

La regulación de la atención a la salud bucal y el absentismo: escenarios y posibilidades
A regulação da atenção à saúde bucal e o absentismo: cenários e possibilidades
Oral health care regulation and absenteeism: settings and possibilities

Recibido: 10/09/2017

Aprobado: 15/01/2018

Publicado: 05/04/2018

Danilson Ferreira da Cruz¹

Ronald Pereira Cavalcanti²

Edson Hilan Gomes de Lucena³

Wilton Wilney Nascimento Padilha⁴

El absentismo del usuario es el acto de no asistir a las consultas y a los procedimientos programados. El objetivo de este estudio es discutir el contexto causal que genera el absentismo en consultas y sus posibilidades de enfrentamiento para colaborar con estudios empíricos sobre el asunto. Se trata de una revisión integrada de la literatura hecho a través de la búsqueda del asunto "Absentismo" en las bases de datos: LILACS, SCIELO y revistas CAPES, sin el corte temporal, realizado en julio de 2017. Los resultados fueron: 11 estudios sobre el tema de 763 encontrados en la búsqueda. Se identificaron un total de 26 causas potenciales para el absentismo y 4 posibilidades de enfrentamiento. Se concluye que es necesario ampliar este debate, para que esta problemática sea tratada como posibilidad de estructuración del proceso de trabajo de los equipos, de los servicios y de la regulación por ser un cuadro diversificado y complejo en lo que respecta a las causas del absentismo.

Descriptor: Absentismo; Citas y horarios; Continuidad de la atención al paciente; Salud Bucal.

O absentismo do usuário é um ato praticado ao não comparecer às consultas e aos procedimentos agendados. O objetivo do estudo é discutir o contexto causal que gera o absentismo em consultas e suas possibilidades de enfrentamento, de modo a colaborar com estudos empíricos sobre o assunto. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, feito através da busca do assunto "Absentismo" nas bases de dados LILACS, SCIELO e periódicos CAPES, sem corte temporal, em julho de 2017. Os resultados foram: 11 estudos sobre o assunto de 763 encontrados na busca. Identificou-se um total de 26 causas potenciais para o absentismo e 4 possibilidades de enfrentamento. Conclui-se que é necessário ampliar o debate, para que esta problemática seja tratada como possibilidade de estruturação do processo de trabalho das equipes, dos serviços e da regulação, por ser um quadro diversificado e complexo no que diz respeito às causas do absentismo.

Descritores: Absenteísmo; Agendamento de consultas; Continuidade da Assistência ao Paciente, Saúde Bucal.

The user's absenteeism is one of not practicing appointments and scheduled procedures. The objective of the study is to discuss the causal context that generates absenteeism in consultations and its possibilities of coping in order to collaborate with empirical studies on the subject. This is an integrated review of the literature and a search of the databases. LILACS, SCIELO and CAPES journals the subject "Absenteeism", without temporal interval and realized in July 2017. The results were: 11 studies on the subject of 763 found in the search; Identify a total of 26 potential causes for absenteeism and 4 coping possibilities. It is concluded that it is necessary to expand this debate, so that this problem is treated as a possibility of structuring the work process of equipment, services and regulation because it has a diverse and complex framework of causes of absenteeism.

Descriptors: Absenteeism; Appointments and schedules; Continuity of patient care; Oral health.

1. Cirujano Dentista. Especialista en Educación Permanente. Especialista en Política y Gestión del Cuidado en Salud. Magister en Modelos de Decisión y Salud. Profesor Asistente de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Campus Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. ORCID: 0000-0002-1948-3650 E-mail: danilsoncruz@yahoo.com.br

2. Cirujano Dentista. Especialista en Política y Gestión del Cuidado en Salud. Magister en Odontología. Profesor Asistente de la UFPE, Campus Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. ORCID: 0000-0003-4948-0327 E-mail: roandpcavalcanti@yahoo.com.br

3. Cirujano Dentista. Magister y Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Adjunto de la UFPE, Campus Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. ORCID: 0000-0003-3431-115X E-mail: ehglucena@yahoo.com.br

4. Cirujano Dentista. Magister, Doctor y Pos Doctor en Odontología. Profesor Titular de la Universidad Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-0003-3056-9145 E-mail: wiltonpadilha@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

El proceso de organización de la gestión de los sistemas y servicios de salud en Brasil es uno de los desafíos para la consolidación del Sistema único de Salud (SUS).

En las dos últimas décadas hubo una ampliación considerable de las acciones y de los servicios ofrecidos, especialmente por los municipios, con asociaciones con estados y la unión. Sin embargo, aún es frágil la articulación de red continua de cuidados integrales, fundamentales para los diferentes momentos de atención.

Por otro lado, es urgente la necesidad de calificar la aplicación de los recursos del SUS, con la construcción de nuevos arreglos de estructuración del proceso de trabajo en el ámbito de la producción del cuidado en el SUS.

Estos problemas no son exclusivos del sistema de salud brasileiro. Se repiten en todos los países que persiguen la integralidad en la atención a la salud de sus ciudadanos, como los países de la Unión Europea¹.

Estudios apuntan la fragmentación de los servicios como una dificultad para la producción de la integralidad, inclusive en aquellos países donde hay una atención primaria consolidada y servicios de atención domiciliaria. Existe la necesidad de estudiar nuevos arreglos en experimentación para el enfrentamiento de los problemas crónicos de salud en las poblaciones²⁻⁵.

Las reformas de los sistemas de salud en los años de 1990 abordaban los problemas de una perspectiva economicista, reduciéndolos a cuestiones financieras, de escasez o de mala distribución de recursos. Se dejaban de lado las personas y sus problemas, colocando en el centro del debate las soluciones vinculadas a la eficiencia y al costo-beneficio. Es en esta lógica que muchas veces se opera la regulación⁶.

La regulación es inherente a cualquier sistema de salud y se desarrolla en un escenario de disputas e intereses conflictivos⁷.

En el ámbito de la Salud Bucal, los procesos de regulación se configuran como un desafío de efectividad en la práctica. Una de

las consecuencias de la fragilidad de la regulación del acceso a las acciones y servicios de salud, entre otros varios, es el absentismo.

El absentismo del usuario es el acto practicado de no asistir a las consultas y a los procedimientos agendados⁸, es decir: sin que haya ocurrido cualquier comunicación previa a la unidad de salud responsable. Esta práctica limita la garantía de la atención en los diversos niveles de asistencia⁸.

Esta afirmativa es corroborada por un estudio que evaluó el comportamiento del absentismo de usuarios del territorio de tres Equipos de Salud de la Familia, y aún mostró que se trata de un fenómeno multicausal, donde las relaciones de causa y efecto impregnan a todos los actores envueltos — trabajador, gestión y usuario⁹.

El absentismo de los usuarios de la red pública brasileira de salud se ha revelado un problema crónico. El número de consultas y exámenes agendados y no realizados, debido a la no asistencia de los usuarios, alcanza índices significativamente altos, que pueden ser percibidos en todas las regiones de Brasil y en diversos tipos de atención y especialidad¹⁰.

Varios son los motivos que se relacionan con el absentismo, y la ausencia del usuario agendado en el servicio se traduce en la pérdida de recursos públicos. Además de esto, las pérdidas en la continuidad de la asistencia y en la resolutiveidad de las demandas de salud son también impactantes⁶. Además de esto, como consecuencia de estas faltas, ocurren el aumento de la fila de espera y de las demandas por urgencia^{11,12}.

El presente artículo tiene como objetivo discutir el contexto causal que genera el absentismo en consultas y sus posibilidades de enfrentamiento, de modo a colaborar con estudios empíricos sobre el asunto.

MÉTODO

Se trata de un estudio de revisión integradora de la literatura. De acuerdo con el objetivo del estudio se buscó en las bases de datos LILACS, SCIELO y periódicos CAPES el asunto "Absentismo", sin corte temporal.

La colecta de datos ocurrió del 13 al 20 de julio de 2017 y todos los documentos

fueron obtenidos, en su versión integral, por medio de la red mundial de computadoras, a partir de los sitios <http://www.periodicos.capes.gov.br/>; <http://www.scielo.org/> e lilacs.bvsalud.org/

Para excluir aquellos trabajos que estaban en desacuerdo con el objetivo, se procedió, en primer momento, a realizar la lectura de los resúmenes y, en un segundo, a la lectura de los artículos.

El análisis de los resultados fue descriptivo. Para esto, en la sistematización fue creado un cuadro en el cual se definió el alcance de las potenciales causas del absentismo en consultas y exámenes encontrados. Las estrategias de enfrentamiento fueron sistematizadas de modo separado.

RESULTADOS

Fueron encontrados 763 artículos de acuerdo con el asunto seleccionado. Se identificó, después de la lectura de los resúmenes, que la mayor parte de la literatura colectada se refirió al absentismo-enfermedad (98,54%), es decir, los casos y explicaciones por ausencia al trabajo por motivos de salud.

Se percibieron escasos estudios referentes al absentismo en consultas y exámenes en el ámbito de los servicios de salud.

En la segunda etapa, después de la lectura de los resúmenes, fueron excluidos todos los trabajos que abordaban el

absentismo-enfermedad, restando 11 artículos referentes al absentismo a atendimientos / consultas / exámenes en servicios de salud.

En el tercer momento, fue realizada una lectura de los artículos, de los cuales 5 estudios se relacionaban a unidades generales de salud (no específicas de salud bucal), y seis de ellos eran específicos de servicios de salud bucal. Se optó por trabajar con todos los textos, por tratarse de un número bajo de estudios y por considerarse, después de la lectura minuciosa de los textos, la semejanza entre las características de las causas del absentismo y de las posibilidades de enfrentamiento.

Con la sistematización de los resultados se elaboró el alcance de la característica de los estudios en cuanto a sus interfaces textuales, cobertura, lugar del estudio y autorías, según el Cuadro 1.

Se observó que los estudios son de períodos recientes, siendo que de los 11 estudios, 10 (91%) fueron realizados en la década actual. Se percibe que los estudios están distribuidos en diferentes regiones del país, siendo presentes evaluaciones que se especializaron en servicios aislados (Hospital; Centro de Especialidades Odontológicas; Ambulatorio Especializado; Unidad Básica de Salud), y en conjunto de servicios básicos de la salud por territorios.

Cuadro 1 -Caracterización de los estudios sobre absentismo-consulta en Brasil, 2017.

Interfaz	Cobertura	Lugar	Autores / Año
Características del absentismo	Varios servicios de salud bucal (Atención Básica)	Alfenas/MG/Brasil	FERREIRA, MB et al. (2016) ¹³
Características del absentismo	Una unidad de salud bucal (Atención Especializada - CEO)	Pelotas/RS/Brasil	LAROQUE, MB; FASSA, AG; CASTILHOS, ED. (2015) ¹⁴
Evaluar estrategia de enfrentamiento al absentismo	Varios servicios de salud bucal (Atención Básica)	Piracicaba/SP/Brasil	GONÇALVES CA et al. (2015) ¹⁵
Características del absentismo	Una unidad Hospitalaria (Atención Especializada)	São Paulo/SP/Brasil	NAGATA, D; GUTIERREZ, EB. (2015) ¹⁶
Evaluar estrategia de enfrentamiento al absentismo	Una unidad de salud (Atención Especializada)	São Paulo/SP/Brasil	OLESKOVICZ M; OLIVA FL; HILDEBRAND E GRISI CC; LIMA AC; CUSTÓDIO, I (2014) ¹⁰
Evaluar estrategia de enfrentamiento al absentismo	Una unidad Hospitalaria (Atención Especializada)	Botucatu/SP/Brasil	AVILA, MAG, BOCCHI, SCM (2013) ¹⁷
Características del absentismo	Varios servicios de salud bucal (Atención Básica)	Cidade não informada/BA/Brasil	TAVARES, RP; COSTA, GC; FALCÃO, MLM; CRISTINO, PS. (2013) ¹⁸
Características del absentismo	Varios servicios de salud (Atención Básica)	João Pessoa/PB/Brasil	CAVALCANTI, RP; CAVALCANTI, JCM; SERRANO, RSM; SANTANA, PR (2013) ⁹
Evaluar estrategia de enfrentamiento al absentismo	Una unidad de salud bucal (Atención Especializada - CEO)	João Pessoa/PB/Brasil	CRUZ, DF; PADILHA, WWN; WANZELER, MC. (2011) ¹⁹
Características del absentismo	Una unidad de salud bucal (Atención Básica)	João Pessoa/PB/Brasil	MELO, ACBV; BRAGA, CC; FORTE, FDS (2011) ²⁰
Características del absentismo	Una unidad de salud (Atención Básica y Especializada)	Porto Alegre/RS/Brasil	LANDREY, CM; DREHMER, TM (2000) ¹¹

En el Cuadro 2, se presenta el consolidado de causas citadas del absentismo, en un total de 26, que fueron extraídas de los estudios seleccionados y sistematizados según la descripción.

Se puede percibir que las causas relacionadas con la estructura y gestión de los servicios, con las limitaciones contextuales de los usuarios y trabajadores, favorecieron el absentismo.

En cuanto al proceso de enfrentamiento al absentismo fueron

identificados:

a) estructuración del proceso de trabajo a partir de la implantación de la recepción en el servicio;




b) implantación de la técnica del *overbooking* como forma de ampliar la eficiencia de los servicios;

c) ampliación de la comunicabilidad entre el servicio que ofrece y los usuarios por medio de llamadas telefónicas, mensajes de texto de celular, e-mails para confirmación de los agendamientos.

Cuadro 2 – Causas del absentismo en los servicios y salud, Brasil, 2017.

Elevado tiempo de espera para la consulta llevando al usuario a no asistir y/u optar por otro servicio
Cambio de barrio o ciudad o estaba viajando
Falta de tratamiento completo en la red
Se enfermó en el día de la consulta / Complicación con la propia salud
Usuario es cuidador (de niños, ancianos, acamado...)
Imposibilidad de tratar debido a la gestación
Insatisfacción con el profesional y/o Unidad de Salud
Consulta agendada en horario escolar
Paciente falleció
Barreras de acceso al servicio y a la Información / Proceso de trabajo mal estructurado
Pérdida de confianza en el tratamiento o en el profesional
Problemas estructurales y funcionales por la falta de materiales y de manutención de equipamientos
Faltó por no poder ser acompañado por el responsable
Insatisfacción con el tratamiento
Agendamiento hecho para la especialidad equivocada
No recibió el agendamiento (comprobante) en tiempo hábil
No sabía localizar la dirección de la consulta
Faltó por Miedo / Ansiedad
Otro compromiso en el día de la consulta
Cancelación del procedimiento por ausencia del equipo
Anticipación del atendimento sin informar al usuario
Consulta marcada en horario de trabajo
Falta de interés por el tratamiento / Creyó que mejoró y no precisaba ir más a la consulta especializada
Usuario dependiente de acompañante
Falta de condiciones financieras para pagar el traslado/transporte
Elevada distancia de la unidad referenciada

Descripción Cuadro 2

-  Causas citadas en más de un estudio y se relacionan con los servicios generales de salud y los de Salud Bucal
-  Causas citadas en un único estudio y se relacionan con servicios de Salud Bucal
-  Causas citadas en un único estudio y se relacionan con servicios generales de salud

DISCUSIÓN

El elevado tiempo de espera entre el tiempo

del agendamiento de la consulta y la realización del atendimento, es un factor citado en otros estudios^{9,15,21-23}.

En el estudio que evaluó un CEO en Pelotas/RS, se constató absentismo de 18%, mostrándose bajo cuando fue comparado al

encontrado por otros estudios, con variación de 30 a 45%, y posiblemente relacionado al menor tiempo de espera en el inicio de la implantación del CEO: cuanto mayor el tiempo de espera, más usuarios buscan otros servicios o abandonan el tratamiento^{11,24}.

Otros estudios^{15,21-23} corroboran los hallazgos consolidados, relacionando el impedimento de ausentarse del trabajo a justificaciones relatadas por los usuarios, padres o responsables. Son citados, además, por los usuarios, el olvido, cambios de dirección, factores emocionales, falta de respeto por parte del equipo de salud (mal atendimento), horarios de consultas inadecuados, transporte no disponible, no entendimiento del sistema de agendamiento y falta de tratamiento integral en la red que accede.

En Brasil, el debate en cuanto al acceso a la atención odontológica especializada en el sistema público es reciente y se torna relevante en la medida en que la actual Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), denominada Brasil Sonriente, ha sido ampliada, principalmente, por los CEO – Centros de Especialidades Odontológicas.

En un estudio que evaluó la productividad de 22 CEOs, se demostró que 40,9% de estos tuvieron un buen desempeño, mientras que 31,8% tuvieron un mal desempeño. La integralidad de la atención no depende solo de la creación de centros de especialidad. Características geográficas de acceso, tipo de agendamiento ofrecido y estructura de atención básica pueden afectar al servicio especializado. Consecuentemente, el absentismo contribuye a este bajo desempeño²⁵.

Una investigación realizada en el municipio de Belo Horizonte (MG) constató que entre las 6.428 primeras consultas odontológicas especializadas agendadas para 2011 en las diversas especialidades seleccionadas para análisis, 32,9% no fueron realizadas en función de la ausencia del usuario. Adultos jóvenes, del sexo masculino, residentes en determinados distritos, referenciados para las especialidades de cirugía y endodoncia, y que estuvieron más tiempo en la fila de espera, presentaron mayor

frecuencia de no asistencia²⁶.

Un estudio enumeró consecuencias negativas producidas por el absentismo a los usuarios: aplazamiento de sus necesidades de cuidado; aumento de la insatisfacción con el servicio y aumento del tiempo de espera para marcar la consulta⁹.

En la esfera de la gestión de los servicios: crecimiento progresivo de la demanda reprimida, reduciendo la posibilidad de acceso porque el mismo usuario vuelve a demandar el atendimento especializado; desequilibrio en el ofrecimiento de servicios; aumento de los costos asistenciales dado que el aplazamiento puede provocar agravación de la condición referida del usuario; desperdicio de los servicios, desde la consulta del médico al trabajo del marcador, la visita del ACS para la entrega del agendamiento, y el trabajo del especialista; y pérdida de la oportunidad de inclusión de otro usuario en la programación⁹.

Un aspecto importante para enfrentar esta problemática es la calificación del proceso de trabajo. La mejoría en la calidad de los gastos públicos, con el objetivo de asegurar la continuidad y la universalización de los servicios de salud ofrecidos, se torna también importante.

Los gestores necesitan luchar por más recursos para la organización de la red asistencial. Sin embargo, deben considerar la existencia de ineficiencias e iniquidades a ser superadas para ocurrir integración de los cuidados de forma real y garantizar el derecho de la población a la regulación del acceso de forma eficiente y eficaz^{19,27}.

Para la construcción de una práctica clínica eficaz, cuidadora y centrada en el usuario y sus necesidades, por la cual desafíos como la adhesión y la confianza del usuario sean conquistados, es necesaria una amplia reflexión crítica, tanto de relaciones como de procesos de trabajo. Observar, reflexionar y planear las acciones de enfrentamiento al conjunto de causas que promueven el absentismo favorecerá positivamente la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud.

En este sentido, la reorganización del proceso de trabajo se torna un desafío, una necesidad vibrante.

Algunas posibilidades de enfrentamiento al absentismo

Estudios previos acerca del absentismo en servicios de salud revelaron su asociación a la presencia de obstáculos o barreras al acceso^{11,12,28}.

Un estudio²⁹ categorizó el absentismo en tres clases, que son:

- las relacionadas al individuo (baja percepción de necesidad, ansiedad y miedo, costos y dificultad de acceso);
- las relacionadas a la práctica de la profesión (inadecuación de los profesionales, distribución geográfica desigual, formación inapropiada a las nuevas necesidades y demanda de la población, y sensibilidad insuficiente para las necesidades del usuario);
- las relacionadas a la sociedad (número insuficiente de acciones de promoción de la salud, instalaciones impropias de los servicios y auxilio financiero reducido para la investigación)²⁹.

Pueden, además, influir en el acceso y utilización de servicios de salud, según las

resistencias institucionales: horarios poco flexibles, tipo de recepción dada al usuario, así como la exigencia de una conducta racional frente a la enfermedad¹⁹.

La recepción es una estrategia de reorganización del acceso de los usuarios. En un estudio realizado en un Centro de Especialidades Odontológicas al registrar la vivencia de la implantación de esta herramienta a partir de la necesidad de romper con las diversas barreras de acceso presentes en el CEO de João Pessoa, Paraíba¹⁹, el elevado tiempo de espera entre el agendamiento y la realización de la consulta en las especialidades odontológicas favorecieron el absentismo¹⁹.

La Figura 1 sistematiza una propuesta de fluxograma para organización de la entrada y seguimiento del usuario en el CEO. Vale resaltar que esta fue una de las etapas del proceso de implantación de la recepción, y que se trata de un fluxograma adaptado a una realidad específica, pudiendo, así, también ser adaptado a otras realidades¹⁹.

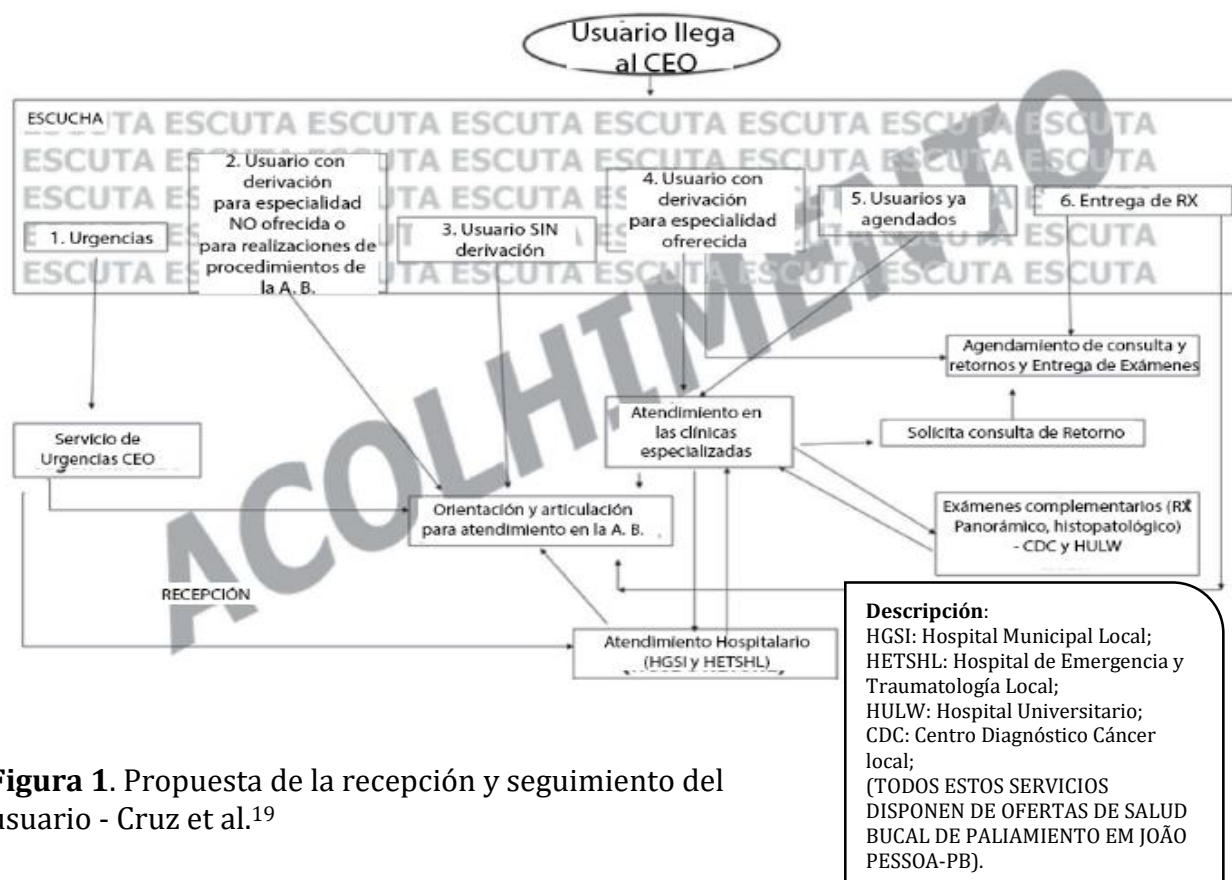


Figura 1. Propuesta de la recepción y seguimiento del usuario - Cruz et al.¹⁹

La recepción tuvo la capacidad de reducir el tiempo de espera en las especialidades, configurándose en una

herramienta capaz de atacar una causa importante del absentismo elevado en los servicios, que es el gran tiempo de espera

entre el agendamiento y la realización de la consulta, además de ampliar en un 30,7% el rendimiento del equipo sin la necesidad de contrataciones¹⁹.

El *overbooking* se trata de exceder/elevar el cuantitativo de usuarios agendados para atendimientos a partir de la constatación de la posibilidad de faltas previamente identificadas.

La utilización de la técnica de “*overbooking*” ya fue probada en servicios privados en la búsqueda de compensaciones financieras resultantes de la no asistencia y evaluada por simulación en servicio del SUS, apuntando a ganancias expresivas de eficiencia aumentando los atendimientos en aquel servicio^{10,30}.

Una investigación¹⁴ con 515 usuarios derivados en los meses de enero a junio de 2013, mostró que 95 faltaron — un absentismo de 18,0% en el período. Una estrategia utilizada para disminuir la ociosidad del servicio resultante de estas faltas fue el agendamiento de usuarios excedentes, pudiendo alcanzar el doble de usuarios en relación a la oferta del servicio.

Sin embargo, el reciente estudio que resultó en el informe de los principales resultados del PMAQ-CEO muestra que 82,15% de los servicios evaluados no agendan más que la cantidad de lugares disponibles³¹.

La práctica de llamar por teléfono antes del día de la consulta para confirmar o recordar al usuario, el uso de mensajes de texto por teléfono, carta o e-mail, tuvieron un efecto positivo sobre el problema^{17,32,33}.

Un sistema de agendamiento vía portal de internet con envío automático de e-mail de confirmación fue capaz de reducir la no asistencia en 39% de los casos agendados³⁴.

No obstante, la mayoría de los CEO no entra en contacto previamente con el usuario para confirmar la fecha y la presencia del mismo en la consulta y no agenda tampoco más que la cantidad de lugares disponibles en el servicio.

De los CEO que afirmaron tener conocimiento sobre los porcentajes de absentismo de los usuarios, (59,35%, n=552) la especialidad de la endodoncia fue citada como aquella en que ocurren más faltas

(38,76%). En 26,77% (n= 249) de los CEO no hay conocimiento previo de los usuarios que pasarán en consulta en el servicio. De los 73,23% (n=681) que afirmaron tener este conocimiento, la mayoría (n= 367) lo sabía a través de la lista de espera disponible en el propio CEO³¹.

Este contexto remite a la observación del distanciamiento de los servicios y usuarios, inclusive considerando que son informaciones básicas *a priori* del atendimento.

Todas estas posibilidades son importantes en la medida en que el proceso de trabajo y sus problemas cotidianos son colocados en el campo analítico. Para esto, se hace necesario que la administración de los servicios y el ‘nivel central’ de la gestión operen con apoyo, como por ejemplo, el apoyo matricial.

Resultados de la reciente investigación nacional que evaluó la calidad de los CEO, el PMAQ-CEO en el año 2014, revelaron que los cirujanos-dentistas reciben apoyo matricial para la discusión y resolución de los casos clínicos de mayor complejidad en 482 Centros de Especialidades Odontológicas (51,8%)³¹.

A su vez, el matriciamiento/apoyo a los equipos de salud bucal (ESB) de la atención básica sucede en solo 43 CEO (4,6%). El informe apuntó que temas importantes son pautados en el momento del apoyo matricial como: la discusión de casos clínicos, eventos centinelas, casos difíciles y desafiantes; acciones clínicas compartidas con los profesionales de los equipos de Salud Bucal de la Atención Básica; capacitación con los profesionales de la atención básica para la detección del cáncer de boca; actividades de educación permanente en conjunto con los profesionales de los equipos de Salud Bucal de la Atención Básica; construcción y discusión de protocolos clínicos; y pacto de criterios para referencia por especialidad³¹.

En este sentido, se apunta un escenario favorable para la ampliación y calificación del apoyo a los equipos de salud bucal en el ámbito de la atención básica³¹.

Se percibe que la baja presencia del apoyo matricial a las EABs y la consecuente fragilidad de este apoyo, se configura por

interferir en la calidad del proceso de referenciamiento al constatar que 75,3% de los CEOs agendan a los usuarios, que reciben una ficha de derivación en la unidad básica de salud y se dirige al CEO. No obstante, 48,50% de los CEOs expusieron que el orden de llegada es el criterio utilizado por los equipos de salud bucal de la atención básica para emisión de estas derivaciones³¹.

Este proceso de regulación necesita la responsabilización de los servicios derivacionales y derivados. El usuario se queda con la responsabilidad de disputar el 'lugar' para su atendimento a partir de criterios que no están de acuerdo a sus necesidades de salud, y sí, de su disponibilidad, agravando el absentismo.

CONCLUSIÓN

A pesar del resultado del estudio apuntar a algunas posibilidades de enfrentamiento al absentismo, se hace necesario ampliar este debate, para que esta problemática sea tratada como posibilidad de estructuración del proceso de trabajo de los equipos, de los servicios, y de la regulación, en la perspectiva de minimizar el absentismo, pues sus causas son un cuadro diversificado y complejo en los diversos tipos de atención.

Si por un lado hay una queja de elevada cantidad de exámenes y consultas, por otro, hay un desperdicio significativo de ofertas, lo que interfiere en la calidad de la atención a la salud.

Por fin, se concluye, además, que la literatura científica sobre el tema es diminuta, además de no presentar estudios más profundos — por ejemplo, el comportamiento del absentismo siendo estudiado en una red de atención como un todo.

REFERENCIAS

1. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):295-304.
2. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 24(3):180-8.
3. Nolte E, Mackee M. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. New York: Open University Press; McGraw Hill Education; 2008.
4. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5):951-63.
5. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(4):299-305.
6. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(1):95-105.
7. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006; 10(19):25-41.
8. Santos JS. Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município Baiano. [dissertação]. Vitória da Conquista, BA: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008. 34 f.
9. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano, RSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Tempus (Brasília)*. 2013; 7(2): 63-84.
10. Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CCDH, Lima AC, Custódio I. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(5):1009-17.
11. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. *Rev Fac Odontol. Porto Alegre*. 2000; 40(2):24-8.
12. Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil socioeconômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas

- odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *Cienc Odontol Bras*. 2009; 12(1):77-86.
13. Ferreira, MB, Lopes, AC, Lion, MT, Lima, DC, Nogueira, DA, Pereira, AA. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na Estratégia Saúde da Família. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2016; 14(1):411-9.
14. Laroque, MB, Fassa, AG, Castilhos, ED. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(3):421-30.
15. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):449-60.
16. Nagata D, Gutierrez EB. Características dos pacientes com HIV que faltaram a consultas agendadas. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:95.
17. Avila MAG, Bocchi, SCM. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):193-7.
18. Tavares RP, Costa GC, Falcão MLM, Cristino PS. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. *Saúde Debate*. 2013; 37(99):628-35.
19. Cruz DF, Padilha WWN, Wanzeler MC. Acolhimento e organização do processo de trabalho em CEO de João Pessoa-PB. *Rev Flum Odontol*. 2011; 17(35):5-9.
20. Melo ACBV, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011; 15(3):309-18.
21. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Annals Fam Med*. 2004; 2(6):541-45.
22. Al Barakati SF. Appointments failure among female patients at a dental school clinic in Saudi Arabia. *J Dent Educ*. 2009; 73(9):1118-24.
23. George AC, Hoshing A, Joshi NV. A study of the reasons for irregular dental attendance in a private dental college in a rural setup. *Indian. J Dent Res*. 2007; 18(2):78-81.
24. Zaitter WM, Silva M, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzatto E, Michel-Crosato E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). *Rev Sul-Bras Odontol*. 2009; 6(4):413-21.
25. Figueiredo N, Góes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil *Cad Saúde Pública*. 25(2):259-67.
26. Machado AT, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Quem não compareceu? ausências às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária em um município brasileiro de grande porte: um estudo transversal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):289-98.
27. Silva MVS, Silva MJ, Silva LMS, Nascimento AAM, Damasceno AKC. Avaliação do acesso em saúde na 2ª microrregião de saúde, CE. *Saúde Soc*. 2012; 21(1):107-16.
28. Zaitter WM, Avaliação da acessibilidade do usuário à clínica de especialidades de endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). [Tesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. 86 f.
29. Cohen LK. Converting unmet need for care to effective demand. *Int Dent J*. 1987; 37(2):114-6.
30. Berg B, Murr M, Chermak D, Woodall J, Pignone M, Sandler RS, Denton B. Estimating the cost of no-shows and evaluating the effects of mitigation strategies. *Med Decis Making*. 2013; 33(8):976-85.
31. Lucena EHG. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). Tesis presentada a la Universidad de Brasília. 2017. 152f. [citado em 11 ago 2017]; Disponible en: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/>

22541/1/2016_EdsonHilanGomesdeLucena.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221371/>

32. Molfenter T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Subst Use Misuse*. 2013; 48(9):743-9.

33. Christensen AA. The effect of confirmation calls on appointment-keeping behavior of patients in a children's hospital dental clinic. *Pediatr Dent*. 2001; 23(6):495-8.

34. Horvath M, Levy J, Carlson B, Ahmad A, Ferranti J. Impact of health portal enrollment with email reminders on adherence to clinic appointments: a pilot study. *J Med Internet Res*. [Internet]. 2011 [citado en 11 ago 2017]; 13(2):e41. Disponible en:

CONTRIBUCIONES

Danilson Ferreira da Cruz participó en la concepción y esbozo de la investigación; obtención de datos, análisis e interpretación de los datos y redacción. **Ronald Pereira Cavalcanti** actuó en el método y discusión. **Edson Hilan Gomes de Lucena** contribuyó en el análisis crítico. **Wilton Wilney Nascimento Padilha** participó en la redacción y análisis crítico.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Cruz DF, Cavalcanti RP, Lucena EHG, Padilha WWN. La regulación de la atención a la salud bucal y el absentismo: escenarios y posibilidades. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 6(2):228-237. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

CRUZ, D. F. et al. La regulación de la atención a la salud bucal y el absentismo: escenarios y posibilidades. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 6, n, 2, p. 228-237, 2018. Disponible en: *<agregar link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Cruz, D. F., Cavalcanti, R. P., Lucena, E. H. G. & Padilha, W. W. N. (2018). La regulación de la atención a la salud bucal y el absentismo: escenarios y posibilidades. *REFACS*, 6(2), 228-237. Recuperado en: *día, mes, año de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.