

Artigo original

Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo

Absenteeism in outpatient care specialties in São Paulo

Olimpio J Nogueira V Bittar; Adriana Magalhães; Claudio M Martines; Nadja BG Felizola; Lilian HB Falcão

Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, Brasil

RESUMO

A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação. Esta ausência priva outros pacientes de atendimento, além de causar transtornos de natureza administrativa e financeira. A proposta deste trabalho é analisar as causas do absenteísmo ambulatorial e quantificar a dimensão do problema em ambulatórios de especialidades. O estudo, descritivo, foi realizado com base na relação entre consultas agendadas e consultas não efetuadas por não comparecimento dos pacientes, no período de 2011 a 2015, nas unidades de saúde da Administração Direta e Organizações Sociais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O absenteísmo não é um problema local, ele ocorre em vários países. A correção do problema merece atenção dos administradores já que entre as causas encontram-se aquelas ligadas a fatores socioeconômicos e comportamentais, exigindo que diferentes categorias profissionais trabalhem em equipe, além de propostas estruturadas e uso intensivo de tecnologia de comunicação.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde. Absenteísmo em consultas. Oferta de serviços.

ABSTRACT

The outpatient absenteeism is characterized by the patient failing to attend the planned appointment without any notice. This absence deprives other patients to receive care and it causes administrative and financial damage. The purpose of this paper is to analyse the causes of outpatient absenteeism and to quantify the problem dimension in the specialties clinics. This descriptive study was performed based on the relationship between the data on outpatient with scheduled medical consultation versus the no-show to the respective appointment at the health units of Direct Administration and Social Health Organizations of the State Secretary of Health of São Paulo-Brazil, during the period from 2011 to 2015. Also, the international literature review on this issue was performed to know how the others countries deal with this matter. What seemed to be a local problem, it was realized that this fact happens in all over the world, being high the absolute and percentage values. The problem correction deserves attention from administrators, considering that among the causes are those linked to the social, economic and behavior factors requiring many different professionals categories working as a team with structured proposals, as well as the intensive use of communication technology.

KEYWORDS: Health services. Outpatient absenteeism. Service offering

INTRODUÇÃO

A utilização correta de recursos na produção de serviços depende do conhecimento das necessidades da sociedade, das limitações e oportunidades na utilização de recursos ambientais, da estrutura administrativa adequada, processos operacionais padronizados e recursos suficientes para obtenção de resultados que causem impacto positivo em condições previamente avaliadas.

Os serviços de saúde são planejados para atender a determinado número de pacientes visando atenção ao cidadão, economia de escala e solvência dos problemas coletivos e individuais de saúde. O atendimento não realizado é uma oportunidade perdida de oferecer assistência a outro indivíduo que necessita de atenção a sua saúde e também prejuízo

financeiro, mercadológico, comprometendo a imagem da instituição perante a sociedade. Indicadores de produtividade (por funcionário, por consultório, por equipamento) são afetados, assim como os custos que se elevam devido à ociosidade dos recursos disponíveis. Em médio prazo, efeitos do absenteísmo certamente aumentarão as filas de espera por procedimentos.

No âmbito da saúde pública, a discussão sobre absenteísmo em consultas nos ambulatórios deve ser enfatizada já que traz, de maneira direta, desperdícios de recursos, estruturais e financeiros, à disposição do cidadão, além do custo social. A literatura internacional mostra que esta situação não é particularidade dos ambulatórios brasileiros.

MÉTODOS

No estado de São Paulo, a atenção primária em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é realizada nas cerca de quatro mil unidades básicas sob gestão municipal e, em parte, com o modelo de Estratégia de Saúde da Família, composta por cinco mil equipes, cobrindo 40% da população. Os pacientes dessas unidades, quando necessitam de cuidados mais complexos, são referenciados aos ambulatórios especializados e hospitais estaduais, em grande parte, e aos municipais.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES-SP é grande provedora de serviços, com 93 hospitais, 58 ambulatórios, e outras unidades de saúde, além de fábrica de medicamentos, vacinas e soros.

A atenção hospitalar provida pelo Estado é efetuada por hospitais próprios ou conveniados, com responsabilidade de atendimento regional. Os municípios, em sua maioria, possuem hospitais de pequeno porte que se responsabilizam pelo atendimento local.

Para este estudo, foram utilizados dados primários, do período de 2011 a 2015, de sete unidades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP): três ambulatórios de especialidades da administração direta (Várzea do Carmo, Belém e Centro de Saúde Pinheiros); o ambulatório do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, hospital de grande porte e referência regional, também da administração direta; e três Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME) vinculados a Organizações Sociais de Saúde (OSS). Optou-se neste estudo pela seleção de três AME com absenteísmo maior, mediano e menor, entre os 52 em operação, como representantes da capital e do interior do Estado (Maria Zélia,

Araçatuba e Santa Fé do Sul). Esse controle, medição do absenteísmo, ocorre desde 2012, com informações para primeiras consultas (ofertas para a rede) e para consultas de retorno.

Os dados dizem respeito ao total de consultas realizadas, ao percentual de ausências em primeira consulta e, para os AME, foram consideradas também as ausências nas consultas de retorno.

No ambulatório do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia foi possível obter os motivos pelos quais os pacientes deixaram de comparecer à consulta.

As soluções encontradas pelos profissionais das unidades para correção do problema também foram realçadas pelas fontes destas informações e citadas neste artigo.

Não foram incluídos os casos “perda primária”, conceito adotado para as vagas ofertadas e não preenchidas pelo gestor.

A atenção especializada ambulatorial é realizada pela gestão estadual, nas unidades citadas acima e também pelos municípios de maior porte.

Levantamento bibliográfico de vários países e do Brasil demonstraram que o problema é disseminado, além de trazer algumas soluções utilizadas para sua minimização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Unidades ambulatoriais da administração direta da SES-SP

Nos três ambulatórios, o absenteísmo variou do ano de 2011 para o ano de 2015, havendo diminuição nos ambulatórios Várzea do Carmo

e Centro de Saúde Pinheiros. No ambulatório Belém, em 2013, apresentou variação considerável, sendo que as causas deveriam ser mais bem estudadas (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa de absenteísmo nas consultas médicas nos ambulatórios da administração direta da SES-SP, 2011-2015

Unidade/Ano	2011	2012	2013	2014	2015
Várzea do Carmo	24,6	23,8	22,0	21,4	19,0
Centro de Saúde Pinheiros	30,0	30,3	30,2	27,3	25,9
Belém	24,4	22,9	16,9	21,2	24,2

Fonte: SES-SP

As unidades trabalham constantemente com métodos e técnicas para sensibilização dos profissionais e dos pacientes na tentativa de diminuir a ausência a consultas e procedimentos.

Em 2015, observou-se nesses ambulatórios que algumas especialidades apresentavam valor de absenteísmo maior: homeopatia (52%), psicologia (41%), psiquiatria (36%), nutrição (31%), fisioterapia (28%) e dermatologia (27%).

A produção total de consultas realizadas por estes ambulatórios consta da tabela 2.

Tabela 2. Número de consultas médicas nos ambulatórios da administração direta da SES-SP, 2011-2015

Unidade/Ano	2011	2012	2013	2014	2015
Várzea do Carmo	162.253	159.455	146.278	137.199	130.487
Centro de Saúde Pinheiros	61.131	52.793	44.505	59.172	64.591
Belém	15.920	16.066	10.859	13.300	17.604

Fonte: SES-SP

O ambulatório Várzea do Carmo atua na média e alta complexidade, inclusive com parcerias mediante convênio com o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (gastroenterologia e hepatologia), com o Instituto Paulista de Estudo e Pesquisa em Oftalmologia (diagnóstico e

terapêutica em oftalmologia), com a Fundação Adib Jatene/Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (exames complementares não invasivos em cardiologia).

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/ Fundação Adib Jatene

O Instituto, criado em 1954, é referência nacional e internacional em moléstias cardiovasculares, pesquisa e ensino, apoiado pela Fundação Adib Jatene, criada em 1994. O acompanhamento do absenteísmo em seu ambulatório ocorre há décadas, com a preocupação em atender ao maior número de pacientes, dada a alta morbimortalidade das doenças cardiovasculares.

O absenteísmo também é pesquisado nas especialidades necessárias à complementação do diagnóstico e tratamento do paciente com problemas cardiovasculares, como oftalmologia, nefrologia, endocrinologia, nutrologia, além de ginecologia e urologia (Tabela 3).

Observa-se que nas nove especialidades atendidas, a média varia de 1,3 a 30,2%. Em cardiologia a média é de 14,1%, porém em vascular atinge 30,2%, nessa série histórica de cinco anos. Nesse caso, pacientes com problemas em membros inferiores, com locomoção difícil, poderiam justificar a ausência. Na ginecologia, com 29,0%, a explicação plausível poderia ser que a especialidade não está, a princípio, relacionada às duas principais, cardiologia e vascular, e que a paciente pode ter seu médico, embora o Instituto atenda a gestantes com problemas cardiovasculares.

Rotineiramente, a equipe do Instituto realiza pesquisa com os pacientes faltantes, quando do reagendamento da consulta, para

conhecer o que motivou tal conduta. De acordo com a tabela 4, a falta de transporte e ausência de condições financeiras merecem atenção e articulação com políticas de assistência social.

A equipe do Instituto utiliza orientação escrita para o paciente não esquecer da data da consulta pela dificuldade de reagendamento.

Na hora do agendamento o paciente é orientado para a importância dos exames para a próxima consulta. Esta é uma das principais recomendações quando se refere a erros burocráticos ou falhas de comunicação na orientação do paciente quanto a data e hora da consulta.

Tabela 3. Evolução do absenteísmo – 2011-2015 (%) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene-SP

Especialidade/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	Média
Cardiologia	11,4	12,8	15	16,3	14,9	14,1
Cirurgia Geral	-	-	-	1,04	0,9	0,4
Vascular	33,9	29,2	32	28,2	27,5	30,2
Endocrinologia/Metabologia*	-	-	-	-	6,7	1,3
Ginecologia	29,6	30,1	24	24,8	36,6	29
Nefrologia	10,9	14,6	13,7	15,6	15,8	14,1
Nutrologia**	-	7,8	8,6	-	-	3,3
Oftalmologia	-	-	19,7	33,3	40,7	18,7
Urologia	-	11	10,2	7,5	16	9
Média	12,6	13,5	16	17	16	15
Total consultas realizadas	19.703	18.533	17.357	17.257	16.933	17.957

Nota:*Endocrinologia inicia em 2015 no Ambulatório de Dislipidemia

**Nutrologia até 2014

Fonte: IDPC/FAJ

Tabela 4. Motivos de faltas nas consultas ambulatoriais, relatados pelos pacientes no momento do reagendamento – Média 2011-2015 – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene-SP

Causa	Quantidade (%)
Falta de transporte	29,0
Esquecimento da Consulta	23,5
Sem condições financeiras	16,3
Rodízio do carro	13,7
Outras consultas/exames	9,8
Dificuldades de locomoção	3,0
Viagem	2,1
Falecimento de familiar	2,0
Estava doente ou internado	1,1
Total	100,00%

Fonte: IDPC/FAJ

De acordo com Souza e Serinolli²¹ a Central de Regulação de Oferta em Serviços de Saúde (Cross), da SES/SP, também tem papel importante na orientação dos pacientes que são referenciados aos serviços do Instituto.

Na última década, a Cross vem garantindo que as ofertas de consultas e exames sejam disponibilizadas para as unidades buscando sempre o máximo aproveitamento dos recursos. Conta inclusive com *call center* por intermédio do 08007790000, para que os pacientes possam cancelar as consultas agendadas em tempo hábil, que serão remanejadas para outros pacientes. Cinco dias antes da consulta agendada, profissional da central envia SMS ao paciente lembrando da necessidade de sua presença. Hasvold²² confirma a diminuição do absenteísmo nas consultas com o uso do SMS.

Ambulatório Médico de Especialidades (AME)

Os 52 AMEs distribuídos pelo Estado são responsáveis pelo atendimento dos pacientes encaminhados pelas unidades básicas de saúde do Estado em diversas especialidades, dependendo da demanda avaliada pelos Departamentos Regionais de Saúde distribuídos no Estado (17 no total), bem como dos serviços

complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo em alguns, alta complexidade em diagnóstico por imagem, como ressonância magnética e Pet Scan (tomografia por emissão de pósitrons). Em alguns AME são realizadas cirurgias ambulatoriais.

A análise realizada mostra que o absenteísmo nos AME do interior é menor que na Capital, possivelmente em decorrência de facilidades de locomoção, comprometimento da população pelo contato com os profissionais, entre outras variáveis.

A tabela 5 mostra o absenteísmo nos AME Maria Zélia, na capital, Araçatuba e Santa Fé do Sul, no interior, de acordo com o método utilizado.

A tabela 6 mostra o acompanhamento do absenteísmo das consultas de retorno, com valores que apresentam diminuição nos AME Maria Zélia e Araçatuba, porém o AME Santa Fé do Sul, que apresenta bons resultados na primeira consulta, não corresponde ao esperado (valores menores para as ausências), demonstrando necessidade de estudos mais aprofundados sobre o assunto.

Os valores absolutos da produção dos três AME encontram-se na tabela 7.

Tabela 5. Absenteísmo em primeira consulta AME 2011-2015 – AME. Estado de São Paulo

AME/ANO	2011	2012	2013	2014	2015
AME Maria Zélia (capital)	36,4	30,4	34,4	36,4	36,6
AME Araçatuba (interior)	18,9	20,4	20	19,8	19,5
AME Santa Fé do Sul (interior)	9,4	10,7	10,1	9,7	8,8

Fonte: SES-SP

Tabela 6. Absenteísmo no retorno da consulta ambulatorial 2011-2015 – AME. Estado de São Paulo

AME/ANO	2011	2012	2013	2014	2015
AME Maria Zélia (capital)	25,0	26,0	26,3	23,9	13,6
AME Araçatuba (interior)	18,1	15,3	15,3	14,9	11,6
AME Santa Fé do Sul (interior)	10,2	13,8	12,9	11,1	13,7

Fonte: SES-SP

A diminuição do volume de atendimento encontrado na série histórica ocorre em razão da alteração de contrato entre a SES-SP e a OSS, que é dinâmico, estabelecendo novas metas de produção, trocando consultas por outros procedimentos, inclusive cirúrgico, à medida que a demanda assim o exige.

Os valores apresentados demonstram índices gerais de absenteísmo compostos pelos agendamentos das modalidades: consultas médicas, não médicas, cirurgias, SADT externo e SADT interno. Essas modalidades compreendem a totalidade dos atendimentos prestados pelo ambulatório e serviços complementares.

Desde 2012, medidas foram tomadas pelas unidades como a contratação de funcionários para a realização de serviço de *call center*, cujos resultados apareceram imediatamente. Em 2013, pesquisa realizada evidenciou que cerca de 40% dos pacientes não sabiam que possuíam atendimento agendado no AME. A estratégia adotada foi ampliar o contato com os pacientes por meio de ligações telefônicas, que embora não tenha surtido o efeito desejado, obrigou estudo mais detalhado da situação.

Em 2014, novos funcionários, como supervisores de agendamento e recepção, após entenderem as causas do absenteísmo, iniciaram nova estratégia que envolvia as seguintes medidas:

1. Controle da fila de espera – Abertura das agendas internas com seis meses

de antecedência, permitindo que o paciente deixe o AME com o retorno agendado, medida que, em um dos AME, fez o número de pacientes em fila de espera diminuir de 2.815 (abril/14) para 313 (setembro/14);

2. Aumento do número de SADT Interno – proporcionando a realização de exames de diagnóstico em tempo menor, facilitando o retorno do paciente ao AME;
3. Diminuição do tempo de retorno – após controle das filas de espera, outra atividade era proporcionar oferta maior de consultas de retorno para atender à demanda reprimida. Foi necessário observar e negociar cada especialidade. Esse tempo de retorno começou muito alto em abril (cerca de 120 dias) e foram necessários vários meses até que ficasse em patamares administráveis, cerca de 40 dias para retorno;
4. Construção de equipe Agendamento/Recepção – Montagem e treinamento de equipe de agendamento e recepção para contatar pacientes, confirmar informações de cadastro (principalmente telefone) e sinalizar quando os retornos estiverem agendados para mais de 40 dias. O número da equipe de agendamento e recepção cresceu para atender à demanda do AME e fornecer estrutura para controle do absenteísmo;

Tabela 7. Número de Consultas Ambulatoriais realizadas nos AME selecionados. Estado de São Paulo

AME/ANO	2011	2012	2013	2014	2015
AME Maria Zélia (capital)	26.814	22.004	17.189	14.529	16.631
AME Araçatuba (interior)	50.645	43.972	39.991	36.550	30.130
AME Sta Fé do Sul (interior)	29.689	27.956	26.174	26.970	25.688

Fonte: SES-SP

5. Estabelecimento de política para os faltantes – Para os pacientes que faltam aos exames complementares e, logo, não podem retornar à consulta médica, a equipe de agendamento entra em contato com o paciente e remarca o exame. Isso permite, mais rapidamente, o seguimento do paciente. Caso ocorra uma segunda falta ao exame, o paciente retorna para o município de origem e faz nova consulta, reiniciando o processo.

O prejuízo financeiro para a instituição com base nos números do absenteísmo é destacado nos artigos de Fysh²⁰ no Reino Unido, que simulou perda de £ 900 milhões/ano (£ 600 milhões do ambulatório clínico geral e £ 300 milhões no ambulatório hospitalar); e no de Fernandes,¹⁵ no Brasil, que calcula um valor de recebimento não concretizado em repasses do SUS equivalente a R\$ 1,1 milhões, demonstrando a necessidade de preocupação com a eficiência na área da saúde.

Lloyd, Bradford e Webb,¹ tabela 8, estudando duas clínicas de gastroenterologia, apontam que a causa principal do não atendimento à consulta é a discussão parcial ou ausente da situação clínica do paciente com o médico que o atende, encontrando números cuja amplitude varia de 20,0 a 26,0%, respectivamente.

Murdock et al.² reforçam que o absenteísmo nas consultas ambulatoriais é um dreno de recursos; dependendo da especialidade, há variação de 10,0 a 25,0%, com média de 14%. Em estudo prospectivo, perguntaram aos ausentes, quando do retorno para remarcação da consulta, em um ambulatório de gastroenterologia, a causa do não comparecimento. Dos 103 pacientes que perderam a consulta (14% do total): três morreram e os restantes foram convidados a responder questionários completos, 68 via correio (43 retornos) e 32 pelo telefone (30 bem-sucedidas), conforme tabela 9.

Tabela 8. Percentual de absenteísmo em consulta ambulatorial em outros serviços de saúde – Internacional

Autor	Absenteísmo (%)
Lloyd, Bradford e Webb (1993)	20,0 - 26,0
Murdock et al. (2002)	14,0 (10,0 - 25,0)
Hamilton e Gourlay (2002)	1,8 - 23,0
Dusheiko e Gravelle (2015)	6,5
Molfenter (2013)	19,9
Menendez e Ring (2014)	18 e 5,9
Youssef et al. (2013)	26,1 - 36,4

Tabela 9. Causas do absenteísmo, quantidade e percentual de ausência no ambulatório de gastroenterologia. Reino Unido

Causa	Quantidade	%
Esqueceu-se de participar ou cancelar	23	30
Nenhuma razão	20	26
Erros de anotação na marcação (escrita)	8	10
Sentiu-se melhor	6	8
Com medo de ser visto pelo médico júnior	2	3
Em regime de internação em outro hospital	2	3
Outros motivos	15	20
Subtotal (resposta)	76	100

Fonte: MURDOCK. 2002

Causas citadas: insatisfação com o atendimento anterior, demora no atendimento e abandono do local, empregador recusa em liberar no horário de trabalho.

Hamilton e Gourlay³ estudando duas localidades no Reino Unido, Newham e Richmond, avaliando variáveis como tamanho da população, sexo, nascimentos, renda dos maiores de 16 anos, número de prescrições por habitante, porcentagem do desemprego da força ativa de trabalho, porcentagem da população que compõe os grupos minoritários e porcentagem de proprietários de veículos ou usuários de transporte público, encontram resultados distintos para o absenteísmo nas duas localidades. A análise das variáveis revela condições altamente favoráveis ao comparecimento em Richmond (bem servida de transporte público) e demonstra que o transporte em vez de apatia foi um fator significativo para o comparecimento. Além disso, fatores relacionados com o transporte, tais como ter de viajar com crianças *versus* viajar sem a companhia das crianças, também foram citados como uma razão para não comparecer a consultas. Localização e acessibilidade por todos os meios de transporte para hospitais são cruciais para torná-los mais acessíveis para as pessoas comparecerem aos compromissos agendados.

Dusheiko e Gravelle,⁴ em 2009, após cinco anos de implantação de sistema “escolha e marque” (C&B) encontrou valor de 6,5% de ausências em consultas em clínica geral, valor menor do que outros estudos. O entendimento é que quando se oferece a oportunidade de escolha ao paciente pela data da consulta o número de não atendimentos será baixo.

Molfenter⁵ antes de alcançar resultados na ordem de 19,9% como taxa de absenteísmo em clínica psiquiátrica, os valores atingiam 37,4%, diminuição esta que foi conseguida selecionando algumas práticas relacionadas ao comportamento e estratégias de comprometimento do paciente com o médico. Habilidades de comunicação entre quem agenda a consulta e o paciente são fundamentais para a adesão.

Menendez e Ring,⁶ em seu estudo sobre cirurgia ambulatorial de mão, dividiu a ausência em a) cancelada e b) falta a consulta agendada, encontrando 18% e 5,9% de não comparecimento, respectivamente. Traça o perfil do paciente que tende a faltar, avaliando idade, sexo, raça, estado civil, estação do ano, dia da semana e local de residência, chegando à conclusão que o não comparecimento está associado ao jovem, solteiro, no início da semana, àqueles que moram próximo, já que pensam ser fácil o acesso. O conhecimento desses perfis tornou mais fácil implementar estratégias para reduzir a ausência e aumentar a produtividade. Na revisão bibliográfica sobre o assunto encontrou-se valores que vão de 5,0 a 39%.

Youssef et al.⁷ conduziu estudo randomizado com 1.499 pacientes em três ambulatórios (clínica geral, neurologia e ginecologia) elegendo dois grupos de pacientes: os que não seriam lembrados da consulta agendada e aqueles que receberiam uma mensagem via SMS (Short Message Service). No grupo clínica geral encontrou valores de ausência de 26,3 e 39,8%, respectivamente, para os que receberam e para os que não receberam a mensagem; no de neurologia, 29,3 e 43,9%.

No grupo de ginecologia não houve diferença significativa, 26,6 e 27,9%. No cômputo geral encontrou 26,1 e 36,4%, ambos os valores ainda altos.

Ainda, interessante estudo elaborado pelo Health & Social Care Information Centre (HSCIC)⁸ demonstrou que um em seis pacientes que faltaram a uma consulta tendem a faltar em outra, um em 25 tendem a faltar em duas seguintes e um em 50 costumam se ausentar em três ou mais consultas, confirmando que há problemas de comprometimento do paciente com o serviço que o acolhe.

Martin⁹ enfatiza o trabalho com variáveis comportamentais do funcionário que atende ao paciente, orientando-o verbalmente sobre avisar com antecedência caso não possa comparecer à unidade, possibilitando o atendimento de outro paciente. Solicitar ao paciente que repita a hora e o dia da consulta pode ser um auxílio fundamental para evitar o não comparecimento do paciente. Complementando, utilizar do expediente de fazer o paciente escrever de próprio punho a data e horário do atendimento agendado é um recurso que traz bons resultados.

Chan e Chan¹⁰ revelam que a prática do *overbooking* em instituições de saúde é pouco debatido, no entanto, dependendo

da clínica, pode ser considerado útil em algumas circunstâncias, pois embora em alguns casos aumente a hora de espera, reduz o absenteísmo. Esta estratégia pode ser inadequada em clínicas com consultas de longa duração, e adequadas quando se tem múltiplos profissionais envolvidos no atendimento. Cita ainda a utilização da teleconsulta, do Skype e ferramentas de redes sociais (Facebook, Twitter e Whatsapp).

No Brasil, verifica-se preocupação com o tema (Tabela 10) tanto nas unidades prestadoras de serviços de saúde como naquelas que referenciam pacientes, como as equipes de saúde da família e central de regulação. (Tabela 10)

Canelada et al.¹¹ constataram taxa de absenteísmo nos atendimentos agendados (consultas e exames), variando de 10,0 a 30,0%. Com a otimização da gestão da agenda com confirmação de comparecimento, houve redução de 2,0 a 4,0% em 62,0% das especialidades, resultado das articulações do trabalho em rede e sensibilização dos gestores locais visando pactuações e uso de vagas de bolsões (corresponsabilidade entre os serviços). No caso de não confirmação de presença antecipadamente, o serviço de saúde pode ofertar essa vaga de saúde.

Tabela 10. Percentual de absenteísmo em consulta ambulatorial - outros serviços de saúde no Brasil

Autor	Absenteísmo (%)
Canelada et al. (2014)	10,0 a 30,0
Albieri et al. (2014)	27,0
Takada et al. (2014)	19,6
Oleskovicz et al. (2014)	25,0
Fernandes (2011)	25,0
Bender et al. (2010)	34,4
Izecksohn e Ferreira (2014)	48,9
Cavalcante (2013)	24,1 a 41,3

Albieri et al.,¹² em estudo na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, relata ter reduzido o absenteísmo de 27,0 para 18,0% nos casos contatados pelo *call center* e aumento de 5,0% nas vagas canceladas. As ações desenvolvidas foram: implantação de uma central de confirmação de agendamento (*call center*), contatando os pacientes com 15 dias de antecedência e lembrando-os, via SMS, dois dias antes; gestão da fila de espera com implantação do *overbooking* para melhor aproveitamento das vagas; novos contratos para incrementar a oferta dos procedimentos; implantação de novos serviços de unidades fixas e móveis para realização de exames.

Takada et al.¹³ estudaram o comportamento de 570 pacientes idosos portadores de doença cardíaca, sendo que 31,3% esqueceram da consulta, 26,8% não puderam entrar em contato para justificar ausência, 23,2% foram a óbito, 8,0% tiveram familiares internados, 5,4% estavam internados, 5,3% apresentaram outros motivos.

Oleskovicz et al.¹⁴ enfatizam que o índice de não comparecimento de usuários do SUS a consultas e exames agendados é significativamente alto, superior a 25%, na atenção primária e especializada em clínicas no Estado do Amazonas e na rede pública do Grande ABC (Estado de São Paulo). A técnica de *overbooking* já consagrada em setores como hotelaria e transporte aéreo não tem seu potencial explorado em outros contextos.

Fernandes,¹⁵ avaliando o absenteísmo na rede municipal de Uberlândia, encontrou índice de 25,0%, maior que os 6,0% encontrados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Para reduzir esse índice, a Secretaria Municipal de Saúde colocou em

prática a organização de sistema eletrônico de agendamento único e oferta de telefones das unidades para cancelamentos, acabando com as agendas independentes de cada unidade, dentre outras ações. Financeiramente, representou R\$ 1,1 milhão em repasses do SUS que não se concretizaram pelo não atendimento dos pacientes faltosos.

Bender et al.¹⁶ constatou valor de 34,4% na taxa de absenteísmo, considerando como fatores contribuintes o tempo de espera para consulta e a omissão dos usuários em manter seus contatos atualizados. Enfatiza que os fatores são consequência da vulnerabilidade social a que estão expostos os pacientes. Sugere a necessidade da gestão dos fluxos e valorização da referência e contra referência.

Izecksohn e Ferreira¹⁷, da equipe de um centro de saúde, encontraram alta taxa de absenteísmo, 48,9%, em pacientes referenciados pela equipe da Estratégia Saúde da Família, a consultas agendadas em unidades de saúde. Ao identificar os motivos do não comparecimento, o destaque foi o esquecimento bem como o agendamento em horários inoportunos. Observaram também que as pessoas faltam mais quando devem receber o resultado dos exames do que quando o objetivo é solicitá-los, levando à reflexão que se a realização dos mesmos é percebida como atitude de cuidado pelos usuários.

Cavalcante,¹⁸ estudando o absenteísmo em 26 unidades de saúde da família na cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba, encontrou valores de 24,1 a 41,2%. Para melhor caracterizar as consequências do absenteísmo, dividiu o problema gerado pelo absenteísmo a consultas especializadas àqueles relacionados ao usuário e àqueles relacionados à gestão dos serviços. Em relação ao primeiro, as

consequências são: adiamento das necessidades de cuidados, aumento da insatisfação com o serviço e aumento do tempo de espera para marcar a consulta. Em relação à gestão dos serviços, são os seguintes: crescimento progressivo da demanda reprimida, reduzindo a possibilidade de acesso porque o mesmo usuário volta a demandar atendimento especializado; desequilíbrio na oferta de serviços; aumento dos custos assistenciais, visto que o adiamento pode provocar agravo da condição referida do usuário; desperdício dos serviços desde a consulta do médico da atenção básica; o retrabalho do marcador; a nova visita do agente comunitário de saúde para entrega do agendamento.

Gonçalves¹⁹ estudou o absenteísmo em consultas odontológicas em unidades de saúde de família encontrando 19,0% e, após identificação das causas, sugere estratégias para o enfrentamento relacionadas a educação em saúde bucal para usuários, com destaque para regramentos necessários para a marcação deste tipo de consulta, capacitação de agentes comunitários e equipes de saúde, confirmação prévia das consultas agendadas, realização de atividade fora do consultório ou da unidade saúde da família, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Medir é instrumento imprescindível na administração dos serviços de saúde. O conhecimento das causas e a extensão das consequências permitem a tomada de decisões que levem à correção ou minimização de riscos que imputam no mínimo prejuízo econômico, e no caso do absenteísmo, o aumento das chamadas filas de espera.

As estratégias de prevenção devem ser focadas tanto no paciente como na qualidade

dos serviços, na conduta dos profissionais, na adequação da estrutura física, na padronização dos processos (cadastro do cliente bem elaborado e completo), principalmente os de comunicação (telefones, mensagens eletrônicas e de alerta SMS, redes sociais dentre outros) nos métodos burocráticos de informação ao paciente, no uso de telessaúde (consulta, segunda opinião, eletrocardiograma, imagem, oftalmologia, dermatologia), para otimizar e humanizar o atendimento.

Sistemas integrados permitem a comunicação entre diferentes unidades, evitando-se que pacientes agendem atendimento em mais de um serviço, ou se houver objetivos diferentes, que não coincidam os horários e datas. A computação em nuvem, permitindo o compartilhamento de dados por meio da rede mundial de computadores permitirá acesso ao prontuário do paciente facilitando o contato entre o paciente, instituições e profissionais.

As causas do não comparecimento a consultas vão além das citadas neste artigo e todas quando medidas serão passíveis de metas e medidas (rever) para aperfeiçoar o modo de atendimento.

Está implícito que a correção do processo deve ser trabalho para equipe multiprofissional, não só de saúde, mas também de áreas sociais como a antropologia, a sociologia, a psicologia e não menos importantes são as da área de exatas como a matemática, atuária e estatística.

O paciente não deve ter receio de contatar o serviço, inclusive para desmarcar consultas previamente agendadas. Conhecer o grau de alfabetização da clientela para inovar com técnicas de comunicação adequadas a cada público é necessário para coibir altos valores em absenteísmo.

As causas do absenteísmo em atendimento ambulatorial devem ser estudadas individualmente em cada especialidade, haja vista que podem existir fatores específicos como gravidade da doença, disponibilidade de profissionais e

equipamentos, entre outros fatores que podem alterar valores encontrados. O absenteísmo é fonte de desperdícios de recursos financeiros e a quantificação deve ser obtida, baseada no conhecimento dos custos dos procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lloyd M, Bradford C, Webb S. Non-attendance at outpatient clinics: is it related to the referral process? *Fam. pract.* 1993;10(2):111-7.
- Murdock A, Rodgers C, Lindsay H, Tham TC. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *J. R. Soc. Med.* 2002;95(6):284-6.
- Hamilton K, Gourlay M. Missed hospital appointments and transport. *Transport Studies University of East London* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK260118/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK260116/>
- Dusheiko M, Gravelle H. Choosing and booking – and attending? Impact of an electronic booking system on outpatient referrals and non-attendances [internet]. York (UK): Centre for Health Economics; 2015 [acesso em 08 mar 2016]; (CHE Research Paper 116). Disponível em: <https://www.york.ac.uk/che/news/2015/che-research-paper-116/>
- Molfenter T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Subst. use misuse.* 2013;48(9):743-9.
- Menendez ME, Ring D. Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. *Hand.* 2015;10(2):221-6.
- Youssef A, Alharthi H, Khaldi O, Alnaimil F, Alsubaiel N, Alfarissi A. Effectiveness of text message reminders on nonattendance of outpatient clinic appointments in three different specialties: a randomized controlled trial in a Saudi Hospital. *Journal of Taibah University Medical Sciences.* 2014;9(1):239.
- Health and Social Care Information Centre (HSCIC). One in 50 outpatients who miss an appointment fail to attend three or more further appointments within three months [internet]. 2014 [acesso em 09 mar 2016]. Disponível em: <http://digital.nhs.uk/article/4801/One-in-50-outpatients-who-miss-an-appointment-fail-to-attend-three-or-more-further-appointments-within-three-months>
- Martin SJ. Persuading patients to be good. 16 January, 2012. *Management in Practice.* Number 27 Winter 2011. [Acesso em 21 de outubro de 2015]. <http://www.managementinpractice.com/featured-articles/persuading-patients-be-good.21/>
- Chan KC, Chan DB. Targeting zero non-attendance in healthcare clinics. *Stud Health Technol Inform.* 2012;182:52-7.
- Canelada HF, Levorato CD, Corte RIAS, Diniz EES. Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. In: *Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde* [internet]. *Blucher Medical Proceedings.* 2014;1(2):145. [acesso em 21 de outubro de 2015]. Disponível em: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/reduo-do-absentesmo-atravs-da-gesto-da-agenda-e-do-trabalho-em-rede-9562>
- Albieri FAO, André LDSM, Malaquias AK, Moreira RA, Fillipi Jr. J, Misso O, et al. Gestão de fila de espera da atenção

- especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2014. (Relatórios de fila de espera e vagas ofertadas e SIGA-Saúde/SP)
13. Takada JY, Mansur AP, Avakian SD, Ramires JAF. Causas de absenteísmo ambulatorial em pacientes idosos portadores de doenças cardíacas. XXXV Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. [acesso em 26 de fevereiro de 2016]. Disponível em <https://soces2014.com.br/trabalho/resumo/2594>
14. Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CCH, Lima AC, Custódio I. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad. saúde pública [Internet]. 2014;30(5):1009-17. [acesso em 26 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158612>
15. Fernandes A. Uma em quatro pessoas não vai a consulta. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) 06/11/2011. [acesso em 01 mar 2016]. Disponível em <http://www.correioeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/uma-a-cada-4-pessoasnao-vai-as-consultas/>
16. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Espaço. saúde (Online). 2010;11(2):56-65.
17. Izecsohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. med. fam. Comunidade [internet]. 2014;9(32):235-241. [acesso em 10 mar 2016]. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/960>
18. Cavalcante RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipe de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2013;7(2): 63-84. [acesso em 10 mar 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1344>
19. Gonçalves CA, Vasquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarraceni 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.
20. Fysh T. Missed outpatient appointments. J. R. Soc. Med. 2002; 95(7): 376-7.
21. Souza DCC, Serinolli MI. Impacto do sistema de agendamento eletrônico (CROSS) sobre o funcionamento de um ambulatório hospitalar de atenção médica especializada em cardiologia. In: Anais do 4. Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade; 8-10 nov 2015. São Paulo.
22. Hasvold PE, Wootton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. J. telemed. telecare. 2011;17(7):358-64.