

Jonathan Grassi Rodrigues¹
Joana Olympia de Souza Stein²
Alan Torres Nunes¹
Karla Anacleto Vasconcelos³
Eliana Zandonade¹
Carolina Fiorin Anhoque¹

Absenteeism profile of elective consultations at pediatric subspecialties in a university hospital

Perfil de absenteísmo às consultas eletivas de subespecialidades pediátricas de um hospital universitário

ABSTRACT | Introduction:

Identifying the profile of users skipping specialized appointments helps developing actions and strategies to improve the consultation appointing process.

Objective: *Identifying the absenteeism profile in appointments for pediatric subspecialties.* **Methods:** *Retrospective cohort study based on secondary data. The assessed variables were city, gender, time of doctor appointment, appointment shift, specialty, interval between appointment and the actual consultation, and final situation.*

The Chi-square test was used to verify whether there is association between the study variables. Odds Ratio was used to define users' probability to miss the appointment.

Results: *The hospital recorded 25% absence in appointments for pediatric subspecialties in the morning shift by users from Vitória metropolitan area when the time between appointment and consultation was longer than 15 days - the worst results were observed when the gap between events was longer than 60 days (p -value < 0.001 and OR = 1.76).* **Conclusion:** *It is essential reflecting about, and understanding that, absenteeism concerns a set of variables related to the user, to the service provider and to network flow.*

Keywords | *Health-service accessibility; Absenteeism; Pediatrics; Integrality in health.*

RESUMO | Introdução: Entende-se que identificar o perfil do usuário faltoso nas consultas de especialidades facilitará o desenvolvimento de ações e estratégias que priorizem a organização do processo e o desempenho da regulação assistencial. **Objetivo:** Identificar o perfil de absenteísmo às consultas eletivas de subespecialidades pediátricas. **Métodos:** estudo de coorte retrospectivo realizado por meio de dados secundários. Foram utilizadas as variáveis município, gênero, horário da consulta, turno da consulta, especialidade, intervalo entre agendamento e atendimento e situação final. Foi empregado teste Qui-quadrado para verificar se há associação entre as variáveis do estudo e Odds Ratio para definir a probabilidade de o usuário faltar ao atendimento. **Resultados:** O hospital apresentou taxa de 25% de absenteísmo às consultas eletivas de subespecialidade da pediatria no turno da manhã, de usuários da região metropolitana de Vitória, com intervalo entre agendamento e consulta maior que 15 dias e com piora em interstício maior que 60 dias (p -valor < 0,001 e OR = 1,76). **Conclusão:** Manifesta-se a necessidade de refletirmos e entendermos que o absenteísmo é um conjunto de variáveis relacionadas ao usuário, ao prestador de serviço e a todo o fluxo da rede.

Palavras-chave | Acesso aos serviços de saúde; Absenteísmo; Pediatria; Integralidade em saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense. Nova Friburgo/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Regulação do Acesso à Assistência é exercida sobre a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários aos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhes assistência de forma adequada, com base nos princípios doutrinários da equidade e da integralidade¹. Por consequência, a fragilidade da contrarreferência do sujeito para o acompanhamento ambulatorial pode levar os usuários a procurar os serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde, reforçando a baixa resolubilidade da atenção básica².

Um dos grandes desafios da regulação assistencial é equilibrar a oferta com a exponencial demanda, preservando o caráter universal do acesso, de modo a garantir a integralidade do atendimento à saúde. Contudo, paradoxalmente, observa-se um expressivo número de usuários faltosos em consultas, exames e até cirurgias.

Alguns instrumentos são muito importantes para o processo de regulação, entre eles os Protocolos de Regulação do Acesso, citados na redação da Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008, que compreendem diretrizes para a solicitação e o uso adequado e racional das tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, identificando as prioridades e garantindo a agilidade no acesso para aqueles usuários que mais necessitam³.

Estudos apresentam uma variação de 8,4 a 54,3% na taxa de absenteísmo dos serviços de saúde⁴⁻¹³.

Entende-se que o absenteísmo é um comportamento multicausal, coadunando os serviços de saúde, o usuário e a gestão. Nessas relações de causa e efeito, destacam-se os aspectos organizacionais do serviço e a gestão de possíveis correções por meio de reestruturação dos processos de trabalho, objetivando facilitar o acesso aos usuários⁴⁻⁵.

A literatura descreve algumas das principais causas de absenteísmo relacionadas ao usuário. Em relação aos aspectos socioeconômicos e demográficos, a ausência dos usuários nas consultas relaciona-se à falta de dinheiro, à perda da moradia⁹ e à mudança de bairro ou cidade⁷. Além disso, há de se considerar que os usuários também depreendem sentidos das experiências vividas. Desse modo, por medo⁶ ou por se sentirem saudáveis^{4,7}, julgam que não precisam ir à consulta. O próprio adoecimento^{4,8}, assim como a doença em familiares⁹, o esquecimento da

data marcada^{5,7,8}, a impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal⁵ e problemas trabalhistas são algumas variáveis pessoais que também contribuem para o comportamento do absenteísmo.

Somam-se a esses aspectos as variáveis relacionadas com a gestão e o serviço de saúde, tais como falta de ciência de que a consulta ou o procedimento estava marcado^{4,6,8-9}, falta de tratamento completo na rede, consulta marcada em horário de trabalho⁷, alteração da data do agendamento e baixa cobertura de visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS)⁴.

Além disso, as especialidades multiprofissionais normalmente demandam atendimentos semanais por um longo período. Isso pode ser uma razão que contribui para o absenteísmo, visto que a não adesão dos usuários em terapias envolve a incompatibilidade de horários, observação da família da melhora do caso e até a desmotivação do paciente em relação ao processo terapêutico proposto¹⁴⁻¹⁶.

Na busca por reduzir o absenteísmo e minimizar a ociosidade das agendas causada pelos usuários faltosos, os profissionais e estabelecimentos de saúde utilizam estratégias que incluem confirmação da consulta por telefone, orientações dos ACS nas visitas domiciliares¹⁷ e até ‘punição’, com perda de vagas⁶⁻⁷. Outra estratégia utilizada por hospitais é a técnica de *overbooking* no agendamento de consultas, em que é marcada quantidade maior de pacientes do que a capacidade da agenda ofertada. Essa técnica é amplamente utilizada por companhias aéreas e serviços de hotelaria e também se enquadra como interessante alternativa para hospitais e ambulatorios¹⁸. Recentemente, alguns modelos governamentais interministeriais vêm sendo adotados por serviços de saúde, especialmente em hospitais universitários, com proposta de oferecer gestão qualificada para adequação da assistência e suporte ao ensino.

Considerando a importância de compreender para gerir melhor a oferta de serviços de saúde e para uma assistência qualificada, este estudo tem como objetivo descrever o perfil de absenteísmo por tipo de vaga ofertada às consultas eletivas de subespecialidades pediátricas de um hospital universitário.

MÉTODOS |

Estudo de coorte retrospectivo, cujo desfecho é o comparecimento ou a ausência à consulta, realizado a partir

de fontes secundárias, por meio do banco de dados do setor de regulação e avaliação em saúde do hospital proponente, a partir do sistema de agendamento utilizado (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU). Foram realizadas visitas ao setor de regulação e avaliação em saúde com o propósito de compreender o fluxo de agendamento. A coleta de dados ocorreu no período de 12 meses, que compreendeu o período de abril de 2015 a março de 2016, pois até março de 2015 ainda existiam agendas manuais, com consequente subutilização do AGHU. A série histórica de atendimentos registrados no ambulatório de pediatria foi de 10.132 consultas em 2014, 14.563 em 2015 e 22.635 consultas em 2016.

O banco de dados extraído e disponibilizado para realização das análises foi composto por 24.316 consultas agendadas no HUCAM. Entretanto, foram consideradas duas situações: “paciente atendido” e “paciente faltou”, resultando em 23.226 dados. O banco de dados apresentou algumas inconsistências, tais como ausência de dados em variáveis de interesse. Nesses casos, os procedimentos e alterações necessários para a análise foram realizados.

Para a análise dos dados, foram utilizadas sete variáveis: município de residência, horário da consulta, turno da consulta, especialidade e intervalo entre o agendamento e o atendimento (em dias), que foi criada a partir da diferença entre a data de agendamento e a data do atendimento. As demais se referem à situação final (indica a presença ou ausência do paciente à consulta) e gênero.

A associação da variável situação final com as demais variáveis do banco foi verificada por meio do teste Qui-quadrado e da regressão logística.

O teste Qui-quadrado foi empregado para verificar se havia associação ou dependência entre as variáveis do estudo. Para expressar essa relação, construímos um modelo de regressão logística em que a variável resposta era categorizada de forma dicotômica. A análise levou em consideração os *Odds Ratio* bruto e ajustado, derivados da regressão logística, para definir a probabilidade de o usuário vir a faltar à consulta. Para as categorias de referência, foi atribuído um *Odds Ratio* (OR) igual a um. Considerou-se p-valor menor que 0,05 para definir a rejeição da hipótese nula, sendo utilizado o pacote estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 23.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 1.655.323, em 31 de julho de 2016.

Para melhor compreensão da metodologia deste estudo bem como dos dados encontrados, faz-se necessário conhecer o processo de agendamento e retorno dos usuários no Hospital, conforme é descrito a seguir.

O agendamento das consultas para vagas de primeira vez no hospital é realizado de duas maneiras:

a) Pelo município de residência ou pelo médico regulador do complexo de regulação, da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), por meio do *software* SISREG – Sistema de Informação em Saúde da Regulação, desenvolvido em 2001 pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS, sendo os pacientes “exportados” para o AGHU. Nesses casos, o médico regulador prioriza os pacientes pelos critérios de riscos e de acordo com protocolos de regulação do acesso, seguindo o perfil de acesso pactuado entre o hospital e a SESA.

b) Pela recepção do ambulatório, por meio do AGHU. Nesse caso, para o agendamento de vagas de especialidades, o paciente deve apresentar um encaminhamento interno, exceto para agendamento de vagas de pediatria.

Em todos os casos, para agendar as vagas de primeira vez, o paciente deve se enquadrar no perfil da subespecialidade previamente estabelecido pelo hospital. O perfil de cada especialidade contém a descrição da faixa etária, dos tipos de doença atendidas pelo serviço e dos exames prévios necessários.

O acesso dos pacientes às vagas de retorno é realizado pela recepção do ambulatório, pelo AGHU, mediante apresentação do cartão de retorno. O intervalo entre o agendamento e o atendimento pode chegar até a três meses, pois é esse o tempo máximo em que as agendas ficam abertas. Não existe rotina de confirmação de consulta por telefone.

As especialidades que possuem vagas ofertadas para o Complexo Regulador Estadual são: hematologia pediátrica, gastroenterologia pediátrica, cirurgia pediátrica, cardiologia pediátrica, Imunologia pediátrica, reumatologia pediátrica, nefrologia pediátrica, pneumologia pediátrica, genética médica, endocrinologia pediátrica e cirurgia cardiovascular pediátrica. As agendas do serviço de Hebiatria e da Pediatria Geral não são reguladas pelo Complexo Regulador. Entretanto, aceitam pacientes novos ou retorno por encaminhamento interno (de outros profissionais do Hospital) e agendamentos porta aberta, respectivamente.

RESULTADOS |

A Tabela 1 apresenta os resultados descritivos da variável situação final relacionada às demais, com as associações verificadas pelo teste Qui-quadrado. Com exceção da variável gênero, verifica-se presença de associação estatisticamente significativa.

Verificaram-se, na Tabela 2, as frequências e porcentagens de pacientes atendidos e pacientes faltosos relacionados às especialidades em questão. As especialidades estão

classificadas de forma decrescente, de acordo com a porcentagem de pacientes faltosos. Logo, podemos observar que, na especialidade “Neurologia TDAH – Pais”, houve maior porcentagem de ausências. Entretanto, deve-se considerar que houve apenas três pacientes agendados para essa especialidade no banco de dados, tornando tal frequência de ausências pouco relevante.

As associações que permaneceram significantes na regressão logística estão na Tabela 1. A Tabela 3 traz os resultados referentes ao *Odds Ratio* ajustado, proveniente

Tabela 1 - Frequências absolutas e percentuais das variáveis do estudo segundo a situação final, com o p-valor do teste de associação qui-quadrado

		Situação Final				X ²
		Paciente atendido		Paciente faltou		p-valor
		N	% LINHA	N	% LINHA	
Horário da consulta	7h às 9h	5767	72.4%	2197	27.6%	<0.001
	9h às 11h	2634	73.0%	974	27.0%	
	11h às 13h	2794	74.2%	970	25.8%	
	13h às 15h	4166	74.8%	1401	25.2%	
	15h às 17h	1671	77.1%	495	22.9%	
Turno da consulta	17h em diante	124	79.0%	33	21.0%	<0.001
	Manhã	8401	72.6%	3171	27.4%	
	Almoço	2794	74.2%	970	25.8%	
Intervalo entre agendamento e atendimento	Tarde	5961	75.6%	1929	24.4%	<0.001
	Até 15 dias	8739	75.9%	2772	24.1%	
	15 a 30 dias	2803	73.3%	1019	26.7%	
	30 a 60 dias	4383	72.0%	1701	28.0%	
Município de Residência	Mais que 60 dias	1220	68.2%	569	31.8%	<0.001
	Vitória	4414	77.4%	1287	22.6%	
	Viana	372	72.7%	140	27.3%	
	Vila Velha	1719	74.6%	586	25.4%	
	Serra	2913	74.7%	987	25.3%	
	Cariacica	3405	74.1%	1188	25.9%	
	Guarapari	265	75.5%	86	24.5%	
	Outros - ES	2854	79.9%	719	20.1%	
Gênero	Outros - Estados	109	78.4%	30	21.6%	0.37
	Masculino	9501	76.0%	2993	24.0%	
	Feminino	7615	75.5%	2466	24.5%	

Fonte: Pesquisa de campo. AGHU, 2016.

da análise conjunta das variáveis. Os valores em negrito representam resultados significantes.

Observamos que o fato de o paciente ser atendido pela manhã aumenta em 17% a probabilidade de ausência na consulta quando comparado com o atendimento no turno da tarde. Ainda, à medida que aumenta o tempo entre o agendamento e a data do atendimento, aumenta a

probabilidade de absenteísmo. Nota-se que o período maior que 60 dias aumenta em 76% a probabilidade de que ocorra falta em relação às consultas agendadas em até 15 dias.

Na variável município de residência, podemos observar que pacientes residentes em Vila Velha, Viana, Serra e Cariacica apresentam maiores probabilidades de faltarem à consulta do que aqueles que residem em Vitória.

Tabela 2 - Análise descritiva da variável Especialidade

Especialidade detalhada	Situação Final				Total N
	PACIENTE ATENDIDO		PACIENTE FALTOU		
	N	%	N	%	
Consulta em Neurologia TDAH pais	0	0,0	3	100,0	3
Consulta em Neurocirurgia pediátrica	147	63,9	83	36,1	230
Consulta em Fonoaudiologia	831	64,9	449	35,1	1280
Consulta em Psicopedagogia	494	65,3	263	34,7	757
Consulta em Hebiatria	985	69,2	439	30,8	1424
Consulta em Atendimento multiprofissional	382	69,8	165	30,2	547
Consulta em Hematologia e hemoterapia	457	70,9	188	29,1	645
Consulta em Psicologia	345	71,9	135	28,1	480
Consulta em Gastroenterologia pediátrica	1465	73,1	540	26,9	2005
Consulta em Cirurgia pediátrica	1541	73,3	561	26,7	2102
Consulta em Pediatria geral	2946	73,6	1055	26,4	4001
Consulta em Cardiologia pediátrica	417	73,7	149	26,3	566
Consulta em Enfermagem	893	74,2	311	25,8	1204
Consulta em Imunologia pediátrica	91	74,6	31	25,4	122
Consulta em Reumatologia pediátrica	401	75,8	128	24,2	529
Consulta em Nefrologia pediátrica	1100	76,3	342	23,7	1442
Consulta em Pneumologia pediátrica	272	77,5	79	22,5	351
Consulta em Neurologia TDAH (retorno)	923	77,9	262	22,1	1185
Consulta em Genética médica	581	78,2	162	21,8	743
Consulta em Endocrinologia pediátrica	1964	79,2	516	20,8	2480
Consulta em Pediatria Egressos da internação	454	79,2	119	20,8	573
Consulta em Neurologia pediátrica	334	83,5	66	16,5	400
Consulta em Serviço social	121	84,6	22	15,4	143
Consulta em Cirurgia cardiovascular	12	85,7	2	14,3	14

Fonte: Pesquisa de campo. AGHU, 2016.

Tabela 3 - Variáveis com análise de chance para absenteísmo às consultas (OR bruto e ajustado)

Variáveis	OR bruto					OR ajustado			
	IC (OR)					IC (OR)			
	OR	LI 95%	LS 95%	p-valor (OR)	OR	LI 95%	LS 95%	p-valor (OR)	
Turno da consulta	Manhã	1.17	1.09	1.25	0.000	1.17	1.09	1.26	0.000
	Almoço	1.07	0.98	1.17	0.123	1.00	0.90	1.11	0.982
	Tarde	1.00				1.00			
	Até 15 dias	1.00				1.00			
Intervalo entre agendamento e atendimento	15 a 30 dias	1.15	1.05	1.25	0.001	1.43	1.31	1.57	0.000
	30 a 60 dias	1.22	1.14	1.31	0.000	1.52	1.40	1.64	0.000
	Mais que 60 dias	1.47	1.32	1.64	0.000	1.76	1.56	1.98	0.000
	Vitória	1.00				1.00			
Município de residência	Viana	1.29	1.05	1.58	0.014	1.13	1.00	1.26	0.038
	Vila Velha	1.17	1.04	1.31	0.006	1.12	1.02	1.24	0.018
	Serra	1.16	1.06	1.28	0.002	1.13	1.03	1.24	0.010
	Cariacica	1.20	1.09	1.31	0.000	1.05	0.82	1.36	0.675
	Guarapari	1.11	0.87	1.43	0.403	0.82	0.74	0.91	0.000
	Outros ES	0.86	0.78	0.96	0.005	0.86	0.57	1.30	0.466
	Outros Estados	0.94	0.63	1.42	0.782	1.19	0.97	1.46	0.101

Fonte: Pesquisa de campo. AGHU, 2016.

DISCUSSÃO |

Analisando a instituição onde foi conduzido este estudo, no período de um ano, 25% dos usuários que procederam ao agendamento para especialidades pediátricas, em média, não compareceram para atendimento. O dado encontrado no nosso estudo corrobora a variação na taxa de absenteísmo em serviços de saúde descrita na literatura, que é de 8,4% a 54,3% nos diferentes níveis de atenção à saúde⁴⁻¹³. As barreiras para o acesso aos serviços de saúde podem advir tanto de variáveis institucionais quanto pessoais. Verifica-se que as variáveis ‘horário’ e ‘turno’ das consultas, ‘intervalo de tempo do agendamento’ e ‘município de residência’ do usuário influenciam a presença ou ausência nas consultas (Tabela 1).

A porcentagem de abstenções nos turnos da manhã é mais alta em relação às da tarde. As resistências institucionais relacionadas ao manejo de horários adotando aqueles poucos flexíveis podem ter influência sobre a utilização dos serviços de saúde, bem como seu agendamento de acordo

com as necessidades dos usuários¹⁹. No que concerne ao intervalo de tempo dos agendamentos, observa-se uma relação diretamente proporcional, ou seja, quanto maior o tempo de espera no agendamento, maior a tendência a faltar às consultas, podendo haver relação com o esquecimento, o qual foi a razão mais citada por alguns estudos para justificar o não comparecimento às consultas^{4-5,8}.

Gestores entendem que o funcionamento apenas no horário comercial é incompatível com a disponibilidade das pessoas que trabalham e buscam assistência à saúde^{5,20}. Por tratar-se de especialidades pediátricas, a impossibilidade dos pacientes em ser acompanhados por pais ou responsáveis reflete os resultados encontrados. Outras condições institucionais, como desconhecimento da data e sua alteração, são citadas como fatores causais de absenteísmo. No nosso estudo, a variável ‘sexo’ não teve relação com a presença ou com a ausência do usuário ao serviço. Entretanto, diferentes autores concluíram que usuários do sexo feminino, predominantemente, não comparecem às consultas^{5,7}.

Das especialidades de consultas ambulatoriais, as que apresentaram menor taxa de absenteísmo foram as agendas destinadas à ‘consulta em cirurgia cardiovascular’. O maior número de ausências foi encontrado nos agendamentos para fonoaudiologia, psicopedagogia e hebiatria (Tabela 2). Há de se saber que a forma de acesso diferenciada (porta aberta e apenas retorno) tem impacto direto sobre a adesão do usuário à consulta marcada.

Em contraponto, analisando as três especialidades com maior taxa de abstenções às consultas, observa-se que não são reguladas, o que possibilita inferir ser esse o motivo que justifica tais resultados. Alguns estudos têm analisado os motivos relacionados à não adesão de pacientes à terapia fonoaudiológica. Um dos fatores que mais dificultam a adesão ao serviço é a incompatibilidade de horários entre escola ou trabalho e as sessões de fonoaudiologia¹⁴⁻¹⁶, principalmente pelo fato de a população atendida estar em idade escolar ativa. A observação da família na melhora do caso, a desmotivação do paciente e a necessidade de tratamentos complementares também são outros fatores descritos em relação à não adesão de pacientes, por ser o processo reabilitador de médio e longo prazo¹⁶. Não havendo conhecimento a respeito do que os problemas fonoaudiológicos podem representar no estado geral de saúde, eles, por vezes, são considerados inferiores e passíveis de menor atenção quando comparados com outras implicações crônicas de saúde. Consoante a isso, encontra-se na literatura essa mesma percepção em relação aos serviços de saúde bucal²¹.

Neste sentido, Ronald Andersen²², ao elaborar o seu primeiro modelo para explicar o acesso aos serviços de saúde, pondera que a necessidade é o principal determinante para utilização dos serviços. Deve-se considerar a forma como as pessoas veem sua própria saúde, bem como vivenciam sintomas, dor e preocupações. Assim, Andersen apresenta o conceito de necessidade percebida como parte de um fenômeno social amplamente explicado pela estrutura social e pelas crenças de saúde. Além disso, existe um imperativo biológico que explica a busca e o consumo de serviços de saúde por algumas pessoas. Esse imperativo biológico é representado pela necessidade avaliada, representando um julgamento profissional sobre o estado de saúde e sua necessidade de assistência. Dessa forma, a necessidade percebida nos ajuda a melhor compreender procura e adesão aos serviços de saúde, ao passo que a necessidade avaliada está mais relacionada ao tipo e à quantidade de tratamentos que serão fornecidos.

Postuladas algumas variáveis relacionadas ao absenteísmo em saúde, é imperioso pensar que o acesso e o uso aos serviços de saúde não se restringem à oferta. Para Donabedian²³, isso engloba um conceito mais amplo, denominado acessibilidade, compreendendo um conjunto maior de significados do que o de acesso. Para o autor, acessibilidade está além da simples disponibilidade de recursos em um determinado tempo e espaço.

Elencamos fatores que se tornam barreiras, anteparando-se à fluidez do uso do sistema pela população. Observamos, no nosso estudo, que grande demanda dos atendimentos no serviço é realizada no turno da manhã. Esses usuários têm 17% a mais de probabilidade de faltar em relação aos pacientes da tarde (Tabela 3). Um estudo simulou o remanejamento de duas especialidades, uma com transferência de consultas da manhã para a tarde e outra tendo agendamentos alterados da tarde para a manhã. Observou-se um aumento na taxa de utilização dos serviços com as consultas locadas no turno da tarde¹⁸. Destacamos também que os agendamentos realizados em um prazo entre 15 e 30 dias aumentam em 43% a probabilidade de ausência em relação aos agendamentos com intervalo de até 15 dias. Quanto mais tempo, maiores são as probabilidades de ausência, aumentando para 98% nos agendamentos com mais de 60 dias. De fato, estudos têm revelado o esquecimento^{4-5,8}, a desistência⁵ e o adoecimento no dia da consulta^{4,7-8} como causas de absenteísmo, podendo haver relação com o tempo decorrido desde as marcações.

A taxa de absenteísmo permite-nos avaliar a regulação do acesso à saúde. Um dos grandes objetivos da avaliação em saúde, o objetivo estratégico, é ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção²⁴. Não menos importante do que identificar as causas das faltas dos usuários às consultas, é mapear qual ponto do fluxo de agendamento de consultas reguladas está relacionada ao absenteísmo.

Nossos resultados revelam que o local de origem do usuário pode influenciar a presença ou ausência nas consultas (Tabela 3). Observamos que pacientes que residem nas cidades circunvizinhas da instituição de saúde possuem mais probabilidade de faltar. Na medida em que eles se afastam geograficamente do serviço de saúde, essa probabilidade diminui, tornando-se fator de proteção, como foi observado nos municípios do interior e de outros estados. Acredita-se que toda a logística envolvida para o sujeito comparecer à consulta, tal como o agendamento de transporte sanitário no município de origem, prévia

autorização para ser liberado do trabalho e atividades afins, entre outras situações, possa ser o fator que explica a baixa taxa de absenteísmo de usuários moradores de locais mais distantes do serviço oferecido no hospital. Usuários munícipes da cidade de Guarapari têm redução de 18% na probabilidade de falta nas consultas. Uma possível explicação seria o tipo de transporte. O município disponibiliza transporte gratuito até o serviço de saúde, diferentemente das demais cidades da região metropolitana de Vitória que se utilizam de transporte por custeio próprio por parte do usuário, por terem o Hospital como itinerário do sistema de transporte público operante.

Frente a esse paradoxo de subutilização e crescente demanda nos serviços de saúde, torna-se necessário pensar em estratégias para garantir o acesso e minimizar o absenteísmo. Destaca-se a visita dos ACS, lembrando os usuários das consultas^{4,17}, a técnica de *overbooking*¹⁸, a confirmação de consulta por telefone⁶ e a disponibilização de horários alternativos, como aqueles fora do tempo comercial¹⁷.

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto à sua amostra e a uma variável utilizada. No que se refere à amostra, não foi possível comparar a frequência de absenteísmo nas vagas de primeira vez em relação àquelas de retorno, pois o banco de dados não fornecia essa informação. No tocante à variável 'município de residência', os pacientes poderiam relatar um endereço incorreto na abertura do prontuário ou cadastro na unidade de saúde em função de uma assistência à saúde regionalizada, para obter atendimento no local que considera mais adequado para o seu tratamento ou ao qual tem maior facilidade de acesso, podendo não representar o número real expresso nos resultados.

CONCLUSÃO |

Diante dos nossos resultados, manifesta-se a necessidade de refletirmos e entendermos que o absenteísmo é um conjunto de variáveis relacionadas ao usuário, ao prestador de serviço e a todo o fluxo da rede, desde o acolhimento na atenção básica até o processo no Complexo Regulador. Soma-se, ainda, a incompletude institucional, que contribui para que o itinerário terapêutico se torne mais longo. Como implicações, surgem uma exaustiva circulação em rede por parte do usuário e novas filas de espera, contribuindo para as causas que induzem ao absenteísmo, como esquecimento,

desistência, adoecimento e impossibilidade de ausentar-se do trabalho/escola repetidas vezes.

Assim, o Hospital Universitário apresentou taxa de 25% de absenteísmo às consultas eletivas de subespecialidade da pediatria no turno da manhã, em usuários munícipes de Viana, Serra e Vila Velha, com agendamento maior do que 15 dias e com piora em interstício maior que 60 dias para a data de atendimento. Identificar o perfil do absenteísmo dos usuários nos serviços de saúde pode motivar estratégias as quais priorizem a organização, o controle e o gerenciamento do acesso à assistência na sua função de organizar fluxos, garantindo assim o princípio da integralidade e equidade do SUS.

REFERÊNCIAS |

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; 4 ago 2008.
2. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. Cad Saúde Colet. 2016; 24(1):49-54.
3. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de regulação do acesso da rede hora certa: exames de apoio diagnóstico. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2014. v. 1.
4. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa-PB, Brasil. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2013; 7(2):63-84.
5. 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.
6. 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):193-97.
7. Gonçalves CÂ, 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.
8. Sá MVHM. Plano de intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado. Recife. Monografia [Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde] - Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
9. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(1):48-53.
10. Mair V, Breda A, Boquembuzo NL, Nagem L. Avaliação da aderência ao programa de reabilitação cardíaca em um hospital particular geral. Einstein (São Paulo). 2013; 11(3):278-84.
11. Laroque MB, Fassa AG, Castilhos EDD. 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.
12. Palacio DC, Vazquez FL, Ramos DVR, Peres SV, Pereira AC, Guerra LM, et al. Evolution of post-deployment indicators of oral health on the Family Health Strategy. *Einstein*. 2014; 12(3):274-81.
13. Tristão FI, Lima LCD, Lima EFA, Andrade MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016; 18(1):54-61.
14. Marques SRL, Friche AAL, Motta AR. Adesão à terapia em motricidade orofacial no ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010; 15(1):54-62.
15. Menezes LN, Behlau M, Gama ACC, Teixeira LC. Atendimento em voz no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3119-29.
16. Paro CA, Vianna NG, Lima MCMP. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. *Rev CEFAC*. 2013; 15(5):1316-24.
17. Miotto MHMB, Santos LR, Farias CML. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2015; 17(4):121-8.
18. 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.
19. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário do Centro de Pesquisas em Odontologia Social – UFRGS. *Rev Fac Odontol P Alegre*. 2000; 40(1):24-8.
20. Lima Júnior IA. Estudo sobre a coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação. [Mestrado em Ciências]. - Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
21. Barros DJ, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação a nível nacional. *Cad Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):1-10.
22. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1):1-10.
23. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
24. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Como avaliar avaliações. In: Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente; 2004, p. 593-617.

Correspondência para/Reprint request to:

Jonathan Grassi Rodrigues

Departamento de Fonoaudiologia, Prédio Básico II,

Universidade Federal do Espírito Santo,

Av. Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29.040-090

E-mail: jonathangrassi17@hotmail.com

Recebido em: 15/04/2019

Aceito em: 24/06/2019