improve patient access and increase provider productivity. **DSJ**, v.38, n.2, p.251-276, 2007.
- LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relationship between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J dent Res**, v.74, p.1408-13, 1995.
- LEE, V. J. *et al.* Predictors of failed attendances in a multi-specialty outpatient centre using electronic databases. **BMC Health Serv Res**, v.5, n.51, 2005. Disponível em: <  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1190171/pdf/1472-6963-5-51.pdf>> Acesso em: 7 jan. 2011.
- MACHADO, C.V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002.** Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.
- MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUND, K. Do women "overreport" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Soc Sci Med**, v. 48, p.89-98, 1999.
- MAGALHÃES JR., H.M. *et al.* **Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH.** Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002. (mimeo).
- MAGALHÃES JR., H.M. **O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.
- MEIRELLES, H.L. **Direito Administrativo Brasileiro.** 26 ed. São Paulo: Malheiros, 2003.
- MCNEIL, D.W.; BERRYMAN, M.L. Components of dental fear in adults? **Behav Res Ther**, v.27, n.3, p. 233-236, 1989.
- MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.J. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso. **Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.785-809, 2010.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.



MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Belo Horizonte: **Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 56p.

MOORE, C.G.; WILSON-WITHERSPOON,P.; PROBST,J.C. Time and Money: Effects of no-shows at a family practice residency clinic. **Fam Med**, n. 33, p.522-27, 2001.

MORAES, G.O. **Controle Jurisdicional da Administração Pública**. 2 ed. São Paulo: Dialética, 1999.

MORRIS, A.J.; BURKE, F.J.T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **Br Dent J**, n.191, p.660-64, 2001.

MURDOCK, A.; RODGERS, C.; LINDSAY, H.; THAM,T.C.K. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. **J R Soc Med**, n.95, p.284-86, 2002.

NEAL,R.D. *et al.* Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. **BMC Fam Pract**, v.6, n.47, 2005. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/47>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

NORRIS, J. *et al.* An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. **Decision Support Systems**, 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dss.2012.10.048>.

PARIKH, A. *et al.* An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. **Am J Med**, v.123,p. 542-548, 2010.

PECHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept of access - definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, p.127-140, 1981.

PERRON, N.J. *et al.* Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. **BMC Fam Pract**, v.11, n.79, 2010. Disponível em : < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-11-79.pdf> >. Acesso em: 15 out. 2011.

PINHEIRO, R.S. *et al.* Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil. **Cien Saude Colet**, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Editoras IMS/UERJ/ABRASCO, 2005.

RATCLIFFE, A.; GILLAND, W. MARUCHECK, A. Revenue management for outpatient appointments: joint capacity control and overbooking with class-dependent no-shows. **Flex Serv Manuf J**, v. 24: p.516-548, 2012.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. Tese (Doutorado) –

Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba. 2000.

ROOD, H.D.; STERN, M.R. Failed attendances at hospital dental clinics among young patients with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v.44, n.1, p.92-94, 2007.

SANTOS, F.P. O Novo Papel do Município na Gestão da Saúde – O Desenvolvimento do Controle e Avaliação. In: CAMPOS, C.R. *et al.* (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 31-49.

SCHMALZRIED, H.D.; LISZAK, J. A model program to reduce patient failure to keep scheduled medical appointments. **J Community Health**, v.37, n.3, p.715-718, 2012.

SEIJO, M.O.S. *et al.* Learning experience in Endodontics: Brazilian students' perceptions. **J Dent Educ**, v.77, p.648-655, 2012. Disponível em: <http://www.jdentaled.org/content/77/5/648.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

SHARP, D.J.; HAMILTON, W. Non-attendance at general practices and outpatient clinics: Local systems are needed to address local problems. **BMJ**, v.323, n.7321, p.1081-1082, 2001.

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

SOLLA, J. ; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella,L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.627-673.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

THIED, M; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care in Norway. **Cad Saude Publica**, v.24, n.5, 1168-1173.

TRAD, L.A.B; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saude Publica**, v.14, n. 2, 429-435, 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**, v.20, sup 2, p.190-198, 2004.

TUSO, P.J.; MURTISHAW, K.; TADROS,W. The easy access program: A way to reduce patient no-show rate, decrease add-ons to primary care schedules, and improve patient satisfaction. **Perm J**, v.3, n.3, p.68-71, 1999.

WALLER, J.; HODGKING, P. Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them? **Fam Pract** , v.17, n.3, p.252-253, 2000.

WANG, N.J.; ASPELUNG, G.O. Children who break dental appointments. **Eur Arch Paediatr**, v.10, n.1, p.1-14, 2009.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994. 125 p.

WOGELIUS, P.; POULSEN, S. Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: a cross-sectional study. **Acta Odontol Scand**, v.63, n.3, p: 178-182, 2005.

VELLOSO, B.G.; MATOS, S.G. A complexa construção do SUS-Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998. p.83-102.

ZAITTER, W.M. *et al.* Evaluation of patient access to medical specialty of Endodontics in two health units in the city of Curitiba (PR). **RSBO**, v. 6, n.4, p.414-421, 2009.

# ANEXO A – PROTOCOLOS MUNICIPAIS DE REFERENCIAMENTO PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE



Sistema  
Único de  
Saúde

## **- SISREG -**

### **SISTEMA DE REGULAÇÃO**

## **SAÚDE BUCAL**

**Este documento foi elaborado a partir das contribuições dos especialistas de saúde bucal da rede SUS BH e enriquecido com sugestões dos profissionais da atenção primária.**

**CSB / GEAS / SMSA BH  
Revisado em maio de 2012**



## CIRURGIA ORAL MENOR

### PRIORIDADE ALTA

- Dentes inclusos ou semi inclusos com sintomas de dor
- Dentes semi inclusos com história de pericoronarite recorrente
- Cirurgia pré protética para prótese removível

### PRIORIDADE MÉDIA

- Curetagem apical
- Apicetomia
- Dentes semi - inclusos ou inclusos com indicação ortodôntica (inclusive extra numerário) com solicitação anexada à guia de referência.
- Frenectomia labial e lingual

### PRIORIDADE BAIXA

- Semi inclusos sem dor

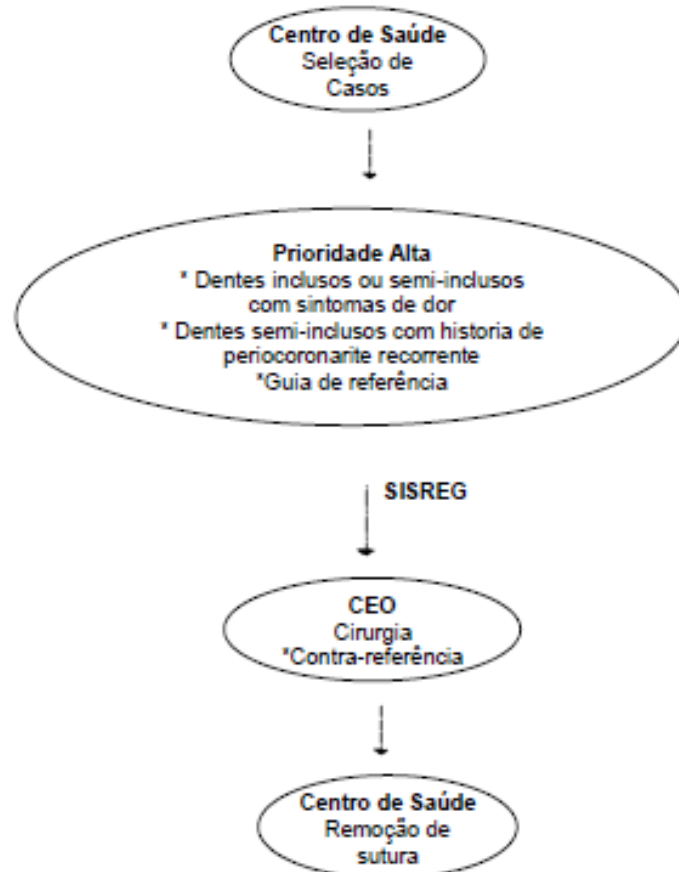
#### Observação:

- Não encaminhar exodontia simples, nem indicação de ulectomia.
- Não está indicado exodontia de incluso sem sintomas de dor
- O usuário deve comparecer à clínica com o RX.
- Casos de drenagem de abscesso extraoral: ligar no HOB, UPA Oeste ou Norte para agendar. Mediar e encaminhar o usuário com guia de referência.
- Considerando a limitação imediata dos serviços, cadastrar somente prioridade alta.
- Intervenções cirúrgicas iniciadas e não concluídas na atenção primária, devido a complicações, encaminhar para UPA Oeste, Norte ou Hospital Odilon Behrens, conforme grade de referência abaixo:

DISTRITO / CS	UNIDADE DE REFERÊNCIA		
	UPA NORTE	UPA OESTE	HOB
BARREIRO		X	
CENTRO-SUL			X
LESTE	X		
NORDESTE	X		X



## FLUXOGRAMA CIRURGIA



---

## ENDODONTIA

### PRIORIDADE ALTA

- Dentes anteriores (incisivos, caninos e pré-molares) de usuários de qualquer idade, inclusive retratamentos.
- Molares de usuários sem perdas dentárias ou casos excepcionais devidamente justificados (Exemplo: único molar no hemiarco, com necessidade de tratamento endodôntico evitando prótese de extremo livre)

### PRIORIDADE MÉDIA

- Tratamento e retratamento de molares

### PRIORIDADE BAIXA

- Usuários com perdas dentárias e que já possuem prótese e / ou necessidade de prótese parcial removível.

#### Sugere-se exodontia nos seguintes casos:

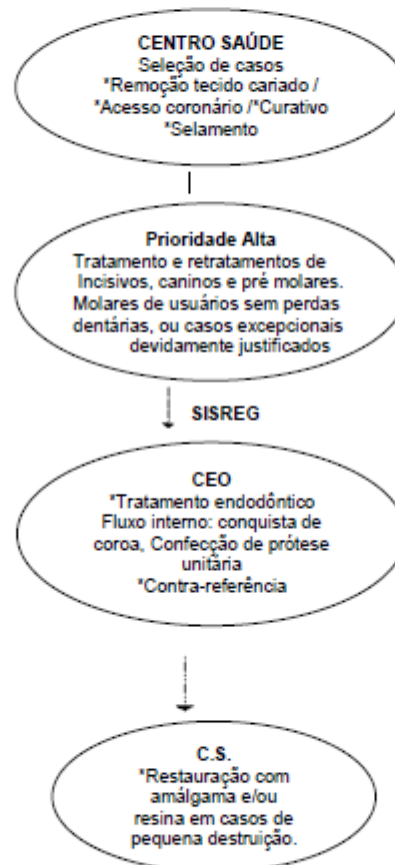
- Dentes de criança muito destruídos, com rizogênese incompleta cujo vizinho posterior também com rizogênese incompleta, possa ocupar o seu lugar após a exodontia.
- Dentes de adultos muito destruídos.
- Dentes de adultos muito destruídos e sem antagonistas.
- Terceiros molares, exceto aqueles que são bases de peças protéticas ou dentes que são o último recurso para manter a dimensão vertical de oclusão.

#### Observação:

- Usuários que foram atendidos em unidades de urgência deverão ser encaminhados para o Centro de Saúde e incluídos nos serviços de saúde bucal. Após o atendimento individual e tratamento completado na atenção primária é que deverão ser encaminhados para a atenção especializada, conforme protocolo.
- Traumatismo de dentes permanentes anteriores e com necessidade de tratamento endodôntico, fazer a marcação diretamente pelo telefone 3277-8983 (CEO). Traumatismo grave: solicitar ambulância e encaminhar para o HOB.
- Menores de 14 anos com necessidade de tratamento endodôntico: não colocar o nome em fila eletrônica. Preencher todos os campos do formulário e marcar no SISREG SOB REGULAÇÃO.

- Em caso de urgência endodôntica onde é necessário a remoção de núcleo metálico para drenagem de abscesso, agendar a remoção do núcleo no CEO Centro Sul. Mediar o usuário e fazer Guia de Referência.

#### FLUXOGRAMA ENDODONTIA





---

## PERIODONTIA

### PRIORIDADE ALTA

- Usuários com periodontite (presença de bolsa e perda óssea) portadores ou não de doenças sistêmicas\* (diabetes, cardiopatias, doenças metabólicas, etc.).
- Paciente jovem (até 35 anos) com periodontite (bolsa com perda óssea).

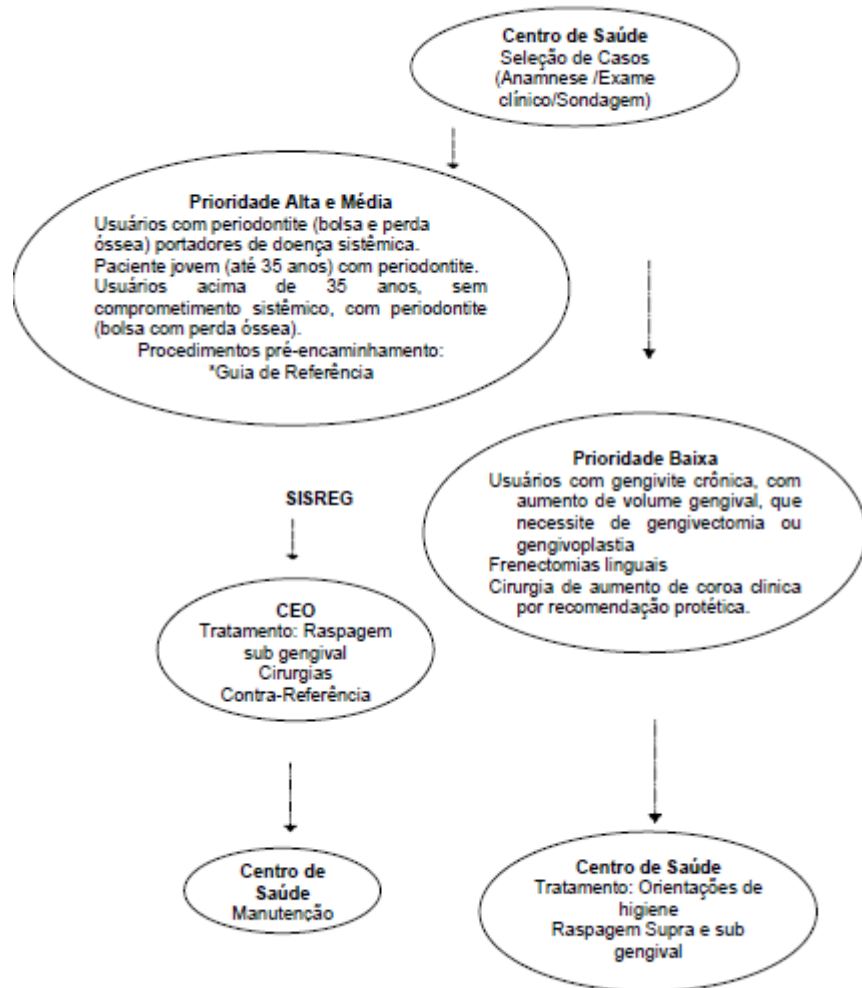
### PRIORIDADE BAIXA

- Usuários com gengivite crônica, com aumento de volume gengival, que necessite de gengivectomia ou gengivoplastia
- Cirurgia de aumento de coroa clínica por recomendação protética.

### Observação:

- Encaminhar obrigatoriamente com relatório médico.
- Não encaminhar casos de gengivite e presença de bolsa inferior a 5 mm.
- Os dentes com grau de mobilidade avançado devem ser indicados para extração.
- **Considerando a limitação imediata dos serviços, cadastrar somente prioridade alta.** Para os usuários com média e baixa prioridade, fazer o controle da doença periodontal no Centro de Saúde.

---

**FLUXOGRAMA PERIODONTIA**




---

## DISFUNÇÃO DE ATM

### PRIORIDADE ALTA

- Paciente em fase aguda, com dor relacionada à ATM há cerca de no máximo 3 meses

### PRIORIDADE MÉDIA

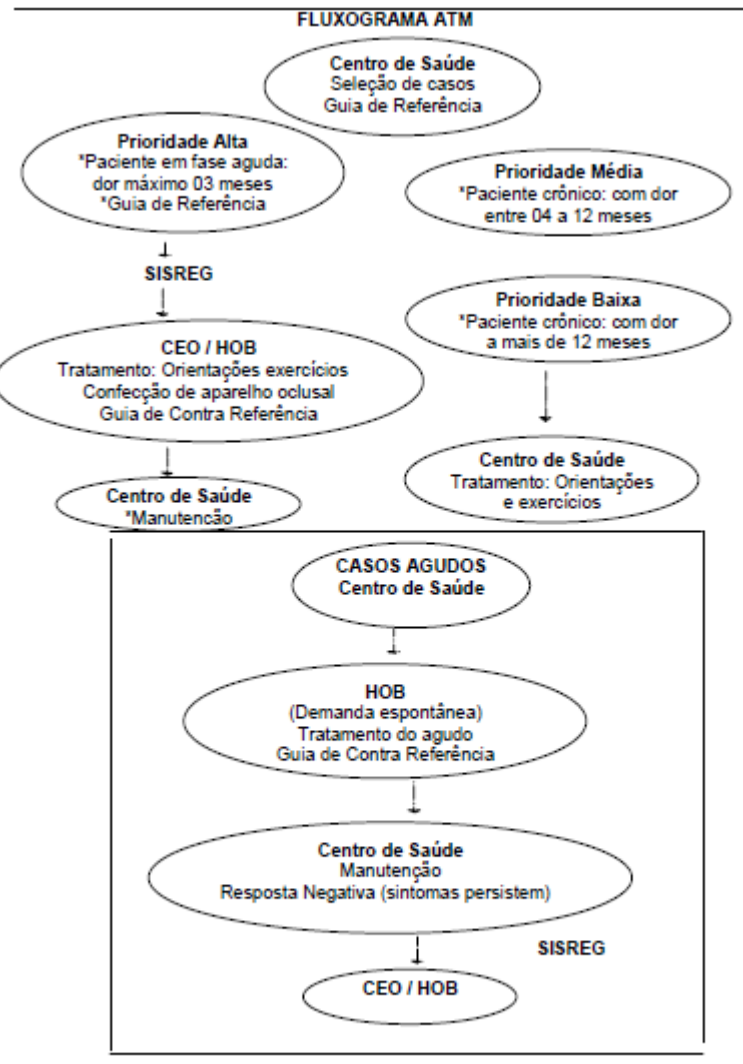
- Paciente em fase crônica, com presença de dor relacionada à ATM entre 4 e 12 meses

### PRIORIDADE BAIXA

- Paciente em fase crônica, com presença de dor relacionada à ATM há mais de 12 meses.

### Observação

- Considerando a limitação imediata dos serviços, cadastrar somente prioridade alta. Para os usuários com prioridade média e baixa, fazer o tratamento na atenção primária, sobretudo com orientações e exercícios.



## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0679.0.203.410-11

Interessado(a): Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu  
Departamento de Odontologia  
Faculdade de Odontologia - UFMG

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 26 de março de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Absentismo às consultas odontológicas na atenção secundária em um município de grande porte" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
Prof. Maria Teresa Marques Antara  
Coordenadora do COEP-UFMG

## **ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMSA/PBH**

### **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

**Parecer:** 0679.0.203.410-11A

**Pesquisador responsável:** Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 18 de abril de 2012, o projeto de pesquisa intitulado “Absentéismo às consultas odontológicas na atenção secundária em um município de grande porte”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

## **ANEXO D – INSTRUCTIONS FOR AUTHORS - RESEARCH ARTICLES**

[Criteria](#) | [Submission process](#) | [Preparing main manuscript text](#) | [Preparing illustrations and figures](#) | [Preparing tables](#) | [Preparing additional files](#) | [Style and language](#)

Assistance with the process of manuscript preparation and submission is available from [BioMed Central customer support team](#). See '[About this journal](#)' for information about policies and the refereeing process. We also provide a collection of links to [useful tools](#) and resources for scientific authors on our page.

### **Criteria**

Research articles should report on original primary research, but may report on systematic reviews of published research provided they adhere to the appropriate reporting guidelines which are detailed in '[About this journal](#)'.

### **Submission process**

Manuscripts must be submitted by one of the authors of the manuscript, and should not be submitted by anyone on their behalf. The submitting author takes responsibility for the article during submission and peer review.

Please note that *BMC Health Services Research* levies an article-processing charge on all accepted Research articles; if the submitting author's institution is a [BioMed Central member](#) the cost of the article-processing charge may be covered by the membership (see [About](#) page for detail). Please note that the membership is only automatically recognised on submission if the submitting author is based at the member institution.

To facilitate rapid publication and to minimize administrative costs, *BMC Health Services Research* accepts only [online submission](#).

Files can be submitted as a batch, or one by one. The submission process can be interrupted at any time; when users return to the site, they can carry on where they left off.

See below for examples of word processor and graphics file formats that can be accepted for the main manuscript document by the online submission system. Additional files of any type, such as asmovies, animations, or original data files, can also be submitted as part of the manuscript.

During submission you will be asked to provide a cover letter. Use this to explain why your manuscript should be published in the journal, to elaborate on any issues relating to our editorial policies in the 'About BMC Health Services Research' page, and to declare any potential competing interests. You will be also asked to provide the contact details (including email addresses) of potential peer reviewers for your manuscript. These should be experts in their field, who will be able to provide an objective assessment of the manuscript. Any suggested peer reviewers should not have published with any of the authors of the manuscript within the past five years, should not be current collaborators, and should not be members of the same research institution. Suggested reviewers will be considered alongside potential reviewers recommended by the Editorial team, Editorial Advisors, Section Editors and Associate Editors.

Assistance with the process of manuscript preparation and submission is available from BioMed Central customer support team.

We also provide a collection of links to useful tools and resources for scientific authors on our Useful Tools page.

### ***File formats***

The following word processor file formats are acceptable for the main manuscript document:

- Microsoft word (DOC, DOCX)
- Rich text format (RTF)
- Portable document format (PDF)
- TeX/LaTeX (use BioMed Central's TeX template)
- DeVice Independent format (DVI)

Users of other word processing packages should save or convert their files to RTF before uploading. Many free tools are available which ease this process.

TeX/LaTeX users: We recommend using BioMed Central's TeX template and BibTeX stylefile. If you use this standard format, you can submit your manuscript in TeX format. If you have used another template for your manuscript, or if you do not wish to use BibTeX, then please submit your manuscript as a DVI file. We do not recommend converting to RTF.



Note that figures must be submitted as separate image files, not as part of the submitted manuscript file.

### ***Publishing Datasets***

Through a special arrangement with LabArchives, LLC, authors submitting manuscripts to BMC Health Services Research can obtain a complimentary subscription to LabArchives with an allotment of 100MB of storage. LabArchives is an Electronic Laboratory Notebook which will enable scientists to share and publish data files in situ; you can then link your paper to these data. Data files linked to published articles are assigned digital object identifiers (DOIs) and will remain available in perpetuity. Use of LabArchives or similar data publishing services does not replace preexisting data deposition requirements, such as for nucleic acid sequences, protein sequences and atomic coordinates.

Instructions on assigning DOIs to datasets, so they can be permanently linked to publications, can be found on the LabArchives website. Use of LabArchives' software has no influence on the editorial decision to accept or reject a manuscript.

Authors linking datasets to their publications should include an Availability of supporting data section in their manuscript and cite the dataset in their reference list.

### **Preparing main manuscript text**

General guidelines of the journal's style and language are given below.

### ***Overview of manuscript sections for Research articles***

Manuscripts for Research articles submitted to *BMC Health Services Research* should be divided into the following sections (in this order):

- Title page
- Abstract
- Keywords
- Background
- Methods
- Results and discussion
- Conclusions
- List of abbreviations used (if any)
- Competing interests
- Authors' contributions
- Authors' information

- Acknowledgements
- Endnotes
- References
- Illustrations and figures (if any)
- Tables and captions
- Preparing additional files

The **Accession Numbers** of any nucleic acid sequences, protein sequences or atomic coordinates cited in the manuscript should be provided, in square brackets and include the corresponding database name; for example, [EMBL:AB026295, EMBL:AC137000, DDBJ:AE000812, GenBank:U49845, PDB:1BFM, Swiss-Prot:Q96KQ7, PIR:S66116].

The databases for which we can provide direct links are: EMBL Nucleotide Sequence Database (EMBL), DNA Data Bank of Japan (DDBJ), GenBank at the NCBI (GenBank), Protein Data Bank (PDB), Protein Information Resource (PIR) and the Swiss-Prot Protein Database (Swiss-Prot).

You can download a template (Mac and Windows compatible; Microsoft Word 98/2000) for your article.

For reporting standards please see the information in the About section.

### ***Title page***

The title page should:

- provide the title of the article
- list the full names, institutional addresses and email addresses for all authors
- indicate the corresponding author.

Please note: the title should include the study design, for example "A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial X is a risk factor for Y: a case control study" abbreviations within the title should be avoided.

### ***Abstract***

The Abstract of the manuscript should not exceed 350 words and must be structured into separate sections: **Background**, the context and purpose of the study; **Methods**, how the study was performed and statistical tests used; **Results**, the main findings; **Conclusions**, brief summary and potential implications. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract. **Trial registration**, if your research article reports the results of a controlled health care

intervention, please list your trial registry, along with the unique identifying number (e.g. **Trial registration:** Current Controlled Trials ISRCTN73824458). Please note that there should be no space between the letters and numbers of your trial registration number. We recommend manuscripts that report randomized controlled trials follow the CONSORT extension for abstracts.

### ***Keywords***

Three to ten keywords representing the main content of the article.

### ***Background***

The Background section should be written in a way that is accessible to researchers without specialist knowledge in that area and must clearly state - and, if helpful, illustrate - the background to the research and its aims. Reports of clinical research should, where appropriate, include a summary of a search of the literature to indicate why this study was necessary and what it aimed to contribute to the field. The section should end with a brief statement of what is being reported in the article.

### ***Methods***

The methods section should include the design of the study, the setting, the type of participants or materials involved, a clear description of all interventions and comparisons, and the type of analysis used, including a power calculation if appropriate. Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses in the Methods section.

For studies involving human participants a statement detailing ethical approval and consent should be included in the methods section. For further details of the journal's editorial policies and ethical guidelines see 'About this journal'.

For further details of the journal's data-release policy, see the policy section in 'About this journal'.

## ***Results and discussion***

The Results and discussion may be combined into a single section or presented separately. Results of statistical analysis should include, where appropriate, relative and absolute risks or risk reductions, and confidence intervals. The Results and discussion sections may also be broken into subsections with short, informative headings.

## ***Conclusions***

This should state clearly the main conclusions of the research and give a clear explanation of their importance and relevance. Summary illustrations may be included.

## ***List of abbreviations***

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations can be provided, which should precede the competing interests and authors' contributions.

## ***Competing interests***

A competing interest exists when your interpretation of data or presentation of information may be influenced by your personal or financial relationship with other people or organizations. Authors must disclose any financial competing interests; they should also reveal any non-financial competing interests that may cause them embarrassment were they to become public after the publication of the manuscript.

Authors are required to complete a declaration of competing interests. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles. Where an author gives no competing interests, the listing will read 'The author(s) declare that they have no competing interests'.

When completing your declaration, please consider the following questions:

### ***Financial competing interests***

In the past five years have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? Is such an organization financing this manuscript (including the article-processing charge)? If so, please specify.

Do you hold any stocks or shares in an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? If so, please specify.

Do you hold or are you currently applying for any patents relating to the content of the manuscript? Have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that holds or has applied for patents relating to the content of the manuscript? If so, please specify.

Do you have any other financial competing interests? If so, please specify.

#### *Non-financial competing interests*

Are there any non-financial competing interests (political, personal, religious, ideological, academic, intellectual, commercial or any other) to declare in relation to this manuscript? If so, please specify.

If you are unsure as to whether you, or one your co-authors, has a competing interest please discuss it with the editorial office.

#### ***Authors' contributions***

In order to give appropriate credit to each author of a paper, the individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section.

An 'author' is generally considered to be someone who has made substantive intellectual contributions to a published study. To qualify as an author one should 1) have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) have been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; and 3) have given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group, alone, does not justify authorship.

We suggest the following kind of format (please use initials to refer to each author's contribution):  
AB carried out the molecular genetic studies, participated in the sequence alignment and drafted the manuscript. JY carried out the immunoassays. MT participated in the sequence alignment. ES participated in the design of the study and performed the statistical analysis. FG conceived of the

study, and participated in its design and coordination and helped to draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support.

### ***Authors' information***

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

### ***Acknowledgements***

Please acknowledge anyone who contributed towards the article by making substantial contributions to conception, design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data, or who was involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content, but who does not meet the criteria for authorship. Please also include the source(s) of funding for each author, and for the manuscript preparation. Authors must describe the role of the funding body, if any, in design, in the collection, analysis, and interpretation of data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication. Please also acknowledge anyone who contributed materials essential for the study. If a language editor has made significant revision of the manuscript, we recommend that you acknowledge the editor by name, where possible.

The role of a scientific (medical) writer must be included in the acknowledgements section, including their source(s) of funding. We suggest wording such as 'We thank Jane Doe who provided medical writing services on behalf of XYZ Pharmaceuticals Ltd.'

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

## ***Endnotes***

Endnotes should be designated within the text using a superscript lowercase letter and all notes (along with their corresponding letter) should be included in the Endnotes section. Please format this section in a paragraph rather than a list.

## ***References***

All references, including URLs, must be numbered consecutively, in square brackets, in the order in which they are cited in the text, followed by any in tables or legends. Each reference must have an individual reference number. Please avoid excessive referencing. If automatic numbering systems are used, the reference numbers must be finalized and the bibliography must be fully formatted before submission.

Only articles, datasets, clinical trial registration records and abstracts that have been published or are in press, or are available through public e-print/preprint servers, may be cited; unpublished abstracts, unpublished data and personal communications should not be included in the reference list, but may be included in the text and referred to as "unpublished observations" or "personal communications" giving the names of the involved researchers. Obtaining permission to quote personal communications and unpublished data from the cited colleagues is the responsibility of the author. Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted. Journal abbreviations follow Index Medicus/MEDLINE. Citations in the reference list should include all named authors, up to the first 30 before adding '*et al.*'.

Any *in press* articles cited within the references and necessary for the reviewers' assessment of the manuscript should be made available if requested by the editorial office.

Style files are available for use with popular bibliographic management software:

- [BibTeX](#)
- [EndNote style file](#)
- [Reference Manager](#)
- [Zotero](#)

Examples of the *BMC Health Services Research* reference style are shown below. Please ensure that the reference style is followed precisely; if the references are not in the correct style they may have to be retyped and carefully proofread.

All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, in the following format:

**The Mouse Tumor Biology Database** [<http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>]. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link, such as for weblogs, then they should be included in the reference.

### Examples of the *BMC Health Services Research* reference style

#### *Article within a journal*

Koonin EV, Altschul SF, Bork P: **BRCA1 protein products: functional motifs.** *Nat Genet* 1996,**13**:266-267.

#### *Article within a journal supplement*

Orengo CA, Bray JE, Hubbard T, LoConte L, Sillitoe I: **Analysis and assessment of ab initio three-dimensional prediction, secondary structure, and contacts prediction.** *Proteins* 1999,**43**(Suppl 3):149-170.

#### *In press article*

Kharitonov SA, Barnes PJ: **Clinical aspects of exhaled nitric oxide.** *Eur Respir J*, in press.

#### *Published abstract*

Zvaifler NJ, Burger JA, Marinova-Mutafchieva L, Taylor P, Maini RN: **Mesenchymal cells, stromal derived factor-1 and rheumatoid arthritis [abstract].** *Arthritis Rheum* 1999, **42**:s250.

#### *Article within conference proceedings*

Jones X: **Zeolites and synthetic mechanisms.** In *Proceedings of the First National Conference on Porous Sieves: 27-30 June 1996; Baltimore*. Edited by Smith Y. Stoneham: Butterworth-Heinemann; 1996:16-27.

#### *Book chapter, or article within a book*

Schnepf E: **From prey via endosymbiont to plastids: comparative studies in dinoflagellates.** In *Origins of Plastids. Volume 2*. 2nd edition. Edited by Lewin RA. New York: Chapman and Hall; 1993:53-76.

#### *Whole issue of journal*

Ponder B, Johnston S, Chodosh L (Eds): **Innovative oncology.** In *Breast Cancer Res* 1998, **10**:1-72.

#### *Whole conference proceedings*

Smith Y (Ed): *Proceedings of the First National Conference on Porous Sieves: 27-30 June 1996; Baltimore*. Stoneham: Butterworth-Heinemann; 1996.



*Complete book*

Margulis L: *Origin of Eukaryotic Cells*. New Haven: Yale University Press; 1970.

*Monograph or book in a series*

Hunninghake GW, Gadek JE: **The alveolar macrophage**. In *Cultured Human Cells and Tissues*. Edited by Harris TJR. New York: Academic Press; 1995:54-56. [Stoner G (Series Editor): *Methods and Perspectives in Cell Biology*, vol 1.]

*Book with institutional author*

Advisory Committee on Genetic Modification: *Annual Report*. London; 1999.

*PhD thesis*

Kohavi R: **Wrappers for performance enhancement and oblivious decision graphs**. *PhD thesis*. Stanford University, Computer Science Department; 1995.

*Link / URL*

**The Mouse Tumor Biology Database** [<http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>]

*Link / URL with author(s)*

Corpas M: **The Crowdfunding Genome Project: a personal genomics community with open source values** [<http://blogs.biomedcentral.com/bmcblog/2012/07/16/the-crowdfunding-genome-project-a-personal-genomics-community-with-open-source-values/>]

*Dataset with persistent identifier*

Zheng, L-Y; Guo, X-S; He, B; Sun, L-J; Peng, Y; Dong, S-S; Liu, T-F; Jiang, S; Ramachandran, S; Liu, C-M; Jing, H-C (2011): **Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*)**. *GigaScience*. <http://dx.doi.org/10.5524/100012>.

*Clinical trial registration record with persistent identifier*

Mendelow, AD (2006): **Surgical Trial in Lobar Intracerebral Haemorrhage**. Current Controlled Trials. <http://dx.doi.org/10.1186/ISRCTN22153967>

## Preparing illustrations and figures

Illustrations should be provided as separate files, not embedded in the text file. Each figure should include a single illustration and should fit on a single page in portrait format. If a figure consists of separate parts, it is important that a single composite illustration file be submitted which contains all parts of the figure. There is no charge for the use of color figures.

Please read our [figure preparation guidelines](#) for detailed instructions on maximising the quality of your [figures](#).

### Formats

The following file formats can be accepted:

- PDF (preferred format for diagrams)
- DOCX/DOC (single page only)
- PPTX/PPT (single slide only)
- EPS
- PNG (preferred format for photos or images)
- TIFF
- JPEG
- BMP

### *Figure legends*

The legends should be included in the main manuscript text file at the end of the document, rather than being a part of the figure file. For each figure, the following information should be provided: Figure number (in sequence, using Arabic numerals - i.e. Figure 1, 2, 3 etc); short title of figure (maximum 15 words); detailed legend, up to 300 words.

**Please note that it is the responsibility of the author(s) to obtain permission from the copyright holder to reproduce figures or tables that have previously been published elsewhere.**

### **Preparing tables**

Each table should be numbered and cited in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, 2, 3 etc.). Tables should also have a title (above the table) that summarizes the whole table; it should be no longer than 15 words. Detailed legends may then follow, but they should be concise. Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.

Smaller tables considered to be integral to the manuscript can be pasted into the end of the document text file, in A4 portrait or landscape format. These will be typeset and displayed in the final published form of the article. Such tables should be formatted using the 'Table object' in a word processing program to ensure that columns of data are kept aligned when the file is sent electronically for review; this will not always be the case if columns are generated by simply using tabs to separate text. Columns and rows of data should be made visibly distinct by ensuring that the borders of each cell display as black lines. Commas should not be used to indicate numerical values. Color and shading may not be used; parts of the table can be highlighted using symbols or bold text, the meaning of which should be explained in a table legend. Tables should not be embedded as figures or spreadsheet files.

Larger datasets or tables too wide for a portrait page can be uploaded separately as additional files. Additional files will not be displayed in the final, laid-out PDF of the article, but a link will be provided to the files as supplied by the author.

Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls ) or comma separated values (.csv). As with all files, please use the standard file extensions.

## Preparing additional files

Although *BMC Health Services Research* does not restrict the length and quantity of data included in an article, we encourage authors to provide datasets, tables, movies, or other information as additional files.

Please note: All Additional files **will be published** along with the article. Do not include files such as patient consent forms, certificates of language editing, or revised versions of the main manuscript document with tracked changes. Such files should be sent by email to [editorial@biomedcentral.com](mailto:editorial@biomedcentral.com), quoting the Manuscript ID number.

Results that would otherwise be indicated as "data not shown" can and should be included as additional files. Since many weblinks and URLs rapidly become broken, *BMC Health Services Research* requires that supporting data are included as additional files, or deposited in a recognized repository . Please do not link to data on a personal/departmental website. The maximum file size for additional files is 20 MB each, and files will be virus-scanned on submission.

Additional files can be in any format, and will be downloadable from the final published article as supplied by the author. reuse. *e.g.* We recommend CSV rather than PDF for tabular data.

Certain supported files formats are recognized and can be displayed to the user in the browser. These include most movie formats (for users with the Quicktime plugin), mini-websites prepared according to our guidelines, chemical structure files (MOL, PDB), geographic data files (KML).

If additional material is provided, please list the following information in a separate section of the manuscript text:

File name (e.g. Additional file 1)

File format including the correct file extension for example .pdf, .xls, .txt, .pptx (including name and a URL of an appropriate viewer if format is unusual)

Title of data

Description of data

Additional files should be named "Additional file 1" and so on and should be referenced explicitly by file name within the body of the article, e.g. 'An additional movie file shows this in more detail [see Additional file 1]'.

### ***Additional file formats***

Ideally, file formats for additional files should not be platform-specific, and should be viewable using free or widely available tools. The following are examples of suitable formats.

Additional documentation

- PDF (Adode Acrobat)
- Animations
- SWF (Shockwave Flash)
- Movies
- MP4 (MPEG 4)
- MOV (Quicktime)
- Tabular data
- XLS, XLSX (Excel Spreadsheet)
- CSV (Comma separated values)

As with figure files, files should be given the standard file extensions.

### ***Mini-websites***

Small self-contained websites can be submitted as additional files, in such a way that they will be browsable from within the full text HTML version of the article. In order to do this, please follow these instructions:

Create a folder containing a starting file called index.html (or index.htm) in the root.

Put all files necessary for viewing the mini-website within the folder, or sub-folders.

Ensure that all links are relative (ie "images/picture.jpg" rather than "/images/picture.jpg" or "http://yourdomain.net/images/picture.jpg" or "C:\Documents and Settings\username\My Documents\mini-website\images\picture.jpg") and no link is longer than 255 characters.

Access the index.html file and browse around the mini-website, to ensure that the most commonly used browsers (Internet Explorer and Firefox) are able to view all parts of the mini-website without problems, it is ideal to check this on a different machine.

Compress the folder into a ZIP, check the file size is under 20 MB, ensure that index.html is in the root of the ZIP, and that the file has .zip extension, then submit as an additional file with your article.

## **Style and language**

### ***General***

Currently, *BMC Health Services Research* can only accept manuscripts written in English. Spelling should be US English or British English, but not a mixture.

There is no explicit limit on the length of articles submitted, but authors are encouraged to be concise.

*BMC Health Services Research* will not edit submitted manuscripts for style or language; reviewers may advise rejection of a manuscript if it is compromised by grammatical errors. Authors are advised to write clearly and simply, and to have their article checked by colleagues before submission. In-house copyediting will be minimal. Non-native speakers of English may choose to make use of a copyediting service.

### ***Language editing***

For authors who wish to have the language in their manuscript edited by a native-English speaker with scientific expertise, BioMed Central recommends [Edanz](#). BioMed Central has arranged a 10% discount to the fee charged to BioMed Central authors by Edanz. Use of an editing service is neither a requirement nor a guarantee of acceptance for publication. Please contact [Edanz](#) directly to make arrangements for editing, and for pricing and payment details.

### ***Help and advice on scientific writing***

The abstract is one of the most important parts of a manuscript. For guidance, please visit our page on [Writing titles and abstracts for scientific articles](#).

Tim Albert has produced for BioMed Central a [list of tips](#) for writing a scientific manuscript. [American Scientist](#) also provides a list of resources for science writing. For more

detailed guidance on preparing a manuscript and writing in English, please visit the [BioMed Central author academy](#).

### ***Abbreviations***

Abbreviations should be used as sparingly as possible. They should be defined when first used and a list of abbreviations can be provided following the main manuscript text.

### ***Typography***

- Please use double line spacing.
- Type the text unjustified, without hyphenating words at line breaks.
- Use hard returns only to end headings and paragraphs, not to rearrange lines.
- Capitalize only the first word, and proper nouns, in the title.
- All pages should be numbered.
- Use the *BMC Health Services Research* [reference format](#).
- Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted.
- Please do not format the text in multiple columns.



Greek and other special characters may be included. If you are unable to reproduce a particular special character, please type out the name of the symbol in full. **Please ensure that all special characters used are embedded in the text, otherwise they will be lost during conversion to PDF.**




### ***Units***

SI units should be used throughout ( liter and molar are permitted, however).

## ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO AO PERÍODO *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH*

1029509414990221 Who did not attend? First dental visit absences in secondary care in a large Brazilian city: a cross-sectional study    Entrada x

 **BioMed Central Editorial** <editorial@biomedcentral.com >  
para Prof, Prof, Alessandra, Marcos, Simone, Mauro 

9 mai (2 dias atrás)   

 inglês  > português  [Traduzir mensagem](#) [Desativar para: inglês x](#)

Article title: Who did not attend? First dental visit absences in secondary care in a large Brazilian city: a cross-sectional study  
MS ID : 1029509414990221  
Authors : Alessandra T Machado, Marcos AF Werneck, Simone D Lucas and Mauro Henrique NG Abreu  
Journal : **BMC Health Services Research**

Dear Prof Abreu

Thank you for submitting your article. This acknowledgement and any queries below are for the contact author. This e-mail has also been copied to each author on the paper, as well as the person submitting. Please bear in mind that all queries regarding the paper should be made through the contact author.

A pdf file has been generated from your submitted manuscript and figures. We would be most grateful if you could check this file and let us know if any aspect is missing or incorrect. Any additional files you uploaded will also be sent in their original format for review.

[http://www.biomedcentral.com/imedia/1029509414990221\\_article.pdf](http://www.biomedcentral.com/imedia/1029509414990221_article.pdf) (157K)

For your records, please find below link(s) to the correspondence you uploaded with this submission. Please note there may be a short delay in creating this file.