



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Simone Cristina Paixão Dias Baptista

**Motivos de ausência em consultas médicas
agendadas em ambulatório de referência, perfil dos
usuários e intervalo de agendamento**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani

**Botucatu
2020**

Simone Cristina Paixão Dias Baptista

Motivos de ausência em consultas médicas agendadas
em ambulatório de referência, perfil dos usuários e
intervalo de agendamento

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Acadêmico e Doutorado.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Botucatu

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Baptista, Simone Cristina Paixão Dias.

Motivos de ausência em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência, perfil dos usuários e intervalo de agendamento / Simone Cristina Paixão Dias Baptista. - Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Capes: 40406008

1. Absenteísmo. 2. Recursos em saúde. 3. Assistência ambulatorial.
4. Pesquisa em administração de enfermagem. 5. Pacientes.

Palavras-chave: Absenteísmo; Assistência ambulatorial; Pacientes não comparecentes; Pesquisa em administração de enfermagem; Recursos em saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIMONE CRISTINA PAIXÃO DIAS BAPTISTA

Motivos de ausência em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência, perfil dos usuários e intervalo de agendamento

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutorado

Orientadora: Prof^o. Dra Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Comissão examinadora

Prof^o Dr Armando dos Santos Trettene

Prof^a Dra Fernanda Augusta Penacci

Prof^a Dra Regina Stella Spagnuolo

Prof^a Dra Wilza Carla Spiri

Botucatu, 15 de dezembro de 2020

DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho,
ao meu esposo César e ao meu filho Giovani,
amo vocês, vocês são a razão do meu viver!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela vida e por ter me guiado durante toda essa caminhada.

Ao meu esposo, César, por ter me auxiliado desde antes dessa trajetória, ou melhor, desde sempre, com muito incentivo e fazendo ver o lado positivo de tudo. A luta com você é mais suave. Te amo muito!

Ao meu filho, Giovanni, peço desculpas por todas as ausências, e a falta de paciência durante esse tempo. Você me ajudou muito. Você é a alegria de nossa vida. Te amo muito!

Aos meus pais que deram a vida e toda a bagagem de educação necessária para chegar até aqui. A minha mãe, a mãe protetora, sempre preocupada, dedicada e pronta a me ajudar. Ao meu pai (que está lá com Deus) tenho certeza que olhou por mim esse tempo todo. Obrigada por se orgulharem de mim. Obrigada pela vida.

Aos meus irmãos Rodrigo e Rafael, meus irmãos quase que filhos, obrigada pelo apoio e torcida constante

As minhas cunhadas, obrigada pela torcida e compartilhamento de experiências.

A minha sogra, Clarice e meu sogro Sillon, obrigada pela ajuda, vocês não sabem o quanto.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Carmen Maria Casquel Monti Juliani pela oportunidade de ter a sua orientação, para mim você é o exemplo de profissional ética e dedicada, de paciência e me incentivou muito durante todo esse tempo. Aprendi e aprendo muito com você. Te admiro muito!

Ao Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas (DGAA), todos sempre prontos a nos auxiliar.

Ao Valter Aparecido Tanzi, do agendamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela sua atenção e colaboração.

Ao César Eduardo Guimarães, secretário da Seção Técnica de Pós Graduação, agradeço muito pela atenção e gentileza durante toda a jornada.

A todos os docentes do Departamento de Enfermagem pelo aprendizado constante, incentivo e amizade.

As enfermeiras do departamento: Meire, Solange, Regina Lúcio e Maria Zoe, obrigada pela amizade e torcida.

A Prof^a Dra Silvana Andrea Molina de Lima, chefe do Departamento de Enfermagem no início do meu doutorado que me recebeu de braços abertos no Departamento e me incentivou muito a chegar até aqui.

A Prof^a Dra Cristina Maria Garcia de Lima Parada, atual chefe do Departamento de Enfermagem pela oportunidade de crescimento profissional.

A equipe da secretaria do Departamento de Enfermagem: Fernando, Angela Cristina, Rosane, Amanda e Regina agradeço por toda a ajuda de vocês durante esse processo.

A UNESP-Botucatu, que me proporcionou o aprendizado desde a graduação; tenho muito orgulho de fazer parte desta Instituição.

A Raquel Zambom que me auxiliou muito no início da pesquisa e ao Rodolfo Serafin, do Centro de Informação do CIMED do HCFMB que enviou os relatórios mensais, sempre muito rapidamente.

A banca de minha Qualificação: Prof^a Dra. Wilza Carla Spiri, Prof^o Dr José Eduardo Corrente, Prof^a Dra Maria Antonieta B. L. Carvalhaes e Prof^a Dra Silvana A. Molina de Lima obrigada pelas considerações em minha qualificação.

Ao Prof^o Dr José Eduardo Corrente, muito obrigada pela dedicação e paciência nas análises estatísticas.

A Darcila Bozzoni e Rinaldo José Ortiz, muito obrigada pelas ajudas e prontidão no decorrer do doutorado.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, local que me orgulho por ter feito parte, na pessoa do Superintendente, Dr André Luís Balbi por autorizar a execução da pesquisa, meus agradecimentos sinceros.

A Clara Fumes do NEAD que foi muito pronta a me auxiliar.

Aos amigos do Doutorado, muito obrigada pela troca de experiências.

E não poderia jamais deixar de agradecer aos pacientes que contribuíram com essa pesquisa, o meu muito obrigada pela receptividade e possibilidade de executar essa pesquisa. Que Deus abençoe muito vocês com muita saúde e felicidade.

A todos que contribuíram com esse trabalho, o meu muito obrigada!

BAPTISTA, SCPD. **Motivos de ausência em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência, perfil dos usuários e intervalo de agendamento.**125p. (Tese Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

RESUMO

Introdução: Os Serviços de Saúde devem ser planejados e estruturados para o atendimento das demandas da população. A organização dos serviços é essencial. A demanda por consulta médica programada na saúde é elevada, porém observa-se o elevado absenteísmo dos pacientes, comprometendo a saúde individual e coletiva. Refletindo em uma visão de desorganização e não utilização dos recursos disponíveis. **Objetivo:** Identificar e analisar o conhecimento na literatura nacional e internacional, avaliar a taxa de absenteísmo e o perfil dos usuários faltosos, a especialidade de ocorrência e os motivos dos pacientes faltosos em ambulatório de referência para o Sistema Único de Saúde, avaliar os agendamentos das faltas e a experiência da pesquisa por telefone. **Métodos:** Estudo de múltiplos métodos. A coleta de dados foi realizada nos anos de 2018/2019, em Hospital Terciário de referência para o Sistema Único de Saúde, localizado no interior do Estado de São Paulo. Os dados foram oriundos do Sistema eletrônico de prontuário dos pacientes, com dados enviados pelo Centro de Informática Médica da Instituição e de entrevistas estruturadas dirigidas a usuários. De uma amostra aleatória de 493 pacientes acima de 18 anos que faltaram nas consultas médicas agendadas em 12 especialidades estudadas, 317 participaram da pesquisa. Não foi possível o contato telefônico com 151 pacientes, 12 pacientes se recusaram e 13 pacientes foram a óbito. Foram excluídos os pacientes que após 5 tentativas de contato telefônico em dias e horários alternados, não responderam a chamada. As entrevistas foram realizadas de abril de 2018 a fevereiro de 2019 por celular aparelho Samsung Galaxy S6 e gravadas pelo aplicativo Call Recorder. Os dados foram transcritos para o banco de dados da pesquisa. **Resultados e Discussão:** Foram construídos 5 artigos, o primeiro artigo foi uma Revisão Integrativa que teve como objetivo buscar como está o absenteísmo dos pacientes nas consultas médicas agendadas em ambulatórios. Foram identificados 767 artigos nas Bases de Dados: PubMed, Embase, Scopus, Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), no Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-Biblioteca Virtual em Saúde e Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) acessados pelo Portal da Biblioteca Virtual de Saúde com base na questão norteadora. Foram elegíveis e incluídos no estudo 9 artigos que abordaram a temática dos motivos das faltas, gastos do absenteísmo para os serviços de saúde e estratégias para prevenção das faltas. Os artigos encontrados apresentaram baixo Nível de Evidência e maior presença de

artigos internacionais. O segundo artigo foi um estudo quantitativo que caracterizou a amostra de todos os pacientes faltosos em 2018. Observou-se a taxa de 18,65% de pacientes faltosos nas consultas agendadas em 12 especialidades estudadas, totalizando 22550 pacientes. Pacientes do sexo feminino com 54,79%, 55,14% casados, 87,19% da cor branca, entre 60 a 64 anos, nível de instrução 40,13% fundamental incompleto, 23,53% com perfil ocupacional de prendas domésticas. Procedentes de 284 municípios porém mais prevalente em Botucatu com 38,01%, com 72,98% faltas em consultas de retorno. Com intervalo de agendamento até a data da consulta variando de 180 a 365 dias (37,23%) com p valor $< 0,001$. O terceiro artigo realizado a partir de amostra do baco de dados do segundo artigo, foram realizadas contatos telefônicos com 317 pacientes para saber os motivos das faltas obtivemos 52 motivos diferentes que foram agregados em 11 Categorias, 18,06% afirmam não terem faltado na consulta, 16,98% afirmaram que estavam doentes ou internados, as variáveis foram significativas e p valor 0,006. O quarto artigo foi verificado o agendamento das consultas dos pacientes faltosos observou-se o intervalo do agendamento até a data da consulta prevalente de 180 a 365 dias (35,96%), foi significativo p valor 0,0001, 49,84% dos pacientes referiram não terem sido avisados da data da consulta por Serviço de Mensagem Curta, 63,09% referem não ter reagendado a consulta perdida. O quinto artigo foi um Relato da experiência dos pesquisadores com a pesquisa realizada por telefone evidenciou vantagens com relação a atingir um maior número de pacientes, ser de baixo custo e com boa aceitação dos usuários. Houve predomínio das chamadas telefônicas no período da manhã (p valor 0,0001) e atendidas pelo próprio paciente em 94,32%, com 53,94% com as ligações realizadas na primeira tentativa. Foram realizadas 2014 ligações no período para conclusão, totalizando 93 horas, 13 minutos e 33 segundos.

Conclusão: Para a organização do atendimento prestado, faz-se necessário conhecer o perfil dos faltosos, bem como seus motivos para otimização de recursos e consequente redução da fila de espera e continuidade da assistência prestada ao paciente. A pesquisa por telefone foi enriquecedora e agregou conhecimento sobre o método de coleta de dados por telefone, mostrando a suas vantagens e desvantagens e a receptividade dos pacientes.

Descritores: Absenteísmo; Assistência Ambulatorial; Recursos em Saúde; Pesquisa em Administração de Enfermagem; Pacientes não comparecentes, Enfermagem.

ABSTRACT

BAPTISTA, SCPD. **Reasons for absence in scheduled medical consultations in a reference outpatient clinic, user profile and scheduling interval.** 125p. (Doctoral Thesis) – Botucatu Medical School, Paulista State University, Botucatu, 2020.

Introduction: Health Services should be planned and structured to meet the demands of the population. The organization of services is essential. The demand for scheduled medical consultation in health is high, but the high absenteeism of patients is observed, compromising individual and collective health. Reflecting on a view of disorganization and non-utilization of available resources. **Objective:** To identify and analyze knowledge in the national and international literature, to evaluate the absenteeism rate and profile of missing users, the specialty of occurrence and the reasons of patients who are absent in a reference outpatient clinic for the Unified Health System, to evaluate the scheduling of absences and the experience of telephone research. **Methods:** Study of multiple methods. Data collection was performed in 2018/2019, in a Tertiary Hospital of reference for the Unified Health System, located in the interior of the State of São Paulo. The data came from the electronic system of patients' medical records, with data sent by the Center for Medical Informatics of the Institution and structured interviews directed to users. From a random sample of 493 patients over 18 years of age who missed scheduled medical appointments in 12 studied specialties, 317 participated in the study. Telephone contact with 151 patients was not possible, 12 patients refused and 13 patients died. Patients who, after 5 attempts at telephone contact on alternate days and times, did not answer the call were excluded. The interviews were conducted from April 2018 to February 2019 by samsung galaxy s6 handset and recorded by the Call Recorder app. The data were transcribed to the research database. **Results and Discussion:** Five articles were constructed the first article was an Integrative Review that aimed to seek the absenteeism of patients in scheduled medical consultations in outpatient clinics. A total of 767 articles were identified in the Databases: PubMed, Embase, Scopus, Web of Science and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), in Medline, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LiLACS), São Paulo State Department of Health-Virtual Health Library and Spanish Bibliographic Index in Health Sciences (IBECS) accessed by the Portal of the Virtual Health Library based on the northing question. We were eligible and included in the study 9 articles that addressed the theme of the reasons for absences, absenteeism expenses for health services and strategies for the prevention of absences. The articles found presented low level of evidence and greater presence of international articles. The second article was a quantitative study that characterized the sample of all patients who were absent in 2018. The rate of 18.65% of patients who were absent in the scheduled consultations in 12 specialties studied was observed, totaling 22550 patients. Female patients with 54.79%, 55.14% married, 87.19% white, between 60 and 64 years old, education level 40.13%

incomplete elementary school, 23.53% with occupational profile of domestic gifts. They came from 284 municipalities but more prevalent in Botucatu with 38.01%, with 72.98% absences in return consultations. With scheduling interval up to the date of the consultation ranging from 180 to 365 days (37.23%) with p value < 0.001 . The third article was made from a sample of the bacchus of data of the second article, telephone contacts were made with 317 patients to know the reasons for the absences we obtained 52 different reasons that were aggregated into 11 categories, 18.06% stated that they did not miss the consultation, 16.98% stated that they were sick or hospitalized, the variables were significant and p value 0.006. The fourth article was verified the scheduling of appointments of missing patients, the scheduling interval was observed until the date of the prevalent consultation from 180 to 365 days (35.96%), it was significant p value 0.0001, 49.84% of the patients reported not having been warned of the date of the consultation by The Short Message Service, 63.09% reported not having rescheduled the missed consultation. The fifth article was a report of the researchers' experience with the research conducted by telephone showed advantages in relation to reaching a greater number of patients, being low cost and with good acceptance of users. There was a predominance of telephone calls in the morning (p value 0.0001) and answered by the patient himself in 94.32%, with 53.94% with the calls made in the first attempt. 2014 calls were made in the period for completion, totaling 93 hours, 13 minutes and 33 seconds. **Conclusion:** For the organization of the care provided, it is necessary to know the profile of absentees, as well as their reasons for optimizing resources and consequent reduction of the waiting list and continuity of care provided to the patient. The telephone research was enriching and added knowledge about the method of data collection by telephone, showing its advantages and disadvantages and the receptivity of patients.

Keywords: Absenteeism, Ambulatory Care, Health Resources, Nursing Administration Research, No-Show Patients, Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos para revisão integrativa. Botucatu, SP, Brasil, 2020.....37

Artigo 3

Figura 1- Fluxograma da amostra estudada. Botucatu,SP, Brasil, 2020.....71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Artigos resultantes do projeto “Motivos de ausência dos usuários em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência”, Botucatu, 2018/2019.....	27
---	----

Artigo 1

Quadro 1 – Estratégias de busca conforme base/portal de dados- Botucatu, São Paulo, Brasil,2020.....	32
--	----

Quadro 2 - Referências excluídas e motivos da exclusão - Botucatu, São Paulo, Brasil,2020.....	35
--	----

Quadro 3 - Caracterização dos 9 artigos incluídos no estudo: título, base de dados, país de origem, delineamento, base de dados e níveis de evidência científica, Botucatu, São Paulo, Brasil,2020.....	39
---	----

Quadro 4 - Nível de evidência dos estudos, segundo sistema GRADE ⁽¹⁶⁾ – Botucatu, SP, Brasil, 2020.....	42
--	----

Artigo 2

Tabela 1- Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo sexo, estado civil, cor. Botucatu, SP, 2018/2019.....	57
--	----

Tabela 2 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo idade. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.....	57
--	----

Tabela 3 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo o mês do ano. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.....	59
---	----

Tabela 4 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo a especialidade. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.....	59
--	----

Tabela 5 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo intervalo de tempo em dias, do agendamento da consulta até a data da consulta. Botucatu, SP, 2018/2019.....	60
---	----

Artigo 3

Tabela 1: Perfil dos pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo sexo, estado civil, cor, grau de instrução. Botucatu, SP, 2018/2019.....	73
--	----

Tabela 2 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo intervalo de idade. Botucatu, SP, 2018/2019.....	74
--	----

Tabela 3 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo ocupação de acordo com os dados do prontuário eletrônico e a ocupação referida pelo paciente. Botucatu, SP,	
---	--

2018/2019.....	75
Tabela 4 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo o motivo da falta referida pelo paciente. Botucatu, SP, 2018/2019.....	76

Artigo 4

Tabela 1 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo intervalo entre o agendamento e a consulta pelo registro no prontuário eletrônico. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.....	91
Tabela 2 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo intervalo entre o agendamento e a consulta pelo relato do paciente. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.....	92
Tabela 3 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo se o atendimento perdido foi reagendado. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.....	92
Tabela 4: Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo coincidência do intervalo entre o agendamento e a consulta informado pelo paciente e registro em prontuário. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.....	93

Artigo 5

Tabela 1 - Chamadas telefônicas, dirigidas à pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo período do dia. Botucatu, SP, 2018/2019.....	105
Tabela 2 - Correspondência entre número constante no cadastro do Hospital e pessoa que atendeu a ligação. Botucatu, SP, Brasil, 2018/2019.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
ANATEL	Agência Nacional de telecomunicações
ASCS	Agência de Saúde da Costa del Sol
BDENF	Base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CARE	Centro de Alta Resolução de Especialidades
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CIMED	Centro de Informática Médica
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DRS VI	Departamento Regional de Saúde VI
ESPEC	Especialidade
GPS	Sistema de Posicionamento Global
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor público do Estado de São Paulo
IBESC	Instituto Brasileiro de Empresas Simples de Crédito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde
MESH	Medical Subject Headings Section
PIB	Produto Interno Bruto
PIASS	Programa de Interiorização de Ações e serviços de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PubMed	National Library of Medicine
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RG	Registro geral
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SESSP	Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo
SMS	Serviço de Mensagens Curtas
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Estratégia da Família
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Entrevista Telefônica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVO	
2.1. Objetivo geral.....	23
2.2. Objetivos específicos.....	23
3. MÉTODO	
3.1. Tipo de estudo.....	24
3.2. Local do estudo.....	24
3.3. População e amostra.....	24
3.4. Coleta de dados.....	25
3.5. Aspectos Éticos do Estudo.....	26
3.6. Análise Estatística.....	26
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
Artigo 1 – O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: revisão integrativa da literatura.....	29
Artigo 2 - Caracterização dos pacientes faltosos em consultas médica ambulatoriais de referência.....	54
Artigo 3 – Motivos da ausência dos pacientes nas consultas médicas agendadas.....	67
Artigo 4 – O agendamento das consultas médicas e sua interface com o absenteísmo dos usuários.....	88
Artigo 5 – A experiência científica desenvolvida por entrevistas telefônicas com usuários faltosos em consultas agendadas, relato de experiência.....	100
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
6. REFERÊNCIAS.....	111
7. ANEXOS.....	113
7.1. Anexo A- Relatório dos pacinetes emitido pelo Centro de Informática Médica através de dados do prontuário do paciente.....	113
7.2. Anexo B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	114
7.3. ANEXO C- Declaração de alteração de Título em Projeto de Pesquisa.....	118
8. APÊNDICES	
8.1. APÊNDICE 1 – Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Resolução 466/2012 (Participante maior de 18 anos).....	119
8.2. APÊNDICE 2- Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Resolu-	

ção 466/2012 (Participante maior de 18 anos) utilizado na realização da entrevista)	121
8.3. APÊNDICE 3 – Roteiro para entrevista dos pacientes.....	123

1. INTRODUÇÃO

Os Serviços de Saúde devem ser planejados e estruturados para o atendimento das demandas da população. A organização dos serviços é essencial e deve atender a números estabelecidos de cidadãos, conciliando os recursos humanos com as necessidades individuais e coletiva visando à resolução dos problemas.

A demanda por consulta médica programada na saúde é elevada, o que causa grande espera para atendimento médico, mesmo diante dessa situação, observa-se ausências nas consultas agendadas o que trazem prejuízos para outros pacientes que não conseguem agendamentos.

Atualmente para as organizações se manterem, torna-se necessária a boa utilização de seus recursos com o quadro de pessoal atuante, com baixos custos econômicos e proporcionando ao paciente um atendimento com alta qualidade do serviço prestado ⁽¹⁾.

O setor público de saúde vem enfrentando dificuldades e problemas para fornecer esse serviço com qualidade para a população atendida e um dos pontos a ser evidenciado para solução dessa questão é o absenteísmo dos pacientes em consultas agendadas ⁽¹⁾.

O absenteísmo nas consultas especializadas afeta diretamente toda a organização nos três níveis de atenção ⁽²⁾. E compromete a Integralidade do cuidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podendo interferir na hierarquização do cuidado, quando o usuário é encaminhado à atenção secundária devido a atenção básica não ter condições de resolução de seu problema ⁽³⁾.

O não comparecimento prejudica o planejamento do atendimento no Serviço de Saúde, afetando os indicadores de produção, e causa prejuízos na imagem da instituição perante a sociedade ⁽⁴⁾. Dificulta o acesso ao serviço, a continuidade da assistência, o atendimento das demandas ocasionando aumento das filas de espera e dos serviços de urgência e emergência ⁽⁵⁾. Pode ainda diminuir a qualidade de vida dos usuários ⁽⁶⁾.

Torna-se necessário o conhecimento do motivo do não comparecimento dos usuários nas consultas médicas agendadas por envolver, além dos argumentos já apontados, uma visão prejudicada e onerosa ao serviço de saúde. Além disso, o usuário faltoso irá remarcar a consulta afetando o agendamento para outro paciente ⁽⁶⁾. No Rio de Janeiro foi realizado um estudo que constatou 48,9% de não comparecimento à consulta agendada ⁽⁶⁾.

Outra pesquisa demonstrou uma ausência entre 10 a 30%, percentual variável de acordo com a especialidade procurada ⁽⁷⁾.

No Brasil, onde os recursos são escassos, a ociosidade de consultas em função do

absenteísmo deve ser evitada e conhecer essa realidade pode contribuir com o melhor funcionamento do serviço.

Para entender o funcionamento da saúde atual do país deve-se conhecer a História da Saúde Pública no país no decorrer dos anos até mesmo antes da implantação do SUS.

O cuidado da saúde no país tem passagem pela filantropia, o cuidado da caridade ⁽⁸⁾. Nessa época o Estado atuava nas epidemias com a vacinação contra varíola no final do Século XIX e início do Século XX, e também intervinha nas doenças mentais, hanseníase e tuberculose ⁽⁸⁾. Em 1923, inicia a saúde do trabalhador com a Lei Eloi Chaves o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). Surgiram os Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp) para atender os trabalhadores na extração da borracha e manganês, que contou com o apoio dos Estados Unidos ⁽⁸⁾. Após foi formada a Fundação Sesp. Surge nessa época a equipe multidisciplinar, que se organizava em unidades mistas com atendimento básico, tendo o primeiro atendimento, urgência e emergência e internações em hospital.

Em 1963, surge a 3º Conferência Nacional de Saúde com a proposta de saúde para todos e um sistema organizado e descentralizado. Em 1964, a Ditadura Militar impediu as propostas da 3º Conferência, surge uma nova edição da Sesp chamada Piass (Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde) que não se implantou. Na época da Ditadura surgem os movimentos populares e suas reivindicações, as Universidades com os profissionais preocupados com o social, os Partidos Políticos Progressistas voltados para o lema social e as Prefeituras com bandeiras Progressistas, na mesma época da reunião em Alma-Ata com sua declaração voltada à atenção primária à saúde, surgindo nos municípios as equipes de atenção ⁽⁸⁾. Em 1980, houve a crise da Previdência ocorrendo uma associação entre o extenso Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e os serviços públicos de saúde, surge assim Ações Integradas de Saúde (AIS) com ações voltadas ao Estado e Municípios, em 1987 foram aprimoradas dando origem ao SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) que durou até a implantação do SUS ⁽⁸⁾.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu 5000 pessoas que aprovaram a Reforma Sanitária, entregue aos constituintes para colocar a Ordem Social ⁽⁸⁾.

Desde 1988, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), defendido na Constituição Federal, passa a constituir um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Garante à população gratuitamente acesso ao serviço de saúde desde o nível ambulatorial até uma assistência médica mais especializada ⁽⁹⁾.

A garantia de saúde da população se dá pela Lei 8080, que vai garantir a saúde como direito de todos os indivíduos, devendo ser responsabilidade do Estado o direito igualitário,

integral e universal a redução dos agravos à saúde até a sua repleta recuperação ⁽¹⁰⁾. Em 2011, o Decreto 7508 regulamenta a Lei nº8080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento e a articulação interfederativa ⁽¹¹⁾.

A responsabilidade orçamentária da saúde envolve o governo federal, os estados e municípios ⁽⁹⁾. Diante disso, o município responde pela saúde de sua população por meio da oferta de serviços, caso não tenha o serviço disponível deverá pactuar com a região para garantir atendimento integral à saúde de sua população. A porta de entrada no sistema é a Atenção Básica de Saúde, somente após esse atendimento deve ser referenciado para outro serviço de saúde ⁽⁹⁾.

Em 2011, o Ministério da Saúde do Brasil institui Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho, que foi revogada pela PORTARIA Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) ⁽¹²⁾. Com o objetivo de melhorar o acesso dos usuários e a qualidade do atendimento em todo território Nacional ⁽¹²⁾.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como diretriz promover a melhoria da resolubilidade da Atenção Básica por meio de parâmetros de qualidade, acompanhamento das ações e resultados pela sociedade ⁽¹²⁾.

A Portaria nº2488 de outubro de 2011, aprova a Política da Atenção Básica, e cita que deve estar estruturada para acolher e escutar as necessidades do usuário com o objetivo de resolver as suas dificuldades de saúde. Para o bom funcionamento das Redes de Atenção à Saúde a Atenção Básica deve ser descentralizada, ter resolubilidade, coordenar e se responsabilizar pelo cuidado do usuário, ser a articuladora da Rede de Atenção, ser responsável pela lista de espera de encaminhamentos à especialidades ⁽¹³⁾.

A PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 define e aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, define:

“Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” ⁽¹⁴⁾.

Estabelece que será a porta de entrada na rede, de forma integral ⁽¹⁴⁾.

Dada a importância da otimização dos recursos em saúde e a escassez de estudos sobre os motivos do absenteísmo as consultas médicas, as questões que se colocam para este estudo são: qual o índice do absenteísmo em ambulatório de referência para o SUS? Qual o

perfil do paciente faltoso? Quais os motivos das ausências dos pacientes nas consultas? Qual o intervalo entre o agendamento da consulta e data programada para a consulta perdida? Existe diferença do absenteísmo na primeira consulta e no retorno?

O estudo se justifica pela importância de melhor compreender aspectos organizacionais que contribuam para a gestão dos serviços de saúde e melhor utilização dos recursos disponíveis.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar as faltas dos usuários em consultas médicas em um Serviço de Saúde em Ambulatório de um Hospital Terciário de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), no Interior do Estado de São Paulo.

2.2. Objetivos

- ✓ Identificar e analisar a produção de conhecimento na literatura nacional e internacional sobre o absenteísmo dos pacientes às consultas médicas agendadas em ambulatório.
- ✓ Avaliar o perfil dos usuários faltosos às consultas médicas agendadas em ambulatórios de um hospital terciário de referência para o Sistema Único de Saúde. perfil dos usuários faltosos nas consultas médicas agendadas em Ambulatório de um Hospital Terciário de referência para o SUS.
- ✓ Avaliar o perfil dos usuários faltosos, especialidades de ocorrência e motivos de ausência dos usuários às consultas médicas agendadas em Ambulatório de referência para o Sistema Único de Saúde.
- ✓ Analisar circunstâncias do agendamento dos usuários faltosos nas consultas médicas em Ambulatório de referência para o Sistema Único de Saúde.
- ✓ Relatar a experiência da realização de pesquisa com coleta de dados via telefone, executada para verificar o motivo ausência de pacientes às consultas médicas agendadas em ambulatório de referência.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Estudo com múltiplos métodos que englobou revisão integrativa de literatura, estudo transversal, com etapas que incluíram levantamento de dados eletrônicos e entrevistas, por telefone.

Os estudos de múltiplos métodos ou métodos mistos, que combinam abordagens quantitativas e qualitativas, são indicados em situações em que a literatura é escassa ou quando, para compreender um fenômeno, apenas uma abordagem é insuficiente ou ainda pelo potencial das abordagens se complementarem ⁽¹⁵⁾.

Os estudos transversais são estudos que descrevem uma situação ou fenômeno em um momento definido, trata-se de um recorte instantâneo por meio de uma amostra. A principal vantagem desse estudo é ser de baixo custo ⁽¹⁶⁾.

A Revisão integrativa de literatura ⁽¹⁷⁾, que é um método de pesquisa que sintetiza os conhecimentos na área de estudo para serem aplicados à prática.

3.2. Local do Estudo:

Foi realizado em Ambulatório de um Hospital Universitário Estadual do interior do Estado de São Paulo, que é um hospital de referência. Constitui-se na maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região. Vincula-se ao Departamento de Saúde VI (DRS VI) do estado, com abrangência populacional de atendimento estimado de 1,5 milhões de usuários oriundos de 68 municípios ⁽¹⁸⁾.

3.3. População e amostra:

Pacientes com consultas agendadas nas especialidades ambulatoriais e que não compareceram no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018.

Foram incluídos os pacientes agendados para os ambulatórios de referência e que não compareceram na consulta, com idade superior a 18 anos.

Para o levantamento dos dados de prontuário, a população foi de 22550 pacientes faltosos nas especialidades: Cardiologia, Dermatologia, Gastrologia Cirurgia, Gastrologia Clínica, Mastologia, Nefrologia, Neurologia Cirúrgica, Neurologia Clínica, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia e Cirurgia Vascular. E com um total de 120891 agendados no ano de 2018.

Para a realização das entrevistas telefônicas, foi utilizado cálculo estatístico para a

obtenção da amostra com base na frequência de faltosos no meio do ano de 2018 para que a coleta pudesse ser iniciada, fazendo uma projeção para o ano todo. Posteriormente, no fechamento do ano a amostra foi recalculada com base nos dados reais, resultando recomendação de 227 indivíduos para serem entrevistados e compor a amostra mínima com um percentual de 18% de faltas, com uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%, e estratificado por especialidade para dois locais (cidade sede e demais cidades da região).

A seleção da amostra foi realizada pelo programa do Excel® de amostras aleatórias, obtendo o resultado. Foi criada uma planilha com o nome dos pacientes e com um número correspondente.

Foram sorteados aleatoriamente 493 pacientes, com 151 pacientes não foi possível a realização da entrevista por dificuldade no contato telefônico ou por dificuldade em conversar com o paciente, 12 se recusaram e 13 foram a óbito.

Foram excluídos os pacientes que após 5 tentativas de contatos em dias e horários diferentes, não responderem a chamada.

Para a amostra final foram entrevistados 317 pacientes, que aceitaram participar da pesquisa.

3.4. Coleta de dados

Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados: planilha Excel®, que constituiu o banco de dados oriundos dos relatórios administrativos, juntamente com os dados obtidos em entrevistas estruturadas realizadas via telefone celular com os pacientes faltosos nas consultas, seguindo roteiro de entrevista elaborado para esta pesquisa (APÊNDICE 3), realizada em 2018 a 2019.

Foram utilizados dados secundários obtidos do sistema informatizado do serviço a partir dos pacientes faltosos nas consultas ambulatoriais agendadas selecionados por relatório de produtividade desenvolvida pelo Centro de Informática Médica (CIMED) do Hospital estudado e prontuário eletrônico do paciente. Os dados primários foram obtidos das entrevistas, uma vez que o sistema não apresentava registro do motivo da ausência dos pacientes nas consultas. Os dados foram coletados após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

Para análise da ocupação profissional foi utilizado a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2010⁽¹⁹⁾ que divide as ocupações em Estruturas agregadas em Grandes Grupos que são: Grande Grupo 0 (Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros), Grande Grupo 1 (Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organizações de Interesse Público e de Empresas, Gerentes), Grande Grupo 2 (Profissionais das Ciências e das

Artes), Grande Grupo 3 (Técnicos de Nível Médio), Grande Grupo 4 (Trabalhadores de Serviços Administrativos), Grande Grupo 5 (Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados), Grande Grupo 6 (Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca), Grande Grupo 7 (Trabalhadores da Produção de bens e Serviços Industriais), Grande Grupo 8 (Trabalhadores da Produção de bens e Serviços Industriais) e Grande Grupo 9 (Trabalhadores em serviços de Reparação e Manutenção).

Para a variável idade foram utilizados intervalos de acordo com o proposto pelo IBGE no censo de 2010 ⁽²⁰⁾, intervalo de 0 a 17, (18 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos;60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79anos; 80 a 84 anos; 85 a 89 anos; 90 a 94 anos; 95 a 99 anos e mais de 100 anos).

3.5. Aspectos Éticos do Estudo

O trabalho foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012. Para os dados extraídos do sistema foi solicitada e autorizada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Número parecer 2577434 de 3/4/2018.

Antes de iniciar as entrevistas foi realizada a leitura do TCLE (APÊNDICE 2) via telefone e obtido o consentimento imediatamente antes de proceder a entrevista.

3.6. Análise Estatística

Para a análise dos dados foi utilizado o Programa do SAS® for Windows versão 9.3, e estatística descritiva, usando testes quando aplicável com nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se por apresentar os resultados em forma de artigos. Os achados permitiram construir cinco artigos, organizados em conformidade com modelos para publicação científica e sintetizados no quadro 1.

Quadro 1: Artigos resultantes do projeto “ Motivos de ausência dos usuários em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência”, Botucatu, 2018/2019.

Produções científicas elaboradas a partir do Projeto “Motivos de ausência dos usuários em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência”			
Artigo	Título	Objetivo	Situação
1	O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: revisão integrativa da literatura	Identificar e analisar a produção de conhecimento na literatura nacional e internacional nos últimos dez anos sobre o absenteísmo dos pacientes às consultas médicas agendadas.	Encaminhado para a REEUSP, em fase de avaliação por pareceristas.
2	Caracterização dos pacientes faltosos em consultas médicas ambulatoriais de referência	Avaliar o perfil dos usuários faltosos nas consultas médicas agendadas em Ambulatório de um Hospital Terciário de referência para o SUS.	Encaminhado para a Revista Gaúcha de Enfermagem
3	Motivos da ausência dos pacientes nas consultas médicas agendadas	Avaliar o perfil de faltosos, especialidades de ocorrência e motivos de ausência dos usuários às consultas médicas agendadas em Ambulatório de referência para o Sistema Único de Saúde, de um Hospital Terciário, do Interior do Estado de São Paulo.	Será submetido na Revista Latino Americana de Enfermagem
4	O agendamento das consultas médicas e sua	Avaliar o agendamento das faltas dos usuários nas consultas médicas em	Será submetido na Revista de

	interface com o absenteísmo dos usuários	Ambulatório de referência para o SUS, de um Hospital Terciário, do Interior do Estado de São Paulo.	Enfermagem Texto e Contexto
5	Entrevista telefônica para monitoramento de pacientes faltosos	Relatar a experiência da realização de pesquisa com coleta de dados via telefone, executada para verificar o motivo das ausências de pacientes às consultas médicas agendadas em ambulatório de referência.	Será submetido na Revista da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Artigo 1: O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: revisão integrativa da literatura

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar a produção de conhecimento na literatura nacional e internacional sobre o absenteísmo dos pacientes nas consultas médicas agendadas. **Método:** Revisão Integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, Embase, Scopus, *Web of Science* e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), no Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-Biblioteca Virtual em Saúde e Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) acessadas pelo Portal da Biblioteca Virtual de Saúde, com base na questão norteadora. **Resultados:** Foram encontrados 767 artigos e selecionados nove. O esquecimento predominou entre os motivos de ausência. Outros achados em relação ao custo para o serviço de saúde e estratégias para resolução do problema são apontados. **Conclusão:** Evidenciam-se, como focos dos estudos, a preocupação com a qualidade do atendimento, aumento das filas e alta demanda, bem como o custo dos pacientes ausentes. Apesar da relevância do tema para organização dos serviços de saúde, a literatura ainda é escassa.

DESCRIPTORES: Absenteísmo; Assistência Ambulatorial; Recursos em Saúde; Revisão; Pesquisa em Administração de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988 declara a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. O Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado na integralidade da assistência à saúde, com acesso universal, igualitário e gratuito à saúde no país ⁽¹⁾, sendo fator preponderante para alcance da integralidade a chance de acessar o serviço com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde ⁽²⁾.

Para aprimorar o sistema de saúde, preconiza-se a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando promover a integração dos serviços nos diversos níveis de atenção e oferecer assistência com qualidade, que contemple a integralidade e ações humanizadas, com igualdade e eficácia clínica e econômica ⁽³⁾.

A organização do sistema de saúde apresenta-se como um desafio para a Saúde Coletiva⁽¹⁾ bem como a articulação na RAS. Para melhor compreensão dessa organização, é

necessário conhecer o absenteísmo nos serviços de diferentes complexidades, considerando que a articulação dos níveis de atenção inicia com a entrada no Serviço Público de Saúde, de acordo com a Portaria 2436. A entrada se faz por meio da Atenção Primária à Saúde, seja pela Unidade Básica de Saúde (UBS) ou pela Unidade Estratégia da Família (USF)⁽⁴⁾. A oferta dos serviços de saúde deve atender às necessidades da população e os sistemas devem ser planejados para otimizar os recursos materiais e humanos, visando qualidade, economia e resolução dos problemas⁽³⁾. A preservação e a garantia dos princípios do SUS são de responsabilidade dos seus gestores, nas diferentes esferas de governo, municipal, estadual e federal⁽²⁾.

Quando se compara o sistema de Saúde do país apesar de ser gratuito para a população, observa-se em estudo, que em relação a alguns países como Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Coreia, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Nova Zelândia, Noruega, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Suécia, Suíça, Turquia, o Brasil ainda possui alguns indicadores de saúde desfavoráveis como mortalidade infantil e baixa renda per capita⁽⁵⁾.

A Portaria nº 1631/2015, que “aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”, estabelece uma proporção para atendimento de 62,7% para consultas médicas na atenção básica, de 22,3% para atendimento em especialidade e de 15% para os serviços de urgência⁽⁶⁾.

Os desafios para organização da saúde com base nos princípios do SUS se estendem para os profissionais atuantes na área⁽⁷⁾ e repercutem na qualidade nos níveis de atenção⁽⁸⁾. Apesar dos esforços para integração dos níveis de saúde e empenho dos gestores, observam-se falhas na logística de atendimento ao usuário do sistema. A utilização inadequada dos recursos está presente, por exemplo, nas faltas às consultas médicas agendadas, que causam prejuízos aos serviços, tanto no aspecto financeiro como no individual, e tendo como consequência o aumento das filas de espera e tempo para remarcação de consultas. Afeta diretamente o planejamento da saúde que otimiza recursos para atendimento dos pacientes. Isso se relaciona ao aumento do número de atendimentos nas unidades de emergência e não resolução da necessidade de saúde.

O absenteísmo nas consultas influencia os resultados da atenção aos pacientes⁽⁹⁾, afetando as demandas por atendimento, que são elevadas em relação ao que o serviço tem a oferecer.

A preocupação dos dirigentes com as faltas a consultas médicas é evidente. Na Região de Saúde Metropolitana do estado do Espírito Santo, o absenteísmo em consultas médicas agendadas foi de 38,6%, trazendo prejuízos individuais e para a administração do serviço⁽¹⁰⁾. Em um hospital universitário público na Argentina, o índice de absenteísmo chega a 21,3%⁽¹¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde, cita no Relatório Mundial de Saúde, “Financiamento dos Sistemas de Saúde, O caminho para a cobertura universal” a dificuldade dos países independente da sua riqueza de suprir as necessidades universais de saúde da população, que ocorre desperdício de recursos na saúde em torno de 20 a 40%, dificultando a melhoria na qualidade dos serviços prestados⁽¹²⁾.

Devido à importância do planejamento e organização dos recursos em saúde, o objetivo do estudo foi identificar e analisar a produção de conhecimento na literatura nacional e internacional sobre o absenteísmo dos pacientes às consultas médicas agendadas em ambulatório.

MÉTODO

Desenho do estudo

Revisão integrativa de literatura⁽¹³⁾, que é um método de pesquisa que sintetiza conhecimentos na área de estudo para serem aplicados à prática. Considerando o fenômeno de interesse, a população e o contexto, a pergunta delineadora do estudo foi: Qual a proporção e como se caracteriza o absenteísmo em consultas médicas agendadas de pacientes adultos no contexto ambulatorial?

Foram desenvolvidas as etapas metodológicas: identificação do problema e elaboração da questão norteadora; procura de literatura nas bases de dados; avaliação dos dados; definição de informações a serem extraídas dos estudos; análise crítica e síntese dos dados e apresentação final da revisão; discussão dos dados e apresentação da revisão⁽¹⁴⁾.

Para a integração dos dados encontrados, considerou-se os princípios do SUS, especialmente o conceito de integralidade da atenção à saúde no atendimento da necessidade do usuário atendido no Setor Público de Saúde⁽¹⁾.

Partiu-se do entendimento de que o absenteísmo interfere no uso dos recursos ambulatoriais que, por sua vez, repercute na continuidade do cuidado e na integralidade da atenção.

Como critérios de inclusão foram considerados artigos publicados e indexados nas bases de dados referidas e que destacavam o absenteísmo dos pacientes adultos em consultas médicas agendadas em ambulatório, nos idiomas inglês, português e espanhol e sem restrição de data de publicação. Como critérios de exclusão foram retirados os artigos que não respondiam aos objetivos do estudo, os artigos repetidos nas bases de dados, e artigos que remetiam a Atenção Primária em Saúde.

A seleção da amostra deu-se por meio do acesso às bases de dados: acessadas via Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde obteve-se artigos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS); Medline, Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-Biblioteca Virtual em Saúde. Foram acessados também as bases de dados: *Web of Science*; *National Library of Medicine* (PubMed), Scopus; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Embase, com descritores pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e do Medical Subject Headings Section (MESH) conforme Quadro 1. A busca foi realizada em julho de 2020 e atualizada em outubro do mesmo ano, sendo a estratégia de busca orientada por bibliotecária especializada, que orientou a escolha dos termos e dos operadores booleanos.

Quadro 1 – Estratégias de busca conforme base/portal de dados- Botucatu, São Paulo, Brasil, 2020

BASE DE DADOS	ESTRUTURA DE BUSCA
LILACS, MEDLINE, Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF), Secretaria Municipal Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-Biblioteca Virtual em Saúde acessadas via Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	(<i>Absenteeism</i> OR <i>Absentismo</i> OR <i>Absenteísmo</i> OR <i>Absentismo</i> OR <i>Abstencionismo</i> OR <i>Ausência</i> OR <i>Ausentismo</i>) AND (<i>Ambulatory Care</i> OR <i>Atención Ambulatoria</i> OR <i>Assistência Ambulatorial</i> OR <i>Atendimento de Emergência</i> OR <i>Atendimento de Urgência</i> OR <i>Cuidados Ambulatoriais</i> OR <i>Serviços</i>

	Ambulatoriais de Saúde OR Visitas Clínicas OR Serviços para Pacientes de Ambulatório) AND (<i>Health Resources</i> OR <i>Recursos en Salud</i> OR Recursos em Saúde).
Pubmed, Web of Science, Scopus, CINAHL	(<i>Absenteeism</i>) AND (<i>Ambulatory Care</i> OR <i>Care, Ambulatory</i> OR <i>Outpatient Care</i> OR <i>Care, Outpatient</i> OR <i>Health Services, Outpatient</i> OR <i>Health Service, Outpatient</i> OR <i>Outpatient Health Service</i> OR <i>Service, Outpatient Health</i> OR <i>Outpatient Health Services</i> OR <i>Outpatient Services</i> OR <i>Outpatient Service</i> OR <i>Service, Outpatient</i> OR <i>Services, Outpatient</i> OR <i>Services, Outpatient Health</i> OR <i>Urgent Care</i> OR <i>Care, Urgent</i> OR <i>Cares, Urgent</i> OR <i>Urgent Cares</i> OR <i>Clinic Visits</i> OR <i>Clinic Visit</i> OR <i>Visit, Clinic</i> OR <i>Visits, Clinic</i>) AND (<i>Health Resources</i> OR <i>Health Resource</i> OR <i>Resource, Health</i> OR <i>Resources, Health</i> OR <i>Resources</i> OR <i>Resource</i>)
EMBASE	((<i>Absenteeism</i> OR (<i>absence, disability</i>) OR (<i>disability absence</i>) OR (<i>sickness absence</i>) OR (<i>sickness absenteeism</i>) OR (<i>time loss, work</i>) OR (<i>work absence</i>) OR (<i>work absenteeism</i>) OR (<i>work day loss</i>) OR (<i>work time loss</i>)) AND ((<i>Ambulatory Care</i>) OR (<i>Care, Ambulatory</i>) OR (<i>Outpatient Care</i>) OR (<i>Care, Outpatient</i>) OR (<i>Health Services, Outpatient</i>) OR (<i>Health Service, Outpatient</i>) OR (<i>Outpatient Health Service</i>) OR (<i>Service, Outpatient Health</i>) OR

	<i>(Outpatient Health Services) OR (Outpatient Services) OR (Outpatient Service) OR (Service, Outpatient) OR (Services, Outpatient) OR (Services, Outpatient Health) OR (Urgent Care) OR (Care, Urgent) OR (Cares, Urgent) OR (Urgent Cares) OR (Clinic Visits) OR (Clinic Visit) OR (Visit, Clinic) OR (Visits, Clinic) OR (ambulatory care Center) OR (ambulatory service) OR (dispensary care) OR (extramural care) OR (</i> <i>office visits)) AND ((Health Resources) OR (Health Resource) OR (Resource, Health) OR (Resources, Health) OR Resources OR Resource OR (health care planning) OR (community health planning) OR (health and welfare planning) OR (health plan implementation) OR (health planning) OR (health planning councils) OR (health planning database) OR (health planning guidelines) OR (health planning organisations) OR (health planning organizations) OR (health planning support) OR (health planning technical assistance) OR (health priorities) OR (health resources) OR (health systems plans) OR (healthcare planning) OR (medically underserved área) OR (national health planning information Center) OR (national health planning information center) OR (regional health planning) OR (regional medical programmes) OR</i>
--	---

	<i>(regional medical programs) OR (state health planning and development agencies) OR (state health plans strategic stockpile) OR (underserved neighborhood))</i>
--	---

Análise dos dados

Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram, inicialmente, avaliados por meio da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura da íntegra da publicação.

As seleções dos estudos foram realizadas por dois autores, tendo um deles concluído programa de pós-doutorado em enfermagem e sendo o outro, doutorando em enfermagem.

Na terceira fase, após a leitura integral dos 11 artigos selecionados, foram excluídos dois artigos por não atenderem à questão norteadora da pesquisa, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Referências excluídas e motivos da exclusão - Botucatu, São Paulo, Brasil, 2020

N	Referências	Motivos
1	Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):235-41. DOI: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)960	Artigo centrado na Estratégia Saúde da Família
2	Spaetgens B et al. Cost of illness and determinants of costs among patients with gout. J Rheumatol. 2015 Feb;42(2):335-44. doi: 10.3899/jrheum.140679. Epub 2014 Nov 15.	Artigo voltado ao custo da doença

Foram incluídos na amostra 9 artigos para o *corpus* de análise, pois se referiam ao absenteísmo dos pacientes adultos em consultas médicas agendadas em ambulatório, respondendo aos objetivos e à questão de pesquisa. Após análise dos dados, os resultados foram organizados em categorias temáticas.

Os artigos selecionados para o estudo foram avaliados de acordo com o nível de

evidência científica⁽¹⁵⁾, que estabelece Nível I de evidência para revisões sistemáticas e meta-análises, Nível II para estudos clínicos randomizados, Nível III para estudos clínicos não randomizados, Nível IV para estudos de coorte e casos-controle bem delineados, Nível V para revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos, Nível VI para estudos qualitativos ou descritivos e Nível VII para opiniões ou consensos.

A qualidade dos artigos foram classificados de acordo com o sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation), auxilia a tomada de decisão e confiança na recomendação⁽¹⁶⁾. A qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa, sendo o ponto de partida. Os ensaios clínicos randomizados começam a avaliação com pontuação de alta qualidade (4 pontos), enquanto aqueles determinados por estudos observacionais iniciam como baixa qualidade (2 pontos). Após, é empregado um sistema de pontuação para diminuir ou aumentar a qualidade da evidência. Os fatores que podem diminuir a qualidade da evidência são: risco de viés (1), inconsistência dos resultados (2), evidência indireta (3), imprecisão (4) e viés de publicação (5). E os fatores que podem aumentar o nível da evidência estão relacionados com a grande magnitude do efeito (6), gradiente de dose-resposta (7) e possíveis confundidores residuais (8)⁽¹⁶⁾. Mostrado no Quadro 4.

RESULTADOS

Da busca nas bases de dados, obtiveram-se 767 artigos. Noventa e três eram duplicados e foram excluídos, restando 674 artigos. Os estudos foram identificados, inicialmente, pela análise minuciosa da leitura do título e do resumo, sendo excluídos 663 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão, restando, assim, 11 artigos.

Ao final do processo de análise foram selecionados nove artigos que responderam aos critérios de inclusão e constituíram a amostra final. Pela análise da data de publicação, observou-se que os estudos foram publicados a partir de 2008, e com 88.9% a partir de 2010.

Na figura 1 abaixo está representado o fluxograma de seleção, inclusão e exclusão dos artigos.

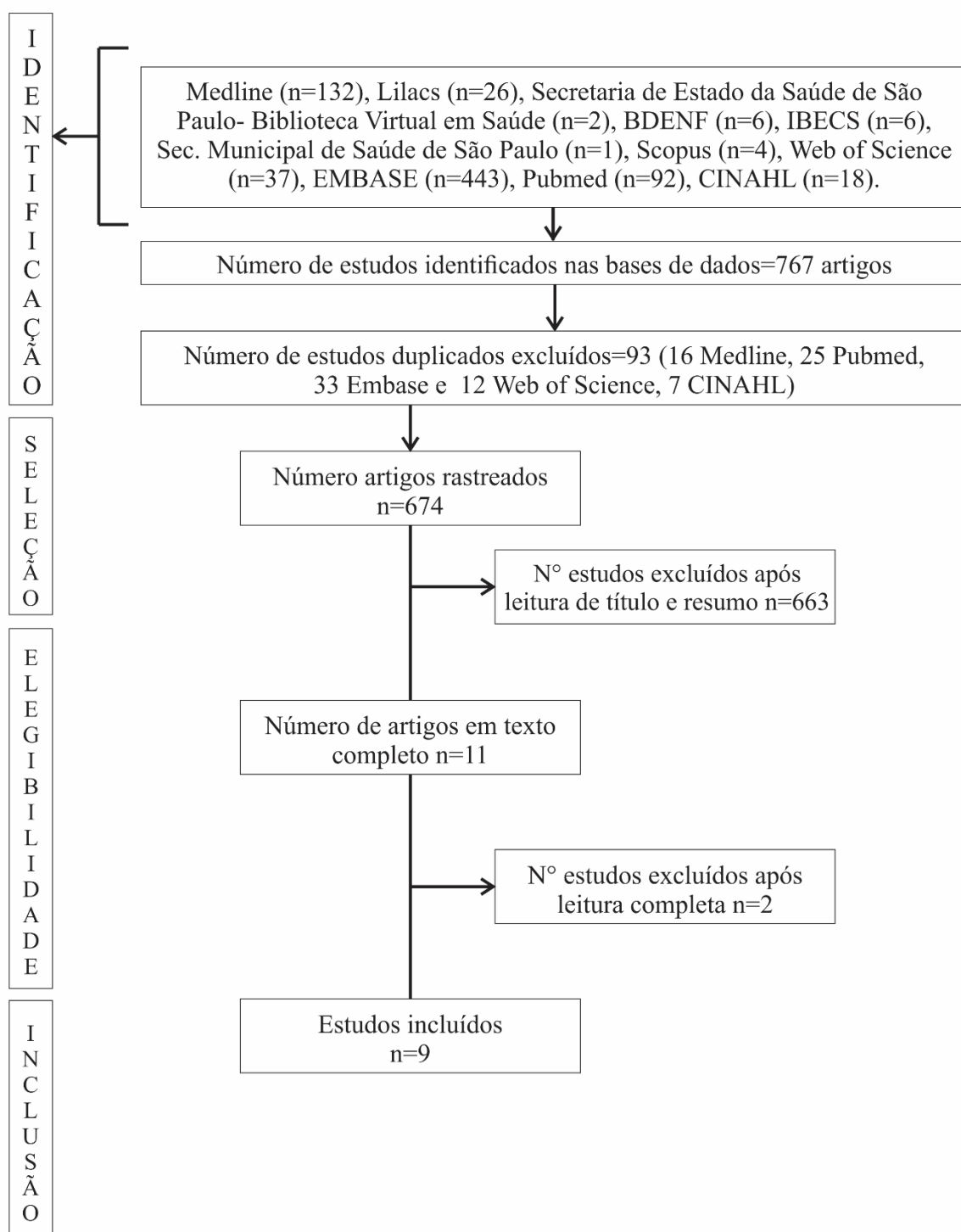


Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos para revisão integrativa. Botucatu, SP, Brasil, 2020.

Para a coleta, seleção e análise dos dados dos artigos utilizados foram realizadas

caracterizações de acordo com o Quadro 1 e os itens nele representados. Respeitando o rigor metodológico e a questão da pesquisa, os elementos de análise foram: título e autores, ano/país, delineamento, desfechos, base de dados onde foi encontrado o artigo e nível de evidência científica⁽¹⁵⁾, como demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização dos 9 artigos incluídos no estudo: título, base de dados, país de origem, delineamento, base de dados e níveis de evidência científica, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2020

Título e Autores	Ano/ País	Delinea Mento	Desfechos	Base de Dados	Nível Evidên cia
Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo ⁽¹⁷⁾ Autores: Bittar OJNV, Magalhães A, Martines C, Felizola NGB, Falcão LHB	2016/ Brasil	Estudo descritivo	Fez o levantamento das consultas agendadas em ambulatorios e das ausências em algumas unidades do município de São Paulo. No Dante Pazanezze, 29% dos pacientes faltaram por motivos de transporte.	Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo- acessado via Portal BVS	VI
Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas ⁽¹⁸⁾ Autores: Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH	2017/ Espanha	Estudo de caso-controle	Comparou pacientes que faltaram com os que não faltaram à consulta. O Centro de Alta Resolução de Mijas apresentou um custo elevado com o absenteísmo, de aproximadamente três milhões de Euros, e taxa de faltosos de 13,8%.	MEDLINE- acessado via Portal BVS	IV

GPS-measured distance to clinic, but not self-reported transportation factors, are associated with missed HIV clinic visits in rural Uganda ⁽¹⁹⁾ Autores: Siedner MJ, Lankowski A, Tsai AC, Muzoora C, Martin JN, Hunt PW, et al.	2013 Uganda (África)	Estudo prospectivo de coorte	Verificou que existe relação da distância medida pelo GPS com o absenteísmo e mediu o risco dos pacientes que vivem em zonas rurais com dificuldade de recursos, com 78% de mulheres e mediana de idade de 40 anos.	CINAHL	IV
Preventing patient absenteeism: validation of a predictive overbooking model ⁽²⁰⁾ Autores: Reid MW, Cohen S, Wang H, Kaung A, Patel A, Tashjian V, et al.	2015/ Estados Unidos	Estudo descritivo	Podem-se obter informações com o instrumento para prever a falta do paciente. E permitir, com a sua utilização, melhorar a capacidade de atendimento. Estudo com 1.392 pacientes e absenteísmo de 19 a 38%.	PUBMED	VI
Técnica de <i>overbooking</i> no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde ⁽²¹⁾ Autores: Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CCH, Lima AC, Custódio I	2014/ Brasil	Pesquisa quantitativo, descritivo	Com a utilização da matemática e da estatística baseadas nos dados dos pacientes, fez uma comparação do <i>overbooking</i> e utilização dos serviços. Como resultados, observou a eficiência aumentando o atendimento, com uma taxa de aproveitamento de 3,20% com a inversão de períodos de atendimento.	PUBMED	VI

Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la agencia sanitaria costa del sol ⁽²²⁾ Autores: Mesa MLJ, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F.	2015/ Espanha	Pesquisa de caso-controle	Os pacientes que mais faltam são os jovens. O principais motivos das faltas são evitáveis e podem ocorrer melhorias na comunicação. Com n=882 pacientes e absenteísmo de 13,8%, sendo que 29,6% esqueceram a consulta	IBECs- acessado via Portal BVS	IV
Factors of missed appointments at an academic medical center in Taiwan ⁽²³⁾ Autores: Tsai et al.	2019/ China	Estudo transversal	Vários fatores influenciam o não comparecimento dos pacientes à consulta, dentre eles fatores ambientais, tempo de uma consulta à outra. Absenteísmo de 16,9%, pacientes com menos de 40 anos.	Embase	VI
Association between non-attendance to outpatient clinics and emergency department consultations, hospitalizations and mortality in a Health Maintenance Organization ⁽²⁴⁾ Autores: Giunta DH, Serena MA, Luna D, et al	2010- Argentina	Estudo de Coorte retrospectivo	Avaliou o não comparecimento a consultas médicas ambulatoriais agendadas relacionando com o atendimento dos pacientes em pronto socorro, internações e mortalidade. Foram incluídos 65.265 adultos. O não comparecimento teve mediana de 20%, e 10% procuraram o Pronto Socorro. Associação do não comparecimento ao atendimento em Pronto Socorro e mortalidade.	Embase	IV
Internal audit of attendances at a psychiatry outpatient clinic ⁽²⁵⁾	2008- Irland	Estudo de auditoria pré	Auditoria realizada em ambulatório de psiquiatria mostrou que dos 93 pacientes agendados, faltaram	CINAHL	VI

Autores: Brendan DK	a	e pós intervenção, com tratamento estatístico dos resultados.	13,9%; 30,1% compareceram sem hora marcada; 20,4% tiveram atendimento inapropriado e 2,2% não pertenciam à área de abrangência. Após três meses, nova auditoria apontou redução dos índices.		
---------------------	---	---	--	--	--

No Quadro 4, mostra a qualidade dos estudos com 11,11% com Nível de evidência muito baixo e 88,89% com Nível baixo, segundo o Sistema GRADE.

Quadro 4 – Nível de evidência dos estudos, segundo sistema GRADE ⁽¹⁶⁾ – Botucatu, SP, Brasil, 2020

Artigo	Desenho do Estudo	Fatores de diminuição					Fatores de aumento			Nível de Evidência
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo ⁽¹⁷⁾ Autores: Bittar OJNV, Magalhães A, Martines C, Felizola NGB, Falcão LHB	Estudo descritivo	/	/	/	-1	/	/	/	/	Baixo – 2 pontos
Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas ⁽¹⁸⁾	Estudo de Caso - controle	/	/	/	-1	/	/	/	/	Baixo – 2 pontos

Autores: Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH										
GPS-measured distance to clinic, but not self-reported transportation factors, are associated with missed HIV clinic visits in rural Uganda ⁽¹⁹⁾	Estudo Prospectivo de Coorte	/	/	/	/	/	/	/	/	Baixo – 2 pontos
Preventing patient absenteeism: validation of a predictive overbooking model ⁽²⁰⁾	Estudo Descritivo	/	/	/	/	/	/	/	/	Baixo – 2 pontos
Técnica de <i>overbooking</i> no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde ⁽²¹⁾	Pesquisa Quantitativo, descritivo	/	/	/	/	/	/	/	/	Baixo – 2 pontos
Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la agencia sanitaria Costa del Sol ⁽²²⁾	Pesquisa de Caso-controle	/	/	/	/	/	/	/	/	Baixo – 2 pontos
Factors of missed appointments at an academic medical center in Taiwan ⁽²³⁾	Estudo Transversal	/	/	/	/	/	/	/	/	Baixo – 2 pontos
Association between non-attendance to outpatient clinics and emergency department consultations, hospitalizations and mortality in a Health Maintenance Organization ⁽²⁴⁾	Estudo de Coorte retrospectivo	/	/	/	/	/	/	+1	/	Baixo – 2 pontos
Internal audit of attendances at a psychiatry outpatient clinic ⁽²⁵⁾	Estudo de auditoria pré e pós intervenção	-1	/	/	-1	/	/	/	/	Muito Baixo-1 ponto

	com tratamento estatístico dos resultados									
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1- Risco de viés; 2- Inconsistência; 3- Evidência Indireta; 4- Imprecisão; 5- Viés de Publicação; 6- Tamanho do efeito; 7- Gradiente de dose-resposta; 8- Possível confusão residual.

* As barras significam que no determinado aspecto o estudo não obteve redução ou acréscimo de pontuação.

Verificou-se maior presença de artigos internacionais na amostra dos nove artigos incluídos na presente revisão.

Predominou, quanto à abordagem metodológica dos estudos, o caráter quantitativo.

Em relação ao nível de evidência dos artigos, predominou o Nível VI (seis artigos), e três artigos apresentaram o Nível IV. O nível de evidência predominante foi de moderado a fraco, porém, foi descrito para se conhecerem quais as evidências mais robustas. No entanto, optou-se por utilizar os demais artigos que possuíam evidências moderadas e fracas, pois, na revisão integrativa, consideram-se todos os níveis. Optou-se por incluir todos os níveis de evidências dos artigos que estavam relacionados aos objetivos do estudo. Embora houvesse a intenção de analisar, em separado, os níveis de evidência de I a III e de IV a VII, como não se identificaram, no corpus de análise, artigos dos grupos I, II e III, a análise foi integrada, considerando os grupos de IV a VII, em virtude da escassez de estudos. Os estudos com evidências mais baixas podem conduzir à produção científica de novos estudos com melhores achados, afim de aprimorar a qualidade das evidencias.

Apesar do número reduzido de estudos evidencia-se preocupação para a área da gestão sobre o absenteísmo às consultas agendadas, indicando ser um tema que envolve gestores, profissionais, questões socioeconômicas e comportamentais. Questões relacionadas ao tempo, distância e comunicações apresentam-se relevantes e serão aprofundadas nas categorias temáticas, juntamente com a discussão.

DISCUSSÃO

Dos sete estudos internacionais, dois realizaram-se na Espanha, um nos Estados Unidos, um na África, 1 na China, um na Argentina e um na Irlanda. Predominaram artigos na língua inglesa num total de cinco, dois eram em português e dois em espanhol.

Do corpus de análise emergiram três categorias temáticas: o Gasto do absenteísmo às consultas para o Serviço de Saúde, Motivos das faltas e Estratégias para prevenir as faltas.

O Gasto com absenteísmo às consultas para o Serviço de Saúde

O absenteísmo em consultas costuma acarretar prejuízos aos pacientes, como o aumento nas filas de espera e a ociosidade na utilização dos recursos previamente organizados para atender à demanda agendada e que não comparece. Além disso, o reagendamento de consultas tende a gerar custos para a organização.

Estudo realizado na Espanha⁽¹⁸⁾ demonstra que os gastos com saúde representam 5,9% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto, no Brasil, utilizam-se cerca de 8% do seu PIB⁽²⁶⁾.

Na Espanha⁽¹⁸⁾, pesquisa analisou o custo dos pacientes faltosos a consultas ambulatoriais por meio de estudo de caso-controle na Agência de Saúde da Costa del Sol (ASCS), que engloba o Hospital Costa Del Sol, o Centro de Alta Resolução de Especialidades (CARE) de Mijas e o Hospital de Alta Resolução de Benalmádena. Compararam-se os grupos de pacientes que faltaram aos dos que não faltaram e também o custo com as remarcações de consultas.

O mesmo estudo⁽¹⁸⁾ apontou taxa de absenteísmo de 13,8%, com um custo de três milhões de Euros. Foi analisado o custo da primeira consulta e de exames de cada especialidade da ASCS. As especialidades de gastroenterologia, medicina interna e reabilitação aparecem com maiores custos. Na Espanha, o Sistema Nacional de Saúde tem como princípio a universalidade do cuidado, garantindo todo cuidado independentemente da quantia paga por impostos; é regionalizado e descentralizado⁽²⁷⁾ e se assemelha ao sistema do Brasil⁽²⁸⁾.

O custo com recursos humanos e materiais utilizados na assistência de qualidade torna-se uma preocupação para os serviços e, conseqüentemente, para o enfermeiro que assume a função gerencial.

Motivos das faltas

No estado de São Paulo⁽¹⁷⁾ foi realizado um estudo para analisar as causas do absenteísmo e utilizaram-se dados primários de sete unidades da Secretaria de Estado da Saúde, no período de 2011 a 2015. Observou-se que, em algumas unidades, havia diminuição da taxa de absenteísmo quando se trabalhava com técnicas de orientações aos usuários de saúde. Os principais motivos das faltas dos pacientes às consultas foram: 29% devido à falta de transporte, seguidos de 23,5% por esquecimento da data da consulta e 16,3% por dificuldades financeiras.

Quanto ao tipo de consulta⁽¹⁷⁾, sinalizava-se maior porcentagem de ausências nas primeiras consultas quando comparadas às consultas de retorno.

Em Los Angeles⁽²⁰⁾, estudo com 1.392 pacientes identificou como fatores das faltas: pacientes que já haviam faltado em consultas anteriormente, comorbidade e pacientes com problemas psíquicos, dentre eles a utilização de substâncias químicas.

Na África, em uma Zona Rural de Uganda⁽¹⁹⁾, estudo mostra que o absenteísmo dos pacientes com HIV, medidos por GPS, está relacionado à distância da clínica. Os usuários

relatam o alto custo com transportes.

Na Espanha⁽²²⁾, prevaleceu o esquecimento da consulta em 29.6% e problemas na comunicação, com 16%.

Estudo em Taiwan, na China⁽²³⁾, mostra que existem fatores que influenciam a ausência dos pacientes, como tempo de espera pela consulta, as características das consultas marcadas, como período do dia, dia da semana, horário e fatores climáticos, como chuvas.

Diante da problemática que é o absenteísmo nos serviços de saúde, torna-se imprescindível criar estratégias para redução desses índices. Na maior parte dos estudos selecionados⁽¹⁷⁻²¹⁾ ressalta-se a necessidade de intervenção dos responsáveis pela saúde, mas para isso, faz-se necessário conhecer quais os motivos das faltas dos usuários.

Observa-se grandes diferenças nos sistemas de saúde, porém o absenteísmo em consultas médicas está presente nesses países estudados. Nos Estados Unidos, observa-se o seguro privado como modelo de saúde ⁽²⁹⁾. Na China, a saúde evolui para trazer igualdade e valores acessíveis para a população, com incentivos governamentais na saúde pública, principalmente em regiões com baixa renda e com adesão voluntária de seguro saúde ⁽³⁰⁾.

Estratégias para prevenir as faltas

Para evitar as faltas dos pacientes aos serviços de saúde, que podem levar a prejuízos no tratamento, mau uso de recursos e de equipamentos e perdas financeiras significativas, é importante aplicar métodos e estratégias de monitoramento e avaliação dos serviços.

Nos Estados Unidos⁽²⁰⁾ desenvolveu-se um modelo para detectar quais são os pacientes que apresentam grande risco de não comparecer ou cancelar as consultas médicas agendadas e para analisar o impacto em 15 clínicas de endoscopia digestiva, onde utilizam-se muitos recursos. Foi desenvolvido um algoritmo, a partir de dados retrospectivos do prontuário eletrônico do paciente por um período de oito meses e prospectivo em quatro meses, para calcular a probabilidade de não comparecimento à consulta.

Em estudo⁽²⁰⁾ com amostra de pacientes que eram veteranos de guerra dos Estados Unidos observou-se a taxa média de *overbooking* de 0,51 consultas que não foram utilizadas por dia *versus* 6,18 para capacidade agendada. Com o monitoramento desse processo o serviço poderia ter ampliado sua utilização de 62 para 97% da capacidade.

O mesmo estudo⁽²⁰⁾ mostrou o benefício do *overbooking* preditivo, pois baseia-se nos próximos dados do paciente, enquanto o *overbooking* permanente só se baseia em médias

históricas e pode aumentar ou diminuir a utilização das consultas.

Outro estudo de *overbooking* foi realizado no Brasil⁽²¹⁾, com pacientes do serviço público de saúde no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri, na região oeste de São Paulo, gerido pela Faculdade de Medicina da USP. Alguns dados foram coletados do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde. O estudo mostrou que benefícios na eficiência do atendimento são visíveis e evidenciou aumento do número de atendimentos, pois, com a inversão do período da oferta das consultas em ortopedia e oftalmologia, foi observado um aumento na taxa esperada de utilização de 3,2%.

Estudo⁽¹⁷⁾ realizado no estado de São Paulo indicou medidas que vêm sendo realizadas para diminuição do absenteísmo, como: contratação de funcionários para realizar o atendimento de *call center* (lembrete para a consulta médica agendada), funcionário do agendamento atuar no controle de fila de espera (o paciente sai da consulta com a data de retorno). Tais medidas promoveram a redução do número de faltosos de 2.815 para 313 em seis meses. Adicionalmente, investiu-se em atualização de cadastros e adotou-se uma regra em relação aos faltantes: com a primeira falta, a consulta é remarcada, mas em falta posterior, o paciente retorna para o município de origem, reiniciando o processo de encaminhamento.

Estudo desenvolvido na Argentina⁽²⁴⁾ ressalta que conhecer as faltas dos pacientes permite intervir na qualidade de saúde ao associar os dados dos faltosos com a procura por atendimento em Pronto Socorro e com a mortalidade pelos agravos das doenças de pacientes incluídos no hospital universitário de alta complexidade integrado a dois hospitais e 20 centros de saúde em Buenos Aires, por meio de prontuários eletrônicos integrados nessas unidades. Foi verificado a falta em especialidades médicas, durante o período de um ano, com mais de cinco consultas agendadas, de pacientes com a média de idade de 63 anos, sendo 29,9% do sexo masculino. O não comparecimento foi de 20%, dos quais 10% foram associados ao atendimento no Pronto socorro e também com mortalidade.

Esses dados vêm ao encontro da literatura que mostra o absenteísmo aumentando o atendimento de urgência e emergência e causando descontinuidade do cuidado⁽³¹⁾.

O absenteísmo pode ter sido influenciado pela baixa equidade do serviço de saúde e também por ser segmentado e fragmentado, apesar de se priorizarem algumas políticas de medicamentos e saúde materno-infantil no serviço público⁽³²⁾.

Em estudo na Irlanda⁽²⁵⁾, em um ambulatório de psiquiatria, foi realizada uma auditoria com o propósito de verificar a demanda atendida. Observou-se absenteísmo de 13,9% dos agendados e uma demanda elevada de pacientes não agendados que procuravam atendimento - 30,1% e de atendimentos inapropriados - 20,4%. Também, 2,2% não pertenciam

ao território de abrangência. Com a criação de Protocolos de Atendimentos, após três meses e com uma nova auditoria, observou-se que diminuíram as consultas agendadas e dos pacientes sem agendamento, mas não a taxa de absenteísmo. Na Irlanda, observa-se grande investimento nas áreas ambulatoriais, diminuindo os leitos de internação e investindo em saúde voltada à prevenção para a comunidade. Não foi encontrado outro estudo com destaque ao processo de intervenção por meio de protocolos e auditorias para confrontar os achados deste estudo. O sistema de saúde na Irlanda assemelha-se, em alguns pontos, ao Sistema Único de Saúde no Brasil, tendo como doutrina a universalidade, equidade e integralidade, com financiamentos por coleta de impostos e crescimento da participação privada na saúde, porém sofre com a crise mundial e contenção de gastos⁽³³⁾. Esses fatores podem interferir no absenteísmo dos pacientes.

Observa-se uma limitação no estudo diante de poucas pesquisas encontradas em várias bases de dados, o que reforça a necessidade e motivação para realizar pesquisas nesta área. A limitação metodológica da revisão pode estar associada aos estudos encontrados com níveis de evidências moderados a fracos, sendo necessário estudos de intervenção bem controlados para minimizar a problemática estudada.

Torna-se extremamente importante a busca de metodologias de pesquisa para a melhoria do atendimento com qualidade para o paciente⁽³⁴⁾.

Os achados trazem, como implicação para a prática, a necessidade de organização dos serviços públicos de saúde para a melhoria da qualidade do serviço prestado, pensando nas necessidades individuais e coletivas, reduzindo, assim, as filas de espera e diminuindo as demandas de atendimento no Pronto Socorro e, conseqüentemente, garantindo a continuidade da assistência ao paciente.

As implicações para a pesquisa estão ligadas às necessidades de aprofundamento de estudos para adequação dos serviços, mudando rumos para a intervenção na saúde, tornando necessária a busca de alternativas para redução de gastos com a saúde e de estratégias para solução dos problemas enfrentados tanto no Brasil como no mundo.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa da literatura permitiu conhecer questões relacionadas ao absenteísmo nas consultas ambulatoriais, como custos, os motivos e porcentagens das faltas dos pacientes às consultas médicas agendadas e estratégias para melhorar o problema, evidenciando-se as necessidades de reconhecer esse problema de gestão e propor soluções.

Observa-se que a preocupação com a qualidade de atendimento, o aumento das filas e a alta demanda, bem como o custo da ociosidade de vagas dos pacientes não atendidos são

focos centrais para a gestão e que medidas gerenciais e de comunicação podem minorar essa problemática.

Apesar da importância do tema, a literatura é escassa. Os serviços de saúde não podem fechar os olhos para a situação, sendo de suma importância estudos futuros para ampliar o conhecimento das equipes e dos gestores sobre o absenteísmo, para promover assistência de qualidade, com continuidade do atendimento, diminuição das filas de espera e do custo da ausência, buscando, assim, a otimização e adequada utilização dos recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 26 fev 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 356/GM, de 20 de fevereiro de 2002. Estabelece o Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do MERCOSUL. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
5. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. Rev. Bras. Econ. vol.66 n°1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-71402012000100001>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília - DF, 12 jun 2002; Sec. 1, p. 36.
7. Pinto HA, Barbosa MG, Ferla AA. Avaliação da atenção básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. Saúde Redes. 2015;1(4):15-26.

- 8.Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03544. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018048103544>.
- 9.Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espac Saude*. 2010;11(2):56-65.
- 10.Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(123):1015-30.
- 11.Briatore A, Tarsetti EV, Latorre A, Quirós FGB, Luna D, Fuentes NA, et al. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(1):207-20.
- 12.Organização Mundial da Saúde (OMS) [Internet]. Geneva: WHO; c2010 [cited 2020 Dec28]. Relatório Mundial da Saúde. FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE. O caminho para a cobertura universal. 143p. Available from: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>
- 13.Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*[Internet]. 2010[cited 2016 Mar 09];8(1Pt1):102- 6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>
- 14.Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
- 15.Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010;110(5):41-7. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e.
- 16.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas : Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.: il. Available from:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf
- 17.Bittar OJNV, Magalhães A, Martines C, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016;13(152):19-

32.

18.Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH. Análisis del Coste económico do absentismo de patients en Consultas externas. *Rev Calid Asist.* 2017;32(4):194-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.004>.

19. Siedner MJ, Lankowski A, Tsai AC, Muzoora C, Martin JN, Hunt PW, et al. GPS-measured distance to clinic, but not self-reported transportation factors, are associated with missed HIV clinic visits in rural Uganda. *AIDS.* 2013;27(9):1503-8. DOI: 10.1097/QAD.0b013e32835fd873.

20.Reid MW, Cohen S, Wang H, Kaung A, Patel A, Tashjian V, et al. Preventing patient absenteeism: validation of a predictive overbooking model. *Am J Manag Care.* 2015;21(12):902-10.

21.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 Saude Publica.* 2014;30(5):1009-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158612>.

22.Mesa MLJ, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2015;38(2): mayo-agosto

23.Tsai et al. Factors of missed appointments at an academic medical center in Taiwan. *J Chin Med Assoc. Original Article.* 2019;82(5):436-42.DOI:10.1097/JCMA.0000000000000068

24.Giunta DH, Serena MA, Luna D, et al. Association between non-attendance to outpatient clinics and emergency department consultations, hospitalizations and mortality in a Health Maintenance Organization. *Int J Health Plann Mgmt.*2020;35:1140–56.DOI:<http://dx.doi.org/10.1002/hpm.3021>

25.Kelly B. Internal audit of attendances at a psychiatry outpatient clinic. *Ir J Psych Med.* 2008; 25(4): 131-6.

26.Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud Av.* 2018;32(92):47-61.

27.Pereira AMM, Lima LD, Machado CV. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciênc.saúde coletiva* [online]. 2018;23(7):2239-52. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.08922018>.

28.Biasoto GJ, Silva PLB, Dain S. Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília; Organização Pan-Americana da

Saúde; 2006. 400 p. [citado 28 out2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf26.

29. Serapioni M, Tesser CD. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. *Saúde debate*. 2019;43(5): 44-57.

30. Silva, AI. Perspectivas históricas e econômicas sobre a saúde na China no século XXI. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2020; 27(2):375-89.

31. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DASB, et al. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2020;54:25

32. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(7):2197-212.

33. Nicoletti MA, Faria TM. Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. *Infarma. Ciências Farmacêuticas*. 2017;29(4):313-27.

34. Cardoso V, Trevisan I, Cicoella DA, Waterkemper R. Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 jul8];28:e20170279. DOI:<https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279>

ARTIGO 2: Caracterização dos pacientes faltosos a consultas médicas ambulatoriais de referência

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil dos usuários faltosos às consultas médicas agendadas em ambulatorios de hospital terciário referência para o Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo quantitativo, epidemiológico e transversal, realizado no interior do estado de São Paulo. Dados coletados dos relatórios de produção do sistema informatizado, oriundos do prontuário eletrônico do paciente, de janeiro a dezembro de 2018. Foram 22.550 pacientes faltosos a consultas médicas agendadas, analisados pelo Programa SAS[®] *for Windows*, versão 9.3, e por meio de estatística descritiva, com nível de significância de 5% ou p-valor correspondente. **Resultados:** Foram identificados 18,65% de faltosos a consultas distribuídas em 12 especialidades, sendo mais frequente a ortopedia. Eram do sexo feminino, casados, brancos e com ensino fundamental incompleto. **Conclusões:** Assim como conhecer o perfil da população faltosa contribui para melhorar a gestão do serviço. Deve-se também conhecer os motivos das faltas dos pacientes aos serviços de saúde para melhoria da qualidade e otimização dos recursos disponíveis.

Palavras-chave: Absenteísmo. Assistência ambulatorial. Recursos em saúde. Pesquisa em administração de enfermagem. Pacientes não comparecentes. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No país, temos o maior e mais completo sistema de saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado para assegurar o direito de acesso igualitário e universal aos seus usuários, que é garantido pela Constituição Federal⁽¹⁾.

A organização se faz por níveis de complexidade, sendo a Atenção Básica o início da linha de cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Esta deve ser a entrada ao Sistema de Saúde e estar próxima aos usuários para garantir uma assistência de saúde com qualidade⁽¹⁾. Atua com a proposta de organizar e integrar o sistema com o objetivo de torná-lo eficaz, efetivo e igualitário. As demandas não atendidas nesse nível, devido às suas especificidades, devem ser referenciadas para serviços de maior complexidade⁽¹⁾.

A organização do SUS envolve a regionalização e hierarquização dos serviços, entre os quais se inserem os de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Como o

nível de alta complexidade consome 40% dos recursos da União para atendimento à saúde⁽²⁾, torna-se necessário fazer um bom planejamento e organização da assistência fornecida ao paciente.

O planejamento deve ser uma preocupação dos gestores e, a exemplo disso, um estudo na região sul do Brasil demonstrou oferta insuficiente para atendimento a algumas demandas às especialidades, dificultando o acesso de pacientes da Atenção Básica⁽³⁾.

Os serviços de saúde se organizam para melhor atender a população, com recursos humanos, financeiros, estruturais e adequação à necessidade da população dentro da possibilidade. Porém, mesmo com a organização de tais recursos, ainda observa-se o absenteísmo dos usuários em consultas médicas agendadas, causando prejuízos e provocando desorganização ao sistema. Essa realidade traz impactos negativos, como o aumento de filas de espera por atendimento, sobrecarrega os serviços de urgência e emergência⁽⁴⁾ e acarreta a não resolubilidade do problema de saúde do paciente⁽⁵⁾, prejudicando a possibilidade de acesso ao atendimento de outro paciente⁽⁴⁾.

Embora a literatura não reúna muitos estudos, a ausência em consultas tem seus índices elevados no Brasil e em alguns locais do mundo. A exemplo, no Espírito Santo, esta foi de 38,6%⁽⁶⁾. Na Argentina, em um hospital público universitário, atingiu 21,3%⁽⁷⁾. Em contrapartida, nos Estados Unidos, em ambulatório de cirurgia de mão, atinge 5,9%⁽⁸⁾.

Para a prestação de atenção integral de qualidade, respeitando as Diretrizes do SUS, faz-se necessário conhecer o perfil da população atendida no serviço, bem como o perfil dos usuários faltosos às consultas médicas especializadas, pois esses dados são relevantes para a gestão do ambulatório, o que justificou o presente estudo. O ambulatório de referência do estudo atende predominantemente a nível terciário, porém também atende nível secundário por ser referência na região. O setor terciário dentro da Rede de Atenção à Saúde é considerado o de maior tecnologia e custo, sendo muitas vezes instalados dentro de hospitais e integrado com o serviço secundário e da Atenção Básica⁽⁹⁾.

Diante da problemática apresentada, o estudo se propôs a responder à seguinte questão de pesquisa: qual é o perfil de pacientes ausentes às consultas médicas agendadas em um ambulatório de referência?

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos usuários faltosos às consultas médicas agendadas em ambulatórios de um hospital terciário de referência para o Sistema Único de Saúde. O hospital atende predominantemente no nível terciário, porém também atende no nível secundário por ser referência na região para alguns municípios com pequena estrutura de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico e transversal.

O estudo foi realizado no Ambulatório de Especialidades de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, que é a maior instituição pública vinculada ao SUS na região e referência no Departamento de Saúde VI (DRS VI) para 68 municípios⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados foi realizada de abril de 2018 a fevereiro de 2019, referente ao período de um ano, incluindo dados de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

Foram incluídos pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, nos ambulatórios de: Cardiologia, Dermatologia, Gastrologia Cirúrgica, Gastrologia Clínica, Mastologia, Nefrologia, Neurologia Cirúrgica, Neurologia Clínica, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia e Cirurgia Vascular. Foram excluídos os pacientes menores de 18 anos.

A amostra foi composta por 22.550 pacientes faltosos em um período de um ano. Os dados foram coletados dos relatórios de produção do sistema informatizado, oriundos do prontuário eletrônico do paciente e elaborados pelo Centro de Informática Médica (CIMED) do hospital universitário em estudo. As variáveis estudadas foram: sexo, estado civil, cor, idade, escolaridade, perfil ocupacional, município de origem, tipo de consulta, mês, especialidade e intervalo entre a data do agendamento da consulta e data da mesma.

Para organização do banco de dados do pesquisador, os dados foram transferidos para uma planilha Excel[®]. Para facilitar a disposição dos dados foram utilizados intervalos de idade a cada cinco anos, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹¹⁾, com exceção do intervalo zero, que foi de 18 a 19 anos. Para avaliação do tempo do agendamento até a marcação da consulta foram utilizados intervalos estipulados a partir da experiência dos pesquisadores, uma vez que não se localizou um intervalo padrão para análise, tendo sido assim estabelecido: 0 para até 30 dias do agendamento até a realização da consulta, 1 (de 30 a 60 dias), 2 (de 60 a 120 dias), 3 (de 120 a 180 dias), 4 (de 180 a 365 dias) e 5 (mais de 365 dias).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu em 03/04/2020. Para os dados extraídos do sistema foi autorizada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Número do parecer: 2577434, de 3/4/2018, CAAE 85672718.0.0000.5411.

Análise dos dados

Para análise dos dados coletados utilizou-se estatística descritiva com o cálculo de frequências absolutas e relativas. As comparações entre os percentuais das categorias foram

feitas utilizando o teste de diferença de proporções e análise do teste qui-quadrado. Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram feitas utilizando o Programa SAS® *for Windows*, v.9.4. e o programa R v. 3.6.1.

RESULTADOS

Do total de 120.891 (100%) agendamentos realizados nas doze especialidades estudadas, no período de um ano, foram registradas 22.550 (18,65%) ausências entre os maiores de 18 anos.

A partir deste momento, no sentido de analisar o perfil desse absenteísmo, assume-se o número de 22.550, que passa a representar 100% nas próximas tabelas.

Tabela 1- Pacientes faltosos a consultas médicas agendadas, de acordo com sexo, estado civil e cor. Botucatu, SP, Brasil, 2018/2019.

Variáveis	Amostra	%	p-valor
Sexo (n=22.550)			
Feminino	12.356	54,79	<0,0001
Masculino	10.194	45,21	
Estado Civil (n=22.550)			
Casado	12.434	55,14a	<0,0001
Solteiro	5.535	8,19b	
Viúvo	2.509	24,55c	
Divorciado/Separado	1.847	11,13d	
Sem informação	225	1,00e	
Cor (n=22.550)			<0,0001
Amarela	75	0,33a	
Branca	19.662	87,19b	
Parda	1.657	7,35c	
Preta	866	3,84d	
Sem informação	290	1,28e	

* Proporções seguidas da mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Conforme mostra a Tabela 1, predominaram, entre os faltosos, pacientes do sexo feminino, casados e da cor branca.

Tabela 2 - Pacientes faltosos a consultas médicas agendadas, segundo idade. Botucatu, SP, Brasil, 2018/2019.

Variáveis	Amostra	%	p-valor <0,0001
0 (18 a 19 anos)	311	1,38a	
1 (20 a 24 anos)	914	4,05b	
2 (25 a 29 anos)	1.025	4,55c	
3 (30 a 34 anos)	1.208	5,36d	
4 (35 a 39 anos)	1.420	6,30e	
5 (40 a 44 anos)	1.465	6,50e	
6 (45 a 49 anos)	1.913	8,48f	
7 (50 a 54 anos)	2.052	9,10g	
8 (55 a 59 anos)	2.357	10,45h	
9 (60 a 64 anos)	2.524	11,19i	
10 (65 a 69 anos)	2.235	9,91h	
11 (70 a 74 anos)	1.896	8,41j	
12 (75 a 79 anos)	1.554	6,89e	
13 (80 a 84 anos)	953	4,23c	
14 (85 a 89 anos)	537	2,38l	
15 (90 a 94 anos)	149	0,66m	
16 (95 a 99 anos)	33	0,15n	
17 (+ de 100 anos)	4	0,02o	
TOTAL	22.550	100	

*Proporções seguidas da mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Houve predomínio de pacientes faltosos às consultas no intervalo de idade de 60 a 64 anos.

Com relação ao nível de escolaridade dos pacientes faltosos, foi 1903(8.44%) Ensino Superior, 5297(23.49%), Ensino Médio, 9051(40.13%) Ensino Fundamental do 5° ao 8° ano, 2495(11,07%) com Ensino Fundamental do 1° ao 4° ano, 2050(9.09%) somente alfabetizado, 795(3.53%) analfabetos, 366(1.62%) não sabe, e 593(2.63%) sem informação no prontuário eletrônico.

No perfil ocupacional foram encontradas 469 diferentes ocupações, assim, optou-se por apresentar as dez situações mais frequentes: 23,53% eram de prendas domésticas, 11,82% empregados domésticos, 7,52% trabalhadores autônomos, 4,96% aposentados, 3,84% trabalhadores rurais, 2,86% encarregados de faxina, 2,79% motoristas, 2,55% estudantes,

2,22% pedreiros e 4,28% dos pacientes mostravam-se sem informação no sistema.

A distribuição de pacientes faltosos, de acordo com a cidade de origem, englobou 284 cidades, indicando que o hospital extrapola o atendimento aos 68 municípios da região de abrangência. Entre os dez com maior frequência, Botucatu apresentou o maior número de faltosos, 38,01%, sendo seguido por São Manoel com 6,32%, Avaré 4,79%, Conchas 3,64%, Laranjal Paulista 3,16%, Itatinga 2,82%, Piraju 2,62%, Bofete 2,13%, Taquarituba 1,76% e Porangaba, 1,73%.

Quanto ao tipo de consulta, obtiveram-se 72,98%(16.457) de consultas de retorno, 14,75%(3.326) de casos novos e 12,27%(2.767) de consultas não especificadas.

Tabela 3 - Pacientes faltosos a consultas médicas agendadas, segundo o mês do ano. Botucatu, SP, Brasil, 2018/2019.

Mês	Número	%
Janeiro	1.210	5,37
Fevereiro	2.418	10,72
Março	3.341	14,82
Abril	2.658	11,79
Maio	2.409	10,68
Junho	764	3,39
Julho	1.650	7,32
Agosto	1.886	8,36
Setembro	1.500	6,65
Outubro	2.040	9,05
Novembro	1.825	8,09
Dezembro	849	3,76
Total	22.550	100

A Tabela 3 mostra o mês de março com o maior percentual de pacientes faltosos e o mês de junho com o menor.

Tabela 4 - Pacientes faltosos a consultas médicas agendadas, segundo a especialidade. Botucatu, SP, Brasil, 2018/2019.

Especialidade	Número	%
Ortopedia	6.339	28,11
Oftalmologia	4.526	20,07

Dermatologia	2.481	11,00
Nefrologia	1.898	8,42
Neuroclínica	1.707	7,57
Vascular	1.324	5,87
Cardiologia	1.230	5,45
Gastroclínica	1.048	4,65
Urologia	911	4,04
Gastrocirurgia	706	3,13
Mastologia	265	1,18
Neurocirurgia	115	0,51
Total	22.550	100

De acordo com a Tabela 4, o maior número de faltosos foi o da especialidade de ortopedia, seguida pela oftalmologia.

Tabela 5 - Pacientes faltosos a consultas médicas agendadas, segundo intervalo de tempo em dias, do agendamento da consulta até a data da consulta. Botucatu, SP, Brasil, 2018/2019.

INTERVALO	Número	%	p valor <0,0001
0 (até 30 dias)	4.640	20,58a	
1 (30 a 60 dias)	2.555	11,33b	
2 (60 a 120 dias)	3.881	17,21c	
3 (120 a 180 dias)	2.147	9,52d	
4 (180 a 365 dias)	8.395	37,23e	
5 (+ de 365 dias)	932	4,13f	
TOTAL	22.550	100	

*Proporções seguidas da mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Observa-se que houve maior proporção de pacientes faltosos com intervalo do agendamento até a consulta de 180 a 365 dias.

DISCUSSÃO

No período de um ano, os pacientes faltosos a consultas médicas totalizaram 18,65% de absenteísmo entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Dados semelhantes aos da região sul do Brasil, com 19,2%⁽¹²⁾.

O absenteísmo em consultas, tanto local como nacional, é maior em relação ao de alguns países da Europa. Na Inglaterra e País de Gales, a taxa foi de 12%⁽¹³⁾. Também, na Inglaterra, com a introdução de método para escolha de consulta, o absenteísmo atingiu 7% no período de 2005 a 2009⁽¹⁴⁾. Em Costa Del Sol, na Espanha, foi de 13,8%⁽¹³⁾.

Quanto ao sexo, o feminino representou 54,79% e o masculino, 45,21%. Assim, houve predomínio do sexo feminino, sendo este estatisticamente significativo, com p valor <0,0001; portanto, o sexo interfere no número de faltosos. Semelhante ao nosso estudo, nos Estados Unidos, no ambulatório de cirurgia de mão, prevaleceram 51% do sexo feminino⁽⁸⁾. Essas desproporções foram relatadas em estudo que aponta menor busca dos homens por atendimento à saúde e, quando o fazem, ocorre de forma limitada e quando já estão doentes⁽¹⁵⁾.

Quanto ao estado civil, com significância de <0,0001, observou-se, no absenteísmo, que 55,14% dos pacientes eram casados; 24,55% solteiros; 11,13% viúvos; 8,19% divorciados/separados e 1% sem informação. Esse dado pode estar relacionado à idade mais avançada dos pacientes que procuram o serviço de saúde e também às demandas necessárias. Diferentemente, nos Estados Unidos, 50% dos pacientes que não compareceram ao serviço eram solteiros e apenas 35% casados⁽⁸⁾. Não foi encontrada literatura nacional para comparação dos dados.

As pessoas da cor branca predominaram no estudo, com 87,19%. Esse fato pode ser justificado por predominarem, na região, pessoas brancas, devido à imigração europeia na construção da história do município⁽¹⁶⁾. Estudo Semelhante nos Estados Unidos demonstrou que 61% dos pacientes que não compareceram às consultas de cirurgia de mão eram brancos⁽⁸⁾.

Com relação às faixas etárias dos usuários, quando comparadas entre si, observou-se significância, com p valor <0,0001, do predomínio de pacientes com idade entre 60 e 64 anos. Nota-se que os intervalos 2 e 13, intervalos 4,5 e 12 e intervalos 8 e 10 não diferem entre si, havendo diferenças significativas entre eles. A média de idade foi de 57 anos (mínima de 18 e máxima 108). Os intervalos foram distribuídos de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽¹⁰⁾. Nos Estados Unidos 41% dos pacientes que não compareceram ao ambulatório de cirurgia de mão estavam na faixa etária de 36 a 55 anos⁽⁸⁾. Em outro estudo nacional com pacientes hipertensos e diabéticos, a faixa etária predominante foi de 50-59 anos (44,9%)⁽¹⁷⁾. Essas pesquisas diferem da nossa por trazerem a incidência de pacientes mais jovens.

Referente à escolaridade, houve predomínio de pacientes que completaram o Ensino Fundamental, do 5º ao 8º ano (9.051 - 40.13%), seguidos por aqueles que concluíram o Ensino Médio (5.297 - 23.49%). Observa-se uma população com baixo nível de escolaridade,

o que poderia ser um fator de interferência no absenteísmo. Faz-se necessário, durante o agendamento, adequar as orientações frente ao grau de entendimento do paciente. Estudo brasileiro, na Bahia, na Estratégia Saúde da Família, com pacientes diabéticos e hipertensos que faltaram às consultas médicas, mostrou predomínio de 46,9% de pacientes com grau de instrução com o Ensino Fundamental incompleto⁽¹⁷⁾.

Quando analisamos os dados de ocupação, a mais frequente foi de prendas domésticas, com 23,53%. Em consonância com este estudo, no qual de prendas domésticas representou 23,53%, em Salvador, na Bahia, a amostra de pacientes faltosos com diabetes e hipertensão foi composta por 36,7% com ocupação do lar, ou seja, de prendas domésticas⁽¹⁷⁾. Tal ocupação pode ter sido predominante em ambos os estudos por prevalecerem pacientes do sexo feminino.

Das 284 cidades de origem dos pacientes prevalece maior número de faltosos em Botucatu, 38,01%, seguidos pelos das demais cidades do Polo Cuesta que são referenciadas para esse ambulatório. Nos Estados Unidos, em Boston, pesquisa realizada em ambulatório mostrou que 53% dos pacientes faltosos moravam na mesma cidade, dado semelhante ao da nossa pesquisa. O estudo refere que se podem explicar as ausências pelo conflito com outros compromissos dos pacientes e pela facilidade de não comparecerem por estarem próximos ao serviço de saúde, mas enfatiza a necessidade de mais estudos devido à escassez do tema⁽⁸⁾.

Adicionalmente, por essa proximidade, o município sede do hospital possui maior número de atendimentos, então, pode-se inferir que, proporcionalmente, possua maior número de faltosos.

O maior percentual de faltas ocorreu nas consultas de retorno, com 72,98% e significância de $p < 0,0001$. Pode estar relacionado à solicitação de exames para o retorno e estes não estarem prontos na data da consulta, confirmando assim a necessidade de saber qual o motivo da falta à consulta. Em contraste ao nosso estudo, pesquisa em ambulatórios de especialidades no estado de São Paulo faz referência aos dados de primeira consulta e retorno, mostrando uma diminuição em dois ambulatórios, sendo um deles o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Maria Zélia (36,6 e 13,6%), localizado na capital, e o outro em Araçatuba (19,5 e 11,6%). A pesquisa evidenciou também aumento no AME de Santa Fé do Sul (8,8 e 13,7%), no qual os dados da primeira consulta eram melhores. O autor conclui que há necessidade de aprofundar a análise dos dados⁽¹⁸⁾.

Concernente à sazonalidade, houve predomínio do absenteísmo no mês de março, com 3.341 pacientes (14,82%), seguido pelo mês de abril, com 2658 pacientes (11,79%). O mês com menor falta foi junho, com 764 pacientes (3,39%), seguido por dezembro, com 849

pacientes (3,76%). As ausências podem ser proporcionais aos meses de maior agendamento de consulta e, nos meses de férias, este é menor. Estudo no Sul do país evidenciou que foi de 26% no mês de abril e o menor em julho, com 13,4%⁽¹²⁾. Nos Estados Unidos, 29% dos pacientes que faltaram às consultas médicas de cirurgia de mão o fizeram na primavera⁽⁸⁾, o que difere dos dados em nosso estudo, em que as faltas predominaram no outono. A análise em relação a essa variável fica limitada, pois na literatura internacional, somente foi encontrado o estudo dos Estados Unidos.

Quanto à variável especialidade, destaca-se a ortopedia, com maior número de faltosos (28,11%), seguida pela oftalmologia com 20,07%. Pode-se justificar esse fato por serem elas as duas disciplinas que apresentaram o maior número de pacientes agendados no ano (16.442 e 25.156 respectivamente). A especialidade de neurocirurgia foi a que apresentou o menor número de faltosos, 0,51%, porém, esta possui menor oferta de agendamento, com 358 consultas agendadas no ano, indicando equivalência nas proporções. Pesquisa realizada no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia observou que, nos ambulatórios que complementam o diagnóstico e tratamento dos pacientes com agravos cardiovasculares, o ambulatório de doenças vasculares é o que apresenta maior absenteísmo, 30,2%, seguido pelos ambulatórios de ginecologia e oftalmologia, com 29% e 18,7%, respectivamente. O menor índice de faltosos foi observado na Cirurgia Geral, com 0,4%⁽¹⁸⁾. Fazer uma correlação de faltosos de acordo com a especialidade torna-se outro limite, por terem especificidades regionais diferentes, bem como serviços voltados a tratamento de patologias específicas.

Nesta pesquisa, o intervalo, em dias, entre o dia que a consulta foi agendada até a data da mesma, interfere no absenteísmo, com $p = 0,0001$. Foram estipulados intervalos para facilitar a leitura dos dados e houve predomínio do intervalo 4, que vai de 180 a 365 dias, com 8.395 pacientes (37,23%). Esse período possivelmente elevou o número de faltas às consultas, porém, há a necessidade de aprofundar o estudo para reconhecer se esse é um dos motivos. No estado do Espírito Santo, nos municípios estudados, o tempo de agendamento também foi elevado, de 419 dias⁽¹⁹⁾. O elevado tempo de espera pode levar o paciente a faltar às consultas por esquecimento da data ou até mesmo pela gravidade de sua doença, que o faz buscar um atendimento de urgência ou até mesmo outro serviço.

O absenteísmo em consultas médicas traz uma inquietação para os enfermeiros gerentes em relação a oferecer cuidado de qualidade, à redução de custos e à otimização de recursos humanos e materiais.

Torna-se uma preocupação e desafio principalmente para o enfermeiro gerencial por exercer a liderança na equipe de saúde. Para essa melhoria no atendimento há a necessidade

da busca do conhecimento científico⁽²⁰⁾, afim de suprir as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O conhecimento do absenteísmo dos pacientes em consultas traz a importância da organização da gestão do serviço de saúde pelo enfermeiro, o que vai auxiliá-lo na melhoria da qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. O enfermeiro poderá planejar a assistência adequando o atendimento dos pacientes aos recursos disponíveis na instituição fornecendo melhorias para o paciente por meio da organização nas filas de espera e das agendas com o intuito de diminuir o tempo entre o agendamento e a consulta⁽²⁰⁾.

Os enfermeiros, que em suas funções, exercem grande participação nos processos educativos nos serviços de saúde, contribuem no melhor preparo das equipes para promover orientações adequadas aos usuários no processo de agendamento de consultas.

CONCLUSÃO

Conhecer o perfil da demanda de faltoso atendida no ambulatório tem como potencial auxiliar o planejamento dos recursos utilizados no serviço de saúde para garantir melhor atendimento e organização. Os resultados obtidos com o estudo atingiram o objetivo e nos evidenciaram que o absenteísmo no serviço de saúde é elevado, confirmando a necessidade de melhoria na organização. Para uma observação e intervenção na qualidade do atendimento à saúde, torna-se necessário conhecer o perfil da população que está sendo atendida nos serviços, bem como conhecer os motivos de ausência desses pacientes.

Este trabalho terá continuidade em um projeto maior que aprofundará os motivos das ausências. Com isso, tem o potencial de contribuir para a adequação do serviço às necessidades dos pacientes, diminuindo a fila de espera para atendimento e ampliando a resolubilidade. O caráter regional do estudo pode ser considerado como um fator limitante, mas acreditamos que possa ser utilizado por outras regionais de saúde com perfis semelhantes ou extrapolados para serviços com estrutura parecida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 Set 2017 [cited 2018 Jul 22]; Sec. 1, p. 68. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade

- no SUS. Brasília: CONASS; 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf
- 3.Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado 3 Jul 2019];22(4):1109-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/en_1413-8123-csc-22-04-1109.pdf
 - 4.Costa CFS, Duarte PM, Vaggetti HH. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. *Saúde (Santa Maria)*. 2018;44(1):1-10. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20922>
 - 5.Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR, Meier MJ. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(4):37-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400005>.
 - 6.Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(123):1015-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912303>.
 - 7.Briatore A, Tarsetti EV, Latorre A, Quirós FGB, Luna D, Fuentes NA, et al. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(1):207-20. doi: <https://doi.org/10.1002/hpm.2890>
 - 8.Menendez ME, Ring D. Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. *Hand*. 2015;10(2):221-6. doi: 10.1007/s11552-014-9685-z.
 9. Gonçalves, MA. Organização e funcionamento do SUS – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 132p. Especialização em Gestão em Saúde Programa Nacional de Formação em Administração Pública Inclui referências ISBN: 978-85-7988-243-2. Disponível em:https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401228/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%203ed%20GRAFICA.pdf
 - 10.Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Botucatu. Assessoria de Comunicação e Imprensa. Quem Somos [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina; 2019 [citado 8 Jan 2020]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>
 - 11.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado 8 Jul 2020]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf

- 12.Silveira GS, Ferreira PR, Silveira DS, Siqueira FCV. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-7. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1836](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1836).
- 13.Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH. Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. *Rev Calid Asist*. 2017;32(4):194-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.004>.
- 14.Dusheiko M, Gravelle H. Choosing and booking - and attending? Impact of an electronic booking system on outpatient referrals and non-attendances. *Health Econ [Internet]*. 2018 [citado 8 Jan 2020];27(2):357-71. doi: 10.1002/hec.3552.
- 15.Sousa AR, Pereira RM, Anjos MSB, Cerqueira AS, Alencar DC, Santana TS, et al. Acesso à saúde pela média complexidade: discurso coletivo de homens. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13:e237677. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.237677>.
- 16.Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Governo do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: SEADE; 2020 [citado 10 jun 2020]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
- 17.Trindade FT, Antunes HS, Souza NS, Menezes TMO, Cruz CMS. Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. *Rev Eletronica Enferm*. 2013;15(2):496-505. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16909>.
- 18.Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016;13(152):19-32. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2016/ses-34318/ses-34318-6279.pdf>
- 19.Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(esp 5):190-204. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>
- 20.Ferreira, VHS et al. Contributions and challenges of hospital nursing management: scientific evidence. *Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre*, v. 40, e20180291, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100506&lng=pt&nrm=iso

ARTIGO 3. Motivos de ausência de pacientes em consultas médicas agendadas

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil de faltosos, especialidades de ocorrência e motivos de ausência dos usuários às consultas médicas agendadas em Ambulatório de referência para o Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo quantitativo, epidemiológico e transversal. Realizado no interior do Estado de São Paulo, em Hospital Terciário. Dados coletados a partir de relatórios mensais do Centro de Informática Médica do Hospital e prontuário eletrônico, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018. A amostra foi 317 pacientes, maiores de 18 anos, que faltaram no período nas consultas em doze especialidades selecionadas. Foram realizadas entrevistas estruturadas por telefone, no período de abril 2018 a fevereiro de 2019 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Analisados pelo Programa do SAS® for Windows versão 9.3 e estatística descritiva, nível de significância de 5% ou p-valor correspondente. **Resultados:** 69,09% dos pacientes afirmam que faltaram na consulta médica agendada. Os motivos das faltas foram organizados em 11 categorias, sendo que na categoria 1, predominante, 18,06% dos pacientes afirmaram que não faltaram à consulta, seguido da Categoria 2, pacientes estavam doentes ou internados com 16,98%, pvalor de 0,0006. **Conclusão:** analisar o contexto e motivos das faltas geram conhecimento para gestão do serviço. Observa-se inadequações no agendamento e alimentação do sistema. O paciente deve ter corresponsabilidade com o serviço de saúde para que se possa otimizar o uso dos recursos públicos de saúde.

Descritores: Absenteísmo; Assistência Ambulatorial; Recursos em Saúde; Pesquisa em Administração de Enfermagem; pacientes não comparecentes, enfermagem.

INTRODUÇÃO

Qual será um dos motivos da desordem da ordem do planejamento das Unidades de Saúde? Gestores se organizam, planejam, refletem sobre os seus recursos e ainda não alcançam a plena utilização dos recursos.

Uma das dificuldades da saúde está no enfrentamento, com recursos financeiros reduzidos, dos desafios da gestão dos recursos para atendimento da demanda ⁽¹⁾.

O uso adequado dos recursos vai depender do que é necessário para a comunidade, da melhoria da regulação de vagas, e do fluxo de organização entre os níveis de atenção ⁽²⁾.

A organização do atendimento é uma tarefa desafiadora para os gestores da área. Atender às necessidades da população adequando a demanda aos recursos humanos e materiais

disponíveis exigem um bom conhecimento do território de saúde. A prestação dos cuidados em saúde deve estar sustentada de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a introdução do SUS na Constituição de 1988 e sua implantação pela Lei 8080/1990 ⁽³⁾, regulamentada pelo Decreto 7508/2011 ⁽⁴⁾, ocorreu um avanço à saúde no país garantindo a promoção, proteção e recuperação e organização da saúde em todo território nacional. Promovendo acesso a milhões de usuários ao sistema de saúde do país, garantindo a integralidade, universalidade e equidade. As ações e serviços de saúde passam a ser hierarquizadas pelos níveis de complexidade de atendimento e regionalizada ⁽⁵⁾.

A coordenação dos níveis de atendimento do SUS são fundamentais para a garantia da Integralidade do cuidado. O SUS está estruturado em níveis de atenção, primário, secundário e terciário, tendo como diferença entre eles seu grau de complexidade e sua tecnologia disponível e necessária para o diagnóstico e tratamento do paciente, sendo o setor primário a porta de entrada do Sistema de Saúde no país. Espera-se que o nível primário seja capaz de solucionar 85% das necessidades da demanda ⁽⁶⁾.

Para essa coordenação, há o sistema de referenciamento dos pacientes de um nível para o outro para resolução dos problemas e necessidades tecnológicas ⁽⁷⁾.

O Brasil possui vários municípios com desigualdades de atendimentos aos seus pacientes, nesse sentido se faz necessária as redes de apoio para garantir a assistência dos pacientes ⁽⁸⁾.

Existe uma relação entre custo e qualidade dos serviços de saúde prestados que, para ser atingida, deve ser equilibrada. O Brasil gasta com saúde em torno de 8% do seu Produto Interno Bruto⁽⁹⁾ , na Espanha 5,9%⁽¹⁾. Diante desses custos surge a preocupação com o atendimento das necessidades da população e correlações com os atendimentos prestados ⁽¹⁾.

Os serviços que sofrem prejuízos pela interferência de recursos financeiros e no seu planejamento tendem a ter problemas coletivos e individuais. Para a solução do problema exige da organização uma regulação e organização da demanda ⁽²⁾. Diante dessa situação, ainda se observa falhas nos atendimentos à população evidenciado pela falta dos usuários em consultas médicas agendadas, que aumentam consideravelmente o recurso gasto para o planejamento do serviço, pois terá que reagendar a consulta ou ainda utilizar o Atendimento de Urgência e emergência. Nesse sentido o conhecimento das faltas, bem como seus motivos são necessários para o planejamento do serviço ⁽¹⁰⁾.

O absenteísmo em consultas ocasiona uma desestruturação do atendimento e prejuízo na resposta da saúde para o paciente, aumenta o número de pacientes que aguardam ser atendidos e as resoluções dos problemas não são solucionadas ⁽¹⁾. O paciente perde seu

acompanhamento, ocasionando a busca de solução momentânea no atendimento de Urgência e Emergência. É uma preocupação no Brasil ⁽¹¹⁾ e no mundo⁽¹²⁾.

A taxa de absenteísmo ambulatorial para consultas em Israel é de 15%⁽¹²⁾. Estudo realizado entre 2014 a 2016 aponta que os faltosos em consulta médica especializada apresentam grande desperdício ao SUS, com um gasto aproximado de R\$3.558.837,88 ⁽¹¹⁾.

O motivo das faltas dos pacientes em consultas médicas agendadas deve ser verificado em razão do fator negativo que acarreta tanto no quesito financeiro, como no processo de trabalho e para o próprio paciente. O reagendamento da consulta pode levar a uma impressão falsa de desorganização do quadro de pessoal ou ausência de vagas para atendimento ⁽¹³⁾.

O não cumprimento do planejamento do serviço ocasionado pelas ausências dos pacientes afeta a economia e não resolução dos problemas do usuário. Outro indivíduo é privado de atendimento apresentando prejuízos na sua saúde. No Espírito Santo foi de 38,6% ⁽¹¹⁾. Na Espanha o absenteísmo varia de 10 a 20% ⁽¹⁴⁾.

O absenteísmo causa prejuízo por não ser possível substituir a consulta para outro paciente que necessita, recurso especializado que poderia ser utilizado com a manutenção do atendimento à outros usuários com semelhantes necessidades de saúde ⁽¹⁵⁾.

A verificação das causas associadas ao não comparecimento contribui para melhoria do serviço ofertado, aproveita melhor os recursos humanos e materiais, contribui para a continuidade do cuidado, maior acesso dos usuários sem interferências na fila de espera e sufocamento das unidades de urgência e emergência ⁽¹⁶⁾.

Portanto, para organização e planejamento do serviço de saúde deve-se conhecer o absenteísmo do usuário e verificar quais motivos dessa ausência impactam em prejuízos a todos os envolvidos. Dessa forma, o estudo se justifica pela importância na organização e gestão dos serviços e se propôs a responder às seguintes questões de pesquisa: qual o perfil da população faltosa às consultas médicas? Em quais especialidades a falta é mais importante? Quais os motivos referidos que levaram à ausência em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência de um hospital terciário?

OBJETIVO

Avaliar o perfil dos usuários faltosos, especialidades de ocorrência e motivos de ausência dos usuários às consultas médicas agendadas em Ambulatório de referência para o

Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Estudo quantitativo, epidemiológico e transversal. Realizado em Ambulatório de um Hospital Público Terciário e Universitário do interior do Estado de São Paulo. É a maior instituição pública de referência do SUS vinculada ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI) e abrange 68 municípios ⁽¹⁷⁾ e atende aproximadamente 1 milhão e meio de paciente. Faz parte da Rede de Atenção à Saúde, se divide em várias especialidades clínicas e cirúrgicas, atende pacientes oriundos do próprio hospital, como Pronto socorro ou encaminhamentos internos e também pacientes originados da rede básica local e regional. Além dos pacientes atendidos pelo SUS, o hospital atende IAMSP e alguns convênios com Planos de Saúde.

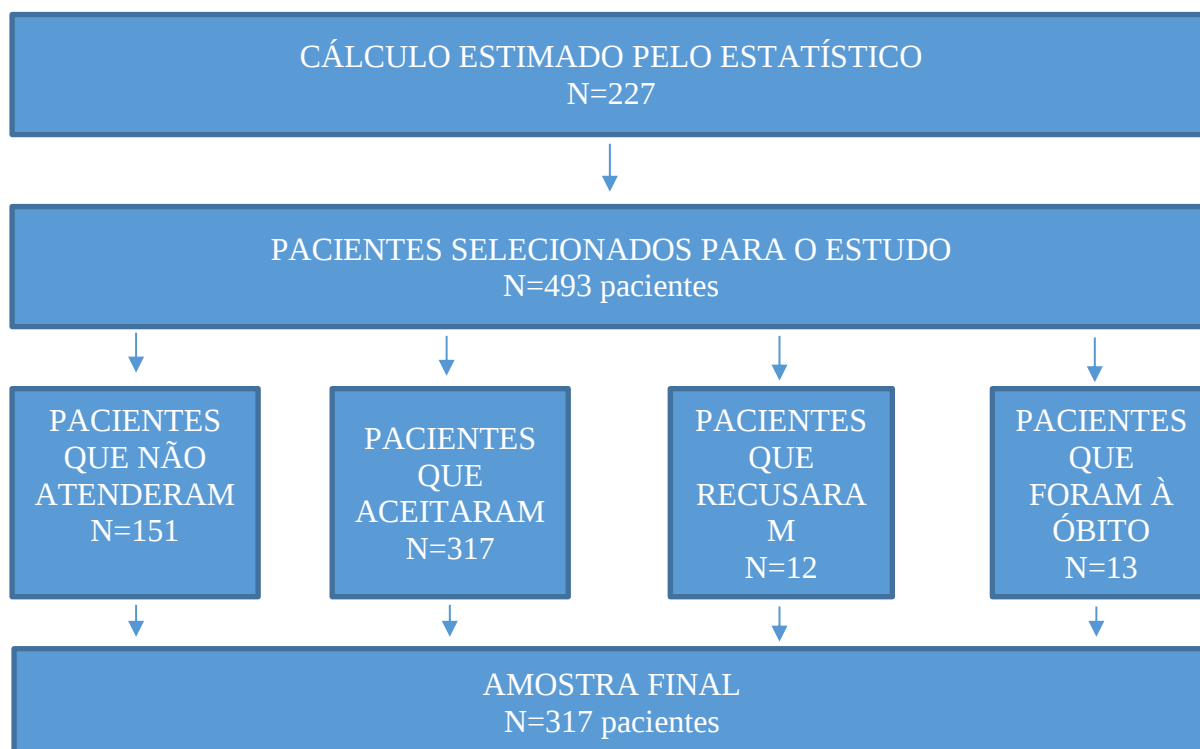
Os dados foram coletados a partir de relatórios emitidos mês a mês do Centro de Informática Médica do Hospital (CIMED), no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Foram utilizados também os prontuários eletrônicos dos pacientes.

A amostra foi calculada com base no número de faltosos às consultas médicas agendadas no ambulatório, correspondente a 22550 pacientes. Tais consultas referem-se às áreas de Cardiologia, Dermatologia, Gastrologia Cirúrgica e Clínica, Mastologia, Nefrologia, Neurologia Cirúrgica e Clínica, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia e Cirurgia Vascular, especialidade escolhida devido ao maior número de atendimentos.

Considerando que o percentual de faltas em um ano, 2018, foi em média, 18,65% em relação às consultas médicas agendadas no período (120891), com uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%, o tamanho amostral mínimo calculado pelo estatístico foi de 227 indivíduos, que foi estratificado pelas 12 clínicas, analisando os oriundos de Botucatu e demais cidades da região. Como critério de inclusão foram selecionados pacientes que faltaram e com idade superior a 18 anos.

O método de seleção aleatória da amostra foi realizado pelo programa do Excel®, obtendo o resultado. Para a organização dos dados utilizou-se uma planilha Excel ® e os pacientes receberam um número correspondente. Considerada uma margem de segurança, foram inseridos 493 pacientes sorteados. Destes, 317 aceitaram participar da pesquisa, com 151 não foi possível estabelecer contato (telefone fora da área de cobertura, telefone não válido ou desligado, por não atenderem a ligação ou por dificuldade de comunicação, por exemplo, problema auditivo do paciente, 12 se recusaram e 13 foram a óbito). Abaixo segue fluxograma da amostra Figura 1.

Figura 1: Fluxograma da amostra estudada. Botucatu, SP, Brasil, 2020.



Para as entrevistas estruturadas foram excluídos os pacientes que após 5 tentativas de contatos telefônicos em dias e horários alternados, não responderam a chamada. As ligações foram realizadas pelo celular com aparelho Samsung Galaxy S6 e gravadas pelo aplicativo Call Recorder. Os dados foram transcritos para uma ficha e em seguida para o banco de dados da pesquisa.

O estudo foi submetido e aprovado em 3/4/2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Para os dados extraídos do sistema foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Número parecer 2577434.

A análise dos dados coletados foi descritiva com o cálculo de frequências e percentuais. As comparações entre os percentuais das categorias foram feitas utilizando o teste de diferença de proporções análise ao teste qui-quadrado. Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram feitas utilizando o Programa do *SAS® for Windows*, v.9.4. e o programa R v. 3.6.1.

Para melhor visualização dos dados foram utilizados intervalos de idade a cada 5 anos de acordo com o senso de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁽¹⁸⁾ porém com exceção do intervalo zero que foi de 18 a 19 anos. Para análise do tempo do agendamento até a marcação da consulta foram utilizados parâmetros definidos para esta pesquisa, 0, para até 30 dias do agendamento até a realização da consulta, 1 (de 30 a 60 dias), 2

(de 60 a 120 dias), 3 (de 120 a 180 dias), 4 (de 180 a 365 dias) e 5 (mais de 365 dias).

Para a ocupação dos pacientes foi utilizado o sistema de Classificação Brasileira de Ocupação de 2002 ⁽¹⁹⁾ que subdividi as ocupações em grandes grupos (0 a 9). “Grupo 0 (Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares), Grupo 1 (Membros Superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes), Grupo 2 (Profissionais das ciências e das artes), Grupo 3 (Técnicos de Nível Médio), Grupo 4 (Trabalhadores de serviços administrativos), Grupo 5 (Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados), Grupo 6 (Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca), Grupo 7 (Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais), Grupo 8 (Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais) e Grupo 9 (Trabalhadores de manutenção e reparação)”.

Com relação aos motivos das ausências dos pacientes nas consultas médicas foram elencados 52 motivos. Diante da diversidade de respostas, as respostas semelhantes foram agrupadas e organizadas em 11 categorias, a partir das justificativas referidas: Categoria 1 (Pacientes que não faltaram a consulta), Categoria 2 (Estava doente, internado ou em outro atendimento), Categoria 3 (Esquecimento, Cancelamento, confusão ou mudança de data), Categoria 4 (Problemas com Transporte), Categoria 5 (Problemas familiares), Categoria 6 (Trabalho/aula), Categoria 7 (Melhorou ou resolveu o problema de outra forma), Categoria 8 (Comunicação), Categoria 9 (Outros motivos particulares), Categoria 10 (Problemas organizacionais no serviço) e Categoria 11 (Faltou exames ou conclusão da medicação para ir à consulta).

A realização da entrevista estruturada para coleta de dados foi do período de abril de 2018 a fevereiro de 2019.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se à amostra de 317 (100%) dos pacientes entrevistados e que faltaram nas doze especialidades estudadas, no período de um ano.

Quanto ao tipo de convênio utilizado pelo paciente para atendimento em 100% eram do SUS. Com relação a procedência dos pacientes 21,77% de Botucatu e 78,23% demais municípios da região de abrangência. Para ser retirado

Dentre as 12 especialidades estudadas, o número de pacientes faltosos se distribuiu: cardiologia com 13 pacientes (4.10%), dermatologia com 97(30.60%), gastrologia cirúrgica e clínica com 8(2.52%) em cada, mastologia 4(1.26%), nefrologia 15(4.73%), neurologia cirúrgica 2(0.63%), neurologia clínica 19(5.99%), oftalmologia 44(13.88%), ortopedia

85(26.81%), urologia 9(2.84%), vascular 13(4.10%).

Com relação a procedência dos pacientes, dividimos em Botucatu (cidade sede do serviço) com 21,77% dos atendimentos e demais cidades da região com 78,23%. Depois da cidade sede, as que mais se destacaram foram: São Manoel com 7,89%, Piraju 6,31% e 5,99% de Avaré.

Tabela 1: Perfil dos pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo sexo, estado civil, cor, grau de instrução. Botucatu, SP, 2018/2019.

Variáveis	Número	%	p-valor
Sexo(n=317)			
Feminino	200	63.09	<0,0001
Masculino	117	36.91	
Estado Civil (n=317)			
Casado	181	57.10a	<0,0001
Solteiro	83	26.18b	
Viúvo	27	8.52c	
Divorciado/Separado	25	7.89c	
Sem informação	1	0.32d	
Cor (n=317)			<0,0001
Amarela	1	0.32a	
Branca	286	90.22b	
Parda	22	6.94c	
Preta	6	1.89a	
Sem informação	2	0.63a	
Grau de instrução(n=317)			
Analfabeta	9	2.84c	<0,0001
Ensino Fundamental 1 a 4º completo	21	6.62b	
Ensino Fundamental 1 a 4ºincompleto	24	7.57b	
Ensino Fundamental 5 a 8º completo	35	11.04b	
Ensino Fundamental 5 a 8ºincompleto	83	26.18a	

Ensino Médio completo	63	19.87a
Ensino Médio incompleto	20	6.31b
Não sabe	1	0.32d
Somente alfabetizado	26	8.20b
Superior completo	23	7.26b
Superior incompleto	12	3.79c

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Houve predomínio de pacientes faltosos do sexo feminino, casado, branco com ensino fundamental da 5º a 8º incompleto.

Tabela 2- Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo faixa etária. Botucatu, SP, 2018/2019.

Variáveis	Número	%	p-valor
0(18 a 19 anos)	8	2.52bc	<0,0001
1(20 a 24 anos)	23	7.26a	
2(25 a 29 anos)	18	5.68ab	
3(30 a 34 anos)	13	4.10abc	
4(35 a 39 anos)	14	4.42ab	
5(40 a 44 anos)	32	10.09adc	
6(45 a 49 anos)	27	8.52a	
7(50 a 54 anos)	34	10.73ade	
8(55 a 59 anos)	45	14.20e	
9(60 a 64 anos)	24	7.57a	
10(65 a 69 anos)	36	11.36ade	
11(70 a 74 anos)	13	4.10ac	
12(75 a 79 anos)	18	5.68ab	
13(80 a 84 anos)	8	2.52bc	
14(85 a 89 anos)	4	1.26c	
TOTAL	317	100.0	

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Quanto ao intervalo de idade mostrado pela tabela houve predomínio de pacientes

faltosos com intervalo 8, com idade de 55 a 59 anos.

Quanto ao tipo de consulta foi significativo, com $p=0.0001$, observa-se que 276 (87.07%) são consultas de retorno, 27 (8.52%) são caso novo e 14 (4.42%) são de outras consulta.

Tabela 3- Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo ocupação de acordo com os dados do prontuário eletrônico e a ocupação referida pelo paciente. Botucatu, SP, 2018/2019.

GRUPOS	OCUPAÇÃO QUE CONSTA NO PRONTUÁRIO n(%)	OCUPAÇÃO REFERIDA NA ENTREVISTA n(%)	P valor
SEGUNDO CBO			<0,0001
Grupo 1	9(2.84%)bA	8(2.52%) bA	
Grupo 2	19(6.0%)bA	18(5.67%) bA	
Grupo 3	28(8.83%) bA	25(7.88%) bA	
Grupo 4	17(5.37%) bA	12(3.78%) bA	
Grupo 5	66(20.83%)aA	45(14.19%)aB	
Grupo 6	20(6.31%) bA	16(5.04%)bA	
Grupo 7	24(7.58%) bA	20(6.31%)bA	
Grupo 9	7(2.21%)cA	4(1.26%)dA	
Aposentado	17(5.36%) bA	43(13.56%)aB	
Estudante	16(5.05%) bA	12(3.78%)bA	
Pensionista	1(0.32%)cA	1(0.32%)bA	
Prendas domesticas	87(27.44%)aA	72(22.71%)cB	
Sem informação	6(1.89%)cA	38(11.98%)aB	
Desempregado	Nada consta	3(0.96%)d	
TOTAL	317(100%)	317(100%)	

*Proporções seguidas de mesma letra miuscula não diferem ao nível de 5% (fixando ocupação que consta no prontuário e a referida). Proporções seguidas de mesma letra maiúscula não diferem ao nível de 5% (fixando grupos). Teste de comparação de proporções qui-quadrado.

De acordo com a tabela acima, predominou a ocupação e prendas dométicas tanto

nos dados do prontuário como na entrevista.

Com relação a variável vinculação a um serviço de saúde, 275 pacientes (86.75%) referiram estar vinculados e 42 (13.25%) não. Esse dado foi significativo com $p < 0,0001$. Quando se verifica a vinculação ao tipo de serviço, foi significativo para a Unidade Básica de Saúde (UBS) /Unidade Saúde da Família (USF) da região representando 202 pacientes (63.72%), 57(17.98%) pertence a UBS/USF de Botucatu, 42 (13.25%) não referiu vinculação a nenhum serviço de saúde, 11 (3.47%) pertence a Hospital Público, 4 (1.26%) tem convênio e 1 (0.32%) frequenta hospital particular.

Quando foi perguntado ao paciente se faltou na consulta, 219 (69.09%) afirmaram ter faltado, 91 (28.71%) referiram que não faltou, 5 (1.58%) refere não se lembrar e 2 (0.63%) informaram que não tinham consulta na dermatologia.

Tabela 4- Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo o motivo da falta referida pelo paciente. Botucatu, SP, 2018/2019.

Variáveis	Motivo	Número	%	p-valor 0,0006
Categoria 1(Pacientes que não faltaram a consulta)	Afirmaram que não faltaram	67	18.06a	
Categoria 2 (Estava doente, internado ou em outro atendimento)	Estava doente(38) Estava internado(15) Outras consultas no mesmo dia, no HC, priorizou outro atendimento(8) Fez cirurgia(1) Teve um parto na mesma época(1)	63	16.98a	
Categoria 3 (Esquecimento, Cancelamento, confusão ou mudança de data)	Esqueceu a data(22) Confundiu data e/ou horário(13) Médico cancelou ou consultas muito próximas(10) Consulta remarcada/mudança de data(9) Não lembra(4).	58	15.63a	
	Sem transporte da Prefeitura(9)	24	6.47b	

Categoria (Problemas com Transporte),	4	Perdeu a condução(6) Esqueceu de providenciar o transporte(passe)(3) Sem transporte próprio(2) Greve dos caminhoneiros com falta de combustível(1) Mora no sítio e precisava esperar avaliação social para o transporte(1) Motorista da ambulância esqueceu a paciente no ponto(1) Ônibus da prefeitura quebrou no meio do caminho(1)		
	5	Sem acompanhante (6) Cuidando de familiar(4) Não tinha com quem deixar as crianças (4) Problema pessoal/familiar(4) Faleceu familiar(2) Familiar internado(2) Filho doente(2)	24	6.47b
	6	Estava trabalhando(18) Estava na aula(1)	19	5.12b
	7	Melhorou(6) Procurou outro serviço(mora longe ou demora no agendamento da consulta)(6) Médico orientou que se estivesse bem não precisava vir na consulta e não avisar agendamento(2) Foi atendido no IAMSPE (1) Médico suspendeu o atendimento porque o usuário tinha feito a cirurgia esperada(1) Outro médico especialista orientou a não ir no atendimento, para não fazer a cirurgia nesse momento(1)	18	4.85b

		Médicos transferiram para o Ambulatório de Especialidade Médica-AME(1)		
Categoria 8	Consulta foi agendada, mas o usuário não foi avisado da data(10)	16	4.31b	
(Comunicação),	SMS enviado com horário diferente da consulta(3)			
	Cancelaram a consulta sem avisar(1)			
	O posto de saúde não avisou a data da consulta(1)			
	Perdeu o papel do agendamento(1)			
Categoria 9	Estava viajando (7)	15	4.04b	
(Outros	Chuva(3)			
motivos	Falta de dinheiro(3)			
particulares),	Mudou de cidade(2)			
Categoria 10	Qualidade ruim do serviço(2)	8	2.16c	
(Problemas	Compareceu mas relatou ter sido dispensada porque ficou muito tarde-final do período de atendimento(1)			
organizacionais	Médico dispensou para entrar em cirurgia de emergência(1)			
no serviço)	Chegou atrasada e o médico não quis atender(1)			
	Foi dispensada pelo médico porque o aparelho do exame que iria fazer na consulta estava quebrado(1)			
	Foi embora porque demorou o atendimento(1)			
	Médico orientou a ir em consultas de encaixe(1)			
Categoria 11	Não conseguiu os exames para ir à consulta (4)	5	1.35c	
(Faltou exames	Retornar depois que tomasse o remédio (1)			
ou conclusão da				

medicação para
ir à consulta).

TOTAL	317	100%
-------	-----	------

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Na tabela 4 predominou como categoria os pacientes que afirmam não terem faltado na consulta.

DISCUSSÃO

Da amostra de 317 pacientes estudada, todos eram usuários do SUS, na Instituição há a possibilidade de atendimento pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado de São Paulo (IAMSPE) e por convênios de saúde, no entanto, predomina atendimento ao SUS.

A especialidade predominante com maior número de faltosos foi a dermatologia com 30,60%, dado esperado por possui uma maior demanda de atendimento. Já a neurocirurgia foi a de menor proporção de faltosos e demanda com 0,63%, por não possuir uma grande oferta de vagas. Os dados foram significativos e interferiram na condição de falta do paciente. No Espírito Santo, a neurologia tem também o menor absenteísmo 40,1%, em relação as outras especialidades que foram 50%. Esse fato deve-se por não se encontrar essa especialidade em todos os serviços de saúde, sendo uma oferta reduzida para atendimento ⁽¹¹⁾. Na Espanha, em estudo de caso controle prevaleceu a especialidade cirúrgica com 9,5% e a Hematologia 1,4%, com menor número de faltosos ⁽¹⁴⁾.

Houve predomínio das cidades da região com 78,23%. Muitos municípios do país ofertam aos seus pacientes o atendimento primário à saúde, com baixa complexidade, com necessidade de organização com as redes de saúde ⁽¹¹⁾. A região estudada pertence a DRS VI-Bauru, razão pelo qual temos em nossa região um grande número de pacientes atendidos de outras cidades ⁽¹⁷⁾.

Quanto ao sexo houve significância, e predominou o sexo feminino semelhante a outros estudos ^(10,13). Em Buenos Aires tem o mesmo cenário, feminino com 72,7% ⁽¹⁰⁾. A literatura cita que a busca pelos serviços de saúde do SUS é maior pelas mulheres, justificando tal achado ^(20,21). Como contribuição a esse achado, estudo no Nordeste do país com homens demonstram que estes procuram o serviço de saúde de média complexidade e unidades de pronto atendimento quando os sintomas da doença já se instalaram, evidenciando a não busca pela prevenção e sim solução de problemas, e dificuldades em aderir ao acompanhamento na

Atenção Primária pela demora no atendimento ⁽²²⁾.

A variável estado civil foi significativo, e a variável viúvo e divorciado/separado não diferiram entre si. Em Maringá, no Paraná, 66% dos pacientes hipertensos que faltaram à consulta possuíam companheiro ⁽²³⁾. Em contrapartida, um estudo em Boston, nos Estados Unidos em hospital universitário para cirurgia de mão foi de 35% solteiros, seguido do divorciado com 7,7%⁽²⁴⁾. Essa diferença pode ser justificada pela predominância de pacientes mais velhos em nosso estudo. Há pouca literatura que aborda o estado civil como fator determinante da ausência dos pacientes em consulta médica agendada.

A cor de pele influenciou no absenteísmo e quando comparado entre si a cor amarela, preta e sem informação não diferiram. Em consonância com nosso estudo, Boston com 60% dos pacientes ⁽²⁴⁾. A maioria branca em nosso estudo se justifica pela forte imigração européia encontrada no município e na região ⁽²⁵⁾.

O grau de instrução difere significativamente na ausência dos pacientes nas consultas médicas. Predominou proporcionalmente no estudo 26,18% do ensino fundamental da 5º ao 8º ano incompleto, apesar de não haver diferença significativa quando comparado ao ensino médio completo. O grupo dos analfabetos e superior incompleto também não diferiram entre si. Nota-se que os grupos de ensino fundamental 1º a 4º completo e incompleto, ensino fundamental de 5º a 8º completo, ensino médio incompleto, somente alfabetizado e ensino superior completo não diferem entre si, havendo diferenças significativas entre elas. Na Espanha houve predomínio do ensino primário no estudo de caso controle com aproximadamente 38% dos pacientes ⁽¹⁴⁾. Em Ribeirão Preto, pacientes com ensino fundamental representaram 53,8%⁽²⁶⁾. Em Manguinhos no Rio de Janeiro prevaleceu baixo nível de escolaridade ⁽¹³⁾. Não foi encontrado estudo em que fosse relatado maior nível de escolaridade entre os pacientes faltosos em consulta.

A idade interferiu significativamente no absenteísmo, houve predomínio 14,20% dos pacientes com idade entre 55 a 59 anos, apesar de não haver diferença significativa da faixa 1,2,34,56,7, 9,10 e 11. A média foi de 51,16 anos, variando de 18 a 86 anos. Diferente do nosso estudo, na Argentina predominou idade média de 67 anos ⁽¹⁰⁾. Na Espanha, variou de 51 a 55 anos em média, dados esses mais semelhantes ao nosso estudo ⁽¹⁴⁾. Em Ribeirão Preto, predominou pacientes com idade média de 44 anos ⁽²⁶⁾. Em Boston, variou de 36 a 55 anos (41%) ⁽²⁴⁾.

Com relação ao tipo de consulta agendada, observa-se que 87,07% foram consultas de retorno, em 4,42% de consultas que podem ser consideradas como incompatibilidade de informações digitadas no sistema ($p<0,0001$). Em consonância com nosso estudo em Buenos

Aires, Argentina, predominou consultas de retorno em 85,3% ⁽¹⁰⁾. Em Ribeirão Preto, consultas de retorno com 57,6% dos pacientes e 42,4% em primeira consulta ⁽²⁶⁾. Diferentemente de nosso estudo, na Espanha os casos novos foram de 48,6% dos pacientes ⁽¹⁴⁾. Nosso estudo demonstra que há referência para as especialidades pelos serviços de saúde e acompanhamento dos pacientes no ambulatório, podendo sugerir que como são consultas de retorno, estão fazendo seguimento de seu problema de saúde.

Observa-se que a ocupação interfere nas faltas. Porém quando se compara a ocupação que consta no prontuário com a ocupação referida pelo paciente, pode-se observar que diferiu no grupo 5, aposentados e prendas domésticas, além dos que estão sem informação. A discrepância dos dados nos mostra a desatualização do cadastro do paciente, devido ao aumento de aposentadorias. Quanto a ocupação mais prevalente foi o de prendas domésticas no prontuário e na entrevista, podendo estar relacionada ao maior número de ausências serem do sexo feminino. Não foram encontrados dados na literatura para comparação. Nota-se que a os Grupos 1,2,3,4,6,7, aposentado e estudante, O Grupo 5 e prendas domésticas e Grupo 9, pensionista e sem informação, não diferem entre si, havendo diferenças significativas entre elas. Com relação a ocupação referida pelo paciente nota-se que Grupo 5, aposentado e sem informação, Grupo 1,2,3, 4, 6,7 estudante e pensionista, não diferem entre si, havendo diferenças significativas entre elas.

Quando perguntado ao paciente se possui vinculação a algum serviço de saúde da atenção primária, 86,75% refere pertencer a um serviço de saúde, com significância de $p < 0,0001$, predominando 63,72% que utiliza a Unidade Básica de Saúde ou Unidade Saúde da Família de cidades da região. Porém, 13,25% não pertence a nenhum serviço de saúde, o que leva a inferir que, quando há necessidade, provavelmente utilize o serviço de Urgência e emergência e não mantém acompanhamento médico de sua saúde. Semelhante ao nosso estudo, em Ribeirão Preto, a maioria dos pacientes utiliza o Serviço Público de Saúde, variando entre as unidades estudadas, de 60,6% a 78,3% ⁽²⁶⁾.

Com relação a variável se o paciente havia faltado na consulta médica agendada obtivemos resposta sim para 69,09% dos pacientes, concordando com o sistema de registro eletrônico. Porém quando se fez a pergunta sobre a falta 28,71% dos pacientes alegaram não ter faltado, porém em 7,57% citaram algum motivo que não foi a Categoria 1, que foram elencadas nas demais categorias como observado na Tabela 4. Esse dado pode remeter a problemas organizacionais e/ou de registro de informações.

Na pesquisa, o motivo da falta interfere significativamente no absenteísmo do paciente. Nota-se que as Categorias 1,2,3, Categorias 4,5,6,7,8 e 9, e Categorias 10 e 11 não

diferem entre si, havendo diferenças significativas entre elas.

A Categoria 1 é a que apresenta maior proporção, semelhante ao nosso achado, um estudo com pacientes oncológicos que faltaram na consulta, a alegação de não ter agendado a consulta e afirmação de que não faltou também foi relevante com 40.35%⁽²⁷⁾. Esses dados sugerem falhas no sistema de prontuário eletrônico no registro das informações ou falhas na informação da consulta para o paciente.

A Categoria 2 apresentou a segunda maior em proporção. Na Argentina, pesquisa realizada em um hospital universitário mostrou que 12% dos pacientes não compareceram a consulta por estar se sentindo mal ⁽¹⁰⁾. No Hospital Dante Pazzanese, de Cardiologia em São Paulo, os motivos de ausência aparecem subdivididos em outras consultas e exame com 9.8% e estava doente ou internado com 1.1%, porém não foi o motivo prevalente ⁽²⁸⁾. Para redução do absenteísmo nessa categoria deve-se orientar bem o paciente sobre o agendamento da consulta, observar se não há consultas agendadas no mesmo dia, e orientar que, se estiver impossibilitado de comparecer, procure desmarcar a consulta com antecedência, para que a vaga seja disponibilizada a outro paciente.

O terceiro motivo evidenciado no estudo foi a Categoria 3 com 15.63%. No Hospital Dante Pazzanese aparece como segunda causa do absenteísmo, com 23.5% ⁽²⁸⁾. Em contrapartida em Hospital Universitário em Buenos Aires, na Argentina, 44% dos pacientes esqueceram a consulta ⁽¹⁰⁾.

Com a mesma quantidade de pacientes faltosos foi Categoria 4 e 5 com 6.47%. Na Categoria 4, aparece como principal motivo a Prefeitura não disponibilizar o transporte para a consulta do paciente. Diante desse cenário deve-se ter uma corresponsabilidade do serviço de encaminhar o paciente para a especialidade e garantir o transporte para o mesmo. O Segundo motivo mais evidenciado foi a perda do transporte pelo paciente. Dado semelhante ao nosso estudo ocorreu em Ribeirão Preto, com 7,02%⁽²⁷⁾, na Argentina atingiu 4.7%⁽¹⁰⁾.

Com relação a Categoria 5, problemas familiares, o motivo que aparece mais evidente foi em não ter acompanhante para vir a consulta médica. Diferentemente de nosso estudo em Ribeirão Preto apenas 1.75% sendo o seu menor motivo de falta da consulta ⁽²⁷⁾. Essa Categoria vem marcada pelo imprevisto e a dificuldade em desmarcar a consulta por telefone.

A Categoria 6, com 5.12% e na maioria os pacientes relataram estar trabalhando no horário da consulta agendada. Esse dado mostra a dificuldade do paciente em se ausentar do trabalho para ir à consulta, deve-se ter maior flexibilidade com as datas do agendamento para evitar possíveis faltas. Estudo ⁽²⁹⁾ aponta a não flexibilização da marcação como um dos

indicadores de falta referenciamento. Na medida do possível, para o agendamento da consulta deve-se levar em conta a disponibilidade do paciente em comparecer naquele dia e horário determinado. Em Ribeirão Preto representou 3.51%⁽²⁷⁾.

A Categoria 7, com 4.85% encontra-se relatos de que melhorou ou procurou outro serviço (mora longe ou demora no agendamento da consulta). Dados próximos ao nosso estudo, na Argentina, 4.7% dos pacientes alegaram o mesmo motivo ⁽¹⁰⁾. Na Espanha, a taxa foi de 4.8%⁽¹⁴⁾.

A Categoria 8, com 4.31% teve como motivo mais frequente da consulta ter sido agendada, mas o usuário não foi avisado da data. Diferentemente de nosso estudo, em Ribeirão Preto foi o segundo motivo mais frequente com 40.35%⁽²⁷⁾. Esses dados nos fazem refletir a necessidade na melhoria de comunicação no serviço de saúde, como também atualização do cadastro telefônico.

A Categoria 9, com 4.04% dos pacientes, justificaram estarem viajando. Não foi encontrado literatura que apontasse esse motivo, não sendo possível a sua comparação com outras pesquisas.

A Categoria 10, com 2.16% dos pacientes. O motivo mais frequente foi relatado como a qualidade ruim do serviço. Na Espanha ⁽¹⁴⁾, 2% dos pacientes estavam insatisfeitos com o atendimento. Dado esse semelhante ao nosso estudo e que poderia ser melhorado com a implantação de pesquisa de satisfação dos pacientes ⁽¹⁵⁾.

A Categoria 11, com 1.35% foi a menos frequente e paciente refere que não conseguiu os exames para ir à consulta. Nesse caso deveria ter um estreitamento na marcação da consulta e realização de exames, com prazos para agendamento depois dos resultados dos mesmos. Em Buenos Aires, Argentina, ocorreu em 8,7% dos pacientes ⁽¹⁰⁾.

As faltas acabam causando ociosidade na atenção secundária e influenciam negativamente nas atividades de atendimento na atenção básica, sendo importante a verificação do motivo da falta e atuação dos gestores. Deve-se buscar o conhecimento científico e articular a Atenção Básica com a Atenção Secundária, fortalecendo a Rede Atenção à Saúde, melhorando assim a condição de saúde do indivíduo ⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

O estudo foi realizado para conhecer o motivo das faltas dos pacientes nas consultas médicas agendadas das 12 especialidades mais atuantes no ambulatório e comparar os achados com a literatura nacional e internacional disponível. Como resultados encontramos que existem vários motivos pelos quais o paciente falta às consultas, merecendo destaque o relato de que não faltou à consulta e os relatórios apontam como faltosos. Diferentemente da maioria das

literaturas que vincula um motivo referente ao paciente, encontrado em apenas um estudo. Fatos indicativos de falha no sistema de agendamento. O paciente deve ter garantido pela lei o seu acesso ao serviço de saúde, porém deve-se ter um compartilhamento de responsabilidades com o serviço afim de reduzir ou evitar o gasto desnecessário com recursos humanos e materiais que são disponibilizados ao paciente.

Observou-se diferenças nas informações geradas pelos relatórios das informações pelo paciente durante a entrevista.

Para a gestão do serviço é necessária a compreensão dos motivos das faltas dos pacientes na consulta para ocorrer uma intervenção para melhoria do mesmo e implantar medidas para redução de gastos e melhoria da qualidade.

Como limitações do estudo, uma pode estar relacionada à inserção de dados no sistema de prontuário eletrônico que está sujeita a falhas, podendo ter interferido nos resultados e outra refere-se à escassez de estudos para comparação na literatura, deste modo, apesar de ser um estudo loco regional, agrega evidências e conhecimento sobre este relevante tema de gestão em saúde, indicando ainda pontos a serem explorados em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

1. Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH. Análisis del coste económico do absentismo de pacientes en consultas externas. *Rev Calid Asist.* 2017;32(4):194-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.004>.
2. Bastos LBR et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica.* 2020;54:25. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
4. Brasil. Decreto nº 7.508, de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 29 Jun 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 26 Feb 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

6. Rocha VCLG, Pereira DS, Pereira MJ, Silva SLA. Validade e Concordância do registro em prontuário do uso de serviços da Rede de Atenção à Saúde por idosos. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(6):2103-12.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção especializada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 31 Jul 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>
8. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(4):1281-9. doi: 10.1590/1413-81232017224.26392016.
9. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud Av*. 2018;32(92):47-61.
10. Briatore A, Tarsetti EV, Latorre A, Quirós FGB, Luna D, Fuentes NA, et al. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(1):207-20.
11. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(123):1015-30.
12. Yatziv LC, Cohen MJ, Halevy J, Kaliner E. No-shows in ambulatory clinics and non-utilized appointments for elective operations in selected surgical departments at a tertiary hospital in Israel. *Isr J Health Policy Res* . 2019;8:64. doi: 10.1186 / s13584-019-0333-5.
13. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):235-41. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)960](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)960).
14. Mesa MLJ, Asencio JMM, Ruiz FR. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(2):235-45.
15. Costa CFS, Duarte PM, Vaghetti HH. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. *Saude (Santa Maria)*. 2018;44(1):1-10.
16. Frost L, Jenkins LS, Emmink B. Improving access to health care in a rural regional hospital in South Africa: why do patients miss their appointments? *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9(1):1255. doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1255>.

17. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Botucatu. Assessoria de Comunicação e Imprensa. Quem Somos [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina; 2019 [citado 8 Jan 2020]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
19. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações Ministério do Trabalho e Emprego. Estrutura, tábua de conversão e índice de títulos. 3a ed. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2010. v. 3, 196 p.
20. Silva AN, Silva SA, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. Primary care assessment from a male population perspective. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):236-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>.
21. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03544. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018048103544>.
22. Sousa AR, Pereira RM, Anjos MSB, Cerqueira AS, Alencar DC, Santana TS, et al. Acesso à saúde pela média complexidade: discurso coletivo de homens. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13:e237677. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.237677>.
23. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(3):795-804.
24. Menendez ME, Ring D. Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. *Hand*. 2015;10(2):221-6.
25. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Governo do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: SEADE; 2020 [citado 10 jun 2020]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
26. Silveira RP. Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.
27. Mazza TO, Ferreira GSA, Picoli RM, Costa AL. Fatores do absenteísmo em primeira consulta num ambulatório de oncologia em um Hospital Universitário. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2019;52(1):24-33. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i1p24-33>.

28. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA. 2016;13(152):19-32.
29. Costa CFS, Duarte PM, Vaghetti HH. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. Saude (Santa Maria). 2018;44(1):1-10.
30. Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CD, Trindade LL. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20170560. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0560>.

ARTIGO 4. O agendamento de pacientes faltosos em consultas médicas ambulatoriais

Resumo: Objetivo: Analisar circunstâncias do agendamento dos usuários faltosos nas consultas médicas em Ambulatório de referência para o Sistema Único de Saúde. Método: Estudo quantitativo e transversal, realizado no Ambulatório de Hospital Terciário, com dados extraídos de relatórios mensais do Centro de Informática Médica, provenientes do prontuário eletrônico do paciente, complementado com entrevista telefônica estruturada, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A amostra incluiu 317 pacientes que faltaram nas consultas médicas agendadas. Os dados foram analisados pelo Programa do SAS® for Windows versão 9.3, estatística descritiva, nível de significância 5%. Resultados: Variáveis estudadas sobre o agendamento: se receberam Serviço de Mensagem Curta avisando da data do agendamento da consulta, intervalo de tempo entre o agendamento e realização da consulta, informação do paciente com relação a esse intervalo de tempo. Conclusão: O absenteísmo em consulta é um problema para as instituições. Observa-se a necessidade de readequar o sistema de agendamento, com atualizações de cadastro, e envio de lembretes aos pacientes.

Descritores: Absenteísmo; Assistência Ambulatorial; Recursos em Saúde; Pesquisa em Administração de Enfermagem; pacientes não comparecentes, enfermagem.

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS) a integralidade do cuidado e a organização do serviço de saúde no país deve ser planejada considerando os níveis de complexidade. Essa organização é orientada por diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica ⁽¹⁾.

Um dos princípios do SUS é universalidade à população ao Sistema ⁽²⁾. A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada, com prestação de cuidados que vão desde a promoção até a reabilitação da saúde ⁽¹⁾. Apesar de todas as suas vantagens com ações individuais e coletivas com baixo custo dentro do seu território de atuação, observa-se dificuldade no acesso, que se torna um desafio para os gestores, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país ⁽³⁾. Dificuldades relacionadas à tecnologias para atendimento são também evidenciadas ⁽⁴⁾.

Em Santa Catarina, estudo mostra as facilidades e dificuldades na contra referência de pacientes da Unidade de Pronto Atendimento para a Atenção Primária ou Secundária.

Aponta-se como facilidade a comunicação entre os profissionais de saúde e o prontuário eletrônico para continuidade da assistência e como dificuldade os problemas na estrutura da organização de saúde como a demora de agendamento de exames e consultas ⁽⁵⁾. Nesse Estado, há Núcleos de Apoio Saúde da Família que apoiam os cuidados aos usuários e a Estratégia da Saúde da Família entre o atendimento Primário e Secundário ⁽⁶⁾.

Também se evidencia a falta de conhecimento dos pacientes sobre os caminhos dentro do sistema de saúde ⁽⁷⁾. Em Ribeirão Preto, pacientes referem buscar o serviço de urgência e emergência em situações menos críticas devido à dificuldade de agendamento na Atenção Primária e também o fato das consultas disponíveis serem no horário de trabalho ⁽⁸⁾. Essa situação colabora com o aumento da demanda de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Outro estudo evidencia a fragilidade da Atenção Primária no município de São Paulo, com reflexos no aumento das internações ⁽⁹⁾.

Apesar das dificuldades de acesso aos serviços especializados de saúde devido a carência de recursos, ainda nos deparamos com o absenteísmo dos pacientes em consultas agendadas.

A falta nas consultas médicas é um problema no país ⁽¹⁰⁾. Interfere diretamente no planejamento do serviço, ocorrendo a necessidade de readequação de agendas do serviço ⁽¹¹⁾. Tal fato aumenta ainda mais o aguardo por atendimento e afeta indiretamente os demais níveis de saúde, aumentando a demanda dos serviços de urgência e emergência. Interfere no agendamento de outros pacientes ⁽¹²⁾.

Os serviços de saúde necessitam conhecer as demandas da sua população para o uso adequado dos recursos disponíveis. Existe um planejamento para atendimento que envolve recursos materiais e humanos, que são afetados com a falta dos usuários ⁽¹³⁾.

Uma consulta agendada e não realizada em virtude da ausência do paciente, significa que recursos, considerados escassos, não sejam utilizados.

Assim, as faltas dos pacientes causam desperdícios financeiros à saúde, conforme apontado em estudo no Espírito Santo ⁽¹⁰⁾ e também na Espanha ⁽¹⁴⁾.

As taxas de absenteísmo em consultas são elevadas no país, no Espírito Santo foi de 38,6%⁽¹⁰⁾. Em algumas cidades do país como Pelotas, no Rio Grande do Sul atingiu 19,2%⁽¹¹⁾.

Em Hospital Universitário da Argentina o absenteísmo alcançou 25,4%⁽¹⁵⁾. Na África do Sul variou de 20 a 40% ⁽¹⁶⁾.

O impacto negativo que causa a ausência às consultas e gastos com os envolvidos traz como consequência a não resolução dos problemas de saúde e prejuízos à instituição e ao

usuário ^(10,17). Acarreta desordens na organização do agendamento das consultas, dificultando o acompanhamento dos pacientes ⁽¹¹⁾.

Para adequada abordagem dessa problemática na gestão, deve-se conhecer os motivos das faltas dos pacientes e o funcionamento do serviço de saúde. As questões de pesquisa foram: os pacientes receberam Mensagem Curta avisando a data do agendamento da consulta? Qual o intervalo (registrado em prontuário e referido pelo paciente) de tempo entre o agendamento e realização da consulta? Qual o intervalo entre a consulta perdida pela ausência e o reagendamento do atendimento?

OBJETIVO

Analisar circunstâncias do agendamento dos usuários faltosos nas consultas médicas em Ambulatório de referência para o Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Estudo quantitativo e transversal. Realizado no Ambulatório de um Hospital Público Terciário, Universitário do Interior do Estado de São Paulo, referência na região do Departamento de Saúde VI (DRS VI) que atende pacientes do Sistema Único de Saúde em 68 municípios ⁽¹⁸⁾. O ambulatório atende pacientes procedentes de Botucatu e região, com atendimentos realizado pelo Sistema Único de Saúde, convênios com IAMSP e outros convênios de operadoras de saúde.

Os dados foram extraídos de relatórios mensais do Centro de Informática Médica do HCFMB (CIMED), no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

Para que se tivesse uma margem de segurança, foram realizadas ligações telefônicas a 493 pacientes selecionados aleatoriamente, dos quais 317 aceitaram participar, no período de janeiro a dezembro de 2018. Foram incluídos pacientes que faltaram em consultas médicas agendadas nas especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Gastrologia Cirúrgica e Clínica, Mastologia, Nefrologia, Neurologia Cirúrgica e Clínica, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia e Cirurgia Vascular. Para análise estatística, utilizou-se estratificação por municípios, considerando aqueles da área de abrangência.

Como critério de inclusão do estudo, os pacientes deveriam ter idade superior a 18 anos e terem faltado nas consultas agendadas dessas doze especialidades.

Foram excluídos os pacientes que após 5 tentativas de ligação telefônica em dias e horários alternados não atenderam a chamada e também aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com aparelho Samsung Galaxy S6 e gravadas pelo aplicativo Call Recorder. Após a entrevista os dados foram transcritos para Planilha do Programa Microsoft Office Excel®.

O estudo foi aprovado em 03 de abril de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número de parecer 2577434, CAAE 85672718.0.0000.5411. Foi solicitado a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os dados extraídos do prontuário eletrônico.

A análise dos dados coletados foi descritiva com o cálculo de frequências e percentuais. As comparações entre os percentuais das categorias foram feitas utilizando o teste de diferença de proporções análise ao teste qui-quadrado. Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram feitas utilizando o Programa SAS® for Windows, v.9.4. e o programa R v. 3.6.1.

RESULTADOS

Do total dos faltosos nos agendamentos realizados nas doze especialidades estudadas, no período de um ano, a amostra aleatória corresponde a 317 pacientes, que representa 100% nas tabelas.

Quando o paciente foi questionado sobre se foi avisado por Serviço de Mensagem Curta (SMS) sobre a data do agendamento, obtivemos o relato de que 158(49,84%) dos pacientes não foram avisados, 132 (41.64%) foram avisados e 27(8.52%) não se lembravam. Tabela 1- Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo intervalo entre o agendamento e a consulta pelo registro no prontuário eletrônico. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.

Variáveis	Amostra
INTERVALO(tempo em Registro no prontuário p- valor dias do agendamento até a eletrônico <0,0001 data da consulta)	
0(até 30 dias)	51bc(16.09%)
1(30 a 60 dias)	30de(9.46%)
2(60 a 120 dias)	62b(19.56%)
3(120 a 180 dias)	39cd(12.30%)
4(180 a 365 dias)	114ª(35.96%)

5(mais de 365 dias) 21e(6.62%)

TOTAL 317(100%)

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Houve predomínio do intervalo de agendamento até o dia da consulta de 180 a 365 dias.

Tabela 2 - Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo intervalo entre o agendamento e a consulta pelo relato do paciente, Botucatu, São Paulo, 2018/2019.

Variáveis	Amostra
INTERVALO(tempo em dias do agendamento até a data da consulta)	Relato do paciente p- valor <0,0001
0(até 30 dias)	55 ^a (24.34%)
1(30 a 60 dias)	23 ^b (10.18%)
2(60 a 120 dias)	46 ^a (20.35%)
3(120 a 180 dias)	33 ^b (14.60%)
4(180 a 365 dias)	62 ^a (27.43%)
5(mais de 365 dias)	7 ^c (3.10%)
não agendou	1 ^c (0.32%)
não lembra	76 ^a (23.97%)
não sabe	14 ^{bd} (4.42%)
TOTAL	317(100%)

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

De acordo com o intervalo relatado pelo paciente faltoso nas consultas foi mais frequente entre 180 a 365 dias.

Tabela 3- Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo se o atendimento perdido foi reagendado. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.

Variáveis	Número	%	p-valor
			<0,0001
NA(não faltou)	36 ^a	11.36	

Não	200b	63.09
não lembra	2c	0.63
não sabe	1c	0.32
Sim	78d	24.61
TOTAL	317	100

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Observa-se que a maioria dos pacientes não reagendeu a consulta perdida.

Com relação a informação do paciente quanto ao tempo do agendamento da consulta até a sua realização, observou-se que 55.21% dos pacientes não informaram corretamente à realidade do intervalo de tempo, e 44.79% informaram corretamente. Porém esse dado interferiu no absenteísmo e teve significância estatística, apresentando p-valor= 0,01103.

Tabela 4: Pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo coincidência do intervalo entre o agendamento e a consulta informado pelo paciente e registro em prontuário. Botucatu, São Paulo, 2018/2019.

Variáveis	Informação do paciente, coincidente com o registro em prontuário					
	Não		Sim		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
0	26	8.20	25	7.89	51	16.09
1	18	5.68	12	3.79	30	9.46
2	39	12.30	23	7.26	62	19.56
3	26	8.20	13	4.10	39	12.30
4	55	17.35	59	18.61	114	35.96
5	11	3.47	10	3.15	21	6.62
TOTAL	175	55.21	142	44.79	317	100.0

Variáveis: 0=até 30 dias, 1=30 a 60 dias, 2=0 a 120 dias, 3=120 a 180 dias, 4=180 a 365 dias, 5=mais de 365 dias

Observa-se que não há diferença na informação do paciente com relação ao intervalo do agendamento até a data da consulta prevalecendo entre 180 a 365 dias.

DISCUSSÃO

De acordo com os procedimentos realizados para agendamentos de consulta médica no ambulatório, o usuário deve primeiramente ter o pedido de consulta do médico, sem esse documento não é possível o agendamento. O colaborador do agendamento deve verificar se aquele pedido não foi utilizado duplamente. Somente é permitido a marcação presencialmente ou por email e pode ser feito por outra pessoa sem ser o paciente. Quando o envio da solicitação é por email esse passará por análise da disponibilidade de agendamento. A consulta agendada não pode ser desmarcada por telefone.

Quando o paciente é atendido na Unidade Básica de Saúde do município e pertence à área de abrangência, havendo necessidade de atendimento em serviço especializado, as consultas do tipo caso novo são agendadas pelo município via anexo 1(o município encaminha as solicitações para agendamento e fica responsável por comunicar a data agendada ao paciente).

Atendimentos originados da atenção secundária, Ambulatório Médico de especialidade (AME) são encaminhados ao agendamento. Outra forma de agendamento é via Pronto Socorro por consultas de urgência, o paciente é atendido e encaminhado para especialidade. Da mesma forma são as unidades externas e pertencentes ao Complexo do Hospital.

As Unidades de Saúde do município sede do ambulatório de referência, bem como dos municípios da região, e AME, têm as consultas agendadas pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), regulados para todo o Estado.

Diante desses fatos, o paciente ou familiar somente tem a possibilidade de adequar o agendamento de sua consulta se for presencial e se houver a disponibilidade do colaborador em oferecer essa opção ao paciente, caso contrário será marcada de acordo com a vaga e disponibilidade do sistema, sem considerar a disponibilidade do paciente. Observa-se que a acessibilidade às consultas ainda é dificultada no país. Em consonância com nosso estudo, pesquisa realizada nas 5 regiões do país, mostra que a possibilidade de marcar a consulta no horário de escolha do paciente foi de 38.3% na região Sudeste e 37.8% na região Centro oeste, sendo mais difícil nas demais regiões ⁽³⁾.

Quando o paciente foi questionado se foi avisado por Serviço de Mensagem Curta (SMS) sobre a data do agendamento, o resultado foi significativo e interferiu nos motivos das faltas do paciente, 49,84% dos pacientes relataram que não foram avisados da data do agendamento. Observa-se que no cadastro do paciente, no prontuário eletrônico, existe um ícone com a opção do paciente para optar se quer ser avisado por SMS, porém mesmo assim a mensagem era enviada a todos os pacientes em apenas um número de telefone celular

cadastrado. Diante da proporção do resultado nota-se a necessidade de orientação do paciente quanto a importância de atualizarem frequentemente os números de telefone celular. Essa mensagem é enviada com quinze dias antes da data da consulta, para apenas um dos celulares cadastrados. O aviso da data da consulta pode ser muito eficaz. Estudo que comparou SMS com ligação telefônica aponta a eficácia do envio de mensagens de texto para lembrar da consulta ao pediatra, obtendo um absenteísmo de 8,5% menor do que a ligação telefônica ⁽¹⁹⁾. Atualmente esse serviço de mensagem não está mais disponível, está sendo revisto.

Em Ribeirão Preto, São Paulo, os pacientes relatam em pesquisa que se fossem avisados da consulta com um dia de antecedência as faltas poderiam ser diminuídas ⁽²⁰⁾.

Quando verificamos o intervalo de tempo desde o agendamento da consulta até a data da consulta, pela tabela 1, observa-se significância, e tal fato mostra a interferência no absenteísmo dos pacientes nas consultas agendadas, verificado nos dados do registro da informação no prontuário eletrônico e referida pelo paciente na Tabela 2. Está interferência também foi mostrada em estudo no Rio Grande do Sul ⁽¹²⁾.

Houve predomínio do intervalo de 180 a 365 dias, na (tabela 1 e 2). Nota-se que o intervalo de tempo mostrado pelo registro no prontuário no intervalo zero e 2, não diferiram entre si. Os longos intervalos podem estar associados aos pacientes que faltaram por motivos de esquecimento ou confusão da data, ou até mesmo mudança na necessidade ou resolução do problema de outra forma, confirmando assim a necessidade de conhecer os motivos de ausência. Na Tabela 2, não houve diferença significativa entre os intervalos 0,2,4, e não lembra, intervalo 1, 3 e entre o intervalo 5 e não agendou. Diferente de nosso estudo em Pelotas no Rio Grande do Sul, esse período variou de poucos dias a um mês ⁽¹¹⁾. Em Ribeirão Preto, São Paulo também predominou até 30 dias ⁽²⁰⁾. Em Manguinhos, na Estratégia de Saúde da Família, o intervalo de agendamento das consultas variou de 1 a 60 dias, o que facilita o reagendamento para o paciente que perdeu a consulta ⁽²¹⁾. Já no Espírito Santo, no serviço especializado que abrange 20 municípios, o tempo médio de agendamento da consulta foi de 419 dias, dado esse relativamente maior do que em nosso estudo ⁽²²⁾. Estudo nas cinco regiões do país também demonstra uma demora para a marcação de consultas, porém não especifica em proporções e maior fragilidade de acesso nas regiões Norte e Nordeste ⁽³⁾.

Diante desses dados observa-se a necessidade de readequação das agendas, otimizando as marcações com melhoria na comunicação, afim de avisar os pacientes das datas de agendamento, bem como da possibilidade de desmarcar a consulta por telefone, criando identificadores do paciente para que comprovem a sua identidade. Sabe-se que esse longo tempo de espera por consulta traz consequência no prognóstico do paciente ⁽²²⁾. A melhoria

desse tempo acaba sendo um desafio para o gestor de saúde que visa melhorar a qualidade do serviço prestado. E incentivos devem ser realizados para que os municípios consigam ser capazes de atuar na assistência e referenciar casos realmente necessários às especialidades. Investimentos na organização do sistema são continuamente necessários.

Quando analisamos se as consultas médicas perdidas foram reagendadas, observa-se que em 63,09% dos casos as consultas não foram reagendadas e apenas 24,61% das consultas foram reagendadas. Esses dados foram significativos e tiveram interferência nas ausências dos pacientes, apesar de não haver diferença significativa entre as variáveis não lembra e não sabe. Na literatura, observamos que as consultas perdidas são reagendadas, diferentemente do nosso estudo, faltam à consulta porém vão à Unidade Básica para buscar outro encaminhamento ou realizar escuta com o profissional de saúde ⁽¹³⁾. Em Manguinhos, a facilidade do reagendamento da consulta perdida é vista pelo próprio paciente como um dos motivos por não comparecer a consulta ⁽²¹⁾. Esses dados nos trazem um questionamento, se a maioria das consultas não foram reagendadas, será que esses pacientes não estão fazendo acompanhamento médico ou estão resolvendo seus problemas por meio do Pronto Socorro? Em caso positivo, provocaria um aumento no atendimento de urgência e emergência que não é o esperado para uma adequada organização do serviço de saúde.

Quando comparamos a informação do paciente com o tempo registrado em prontuário do intervalo do agendamento até a consulta observamos que 55,21% não informa o intervalo corretamente.

A Tabela 4, demonstra a informação do paciente com relação ao tempo de agendamento, a qual não é a mesma do tempo registrado no prontuário eletrônico em 55,21% dos casos. Houve maior frequência, tanto na informação do paciente, como no registro em prontuário no intervalo 4 (de 180 a 365 dias). Esses dados reforçam a importância da atualização do cadastro, pela possibilidade de recebimento do SMS lembrando a data da consulta, especialmente quando a consulta é agendada com grande antecedência. Esses longos intervalos levam o paciente ao esquecimento da data.

A pesquisa, embora de caráter local regional aponta resultados que podem ser utilizados em outros serviços de porte semelhante no SUS e auxiliar gestores no planejamento das suas unidades de saúde. Além disso, agrega conhecimento e evidência relevante, uma vez que a literatura sobre a temática é escassa

CONCLUSÃO

Observa-se que o absenteísmo é um problema relevante nos sistemas de saúde no

Brasil e no mundo e que interfere diretamente na qualidade da assistência à saúde fornecida. Em nosso estudo, os principais resultados apontam que 49,84% dos pacientes faltosos relataram que não foram avisados da data do agendamento e o intervalo predominante entre o agendamento e a consulta esteve na faixa de 180 a 365 dias. Nota-se a necessidade de reorganização do sistema de agendamento, trabalhando exaustivamente com a atualização do cadastro dos pacientes para fortalecer a comunicação e envio dos lembretes. Como sugestão, um ponto a ser considerado para mudança, seria adequar a data do agendamento às possibilidades do paciente. O foco do atendimento deve estar na qualidade da atenção fornecida ao paciente, a fim de promover continuidade em seu tratamento, sem prejuízos e garantindo com excelência as diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 Set 2017 [citado 8 Jul 2020]; Sec. 1, p. 68. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>
2. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Saude Debate. 2018;42(esp 1):81-99.
3. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. Cad Saude Colet. 2020;28(2):288-301.
4. Conz CA, Jesus MCP, Kortchmar E, Braga VAS, Machado RET, Merighi MAB. Path taken by morbidly obese people in search of bariatric surgery in the public health system. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3294. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3579.3294>.
5. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Andrade SR, Ortega AMB. Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. Rev Bras Enferm. 2019;72 Suppl 1:143-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023>.
6. Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CD, Trindade LL. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20170560. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0560>.

7. Paixão TM, Sousa AI, Souza MHN, Farias SNP. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:e42655. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.42655>.
8. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(esp 2):19-25.
9. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(esp 2):70-6.
10. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(123):1015-30.
11. Silveira GS, Ferreira PR, Silveira DS, Siqueira FCV. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-7. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1836](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1836).
12. Costa CFS, Duarte PM, Vaghetti HH. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. *Saude (Santa Maria)*. 2018;44(1):1-10.
13. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016;13(152):19-32.
14. Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH. Análisis del coste económico do absentismo de pacientes en consultas externas. *Rev Calid Asist*. 2017;32(4):194-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.004>.
15. Briatore A, Tarsetti EV, Latorre A, Quirós FGB, Luna D, Fuentes NA, et al. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(1):207-20.
16. Frost L, Jenkins LS, Emmink B. Improving access to health care in a rural regional hospital in South Africa: why do patients miss their appointments? *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9(1):1255. doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1255>.
17. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR, Meier MJ. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(4):37-44
18. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Botucatu. Assessoria de Comunicação e Imprensa. Quem Somos [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina; 2019 [citado 8 Jan 2020]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>

19. Bueno NS, Rossoni AMO, Lizzi EAS, Tahan TT, Hirose TE, Chong Neto HJ. Como as novas tecnologias podem auxiliar na redução do absenteísmo em consulta pediátrica? *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2018313.
20. Silveira RP. Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.
21. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):235-41. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)960](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)960).
22. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(esp 5):190-204.

ARTIGO 5. Entrevista telefônica para monitoramento de pacientes faltosos

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo foi descrever a experiência da realização de pesquisa com coleta de dados via telefone, executada para verificar o motivo da ausência de pacientes às consultas médicas agendadas em ambulatórios de referência. O telefone tem sido muito utilizado como ferramenta em pesquisas científicas. O índice de absenteísmo foi elevado nas 12 especialidades ambulatoriais. Foram realizadas 2014 ligações, para 493 pacientes, sendo selecionados 317 como amostra para o estudo, 151 não foi possível a realização da entrevista por dificuldade no contato telefônico (não atender a ligação, telefone fora da área de cobertura, telefone desligado ou não foi possível completar a ligação) ou por dificuldade em conversar com o paciente, 12 se recusaram a participar e 13 foram a óbito. Os resultados evidenciaram que esse método possui vantagens com relação a atingir maior número de paciente, ser de baixo custo, boa flexibilidade para pesquisador e boa aceitação dos entrevistados.

DESCRITORES: telefone, entrevista, enfermagem, pacientes não comparecentes.

INTRODUÇÃO

A qualidade do atendimento do usuário é um desafio na gestão do serviço de saúde. Qualquer interferência no planejamento vai influenciar na efetividade das unidades de saúde ⁽¹⁾.

Estudo no sul do país aponta preocupação com a dificuldade de acesso às agendas para adentrar a rede de atenção à saúde ⁽²⁾. Dentro dessa preocupação estão as grandes demandas do serviço de saúde e sua fragilidade para atendimento ⁽³⁾. Há estudo para melhorar a acessibilidade do paciente ao serviço de saúde, visando otimizar o atendimento com base na localização do serviço e utilização de equipamentos ⁽⁴⁾. Mediante os esforços da gestão ainda nos deparamos com problemas relativos a falta dos usuários nas consultas médicas agendadas, refletindo em grandes filas de espera por atendimento, uma grande demanda de atendimento no serviço de urgência e emergência e não continuidade da resolução do seu problema. Fato que ocasiona remarcação de consulta ⁽³⁾. No Brasil, os índices de ausências em consultas são elevados e atingem até 38,6%, no Espírito Santo ⁽⁵⁾. No sul do país, 19,2%⁽¹⁾, em São Paulo, estudo da Secretaria do Estado da Saúde atinge 19%⁽⁶⁾. No Rio de Janeiro os faltosos nas consultas na atenção básica atingem 32 % ⁽⁷⁾. Em outros países também são elevados, em Israel, 15%⁽⁸⁾ e em Hospital Universitário na Argentina atinge 21,3%⁽⁹⁾.

Diante desses fatos surge a necessidade de conhecimento do profissional de cada

território de atuação. Para isso há necessidade de pesquisas para investigação e propor medidas para melhorias no atendimento. Pode-se utilizar como recurso a tecnologia para o desenvolvimento das pesquisas e aproveitar a utilização de dados.

A inovação tecnológica na comunicação vem avançando nos últimos anos e atingindo até mesmo a área da saúde ⁽¹⁰⁾. Com crescente avanço na sua utilização devido a mudanças sociais e com o avanço da tecnologia ⁽¹¹⁾.

Um dos avanços tecnológicos que se pode utilizar na pesquisa científica na área da saúde, envolve o desenvolvimento da telefonia, que com a expansão da telefonia móvel, favorece grande alcance na população. Esse recurso permite a captação de dados sem o contato pessoal com o entrevistado ⁽¹¹⁾.

No Brasil em 2005 a entrevista por telefone foi utilizada pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Entrevista Telefônica (Vigitel). Apresenta a vantagem de ser prático, mais barato e possuir agilidade para aquisição de informações sobre a saúde da população ⁽¹²⁾.

A entrevista por telefone traz a facilidade de utilizar a comunicação interpessoal sem a presença do entrevistador e entrevistado ⁽¹¹⁾. Sem o contato visual da entrevista o entrevistado se sente mais à vontade em se expressar devido ao baixo grau de relacionamento ⁽¹³⁾.

Atualmente trata-se a entrevista a distância realizada por telefone ou email como ferramenta tecnológica para a pesquisa de investigação científica ⁽¹⁰⁾.

A vantagem da entrevista a distância é de possuir pequeno custo e uma maior participação dos entrevistados ⁽¹⁰⁾. Além de otimizar o tempo na entrevista da pesquisa quantitativa ⁽¹⁴⁾.

Porém a literatura mostra como desvantagem a utilização do telefone celular em espaço público e de não manter a privacidade do paciente dependendo do local onde irá atender a ligação, diferente do telefone fixo ⁽¹⁵⁾. Outra desvantagem é a não observação da linguagem corporal e expressões não verbais como ocorre na pesquisa qualitativa presencial ⁽¹⁰⁾.

Essa modalidade de captação de dados traz a facilidade de adquirir um maior número da amostra em menor tempo para responder à pergunta da pesquisa. Pode-se utilizar essa ferramenta para a organização do Sistema de Saúde, para atendimento das necessidades das demandas da população, sendo apontada como uma das utilizações a busca do motivo da ausência dos pacientes nas consultas que gera uma inadequação na utilização dos recursos, bem como não resolubilidade dos problemas ⁽¹⁶⁾.

O relato se justifica, uma vez que pesquisadores poderão se valer dessa experiência

para orientar futuros trabalhos a serem realizados com o uso do telefone, bem como contribuir com o desenvolvimento de trabalhos de estudantes de graduação e pós-graduação, uma vez que há pouca produção na literatura explorando essa perspectiva na coleta de dados.

Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo foi relatar a experiência da realização de pesquisa com coleta de dados via telefone, executada para verificar o motivo da ausência de pacientes às consultas médicas agendadas em ambulatório de referência.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um relato de experiência da execução de uma pesquisa de abordagem quantitativa, realizada por telefone para o desenvolvimento de tese de Doutorado em Enfermagem.

CENÁRIO

O local do estudo foi no Ambulatório de um Hospital Universitário Terciário do interior do Estado de São Paulo.

COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Com o objetivo de saber qual o motivo das faltas dos pacientes em consultas médicas agendadas em ambulatório de referência. As ligações telefônicas foram realizadas de abril de 2018 a fevereiro de 2019.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A pesquisa partiu dos dados do prontuário eletrônico fornecidos pelo Centro de Informática Médica do hospital (CIMED) de 22550 pacientes faltosos no ano (18,65%). Com pacientes acima de 18 anos que faltaram na consulta agendada das especialidades médicas (Ortopedia, oftalmologia, dermatologia, urologia, mastologia, nefrologia, gastrologia clínica e cirúrgica, neurologia clínica e cirúrgica, cirurgia vascular e cardiologia).

ANÁLISE E TRATATIVA DOS DADOS

Desse banco geral foram selecionados por amostragem aleatória pelo programa do Excell® para atingir o cálculo amostral de 227 pacientes, porém, a fim de garantir margem de segurança, foram selecionados 493 pacientes, desses: 317 aceitaram participar da pesquisa, 151 não foi possível a realização da entrevista por dificuldade no contato telefônico (telefone fora da área de cobertura, telefone não válido ou desligado, por não atenderem a ligação) ou por dificuldade em conversar com o paciente, 12 se recusaram a participar e 13 foram a óbito.

Foram realizadas 2014 ligações telefônicas aos pacientes utilizando aparelho celular. Foram realizadas até 5 tentativas telefônicas em períodos, horários e dias diferentes, com os telefones disponíveis para contato, antes de descartar o participante. O tempo investido para execução da pesquisa totalizou 93 horas 13 minutos e 33 segundos, foram utilizados 17 minutos em média por entrevista.

Durante a realização da entrevista o pesquisador se apresentava e explicava sobre os propósitos da entrevista e solicitava a participação do paciente. Após aceite do paciente, era lido o termo de Consentimento Livre e esclarecido para participação da pesquisa, e realizada a entrevista, que era áudio gravada no próprio celular da pesquisadora.

Um roteiro elaborado para a pesquisa, com perguntas objetivas, claras e curtas e de fácil entendimento do paciente, foi orientador da conversa. Além da gravação, a pesquisadora registrava anotações no roteiro para maior confiabilidade das informações.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 03/04/2018. Para os dados extraídos do sistema foi solicitada a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Número parecer 2577434, CAAE 85672718.0.0000.5411.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O crescimento pela telefonia móvel no país é grande, a Agência Nacional de telecomunicações (ANATEL) afirma que em maio de 2019, 228,64 milhões possuem telefone móvel ⁽¹⁷⁾.

Assim, a comunicação via celular constituiu uma opção viável para levantar os motivos de ausências às consultas.

A taxa de absenteísmo às consultas médicas agendadas identificada no serviço foi de 18,65% em 12 especialidades estudadas. A opção pela pesquisa por telefone deveu-se à facilidade para obter dados de grande número de pacientes, visto que 78,23% pertencia a cidade

do estudo e o restante da região englobada pelo nosso serviço de saúde que abrange 1,5 milhões de pacientes ⁽¹⁸⁾, sendo uma dificuldade a coleta do dado presencialmente.

Para esse método de ligação o entrevistador deve ser persistente com as realizações das ligações e cumprir rigorosamente o que foi combinado com o entrevistado. A realização da pesquisa por telefone não é fácil, no início parece tudo obscuro, e muitas dúvidas surgiram, como a preocupação de ser entendido pelo entrevistado, de aplicar questões claras e objetivas, de ser atendido sem dúvidas de que o objetivo do estudo é para melhoria da qualidade do atendimento prestado na instituição. Houve a necessidade de escolha do aparelho celular para executar a pesquisa, bem como a compra de uma linha telefônica adquirido pela própria pesquisadora, que fizesse ligações interurbanas e para celulares sem limite de uso. Não houve fomento, o custo foi de responsabilidade da pesquisadora que durante o período da pesquisa com o custo mensal da linha telefônica. O custo mensal para a pesquisadora foi de R\$69,00. Após essa aquisição foi necessário escolher um programa para gravar as ligações realizadas, e vários testes foram realizados, só assim foi possível progredir com a pesquisa.

Durante a entrevista a preocupação era de esclarecer sobre o sigilo da pesquisa, e de como se expressar e transmitir credibilidade ao paciente com relação à sua participação. Surgiu a dúvida se o áudio foi gravado, apesar de ter registrado manualmente os dados relatados pelo paciente.

Primeiramente apresentei-me dizendo quem eu era e qual o objetivo da ligação. Expliquei sobre a confidencialidade da entrevista e por quanto tempo deveria ser feita, que seria em torno de quinze minutos. Além disso, informar sobre a importância da pesquisa para melhorias na instituição e para o paciente.

Houve a preocupação e o cuidado para não emitir opiniões sobre a fala do paciente e a situação vivenciada por ele, tampouco transmitir falsas expectativas em resolver algum problema pontual que pudesse ser apontado pelo paciente e que, além de fugir da governabilidade, não seria o objetivo para aquele momento.

Após a fase da entrevista foi realizada a transcrição das gravações, tendo os dados organizados em planilha do Excel® para análise estatística.

A amostra final contou com 317, incluiu 90 pacientes além do cálculo estatístico mínimo calculado. Foram realizadas 915 ligações, considerando-se que em muitas situações era necessário fazer mais do que uma ligação ou o paciente solicitava retornar a ligação em outro horário. Considerando os pacientes que não atenderam a ligação, foram 1022 chamadas telefônicas, 38 ligações realizadas com os que recusaram a participar da pesquisa e 39 com pacientes que foram a óbito. Obteve-se o índice de 64,30% de aceitação pelos pacientes para

participar da pesquisa. Esse dado mostra a facilidade da utilização do telefone celular para a entrevista ⁽¹⁴⁾.

Diferentemente do nosso estudo, em um Hospital universitário de alta complexidade na cidade de Buenos Aires, Argentina, um estudo de caso controle que analisou consultas em relação à presença, ausência e cancelamentos, em um total de 1648 consultas elegíveis que tentaram entrar em contato com paciente via telefone não houve sucesso em 53,82% ; em 5,89% o contato estava errado; 5,64% dos pacientes solicitaram para ligarem outro dia, 2,06% não quiseram participar e 0,24% dos pacientes não foram avaliados⁽¹⁰⁾.

As tabelas que seguem referem-se aos 317 pacientes entrevistados, para caracterizar variáveis relacionadas às chamadas telefônicas.

Tabela 1- Chamadas telefônicas, dirigidas à pacientes faltosos em consultas médicas agendadas, segundo período do dia. Botucatu, SP, 2018/2019.

Período	Número	%	p-valor
Manhã	161	50.79a	<0,0001
Noite	50	15.77b	<0,0001
Tarde	106	33.44c	<0,0001
TOTAL	317	100.0	<0,0001

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

Houve interferência significativa no período das ligações realizadas. O maior número de pacientes que atenderam o telefone foi no período da manhã. Porém não foi encontrado dado na literatura para discussão dessa variável. Pode ser referente ao número de aposentados ou até mesmo relacionado ao horário de trabalho.

A listagem com os contatos telefônicos dos pacientes foi obtida em planilhas fornecidas pelo Centro de Informática Médica (CIMED) do hospital estudado. Da amostra selecionada, o telefone fornecido era o correto para 83,28% dos pacientes, em 16,72% dos pacientes o número diferente do que constava na planilha, mas era de pessoa conhecida do paciente que, quando atendia, prontamente informava outro número de telefone, 5,68% era dos filhos e os demais se dividiu entre amigos, pai ou mãe, esposo ou esposa, neto ou neta, irmão ou irmã, genro ou nora.

Tabela 2- Correspondência entre número constante no cadastro do Hospital e pessoa que atendeu a ligação. Botucatu, SP, Brasil, 2018/2019.

Atendeu a ligação	Número	%	p-valor
			< 0,0001
paciente	299	94.32a	
paciente e esposa	6	1.89b	
paciente e filho(a)	7	2.21b	
paciente e mãe	2	0.63c	
paciente e neta	1	0.32c	
paciente e nora	1	0.32c	
paciente, esposa e filha	1	0.32c	
TOTAL	317	100%	

* Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de comparação de proporções análogo ao teste qui-quadrado.

A correspondência entre o número do telefone do cadastro e quem atendeu a ligação foi significativa, houve predomínio do atendimento telefônico pelo paciente, apesar de não haver diferença significativa entre os grupos (paciente e esposa, paciente e filho) e grupos (paciente e mãe, paciente e neta, paciente e nora, paciente, esposa e filha). Nesse aspecto encontrou-se receptividade dos familiares a auxiliar no contato para que eu pudesse chegar até o paciente. Em alguns casos as pessoas se prontificavam a ir na casa do paciente para o mesmo utilizar o telefone, agendando dia e horário. Estudo realizado em Manguinhos, no Rio de Janeiro, com pacientes faltosos nas consultas, detectou que houve problema quanto ao cadastro do número de telefone dos pacientes dificultando o envio de mensagem pelo celular ⁽⁷⁾. Em outro estudo em Ribeirão Preto –São Paulo dos 356 pacientes que não compareceram na consulta de oncologia em 299 não foi possível o contato telefônico por estar desligado, inválido ou até mesmo não atender ⁽¹⁶⁾.

Em 94.32% das ligações, o próprio paciente foi contactado para a realização da entrevista, indicando atualização de dados no cadastro do serviço, em apenas 5.68% o paciente teve ajuda de outra pessoa, como esposa, filho ou filha, mãe, netos e noras, que ficavam ao lado do paciente auxiliando em suas respostas. Solicitavam a permissão para colocar o celular em viva voz.

Conforme os critérios estabelecidos para a realização das ligações, em 53,94% das entrevistas foi possível conversar com o paciente na primeira tentativa, em 27,13% na segunda

ligação, em 11,04% na terceira ligação, em 5,36% na quarta ligação e em 2,52% na quinta ligação, houve significância com p -valor $<0,0001$. Em tentativas telefônicas, considerou-se o fato do paciente possuir vários contatos telefônicos, por exemplo, para conseguir entrevistar um paciente, foi necessário ligar para quatro números diferentes. Em relação ao número de ligação efetuada variou de 1 a 15 ligações sendo significativo com $p < 0,0001$, em 28,39% dos pacientes foram utilizadas apenas uma única ligação, 26,18% foram utilizadas 2 ligações, em 17,35% foram 3 ligações, 9,78% para 4 e 5 ligações, 2,84% para 7 ligações, 1,89% para 8 ligações, 1,58% para 6 ligações, 1,26% para 9 ligações, 0,32% para 10, 13 e 15 ligações.

Diferentemente do nosso estudo, em Ribeirão Preto, com pacientes faltosos em oncologia predominou a realização de pelo menos 3 ligações com cada paciente ⁽¹⁶⁾. Na Espanha utilizou-se como critério duas chamadas telefônicas, caso não fosse respondido acionava o próximo paciente ⁽⁸⁾.

A resposta deste estudo quanto a aceitação para participar da pesquisa foi de 64,30% dos pacientes, dado semelhante ao estudo realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto que obteve 70% ⁽¹⁶⁾. Em uma revisão integrativa desenvolvida mostrou que é grande a aceitação dos pacientes para participarem da pesquisa por telefone ⁽¹⁴⁾, pois prevê o anonimato, é apropriada com questões simples para investigação ⁽¹⁴⁾.

As ligações foram planejadas para que durassem cerca de quinze minutos, mas houve casos que durou mais tempo, variando em torno de 5 a 27 minutos. Os pacientes perguntavam sobre agendamento de consultas e até mesmo contavam sobre a sua doença. Às vezes solicitavam para que eu remarcasse a consulta perdida, porém era explicado que não havia essa possibilidade por não ser da área do agendamento. Na maioria das vezes, os pacientes relataram a gratidão que sentem pelo hospital e todo recurso humano atuante. Os pacientes que se recusaram a participar citaram o medo de fornecer informações e prejudicar o seu atendimento e de não haver mais vagas para ser atendido, apesar da explicação de que a pesquisa não iria interferir no atendimento prestado. Não houve insistência por parte do pesquisador.

CONCLUSÃO

A experiência foi enriquecedora e válida, no sentido de agregar conhecimento sobre o método de coleta de dados por meio do telefone. Assim, é possível apontar algumas vantagens como: obter um maior número de pacientes em relação à amostra prevista, redução de tempo e custos por não precisar viajar na busca de pacientes da região, possibilidade do pesquisador realizar a entrevista, segundo conveniência do entrevistado. Observou-se a receptividade dos pacientes, principalmente quando é citada a instituição de referência, apontando o

reconhecimento da mesma tanto no município sede, como na região. Como desvantagem, pode-se apontar a dificuldade de não encontrar o paciente e a necessidade de realizar várias ligações telefônicas, bem como a falta de atualização do cadastro, que em nosso estudo não foi importante, no entanto, é um ponto a ser considerado. O pesquisador deve estar em sintonia com o paciente e respeitar sua disponibilidade para atendimento da ligação. É um método eficiente para coleta de dados científicos, que deve ser explorado ainda mais nas pesquisas científicas, principalmente em época de pandemia e necessidade de distanciamento social, que impossibilita o contato direto.

REFERÊNCIAS

1. Silveira GS, Ferreira PR, Silveira DS, Siqueira FCV. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-7. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1836](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1836).
2. Rasia ICRB, Silveira DS, Munhoz Olea P, Rasia BB. Estruturação e orientação da atenção primária à saúde em um município no extremo sul do Brasil. *Rev Gest Sist Saude*. 2020;9(2):193-214.
3. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DASB, et al. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2020;54:25.
4. Almeida JFF, Campos FCC. A two-step planning method to increase accessibility to medium complexity procedures for public secondary healthcare. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2020 [citado 21 Ago 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-twostep-planning-method-to-increase-accessibility-to-medium-complexity-procedures-for-public-secondary-healthcare/17705>
5. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saude Debate*. 2019;43(123):1015-30.
6. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NGB, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016;13(152):19-32.
7. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):235-41. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)960](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)960).
8. Yatziv LC, Cohen MJ, Halevy J, Kaliner E. No-shows in ambulatory clinics and non-utilized

appointments for elective operations in selected surgical departments at a tertiary hospital in Israel. *Isr J Health Policy Res*. 2019;8:64. doi: 10.1186 / s13584-019-0333-5.

9. Briatore A, Tarsetti EV, Latorre A, Quirós FGB, Luna D, Fuentes NA, et al. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(1):207-20.

10. Gonçalo CS, Barros NF. Entrevistas realizadas a distância no campo da pesquisa qualitativa em saúde. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2013;21(3):635-44.

11. Carr E, Worth A. The use of the telephone interview for research. *J Res Nurs*. 2001;6(1):511-24.

12. Berna RTI, Malta DC, Claro RM, Monteiro CA. Efeito da inclusão de entrevistas por telefone celular ao Vigitel. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:15s

13. Farooq MB. Qualitative telephone interviews: Strategies for success. In: 18th Annual Waikato Management School Student Research Conference; 2015 June 12; Hamilton, New Zealand. Hamilton: University of Waikato; 2015.

14. Block ES, Erskine L. Interviewing by telephone: specific considerations, opportunities, and challenges. *Int J Qual Methods*. 2012;11(4):428-45.

15. Rocheleau CM, Romitti PA, Sherlock SH, Sanderson WT, Bell EM, Druschel C. Effect of survey instrument on participation in a follow-up study: a randomization study of a mailed questionnaire versus a computer-assisted telephone interview. *BMC Public Health*. 2012;31(12):579. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-579>.

16. Mazza TO, Ferreira GSA, Picoli RM, Costa AL. Fatores do absenteísmo em primeira consulta num ambulatório de oncologia em um Hospital Universitário. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2019;52(1):24-33. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i1p24-33>.

17. Brasil. Agência Nacional de Telecomunicações. Brasil registra 228,64 milhões de linhas móveis ativas em maio de 2019 [Internet]. Brasília: Anatel; 2019 [citado 8 Jan 2020]. Disponível em: <https://www.anatel.gov.br/institucional/noticias-destaque/2310-brasil-registra-228-64-milhoes-de-linhas-moveis-ativas-em-maio-de-2019>

18. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Botucatu. Assessoria de Comunicação e Imprensa. Quem Somos [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina; 2019 [citado 8 Jan 2020]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Revisão integrativa realizada contribuiu para buscar informações sobre pacientes faltosos em consulta tanto no Brasil como no mundo.

O tema da pesquisa por telefone foi exitosa e tem relevância no Brasil e no mundo. Apesar de ter sido desenvolvido em uma região, agrega contribuição para outros estudos nessa linha e em regiões com semelhante estrutura de saúde. Para uma boa atuação do gestor na organização do serviço de saúde se faz necessário conhecer sua demanda, seu perfil e quais os motivos das faltas dos pacientes nas consultas, bem como a interação entre os níveis de atenção à saúde.

A pesquisa contribuiu para analisar a situação de absenteísmo dos pacientes nas consultas agendadas nas doze especialidades estudadas.

Os principais achados demonstram taxa de faltosos em consulta de 18,65%, com predomínio da especialidade de Dermatologia, no período estudado. O intervalo predominante entre o agendamento e a consulta esteve na faixa de 180 a 365 dias e 49,84% dos pacientes faltosos relataram que não foram avisados da data do agendamento. Foi destacado como principal motivo da falta do usuário, um conflito de informação, ou seja, pacientes referiram não ter faltado à consulta, esse dado nos faz refletir sobre as discrepâncias entre relatórios emitidos pelo sistema de prontuário eletrônico e informações relatadas pelos pacientes, sendo necessária uma análise mais aprofundada sobre o assunto.

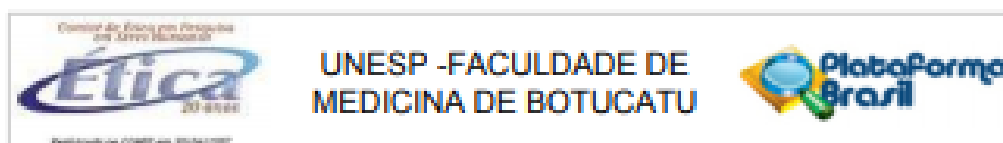
Os serviços de saúde devem garantir a sua população um atendimento de qualidade, com previsão de recursos, afim de reduzir as filas de espera para os pacientes e dar a continuidade da assistência à saúde. Deve-se também ter corresponsabilidade dos serviços da Rede de Atenção, dos pacientes e dos gestores.

6. REFERÊNCIAS

1. 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*. 2014;30(5):1009-17.
2. 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 (Brasília)*. 2013;7(2):63-84.
3. Bender AS, Molina LB, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espac Saude*. 2010;11(2):56-65.
4. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NGB, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016;13(152):19-32.
5. Miotto MHMB, Santos LR, Farias CML. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Pesqui Saude*. 2015;17(4):121-8.
6. Molfenter T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Subst Use Misuse*. 2013;48(9):743-9.
7. Huang Y, Hanauer DA. Patient no-show predictive model development using multiple data sources for an effective overbooking approach. *Appl Clin Inform*. 2014;5(3):836-60.
8. Carvalho, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estud Av*. 2013;27(78):7-26.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 26 Fev 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990.
11. Brasil. Decreto nº 7.508, de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 Jun 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de Outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 5 Dez 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 5 Dez 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2435_24_10_2012.html
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 5 Dez 2017]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/.../250584.html>
15. SANTOS, JLG et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2020 nov8]; 26; e1590016.

16. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cir Bras. 2005;20 Supl 2:2-9.
17. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein[Internet]. 2010[cited 2020 Out 09];8(1Pt1):102- 6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>
18. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Botucatu. Assessoria de Comunicação e Imprensa. Quem somos [Internet]. Botucatu: Faculdade de Medicina; 2019 [citado 8 Jan 2020]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>
19. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: estrutura, tábua de conversão e índice de títulos. 3a ed. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2010. v. 3, 196 p.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

7.2 ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MOTIVOS DE AUSÊNCIA DOS USUÁRIOS EM CONSULTAS MÉDICAS AGENDADAS EM AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA

Pesquisador: Simone Cristina Palhão Dias Baptista

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85672718.0.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.577.434

Apresentação do Projeto:

A pesquisa irá avaliar o :Motivo de ausência dos usuários em consultas médicas agendadas em ambulatórios de referência. Os Serviços de Saúde devem ser planejados e estruturados para o atendimento das demandas da população.

A procura por consulta médica programada na saúde é elevada, o que causa grande espera para atendimento médico, mesmo diante dessa situação, observa-se ausências nas consultas agendadas o que trazem prejuízos para outros pacientes que não conseguem agendamentos e estão nas filas de espera,onerando a saúde,afetando a resolubilidade, continuidade da assistência e aumento na procura nos serviços de urgências.

A organização dos serviços é essencial. A demanda por consulta médica programada na saúde é elevada, o que causa grande espera para atendimento médico, o que leva a taxa de absenteísmo . Este estudo tem como objetivos levantar: qual o índice do absenteísmo em ambulatórios de referência para o SUS? Qual o perfil do paciente faltoso? Quais os motivos das ausências dos pacientes nas consultas? Qual o intervalo entre o agendamento da consulta e data programada para a consulta perdida? Existe diferença do absenteísmo na primeira consulta e no retorno?

Estudo quantitativo, epidemiológico, transversal;estudo se justifica pela importância de melhor compreender aspectos organizacionais que contribuam para a gestão dos serviços de saúde e melhor utilização dos recursos disponíveis.

Endereço: Chácara Bufignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

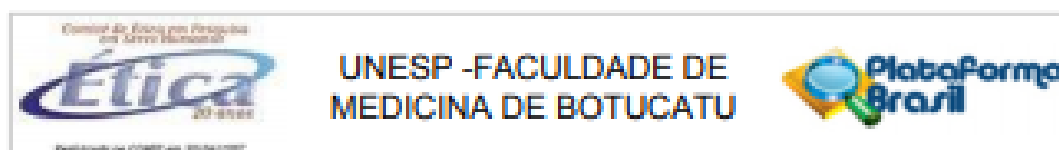
CEP: 18.618-670

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3883-1839

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Protocolo: 2.577.434

Avaliar o absenteísmo dos usuários do Serviço de Saúde em Ambulatórios de um Hospital Terciário de Referência para o SUS, do Interior do Estado de São Paulo, para análise dos dados será utilizado o Programa do SAS for Windows versão 9.3 e estatística descritiva, usando testes quando aplicável com nível de significância de 5% ou p-valor correspondente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o absenteísmo dos usuários do Serviço de Saúde em Ambulatórios de um Hospital Terciário de referência para o SUS, do Interior do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

Identificar o índice de absenteísmo em consultas médicas; Identificar o perfil dos usuários, considerando as variáveis : sexo, idade, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, cidade de residência, CID 10 registrado no prontuário. Identificar se o usuário pertence a USF ou UBS de seu município; Identificar as causas para o não comparecimento à consulta agendada; Identificar qual foi o intervalo entre o agendamento e a data da consulta perdida. Identificar se há diferença no índice de ausência na primeira consulta ou no retorno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos para os pacientes.

Benefícios:

O estudo se justifica pela importância de melhor compreender aspectos organizacionais que contribuam para a gestão dos serviços de saúde e melhor utilização dos recursos disponíveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo quantitativo, epidemiológico, transversal. Os estudos transversais são estudos que descrevem uma situação ou fenômeno em um momento não definido, trata-se de um recorte instantâneo por meio de uma amostra.

População e amostra:

Pacientes com consultas agendadas nas especialidades ambulatoriais e que não compareceram no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018, pacientes adultos com idade acima de 18 anos.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

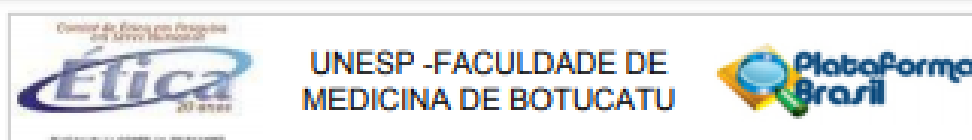
CEP: 18.618-670

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3882-1509

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.577.434

Serão incluídos os pacientes agendados para os ambulatórios de referência e que não compareceram na consulta.

Os dados serão obtidos do sistema informatizado do serviço a partir dos pacientes faltosos nas consultas ambulatoriais agendadas selecionados por relatório de produtividade desenvolvida pelo Centro de Informática Médica (CIMED) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e prontuário eletrônico do paciente. Como o sistema não apresenta o motivo da ausência do paciente serão realizadas ligações telefônicas aos pacientes realizando perguntas conforme roteiro para esse fim.

Critério de Exclusão:

Para as entrevistas serão excluídos os pacientes que após 5 tentativas de contatos em dias e horários diferentes, não responderem a chamada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta documentação exigida de forma clara e atendendo critérios estabelecidos.

TCLE conforme resolução 466

Recomendações:

Recomendamos apresentação dos resultados após conclusão do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 02 de abril de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1076052.pdf	06/03/2018 11:48:04		Aceito

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

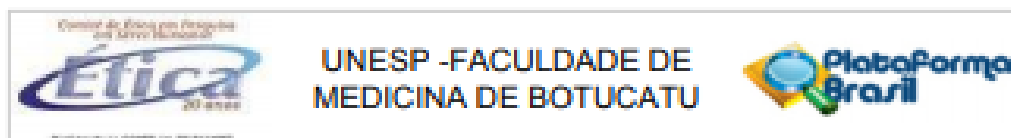
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.577.434

Outros	Sipe45.Pdf	06/03/2018 11:47:35	Simone Cristina Paixão Dias Baptista	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	06/03/2018 11:46:11	Simone Cristina Paixão Dias Baptista	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	06/03/2018 11:44:42	Simone Cristina Paixão Dias Baptista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado.pdf	15/02/2018 07:52:52	Simone Cristina Paixão Dias Baptista	Aceito
Outros	dispensa.pdf	15/02/2018 07:51:14	Simone Cristina Paixão Dias Baptista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmaior18anosassinado.pdf	15/02/2018 07:50:14	Simone Cristina Paixão Dias Baptista	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 03 de Abril de 2018

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3883-1809

E-mail: cexi@fmb.unesp.br

7.3. ANEXO C- Declaração de alteração de Título em Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado ()
Tese de Doutorado (X)

Título constante no parecer de aprovação do projeto pelo CEP/CEUA:

Motivos de ausência dos usuários em consultas médicas agendadas em ambulatorios de referência

Título final do trabalho (constante na capa da dissertação ou tese):

Motivos de ausência em consultas médicas agendadas em ambatório de referência, perfil dos usuários e intervalo de agendamento

Data da reunião do CEP/CEUA que aprovou o projeto 03/04/2018

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP e/ou CEUA.

Nome/assinatura original do(a) Orientador(a)

Nome/assinatura original do(a) Aluno(a)

8. APÊNDICE

8.1. APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012 (Participante maior de 18anos)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

(Participante maior de 18anos)

CONVIDO, o Senhor (a) para participar da Pesquisa “MOTIVOS DE AUSÊNCIA DOS USUÁRIOS EM CONSULTAS MÉDICAS AGENDADAS EM AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA”, desenvolvido por mim Simone Cristina Paixão Dias Baptista, enfermeira, com orientação da Professor (a) Dra Carmen Maria Casquel Monti Juliani da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP, Departamento de Enfermagem.

O (a) Senhor (a) responderá um questionário que levará uns 10 minutos. Os dados serão áudio-gravados e apagados após o término dessa pesquisa.

O benefício em conhecer os motivos das faltas será a melhoria do atendimento no ambulatório para os futuros pacientes.

Sua participação é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento. Qualquer dúvida ou necessidade de contato vou informar os telefones do Comitê de Ética em Pesquisa: (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, ao responder a pesquisa, o Sr(a) CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo sendo tratado em conjunto. Fique ciente que os resultados poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada. O Sr(a) concorda em participar?

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Simone Cristina Paixão Dias Baptista(Pesquisador)

Endereço:Departamento de Enfermagem-Faculdade de Medicina de Botucatu. Rua Rubião Jr s/n Botucatu-SP

Telefone:14-38801294

Email:simonepaixao@fmb.unesp.br

Nome: Carmen Maria Casquel Monti Juliani(orientador)

Endereço:Departamento de Enfermagem-Faculdade de Medicina de Botucatu. Rua Rubião Jr s/n Botucatu-SP

Telefone:14-38801292

Email:cjuliani@fmb.unesp.br

8.2 APÊNDICE 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Resolução 466/2012 (Participante maior de 18 anos) utilizado na realização da entrevista Termo de Consentimento utilizado nas ligações.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

(Participante maior de 18anos)

CONVIDO, o Senhor (a) para participar da Pesquisa “MOTIVOS DE AUSÊNCIA DOS USUÁRIOS EM CONSULTAS MÉDICAS AGENDADAS EM AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA”, desenvolvido por mim Simone Cristina Paixão Dias Baptista, enfermeira, com orientação da Professor (a) Dra Carmen Maria Casquel Monti Juliani da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP, Departamento de Enfermagem.

O (a) Senhor (a) responderá um questionário que levará no máximo 10 minutos. Os dados serão áudio-gravados, e apagadas após o término dessa pesquisa.

O benefício em conhecer os motivos das faltas será a melhoria do atendimento no ambulatório para os futuros pacientes.

Sua participação é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Qualquer dúvida ou necessidade de contato vou informar os telefones do Comitê de Ética em Pesquisa:(14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, Ao responder a pesquisa, o SR (Sra) CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que os dados estarão resguardados através do sigilo sendo tratados em conjunto. Fique ciente que os resultados poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que sua identidade seja revelada. O Sr (Sra) concorda?

Botucatu, ____ / ____ / ____

Pesquisador**Participante da Pesquisa**

Nome: Simone Cristina Paixão Dias Baptista (**Pesquisador**)

Endereço: Departamento de Enfermagem-Faculdade de Medicina de Botucatu. Rua Rubião Jr s/n Botucatu-SP

Telefone: 14-38801294

Email: simonepaixao@fmb.unesp.br

Nome: Carmen Maria Casquel Monti Juliani (**orientador**)

Endereço: Departamento de Enfermagem-Faculdade de Medicina de Botucatu. Rua Rubião Jr s/n Botucatu-SP **Telefone:** 14-38801292

Email: cjuliani@fmb.unesp.br

8.3. APÊNDICE 3- Roteiro para entrevista dos pacientes

Roteiro para entrevista dos pacientes			
1) Data da ligação: __/__/__		Hora:__:__	
☐ Tentativa 1	☐ Ligação 1	☐ Ligação 6	☐ Ligação 11
☐ Tentativa 2	☐ Ligação 2	☐ Ligação 7	☐ Ligação 12
☐ Tentativa 3	☐ Ligação 3	☐ Ligação 8	☐ Ligação 13
☐ Tentativa 4	☐ Ligação 4	☐ Ligação 9	☐ Ligação 14
☐ Tentativa 5	☐ Ligação 5	☐ Ligação 10	☐ Ligação 15
2) Dificuldades no contato:		2.1) O contato foi do cadastro?	
☐ Telefone errado		☐ sim ☐ não	
☐ Telefone fora de serviço ou desligado			
☐ Dificuldade de compreensão			
3) Quem forneceu o contato?			
☐ Amigo(a)	☐ Filho(a)	☐ Neto(a)	☐ Avô (a)
☐ Esposo(a)	☐ Genro/Nora	☐ Pai	☐ Prontuário
☐ Ex esposo (a)	☐ Irmão(ã)	☐ Mãe	
4) Data da falta da consulta:			
5) Qual especialidade faltou?			
☐ Cardiologia	☐ Gastro Clínica	☐ Neuro Cirurgia	☐ Ortopedia
☐ Dermatologia	☐ Mastologia	☐ Neuro Clínica	☐ Urologia
☐ Gastro			
Cirurgia	☐ Nefrologia	☐ Oftalmologia	☐ Cirurgia Vascular
6) Quem forneceu as informações:			
☐ Próprio			
paciente	☐ Pai	☐ filho (a)	
		☐ Outro (quem?)	
☐ Mãe	☐ Esposa (o)		
Identificação do paciente			
7) Nome:			
8) Idade: ____			
☐ 0 (18 a 19			
anos)	☐ 5 (40 a 44 anos)	☐ 10 (65 a 69 anos)	☐ 15 (90 a 94 anos)

☐ 1 (20 a 24 anos)			
☐ 2 (25 a 29 anos)	☐ 6(45 a 49 anos)	☐ 11 (70 a 74 anos)	☐ 16 (95 a 99 anos)
☐ 3 (30 a 34 anos)	☐ 7 (50 a 54 anos)	☐ 12 (75 a 79 anos)	☐ 17 (> 100 anos)
☐ 4 (35 a 39 anos)	☐ 8 (55 a 59 anos)	☐ 13 (80 a 84 anos)	
☐ 9 (60 a 64 anos)	☐ 14 (85 a 89 anos)		
9) Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino			
10) Estado Civil:			
☐ Casado	☐ Viúvo	☐ Sem informação	
☐ Divorciado/separado	☐ Solteiro		
11) Grau de instrução:			
☐ analfabeto	☐ Ensino Fundamental da 5 a 8º completo		
☐ somente alfabetizado	☐ Ensino Médio incompleto		
	☐ Ensino Médio completo		
☐ Ensino Fundamental 1 a 4º incompleto	☐ Ensino Superior incompleto		
☐ Ensino Fundamental 1 a 4º completo	☐ Ensino Superior completo		
☐ Ensino Fundamental 5 a 8º incompleto	☐ Não sabe		
12) Cor de pele:			
☐ Amarela	☐ Parda	☐ Não sabe	
☐ Branca	☐ Preta	☐ Sem informação	
13) Qual a sua ocupação?			

14) Qual a sua cidade de origem?	
☐ Botucatu	☐ Outra: Qual?_____
15) Qual o tipo de convênio de saúde?	
☐ SUS	☐ Convênio
☐ Particular	
16) Pertence a algum serviço de saúde?	
☐ Sim	☐ Não
17) Qual serviço de saúde pertence?	
☐ 1-UBS/USF cidade local	☐ 4- Hospital Público

☐ 2- UBS/USF região		☐ 5- Hospital Particular	
☐ 3- Convênio		☐ 6- Não se aplica	
18) Quem agendou a consulta?			
☐ Paciente		☐ Outro: _____	
19) Você foi avisado da data do agendamento? ☐ Sim ☐ Não			
20) Quanto tempo demorou para agendar a consulta?			
☐ 0 (até 30 dias)	☐ 3 (120 a 180 dias)	☐ Não agendou	
☐ 1 (30 a 60 dias)	☐ 4 (180 a 365 dias)	☐ Não lembra	
☐ 2 (60 a 120 dias)	☐ 5 (+ de 365 dias)	☐ Não sabe	
21) Você faltou na consulta?			
☐ Sim		☐ Não lembra	
☐ Não		☐ Não tinha consulta	
22) Qual foi o motivo?			
☐ Não faltou		☐ Outro: _____	
23) O atendimento perdido foi reagendado? ☐ Sim ☐ Não			
24) Para quando foi reagendado? ____/____/____			
25) Já faltou em outra consulta? ☐ Sim ☐ Não			
26) Qual foi o motivo?			
☐ Não faltou		☐ Outro: _____	