

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCAS FOLTZ

ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS DE ARAUCÁRIA/PR

CURITIBA

2016

LUCAS FOLTZ

ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS DE ARAUCÁRIA/PR

Trabalho apresentado como requisito parcial à
conclusão do curso de Especialização em
Gestão em Saúde, Departamento de
Administração Geral e Aplicada da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2016

RESUMO

O presente Projeto Técnico tem como tema o enfrentamento do absenteísmo no Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas do município de Araucária-PR. O objetivo geral define-se no delineamento de plano de ação para enfrentamento desta situação-problema, através do diagnóstico situacional, da identificação das causas do absenteísmo e da proposição de estratégias de enfrentamento. Para elaboração do diagnóstico situacional foram examinados documentos da Secretaria Municipal de Saúde e realizados levantamentos de informações com pessoas-chaves. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva, em programa Excel. Os dados qualitativos foram analisados por meio de análise de conteúdo. A partir dos dados obtidos foi possível identificar problemas administrativos, de pessoal, de fluxo e de informações na Atenção Básica, Central de Regulação e Atenção Especializada, tendo relação direta e indireta com as faltas dos usuários. As causas de faltas pelos usuários são conhecidas nos diversos pontos das Redes de Atenção, englobando barreiras socioculturais, geográficas, financeiras, emocionais e relacionadas ao serviço. A proposta técnica abordou treze (13) estratégias na Atenção Básica, Central de Regulação e Atenção Especializada, bem como em nível de Secretaria de Saúde, envolvendo medidas administrativas, normativas, e de instrumentalização intra e intersetoriais, voltadas a trabalhadores, gestores e para o aprimoramento dos equipamentos e serviços de saúde. Conclui-se que as ações necessárias para a efetiva redução das faltas dos pacientes envolvem medidas complexas e variadas, nos níveis estratégico, tático e operacional, com a implantação de estratégias focais e sistêmicas, e de sistemas de avaliação e monitoramento.

Palavras-Chave: Absenteísmo. Planejamento Estratégico. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This Technical Project has as subject how to tackle absenteeism in a dental and medical center from Araucária/PR. The main aim is to delineate an action plan to reduce patient no-shows, via situational diagnosis, identification of absenteeism causes and proposition strategies to be tackled. In order to elaborate the situational diagnosis documents from Municipal Health Secretary were examined and information with key-people was collected. The quantitative data was analyzed through descriptive statistics, using Excel software. The qualitative data was analyzed through content analysis. From collected data was possible to identify management, human resources, flow system and information system problems in Primary Care, Central Regulation and Secondary Care. These problems are related directly and indirectly to no-show rates. The patient no-show reasons are known by the key-people, encompassing social and cultural barriers, geographic barriers, financial barriers, emotional barriers and barriers related do the health service. The technical proposal approached thirteen (13) strategies related to Primary Care, Central Regulation, Secondary Care and related to the Municipal Health Secretary, involving intersectoral administrative, normative and educational solutions, focused on workers, managers and the equipment and health service bettering. Lastly, the necessary actions for effective reduction of patient no-shows imply in complex and varied measures, in strategical, tactical and operational levels, combined with focal and systemic strategies, evaluation and monitoring programs.

Keywords: Absenteeism. Strategic Planning. Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA MARCAÇÃO DE CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	18
FIGURA 2 - FIGURA 2. TAXA DE ABSENTEÍSMO DO CEMO ENTRE JANEIRO E OUTUBRO DE 2015.	22
QUADRO 1 - RESUMO DAS PROPOSTAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	41
QUADRO 2 - RESUMO DAS PROPOSTAS NA CENTRAL DE REGULAÇÃO	43
QUADRO 3 - RESUMO DAS PROPOSTAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	44
QUADRO 4 - RESUMO DAS PROPOSTAS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - RESUMO DOS AGENDAMENTOS, FALTAS E TAXA DE ABSENTEÍSMO DURANTE O ANO DE 2015 DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	20
TABELA 2 - RESUMO DOS AGENDAMENTOS, FALTAS E TAXA DE ABSENTEÍSMO DURANTE O ANO DE 2015 DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	APRESENTAÇÃO	8
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	8
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO	8
1.4	JUSTIFICATIVAS DOS OBJETIVOS.....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1	O ABSENTEÍSMO NO BRASIL	11
2.2	RAZÕES DO ABSENTEÍSMO	12
2.3	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO	14
3	DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	16
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	16
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	17
3.2.1	Absenteísmo e Atenção Básica	19
3.2.2	Central de Regulação	19
3.2.3	Atenção Especializada	20
3.2.4	O Usuário	22
3.2.5	Estratégias Implementadas.....	23
4	PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.	24
4.1	PROPOSTA TÉCNICA.....	24
4.1.1	Plano de Implantação	29
4.1.2	Recursos	36
4.1.3	Resultados Esperados.....	36
4.1.4	Riscos ou Problemas Esperados e Medidas Preventivo-Corretivas....	37
5	CONCLUSÃO.....	46
	REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

O problema do absenteísmo às consultas é uma realidade nos serviços públicos e privados de saúde no Brasil. Santos (2008) relata que a taxa de absenteísmo para consultas e procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) varia entre 22 a 30%, representando desperdício de recursos, menor utilização da capacidade instalada e retroalimentação das filas de espera para atendimento, gerando aumento das filas e do tempo de espera. As faltas dos pacientes na Atenção Especializada também refletem na Atenção Básica devido a descontinuidade do cuidado, repetições de ações nas UBS por carecer de um novo encaminhamento, gerando novas consultas, bem como causando aumento das demandas por serviços de Urgência e Emergência (BENDER *et al*, 2010).

1.1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho possui como tema o enfrentamento do absenteísmo no Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO) do município de Araucária/PR, sendo as faltas dos pacientes um problema relevante e crônico neste equipamento de saúde.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Desenvolver plano de ação para o enfrentamento do absenteísmo às consultas especializadas e exames no Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO) de Araucária.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO

Diagnosticar a situação atual do absenteísmo às consultas especializadas e exames no CEMO de Araucária;

Identificar as possíveis causas do absenteísmo às consultas especializadas e exames no CEMO de Araucária;

Propor estratégias de intervenção para enfrentamento do absenteísmo às consultas especializadas e exames no CEMO de Araucária.

1.4 JUSTIFICATIVAS DOS OBJETIVOS

Pelo absenteísmo às consultas e exames ser um problema presente e persistente na realidade dos serviços públicos e privados de saúde do Brasil, a análise da taxa de absenteísmo, a investigação de suas causas e o desenvolvimento de estratégias para seu enfrentamento são essenciais para o campo da Gestão em Saúde. Este trabalho pode ser útil a diferentes gestores, bem como servir de base ou inspiração para novas iniciativas de enfrentamento desta situação-problema.

Em 2013, a Prefeitura Municipal de Araucária divulgou em seu site oficial nota referente ao problema das faltas às consultas agendadas nos Centros de Especialidades Médicas e Odontológicas. O número de faltas, apenas no mês de julho do ano de 2013, foi acima de 1.500, gerando um desperdício de quatorze mil reais (R\$14 mil). As especialidades com maior incidência de absenteísmo no período foram: Odontologia (47%), Neuropediatria (36%), Oftalmologia (35%) e Nutrição (31%). Desta forma, averiguar a situação atual das faltas às consultas e exames no CEMO e identificar suas possíveis causas são necessários para o diagnóstico da situação-problema. Os dados obtidos irão proporcionar a elaboração de uma proposta técnica condizente com a realidade do município, tendo maior fidedignidade e possibilidade de implantação. Através do enfrentamento do absenteísmo, poderão ser beneficiados usuários, gestores e trabalhadores de saúde, devido à diminuição de filas de espera, com conseqüente agilização do atendimento, ao uso mais eficaz da capacidade

instalada, ao aumento do número de procedimentos com aumento da receita e à redução de custos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O absenteísmo na saúde pode ser caracterizado como não comparecimento do indivíduo a uma consulta agendada, sem avisar previamente e não permitindo o agendamento imediato de outro paciente (DA SILVA, 2013). Esta situação representa um problema importante nos serviços de saúde, sendo uma realidade persistente no Brasil e no mundo. As consequências do absenteísmo incluem prejuízos financeiros, ociosidade da equipe de saúde, aumento da demanda reprimida e da demora para atendimento, especialmente nos serviços públicos de saúde, impactando no acesso dos pacientes ao cuidado em saúde (BENDER *et al*, 2010; CAVALCANTI *et al*, 2013; NOUR EL-DIN *et al*, 2008; FERNANDES *et al*, 2013; LACY *et al*, 2004; SANTOS, 2008). Satiani *et al* (2009) estudaram o impacto financeiro do absenteísmo em um serviço laboratorial vascular não-invasivo nos Estados Unidos e suas perdas financeiras anuais representaram aproximadamente noventa mil dólares, evidenciando a necessidade de medidas de diminuição do absenteísmo. Berg *et al* (2013) mensurou o custo do absenteísmo em um centro médico acadêmico americano, baseando-se na média histórica de 18% de pacientes faltosos por dia. Com esta média, a perda diária de renda chegou a 16,36% do ganho líquido esperado, ou seja, U\$725,42, o que corresponde a uma significativa diminuição da renda esperada pelos serviços de saúde. No Reino Unido, uma pesquisa realizada na Atenção Primária demonstrou que 12 milhões de indivíduos faltaram as consultas com clínico geral (6,2% de todos os agendamentos) em 2004, custando £162 milhões no ano (MARTIN *et al*, 2005). A falta às consultas é um dos fatores que interferem no crescimento das filas de espera para atendimento, uma vez que há retroalimentação da fila pelos pacientes faltosos, diminuição do aproveitamento da oferta e, com isso, aumento do tempo de espera para a agendamento de consultas (SANTOS, 2008). Assim como no exterior, no Brasil há diversos estudos voltados para este tema, porém a ênfase é dada ao Sistema Único de Saúde (SUS), já que representa o sistema de

saúde de maior alcance no país. A maioria das pesquisas buscam entender o processo de ausência do paciente às consultas e exames e apontam alternativas para o enfrentamento deste problema.

2.1 O ABSENTEÍSMO NO BRASIL

Os estudos realizados sobre o absenteísmo no Brasil têm sido voltados para o âmbito do SUS, com ênfase na Atenção Especializada. As faltas nas consultas de especialidades médicas e odontológicas são investigadas com destaque, abarcando os índices das faltas e suas causas.

Nas especialidades médicas temos o estudo de Santos (2008), a qual refere índice de 27,5% de absenteísmo em um serviço especializado de um município baiano, com maior incidência na primeira consulta. No trabalho de Albieri *et al* (2015), o índice inicial do absenteísmo na cidade de São Paulo era de 34%, havendo diminuição após estratégias de gestão da fila de espera. Já o estudo de Bender *et al* (2010) aponta 34,4% de faltas nas consultas e procedimentos especializados. Os resultados de Cavalcanti *et al* (2013) são ainda mais alarmantes, já que a taxa de absenteísmo no município de João Pessoa alcançou o percentil de 39,8%.

Nas especialidades odontológicas os índices são mais expressivos, como no estudo de Zaitter (2009), que avaliou a acessibilidade dos pacientes às consultas de Endodontia no município de Curitiba, o qual mostrou uma média de faltas de 43% para a especialidade e na pesquisa de Dalri (2014) que constatou que mais da metade dos indivíduos (51%) faltaram nas consultas de Endodontia, Odontopediatria, Periodontia, Buco Maxilo Facial e Prótese Dentária. A fim de evidenciar a cronicidade desta realidade nos serviços de saúde, no ano de 1998 mais de 41% dos pacientes agendados para atendimento odontológico em uma clínica-escola não compareceram (JANDREY, DREHMER, 2000).

As consequências do absenteísmo envolvem usuários, trabalhadores e gestores, sendo o usuário prejudicado pela descontinuidade do cuidado, no adiamento da resolução da demanda de saúde, no aumento do tempo de espera para consulta,

gerando aumento da insatisfação com o serviço de saúde e busca de caminhos alternativos, como automedicação e uso de serviços de urgência e emergência. Para os trabalhadores, a falta dos pacientes é tida como frustrante, pois coloca o próprio trabalhador em dúvida sobre a validade do seu trabalho, além de ser motivo de angústia e sofrimento, uma vez que deseja, também, acompanhar a resolutividade do caso. Na gestão, os impactos são maiores já que há aumento progressivo da demanda reprimida, redução do acesso aos serviços de saúde, desequilíbrio na oferta de atendimentos, desperdício de recursos públicos e dos serviços, perda do horário por não poder incluir novo paciente imediatamente e insatisfação popular (BENDER *et al*, 2010; CAVALCANTI *et al*, 2013). Os reflexos do não comparecimento dos pacientes às consultas e exames na Atenção Especializada atingem também a Atenção Básica. Bender *et al*, (2010) constataram que há desperdício dos serviços realizados nas UBS como a consulta, o trabalho da marcação, a entrega de encaminhamento pelos ACS ou o custo da ligação para solicitar retirada do encaminhamento e, ainda, a repetição de todas estas ações quando o paciente reinicia o processo de referência à Atenção Especializada.

2.2 RAZÕES DO ABSENTEÍSMO

Diversos estudos nacionais e internacionais buscam caracterizar as razões para o absenteísmo, sendo seu foco geralmente centrado apenas no usuário, visto como único responsável pela própria falta. Nestes estudos, as principais razões encontradas foram: esquecimento, falta de dinheiro para condução, dificuldade em sair do trabalho, outro compromisso, não se sentir bem no dia, não ter outro responsável para cuidar dos filhos ou familiar adoecido, não achar o local da consulta, não ter acompanhante, local muito longe (BENDER *et al*, 2010; SÁ, 2012; CAVALCANTI *et al*, 2013; FERNANDES *et al*, 2013).

Lacy (2004), Martin *et al* (2005), Souza (2008), Zaitter (2009), Izecksohn e Ferreira (2014) e Gonçalves *et al* (2015) buscaram entender com maior profundidade as razões do absenteísmo. Seguindo a forma de classificação de Souza (2008), a qual

usa do conceito de barreiras de acesso aos serviços de saúde, os resultados destes estudos estão sintetizados da seguinte forma:

- Barreiras sócio-culturais:

- * Esquecimento: qual o significado da consulta/exame para o paciente;
- * Melhora da demanda de saúde;
- * Não liberação do trabalho ou horário não compatível: relação com o horário de atendimento dos equipamentos de saúde, não ter o direito ao tratamento de saúde concedido pelo empregador e pelo medo do paciente em sofrer retaliações no trabalho;
- * Não ter com quem deixar as crianças ou pessoa doente;
- * Paciente doente no dia;
- * Não possuir cadastro atualizado na UBS.

- Barreiras geográficas

- * Distância do local da consulta/exame: sendo mais frequente aos pacientes que moram na zona rural ou fora do município sede;
- * Paciente em viagem;
- * Ausência de transporte: quadro também relacionado aos pacientes da zona rural e que moram fora do município sede.

- Barreiras financeiras:

- * Ausência de dinheiro para condução: nestes estudos, a maioria dos pacientes faltosos possuíam precárias condições de renda.
- * Já realizado atendimento particular.

- Barreiras relacionadas ao serviço:

- * Já possuía outra consulta/exame agendado no SUS;
- * Recebimento da guia no dia da consulta/exame ou já vencida;
- * Já havia realizado consulta/exame anteriormente;

- * Erro de marcação;
- * Compareceu, mas não foi atendido (problemas de falta do profissional, falta de material, problema em equipamento);
- * Não entendimento sobre o sistema de saúde;
- * Não orientado adequadamente sobre consulta ou preparação para exame;

- Barreiras emocionais:

- * Sentimentos negativos antecipatórios sobre a consulta/exame: medo, vergonha, desconforto.
- * Negação quanto ao enfrentamento do problema de saúde;
- * Hesitação no comparecimento, quando demora a consulta/exame;
- * Sentimento de poder resolver sozinho a demanda de saúde;
- * Percepção de desrespeito, pela equipe de saúde, das opiniões e sentimentos dos usuários;
- * Má relação com profissional da recepção, da equipe de saúde;
- * Percepção de má qualidade do serviço.

As diversas barreiras elencadas demonstram a complexa relação entre o usuário, a equipe de saúde e a organização do serviço nas faltas dos pacientes. A partir desta noção de complexidade, diversos estudos buscaram relatar suas estratégias para o enfrentamento do absenteísmo.

2.3 ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO

Em virtude da complexidade das razões do absenteísmo e das características singulares das relações entre usuários, trabalhadores e com o serviço de saúde, diversos estudos e relatos de experiência são descritos na literatura nacional e internacional buscando encontrar o(s) método(s) com maior eficácia e efetividade.

A partir do ponto de vista dos usuários, as sugestões para diminuição do absenteísmo contemplam a diminuição do tempo de espera entre a consulta da Atenção Básica até a da Atenção Especializada, o aumento da oferta de consultas especialidades, contratação de profissionais, rever a localização dos Centros de Referência e garantir recursos financeiros para deslocamento de pacientes. Já para os trabalhadores, a saída para a diminuição do absenteísmo está no esclarecimento ao paciente sobre o sistema de saúde, a forma de encaminhamento, bem como o tempo de espera, a solicitação de comunicação prévia em caso de falta, contato telefônico confirmando atendimento, além de mudanças no sistema de regulação com presença de profissional da saúde e estudos sobre demanda de cada especialidade para oferta (BENDER *et al*, 2010).

Entre as estratégias implementadas nos serviços de saúde estudados encontram-se: lembrete via telefone, mensagem de texto para celular e cartão-recado, havendo criação de Central de confirmação de agendamento; *overbooking* (agendamento de mais pacientes maior que a capacidade instalada); educação em saúde aos pacientes em cada momento de contato com o serviço de saúde; penalidades como o impedimento de remarcação automática dos pacientes faltosos, agendamento apenas para vaga encaixe, chegando até o não atendimento (em serviços privados); mudança no formato de agendamento; mudanças nas Centrais de Regulação; melhora da ambiência dos equipamentos de saúde; aumento de visitas de agentes comunitários de saúde nas comunidades; ampliação da oferta de consultas/exames; capacitação de equipes de saúde e gestão das filas de espera (ALBIERI *et al*, 2015; CAVALCANTI *et al*, 2013; DA SILVA, 2013; JHONSON, MOLD, PONTIOUS, 2007; IZECKSOHN e FERREIRA, 2014; SÁ, 2012; TAVARES *et al*, 2015; ZAITTER, 2009). Foram descritas, também, duas estratégias de engajamento comportamental, onde a ideia é fazer o paciente querer comparecer à consulta. As estratégias são denominadas gerenciamento de contingência (*contingency management*) e entrevista motivacional. O gerenciamento de contingência é um método empregado para pacientes que são dependentes químicos e que utiliza de incentivos financeiros ou outros meios de valor para o aumento da presença nas consultas. Já a entrevista motivacional utiliza de técnicas que ajudam ao indivíduo reconhecer e resolver a ambivalência de seu comportamento, além de construir motivação interna para o comparecimento (MOLFENTER, 2013). Além destas,

oficinas com trabalhadores e gestores com o intuito de desenvolver estratégias condizentes com a realidade de cada território e com posterior retomada sobre a implementação das estratégias pactuadas, também são descritas e com bom potencial para enfrentamento de situações-problema (GONÇALVES *et al*, 2015).

Pensando na superação do complexo desafio que é a redução do absenteísmo, a construção de estratégias deve levar em consideração as particularidades do local, de forma que haja entendimento das relações entre os atores envolvidos nesta situação e um diagnóstico preciso sobre os processos presentes neste enredo.

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas é um equipamento público de saúde, com gestão municipal, cem por cento SUS. Seu quadro de funcionários é composto por servidores públicos estatutários. O CEMO pertence à Atenção Especializada em saúde, sendo referência para todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de Araucária (06 UBS na área urbana, 06 UBSF na área urbana e 09 UBSF na área rural), abrangendo a uma população estimada em 133.428 habitantes (IBGE, 2015). No local são realizados os seguintes atendimentos:

Especialidades Médicas: alergologia, angiologia, cardiologia adulto e pediátrica, cirurgia de cabeça e pescoço, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neuropediatria, nutrição, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, pneumologia, pequenas cirurgias, reumatologia e urologia.

Exames complementares: eletrocardiograma, exame de tuberculose (PPD), mapeamento de retina, teste cutâneo alérgico de leitura imediata (TCA), e teste ergométrico.

Procedimentos: dermatológicos, ortopédicos, serviço ambulatorial de sonda, litotripsia e vasectomia.

Especialidades Odontológicas: endodontia, periodontia, radiologia, cirurgia odontológica e pronto atendimento odontológico.

O agendamento de consultas é realizado através dos setores de Marcação de Consultas localizadas nas UBS, sendo o fluxo conforme Figura 1.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Para elaborar um diagnóstico da situação-problema foram examinados os relatórios do CEMO, com relação às faltas às consultas e exames no período de janeiro a dezembro de 2015, os documentos da Secretaria Municipal de Saúde referentes aos fluxos e demais rotinas presentes na Atenção Básica e Especializada, e levantamento de informações com pessoas-chaves.

Para melhor entendimento do caminho realizado pelo paciente desde a consulta com profissional da Atenção Básica até chegar à Especializada, foi recomposto o fluxograma de marcação de consulta, conforme FIGURA1.

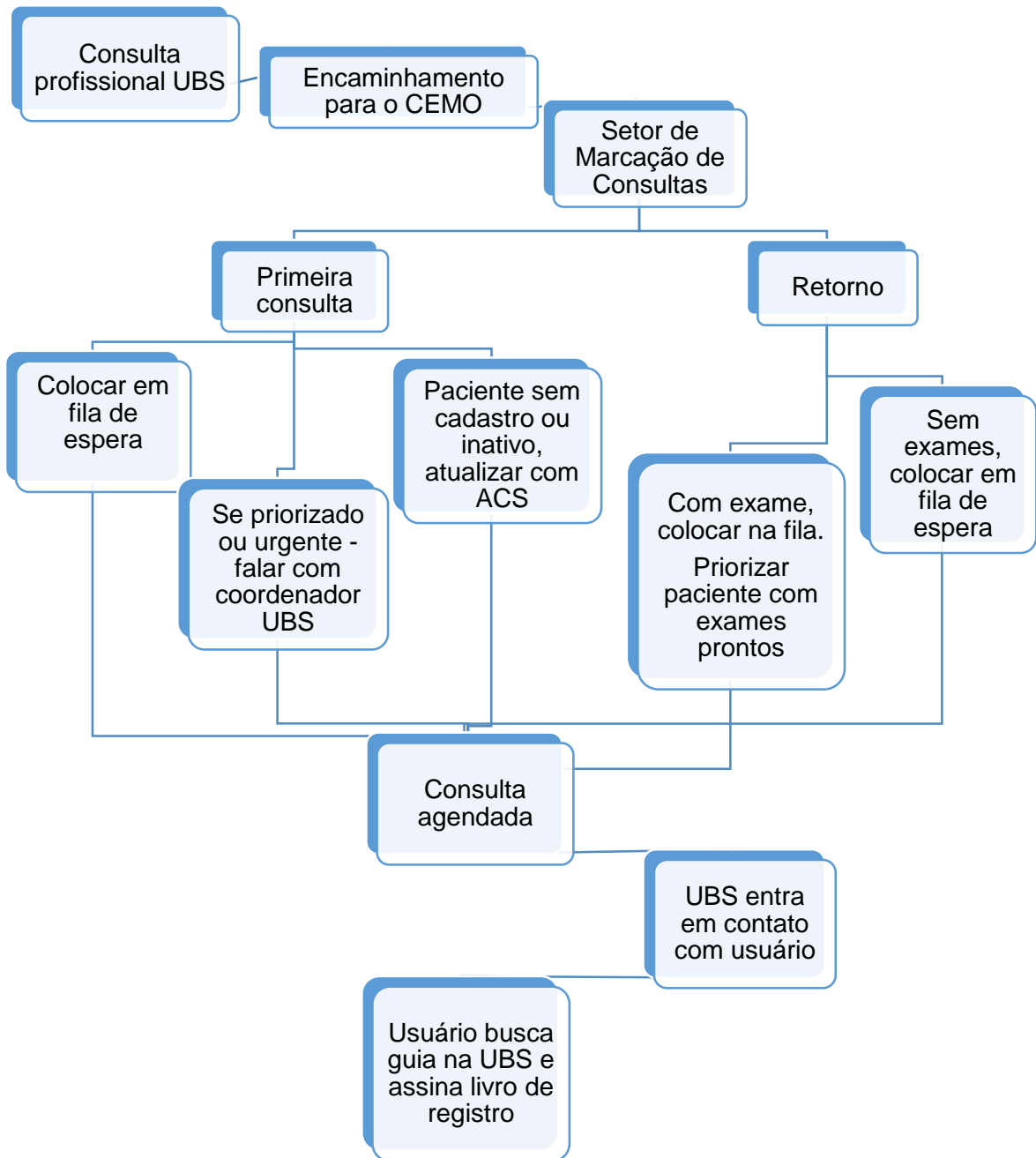


FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA MARCAÇÃO DE CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

FONTE: O autor (2016).

Após análise dos documentos e de reuniões com pessoas-chaves foi possível apreender situações-problemas relacionadas diretamente e indiretamente ao absenteísmo no CEMO – Araucária. Os dados obtidos foram categorizados em grupos de problemas percebidos na Atenção Básica, Central de Regulação e Atenção Especializada, nas razões conhecidas do absenteísmo pelo Usuário de Araucária e nas estratégias já implementadas no Município.

3.2.1 Absenteísmo e Atenção Básica

A Atenção Básica possui relação com o absenteísmo da Atenção Especializada. Conforme dados obtidos com pessoas-chaves, foram identificadas as seguintes situações:

a) existem protocolos estabelecidos de referenciamento para a Atenção Especializada, no entanto há um índice elevado de encaminhamentos que podem ter condições sensíveis à AB. Esta situação pode ser explicada por questões técnicas dos profissionais, pela pressão do próprio paciente para o encaminhamento e pelos problemas estruturais, de recursos humanos e de materiais encontrados nas UBS;

b) dificuldade em contatar o paciente sobre a consulta/exame por não possuir contatos atualizados;

3.2.2 Central de Regulação

A Central de Regulação foi implementada no ano de 2008 como uma maneira de organizar a demanda para a Atenção Especializada, sendo um elo entre as UBS e os serviços especializados, sejam estes públicos ou privados credenciados.

Os pacientes referenciados entregam as guias para consultas e exames no Setor de Marcação de Consultas, presentes em todas as UBS. Com relação ao CEMO, especificamente, as consultas de especialidades são diretamente agendadas pelo marcador ou colocados em fila de espera. Nos casos de urgência e de pacientes que faltaram à consulta/exame, as guias são encaminhadas para a Central de Regulação que gerencia as agendas dos especialistas e dos exames do CEMO. A partir do agendamento, a Central envia o comprovante do agendamento por malote para a UBS responsável, sendo responsabilidade desta contatar o paciente/familiar em até 48 horas antes da consulta para buscar o agendamento.

A partir de informações levantadas com a Central de Regulação, três dificuldades que se relacionam com o absenteísmo foram notadas:

a) a distância da Central de Regulação e Auditoria sobre o caso, podendo ocorrer problemas de comunicação com a Atenção Básica, bem como o risco da fragmentação do cuidado, pela dificuldade em manter a integralidade;

b) a alta rotatividade de marcadores nas UBS, com comprometimento da eficiência e efetividade do serviço;

c) a ocorrência de problemas técnicos funcionais do sistema de informação gerencial utilizado, acarretando em perda de dados e informações e necessidade de retrabalho.

3.2.3 Atenção Especializada

A Atenção Especializada é responsável por atendimentos de maior nível de complexidade, sendo composta por serviços públicos e serviços terceirizados de saúde.

Com relação ao Centro de Especialidades Médicas, as taxas de absenteísmo encontradas durante o ano de 2015 foram (TABELA 1), atingindo o percentual anual de 14,29%:

TABELA 1. RESUMO DOS AGENDAMENTOS, FALTAS E TAXA DE ABSENTEÍSMO DURANTE O ANO DE 2015 DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.

MÊS	AGENDAMENTOS	FALTAS	TAXA
JANEIRO	3.821	753	19,71%
FEVEREIRO	4.423	749	16,93%
MARÇO	7.533	1.042	13,83%
ABRIL	5.545	769	13,87%
MAIO	6.606	980	14,83%
JUNHO	6.674	877	13,14%
JULHO	6.341	964	15,20%
AGOSTO	6.573	822	12,51%
SETEMBRO	5.944	874	14,70%

OUTUBRO	5.250	627	11,94%
NOVEMBRO	4.382	591	13,49%
DEZEMBRO	4.560	618	13,55%
TOTAL	67.652	9.666	14,29%

FONTE: O autor (2016).

As especialidades e exames do Centro de Especialidades Médicas com maior taxa de absenteísmo no ano de 2015 foram: Exame de PPD (29,41%), Nutrição (21,32%), Teste Ergométrico (20,38%), Pequenas Cirurgias (20,26%) e Oftalmologia (19,21%). Já as menores taxas foram encontradas nos Procedimentos de Dermatologia (7,76%), Avaliação de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (8,76%) e Reumatologia (8,96%).

Já o Centro de Especialidades Odontológicas obteve taxa de 33,65% de absenteísmo (TABELA 2) de janeiro a outubro de 2015. Os dados de novembro e dezembro não foram obtidos por perda de dados no sistema de informações.

TABELA 2. RESUMO DOS AGENDAMENTOS, FALTAS E TAXA DE ABSENTEÍSMO DURANTE O ANO DE 2015 DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.

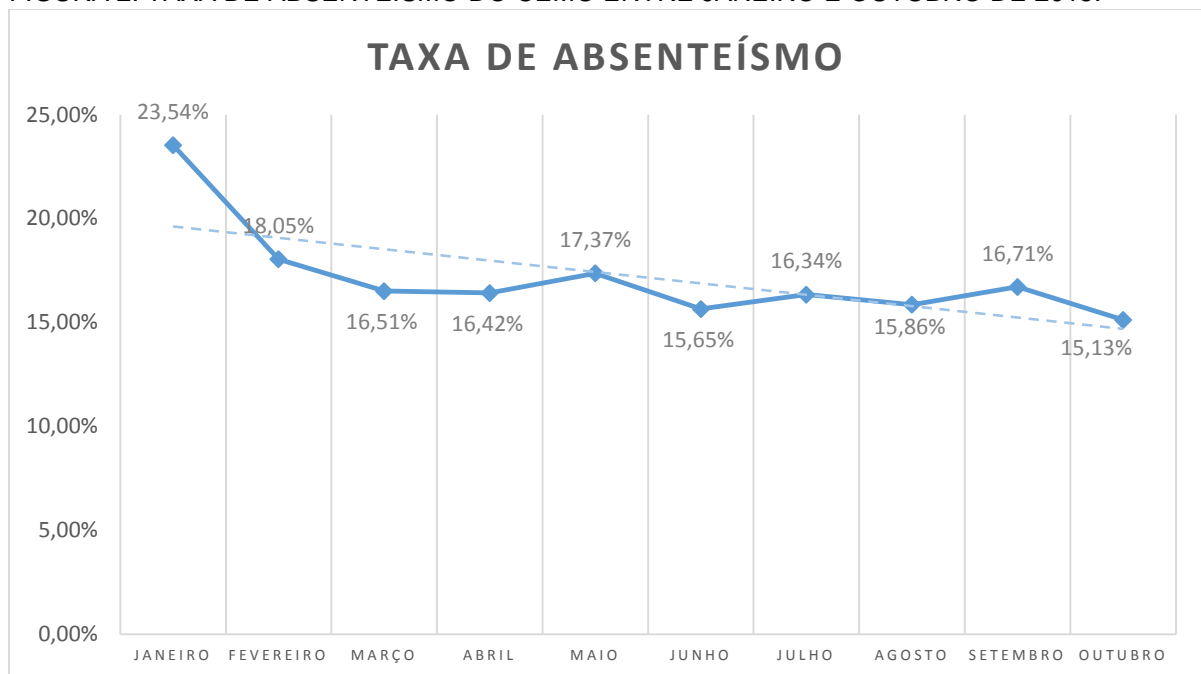
MÊS	AGENDAMENTOS	FALTAS	TAXA
JANEIRO	1.035	390	37,68%
FEVEREIRO	530	145	27,36%
MARÇO	1.127	388	34,43%
ABRIL	1.014	308	30,37%
MAIO	1.018	344	33,79%
JUNHO	819	296	36,14%
JULHO	487	152	31,21%
AGOSTO	1.149	403	35,07%
SETEMBRO	842	260	30,88%
OUTUBRO	817	291	35,62%
TOTAL	8.838	2.977	33,68%

FONTE: O autor (2016).

O menor índice entre as Especialidades Odontológicas Endodontia com 25,96%. Já as especialidades com maior número de faltas foram: Raio-x Odontológico (38,64%), Endodontia – avaliação (36,03%) e Diagnóstico Bucal (33,73%).

Para a determinação da taxa de absenteísmo do CEMO – Araucária, foram utilizados os dados referentes a todos os agendamentos e faltas nos meses de janeiro a outubro de 2015, assim, a taxa de absenteísmo no período foi de 16,93%. No entanto, se analisarmos a média ponderada, teremos como resultado uma média de 24,04% de faltas.

FIGURA 2. TAXA DE ABSENTEÍSMO DO CEMO ENTRE JANEIRO E OUTUBRO DE 2015.



FONTE: O autor (2016).

3.2.4 O Usuário

Os estudos encontrados sobre os motivos das faltas às consultas e exames pelos usuários, são convergentes quanto as causas. Em vista do grande número de pacientes faltosos no CEMO, optou-se, neste momento, por não realizar pesquisa diretamente com o usuário. Conforme protocolo para reagendamento de consulta, os

usuários devem apontar o(s) motivo(s) do não comparecimento à consulta/exame, sendo, desta forma, suas causas superficialmente conhecidas.

As causas citadas pertencem aos cinco tipos de barreiras de acesso aos serviços de saúde, sendo elas:

- a) barreiras socioculturais: esquecimento, melhora do quadro, não ter liberação do trabalho para comparecer ao serviço de saúde, problema familiar;
- b) barreiras geográficas: distância, ausência de transporte, paciente viajando;
- c) barreiras financeiras: não possuir dinheiro para condução;
- d) barreiras relacionadas ao serviço: paciente não orientado adequadamente sobre consulta ou preparação para exame;
- e) barreiras emocionais: má relação com profissional da equipe de saúde; não acha necessário passar por outro profissional.

3.2.5 Estratégias Implementadas

Após este processo de investigação e reflexão foi possível apreender que o absenteísmo não é desconhecido dos gestores locais e que algumas estratégias de enfrentamento já foram implementadas como:

- a) mutirão: foram realizados mutirões no CEMO, a fim de reduzir o número de pacientes em fila de espera. Os mutirões ocorreram em alguns sábados nos anos de 2013 e 2014, sendo os pacientes avisados com dez dias de antecedência e solicitados a desmarcar o procedimento em caso de não comparecimento. As experiências mostraram que houve, também, alto índice de faltas. Segundo publicação no site da Prefeitura, dos 272 agendamentos realizados no primeiro final de semana do mutirão em abril de 2014, foram realizados apenas 155 atendimentos, representando uma taxa de 43% de faltas. No ano de 2015 não foram realizados mutirões por questões financeiras;
- b) monitoramento: esta estratégia se mantém em funcionamento, onde são acompanhadas as taxas de absenteísmo mensalmente, com detalhamento de faltas por unidade e realizado alerta aos coordenadores das UBS;

c) Estratégia de Corresponsabilização: a partir do início do ano de 2015 foi iniciado um sistema de corresponsabilização do paciente pela sua falta. Os agendamentos do CEMO são realizados por sistema informatizado e, neste sistema, foi configurado um bloqueio de reagendamento automático do paciente que faltou, devendo respeitar o tempo de carência de seis meses para retornar à fila de espera para consulta/exame. Caso o paciente possua uma justificativa que esteja enquadrada nos critérios de análise, ele deverá fazer a justificativa de próprio punho, receber parecer favorável da coordenação da UBS e, posteriormente, parecer favorável da Auditoria para retornar imediatamente para a fila de espera.

Justificativas aceitas para análise da auditoria: falecimento de familiar, imprevistos graves (calamidade, doença na família, viagem não programada que aconteceu nas últimas doze horas, falha da instituição).

Algumas das justificativas não aceitas: esqueceu de levar os exames na consulta, esqueceu o dia/horário da consulta, atrasos, perdeu o ônibus, não pode se ausentar do trabalho/escola, não tinha acompanhante.

Esta estratégia tem trazidos bons resultados, com diminuição satisfatória do absenteísmo no CEMO, como mostra a Figura 2, onde percebe-se uma linha de tendência de baixa, ilustrando a progressiva diminuição do número de faltas. Desta forma, a manutenção da corresponsabilização do paciente é de extrema importância para a continuidade da diminuição dos índices de absenteísmo, não sendo, portanto, abordada na proposta técnica por já estar em andamento.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Para a proposta técnica foram considerados os resultados apresentados no diagnóstico situacional e, também, nas estratégias já utilizadas.

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

O enfrentamento do absenteísmo é um importante desafio para a otimização dos recursos empregados nos serviços de saúde, para maior efetividade das ações em saúde e, principalmente, para a melhoria da saúde da população. Este problema é crônico no município de Araucária e suas causas atreladas demandam mais que uma solução isolada e estática. A partir do diagnóstico da situação-problema foram elencadas propostas de enfrentamento do absenteísmo, dividindo por pontos de tensão nas seguintes instâncias: Atenção Básica, Central de Regulação, Atenção Especializada e Geral.

Atenção Básica:

Proposta 1: realizar visitas domiciliares estratégicas dos agentes comunitários de saúde com o objetivo auxiliar famílias/ pacientes com risco para o absenteísmo e que possuem histórico de faltas e incorporar o monitoramento das consultas agendadas.

Aproximar o agente comunitário de saúde dos indivíduos que possuem histórico de faltas significa abrir a possibilidade de realizar Educação em Saúde, através de sensibilização sobre o impacto da falta à consulta na saúde do indivíduo e no sistema de saúde. Além disso, permite auxiliar pessoas que possuem maior dificuldade sobre local, data e horário das consultas agendadas. No caso dos pacientes que possuem risco para o absenteísmo, ainda é necessário realizar estudo aprofundado sobre o perfil dos indivíduos faltantes e, a partir disso, analisar os fatores de risco para absenteísmo. A literatura aponta alguns fatores como baixa escolarização, jovens até 29 anos, renda entre um a três salários mínimos e gênero feminino, este último explicado pela maior quantidade de mulheres que buscam os serviços de saúde (FERNANDES *et al*, 2013; MILLER *et al*, 2015; SANTOS, 2008). Incorporar o monitoramento das consultas agendadas nas visitas domiciliares possibilita a devolução de vagas, tirar dúvidas dos pacientes e, também, orientar sobre a responsabilidade do paciente/familiar em avisar previamente o serviço de saúde em caso de não comparecimento.

Proposta 2: instrumentalizar profissionais da área da Saúde quanto aos protocolos, normas e fluxos de encaminhamento para a Atenção Especializada.

A instrumentalização dos profissionais da Saúde se faz necessário para o seguimento adequado dos protocolos estabelecidos, diminuindo o número de

encaminhamentos que teriam condições sensíveis de serem resolvidos na Atenção Básica.

Proposta 3: instrumentalizar profissionais da área da Saúde sobre sensibilização do paciente quanto ao seu cuidado de saúde e sobre a importância do encaminhamento realizado.

Conforme dados da literatura e de coleta de informações com pessoas-chaves, algumas das causas do absenteísmo estão relacionadas ao não entendimento pelo paciente do porquê está sendo encaminhado, ao não entendimento sobre o exame que deverá realizar ou, ainda, sobre a real necessidade do encaminhamento, podendo gerar medo, ansiedade ou, ainda, fazer com que o paciente não perceba sua atual condição de saúde. Sensibilizar o paciente sobre estes pontos e torná-lo sujeito ativo do próprio cuidado em saúde é um dos grandes desafios, sendo essencial para que o indivíduo faça a melhor escolha para si, contemplando o seguimento da recomendação do profissional de saúde.

Proposta 4: pesquisar a taxa de resolutividade da Atenção Básica.

Realizar a pesquisa da taxa de resolutividade da Atenção Básica permite averiguar a qualidade do atendimento prestado, bem como permite determinar a necessidade (ou não) de novos investimentos em qualificação dos profissionais de saúde, de mudanças em protocolos de atendimento, repensar e formular políticas com ênfase na Prevenção e Promoção de Saúde.

Central de Regulação:

Proposta 5: identificar a real demanda mensal de encaminhamentos por UBS e por Especialidade.

A partir da identificação da real demanda mensal dos encaminhamentos realizados pelas UBS e das Especialidades encaminhadas será possível averiguar as demandas de serviço especializado na AB em nível de território, possibilitando a análise de oferta e demanda na Atenção Especializada, com o intuito de diminuir o tempo de espera e facilitar o acesso ao serviço de saúde especializado.

Proposta 6: inserir *checklist* dos critérios de encaminhamento da Atenção Básica para Especializada.

A inserção de *checklist* dos critérios de encaminhamento tem por objetivo otimizar o cumprimento dos critérios definidos nos protocolos de encaminhamento para a Atenção Especializada, sendo um meio de diminuir o número de casos passíveis de resolutividade na AB.

Proposta 7: instrumentalizar servidores públicos interessados em serem marcadores.

Devido ao alto grau de rotatividade de pessoal nos Setores de Marcação, a instrumentalização de servidores interessados em serem marcadores pode ser uma solução eficiente pelo fato de criar reserva técnica nos casos de férias, licença-prêmio, afastamentos e exoneração de marcadores.

Atenção Especializada:

Proposta 8: realizar estudo piloto com a técnica de *overbooking*, como ferramenta gerencial na redução dos efeitos do absenteísmo.

A técnica de *overbooking* funciona como uma ferramenta no gerenciamento de receitas, comumente usada em setores como transporte e hotelaria, a qual mostra-se de grande valia na redução dos impactos negativos do não comparecimento de clientes destes serviços. Na mesma lógica, estudos como de La Ganga & Lawrence (2007) e Oleskovicz *et al* (2014), buscam explorar esta técnica em clínicas privadas e no serviço público. Oleskovicz *et al* (2014) realizou a análise da técnica a fim de observar o potencial de ganhos de eficiência no atendimento ambulatorial de um equipamento público de saúde e, também, propor padrão de abordagem. Sobre o padrão de abordagem, o método utilizado obteve bom resultado de aplicação e foi baseado no modelo de nível de serviço desejado, o qual é semelhante ao modelo usado para determinar os estoques de segurança para gerenciamento de inventário. Sobre o potencial do uso da técnica, a pesquisa mostrou possibilidade de ganhos entre a taxa de utilização e o nível de serviço desejado.

A técnica é composta por modelos matemáticos de probabilidade que aumentam virtualmente a capacidade de atendimento do serviço de saúde, melhorando sua produtividade e mitigando os efeitos negativos do absenteísmo. Para conseguir chegar a um número adequado de aumento virtual de capacidade é necessário definir a capacidade máxima de atendimento, identificar os percentuais de agendamento, conhecer a probabilidade de falta dos pacientes e a probabilidade de comparecimento de pacientes acima da capacidade instalada.

Proposta 9: implementar o lembrete de consulta, através de envio de mensagem de texto (SMS).

O uso de sistema de envio de mensagens de texto (SMS), como meio de redução do absenteísmo, tem crescido nos serviços privados e públicos do Brasil. A exemplo disso, o Governo do Paraná adotou esta estratégia no ano de 2014, no entanto, não há dados disponíveis sobre a eficácia da implantação do sistema de envio de mensagem de texto. Prado et al (2012), realizou uma revisão bibliográfica com 45 artigos que descrevem os resultados com o uso desta estratégia, havendo 75% de aumento de adesão a tratamentos e/ou comparecimento às consultas.

Secretaria Municipal de Saúde (SMSA):

Proposta 10: desenvolver estratégias de Ouvidoria Ativa, com pesquisa de satisfação do usuário do SUS e do perfil de pacientes absentistas no município de Araucária.

O objetivo da pesquisa de satisfação do usuário é avaliar a percepção deste sobre o acesso e a qualidade dos serviços prestados, fornecendo relevante *feedback* sobre a visão da comunidade sobre os serviços de saúde e ampliando a visão do gestor sobre o panorama da saúde no município. Já a pesquisa do perfil dos pacientes absentistas é essencial para guiar as medidas de Educação em Saúde, a partir das características dos indivíduos faltosos e, também, determinar os fatores de risco para o absenteísmo.

Proposta 11: criar uma Comissão de Gestão de Filas de Espera

A fim de efetivar a gestão de filas de espera, ressalta-se a importância da criação de uma Comissão de Gestão de Filas de Espera, composta pelo Gestor Municipal de Saúde, Diretor Geral, Diretor da Atenção Básica, Diretor da Atenção Especializada e representante do Conselho Municipal de Saúde, e uma subcomissão formada pelos Coordenadores das UBS, Gestor da Central de Regulação, Gestor da Ouvidoria da Saúde e Diretores da AB e AES.

A função da subcomissão é identificar os pontos de tensão no sistema, as dificuldades e acertos nos fluxos, sistema de referência e contra-referência e no cumprimento de protocolos pactuados, a análise dos dados do absenteísmo, a taxa de resolatividade da AB, os encaminhamentos realizados e a demanda gerada, e, por fim, planejar ações a serem realizadas em nível local.

Já a função da comissão é discutir a necessidade de revisar protocolos, sistema de referência e contra-referência, cumprimento de metas, revisão de contratos, adequar instrumentos de controle e monitoramento, formular políticas e planejar ações de nível municipal.

Proposta 12: adequar os Recursos Humanos na Saúde, especialmente na Atenção Básica.

De acordo com o levantamento realizado em 2015, o déficit de Recursos Humanos na Atenção Básica é de aproximadamente cento e cinquenta (150) profissionais, dificultando as ações gerenciais dos coordenadores das UBS, uma vez que acabam por realizar outras atividades, como cobrir escalas.

Proposta 13: Avaliar as dificuldades do atual sistema de informações do município na Saúde e discutir ações corretivas.

O atual sistema de informações do município é alvo de reclamações dos trabalhadores da SMSA, pois tem gerado retrabalho pela perda de informações, lentidão nas operações de agendamento, constantes quedas do sistema e, apesar de possuir prontuário eletrônico, o mesmo não é certificado, não permitindo a integração de informações do paciente nos diferentes pontos da rede, fragmentando o cuidado em saúde.

4.1.1 Plano de Implantação

O plano de implantação será descrito adotando a execução das seguintes etapas:

Etapa 1

Conforme **Proposta 11**, inicialmente será necessário criar uma Comissão de Gestão de Filas de Espera que seja capaz de analisar, planejar, viabilizar e monitorar a execução das medidas diretas e indiretas para redução do absenteísmo. Deverá ser composta pelo Gestor Municipal de Saúde, Diretor da Atenção Básica, Diretor da Atenção Especializada e representante do Conselho Municipal de Saúde através de nomeação por Decreto Municipal. Em primeiro ato, a Comissão deverá definir seus

objetivos, funcionamento, periodicidade de reuniões e suas responsabilidades, bem como instituir uma subcomissão, que poderá agir de forma operacional e deverá ser formada pelos Coordenadores das UBS, Gestor da Central de Regulação, Gestor da Ouvidoria da Saúde e Diretores da AB e AES. A responsabilidade pela efetiva criação da Comissão deverá ser do gestor da Pasta de Saúde. O prazo para implantação da Comissão deverá ser de um (01) mês.

Etapa 2

A segunda etapa será a instituição de formas de avaliação contínuas que permitirão o monitoramento das ações em andamento, assim como a realização de ajustes no planejamento estratégico, tático e operacional.

Pelo atual Sistema de Informações ser utilizado nas diversas Secretarias do município, o Gestor Municipal de Saúde solicitará aos Diretores da Atenção Básica, Especializada, Central de Regulação e Setor de Informática, as dificuldades encontradas no sistema de informações, de modo a fornecer subsídios para a discussão dos pontos de tensão e das possibilidades de mudança no *software* com a empresa licitada (**Proposta 13**). O prazo para a obtenção dos dados referentes aos pontos de tensão será de um (01) mês, com posterior reunião com representante da empresa, o qual negociará o prazo para as mudanças acordadas. A responsabilidade sobre a execução desta proposta é da Comissão de Gestão de Filas de Espera.

A Ouvidoria da Saúde da Araucária deverá implementar estratégias de Ouvidoria Ativa (**Proposta 10**) com o desenvolvimento de:

Ouvidoria itinerante: o gestor formará agenda de visitas aos equipamentos de saúde com o objetivo de estimular a participação crítica da comunidade e prestar informações sobre direitos e deveres dos cidadãos, sendo mais um recurso de Educação em Saúde para a redução do absenteísmo. A partir da definição do profissional responsável pelas ações, este poderá fazer uso de materiais de divulgação, instrumentalização de conselheiros locais e palestras para a comunidade. O prazo para início das atividades desta estratégia é de seis (06) meses. Sua forma de monitoramento será pelos relatórios mensais apresentados, contendo a quantidade e conteúdo das atividades realizadas nos equipamentos de saúde e pela quantidade e conteúdo das demandas encaminhadas via telefone ou presenciais.

Pesquisas: neste momento inicial as pesquisas de satisfação do usuário do SUS e do perfil de pacientes absentistas no município de Araucária são essenciais,

sendo a primeira responsável por fornecer dados da qualidade dos serviços percebida pelos usuários e a segunda pelo conhecimento das características dos indivíduos faltantes e investigação qualitativa de suas causas. Para sua implantação será necessária a contratação de estagiários que serão responsáveis pelo levantamento e coleta de dados, sendo coordenados pelo Gestor da Ouvidoria, responsável pela organização e interpretação dos dados em parceria com a Subcomissão da Gestão de Filas de Espera. Também, poderá ser realizada em parceria com Instituições de Ensino Superior. Com relação aos prazos, a pesquisa de satisfação do usuário será periódica, devendo seus dados serem analisados trimestralmente. Já a pesquisa do perfil dos pacientes absentistas possui prazo de 02 anos para conclusão, com análise quadrimestral dos resultados parciais. Seu resultado poderá determinar os fatores de risco para o absenteísmo e poderá ser analisado com o perfil epidemiológico do município, a fim de averiguar a relação das faltas às consultas com a sazonalidade das doenças, comportando, por fim, a formulação de novas estratégias. O monitoramento se dará pelo cumprimento de cronograma dos projetos de pesquisa, sendo a responsabilidade do Gestor da Ouvidoria.

A Atenção Básica terá como responsabilidade a pesquisa da taxa de resolatividade (TR) da AB (**Proposta 4**), sendo realizada através do levantamento de dados como o acesso aos serviços da Atenção Básica (consultas iniciais) e número de consultas resolutivas. Os dados serão obtidos através do Sistema de Informação em Saúde de Araucária – SISA. De acordo com o documento de Terminologia Básica da Saúde do Ministério da Saúde (p.39) o cálculo é realizado pela seguinte fórmula:

$$TR = \frac{\text{Número de consultas resolutivas em um dado período}}{\text{Número total de consultas no mesmo período}} \times 100$$

A responsabilidade pela coordenação da pesquisa da TR será do Diretor de Atenção Básica, com suporte dos coordenadores de UBS. O período de análise será quadrimestral, com divulgação quadrimestral à Subcomissão de Gestão de Filas de Espera. A taxa de resolatividade é um importante instrumento de monitoramento da qualidade dos serviços da Atenção Básica e do funcionamento dos modelos de atenção presentes no município.

A Central de Regulação terá como objetivo a identificação da real demanda mensal de encaminhamentos por UBS e por Especialidade (**Proposta 5**), através do

sistema de marcação de consulta, gerando relatório específico para análise da Subcomissão de Gestão de Filas de Espera. O gestor da Central de Regulação será responsável sobre a entrega dos resultados dos dados tabulados mensalmente. O primeiro relatório deverá conter os dados do ano de 2015 com prazo de entrega de seis (06) meses. Os demais relatórios serão mensalmente entregues, com um relatório referente à demanda do ano corrente no primeiro mês do ano subsequente.

A Atenção Especializada, por sua vez, irá realizar estudo piloto com a técnica de *overbooking* (**Proposta 8**), iniciando com a definição da capacidade máxima de atendimento do CEMO, com a identificação dos percentuais de agendamento, ambos por especialidade, para posteriormente calcular a probabilidade de falta dos pacientes e a probabilidade de comparecimento de pacientes acima da capacidade instalada. A partir disto, será possível projetar cenários que possam ter maior benefício com o uso da técnica. Para a realização deste estudo poderá ser necessária a contratação de empresa de consultoria, a qual terá como tarefa compilar os dados fornecidos e apresentar à Comissão de Gestão de Filas de Espera a melhor estratégia de utilização da técnica de *overbooking*. A responsabilidade da obtenção dos dados será do Diretor de Atenção Especializada com colaboração dos coordenadores do CEMO. Em caso de necessidade de consultoria, um processo licitatório deverá ser instaurado com a respectiva aprovação do Gestor da Pasta de Saúde e da Secretaria de Finanças. O monitoramento se dará por instrumentos mensais de controle de faltas dos pacientes e do índice de presença do agendamento duplo, a serem entregues pelos coordenadores do CEMO a cada início de mês ao Diretor da Atenção Especializada. O prazo para conclusão do estudo piloto será de um (01) ano.

Etapa 3

A Etapa 3 é constituída por medidas de resolução de pontos de tensão e alternativas para a redução do absenteísmo.

O déficit de recursos humanos, especialmente na Atenção Básica, possui relação com o absenteísmo devido à dificuldade na realização do cuidado em saúde pela grande demanda de tarefas, comprometendo a qualidade do serviço e a percepção do indivíduo sobre o serviço público de saúde. Desta forma, a saída esperada é a adequação dos recursos humanos na Saúde (**Proposta 12**) com contratação de profissionais, porém o Município de Araucária possui gasto com

pessoal próximo do limite máximo determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, atingindo o percentual de 52,71%. Assim, são permitidas apenas contratações para reposição de aposentadorias, exonerações e falecimentos. A saída, neste caso, é um estudo de dimensionamento de pessoal, a fim de garantir a melhor colocação dos profissionais nos equipamentos de saúde, respeitando a equidade das ações. O estudo deve contemplar o total da população adscrita nos territórios, as suas características epidemiológicas, a vulnerabilidade social, quantidade e tipo de procedimentos, processos de trabalho e a atual capacidade de recursos humanos. Este estudo deve ser coordenado pelo Diretor Geral da Saúde, em parceria com a Secretaria de Gestão de Pessoas, que terá como objetivo aumentar a eficácia, eficiência e efetividade das equipes de trabalho nos diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde, os Diretores da Atenção Básica e Especializada são responsáveis pela obtenção dos dados. O prazo para a finalização do estudo é de um (01) ano e seis (06) meses.

A Atenção Básica implementará visitas domiciliares estratégicas dos agentes comunitários de saúde com o objetivo auxiliar famílias/ pacientes com risco para o absenteísmo e que possuem histórico de faltas e incorporar o monitoramento das consultas agendadas (**Proposta 1**). Quanto ao monitoramento das consultas agendadas, os ACS deverão inserir na rotina de visitas a pergunta sobre consultas agendadas, sendo importante para a correta orientação sobre local, data e horário, exames realizados a serem levados e retomar as cartas de orientação pré-exame. Nesta oportunidade o profissional deverá orientar sobre a ligação à respectiva UBS sobre a impossibilidade de comparecimento à consulta/exame. A responsabilidade da incorporação deste monitoramento é da coordenação das UBS com suporte da Direção de Atenção Básica, tendo prazo de um (01) mês para o início das atividades. Quanto às visitas estratégicas, o Setor de Informática e a empresa do atual sistema de informações deverão, primeiramente, implementar no sistema a produção de listas de faltas de pacientes na área de cobertura do Agente Comunitário de Saúde, permitindo ao profissional a identificação dos casos reincidentes de faltas na Atenção Especializada. Desta forma, o ACS poderá organizar o cronograma de visitas estratégicas. A responsabilidade da implantação desta ferramenta será da Direção de Atenção Básica com o Setor de Informática. Para a organização do fluxo de visitas estratégicas, a responsabilidade será da Subcomissão de Gestão de Filas de Espera.

A coordenação na ponta do sistema será de responsabilidade dos Coordenadores de UBS e a parte operacional pelos Agentes Comunitários de Saúde. O prazo para implantação da ferramenta é de dois (02) meses, para a organização do fluxo é de três (03) meses e treinamento um (01) mês, totalizando seis (06) meses para o início das visitas estratégicas. Já sobre as famílias com risco para absenteísmo, será mandatória a definição de critérios de risco, como por exemplo família com membro incapaz/ acamado ou idoso que mora sozinho. Desta forma, após a conclusão da pesquisa do perfil dos pacientes absentistas e da definição dos critérios de risco para absenteísmo, será possível organizar fluxo de visitas estratégicas para esta população. A responsabilidade será da Subcomissão de Gestão de Filas de Espera, com participação ativa de Coordenadores de UBS e de Agentes Comunitários de Saúde. O prazo para a implantação desta estratégia é de seis (06) meses após a conclusão dos estudos prévios.

Outra medida de competência da Atenção Básica é a instrumentalização de profissionais da área da Saúde quanto aos protocolos, normas e fluxos de encaminhamento para a Atenção Especializada (**Proposta 2**), separando por categoria profissional e linha de cuidado. Ao final da instrumentalização, os profissionais deverão assinar termo de ciência sobre o que foi explanado, permitindo a averiguação da Auditoria e Regulação sobre os casos com encaminhamentos que não preenchem os critérios acordados. A responsabilidade para execução da instrumentalização é do Diretor da Atenção Básica, devendo contar com o apoio do Núcleo de Capacitação em Saúde, com prazo de seis (06) meses para a total instrumentalização dos profissionais. O monitoramento da efetividade desta medida se dará pelo índice de encaminhamentos que não preenchem os requisitos dos protocolos, avaliando por UBS, especialidade e profissional.

Nesta mesma ênfase, a sensibilização dos profissionais de saúde sobre o papel de fazer Saúde em colaboração com o paciente é essencial para a redução do absenteísmo (**Proposta 3**). A partir desta instrumentalização será possível diminuir as indagações, hesitações e desistências dos pacientes, de forma que se tornem agentes ativos de suas próprias Saúdes. Para haver sucesso nesta proposta, uma medida isolada não fará diferença para o profissional, fazendo-se imprescindível o uso de diversas estratégias para mudança de cultura, a saber: reuniões de equipe, campanha com o apoio do controle social, materiais informativos, oficinas de grupo de

trabalhadores. Para isso será necessário o apoio do Núcleo de Capacitação em Saúde.

A Central de Regulação terá como objetivo a formação de novos marcadores (**Proposta 7**), através da instrumentalização de servidores públicos interessados na função. O número ideal para participação neste processo é um (01) servidor por UBS por ano, criando reserva técnica nos casos de férias, licença-prêmio, afastamentos e exoneração de marcadores. O curso será anual, com conteúdo programático a ser definido pela Central de Regulação. A responsabilidade pela formação é do Gestor da Central de Regulação, com apoio do Núcleo de Capacitação em Saúde. O prazo para o início do primeiro curso é de oito (08) meses.

A inserção de *checklist* dos critérios de encaminhamento (**Proposta 6**) da AB para a Atenção Especializada é parte importante da gestão de filas, para a diminuição do absenteísmo e para a investigação da resolutividade na Atenção Básica. A utilização de um *checklist* sobre o cumprimento dos critérios estabelecidos para encaminhamento, a ser anexado à referência, previne encaminhamentos desnecessários, seja por questões técnicas ou por pressão do paciente/familiar. Os casos de alto custo continuarão a utilizar guia especial de encaminhamento. O funcionamento se dará da seguinte forma:

O instrumento de *checklist* estará disponível aos profissionais de saúde que possuem autonomia para encaminhar à Atenção Especializada, devendo checar os critérios de encaminhamento, conforme protocolos padronizados, necessitando carimbar e assinar o instrumento, e anexar à referência. Para casos especiais, o instrumento disporá de espaço para justificativa para análise da Central de Regulação e Auditoria. A responsabilidade para a criação do instrumento é da Subcomissão de Gestão de Filas de Espera, a implantação e monitoramento do uso do instrumento será dos Coordenadores de UBS, a checagem do instrumento e da referência será dos marcadores, da Central de Regulação e Auditoria. O monitoramento se dará quantitativamente pela taxa de encaminhamentos que preenchem os critérios definidos e qualitativamente pela sensibilidade de resolutividade do caso na Atenção Básica. O prazo para a implantação do *checklist* é de seis (06) meses, a análise da taxa de encaminhamentos corretos será mensal e da sensibilidade de resolutividade do caso na AB será quadrimestral.

A Atenção Especializada implantará o lembrete de consulta, através de envio de mensagem de texto (SMS) (**Proposta 9**). Para tal, poderá ser avaliada a possibilidade de inserção de ferramenta de envio de mensagens de texto pelo atual sistema de informações. Caso não seja possível, outra possibilidade é a implantação do sistema da Secretaria Estadual de Saúde, a qual detém a propriedade intelectual do *software*. A incorporação do sistema deverá ser precedida de contrato/convênio entre as esferas de Governo. Em último caso, poderá ser necessário realizar processo licitatório com empresas do ramo. A responsabilidade para avaliação das possibilidades será do Gestor Municipal de Saúde, com apoio da Procuradoria Geral do Município, Setor de Informática e Secretaria de Finanças. O Diretor da Atenção Especializada será responsável pelo monitoramento do absenteísmo e investigação da efetividade desta estratégia. O prazo para implantação do sistema de envio de mensagens é de dois (02) anos.

4.1.2 Recursos

Os recursos materiais a serem utilizados contemplarão instrumentos básicos de trabalho como material de escritório, computadores, impressões e confecção de material de divulgação, bem como disponibilização de sala de reuniões. Quanto aos recursos humanos será necessária a contratação de estagiários em número suficiente para as demandas de pesquisa. Poderão ser contratadas empresas de consultoria e palestrantes para as atividades de pesquisa e instrumentalização de profissionais. Além disso, fica previsto processo licitatório para compra de veículo para a Ouvidoria Ativa e possibilidade de licitação com empresas do ramo de envio de mensagens de texto (SMS).

4.1.3 Resultados Esperados

A partir da implantação deste plano de ação, espera-se uma redução de pelo menos 8% da taxa global de absenteísmo, redução de 15% de faltas nas

Especialidades Odontológicas e de 6% nas Especialidades Médicas do CEMO. Espera-se também diminuir em 20% as filas de espera no primeiro ano de implantação.

Além destes resultados, a complexidade destas ações abastecerá um complexo sistema de informações sobre a população e a Saúde do Município, o qual poderá contribuir para o delineamento de políticas públicas que respeitem as características dos Territórios e das demandas de Saúde. Irá proporcionar, também, a reorganização dos processos de trabalho e de alocação de pessoal, proporcionando maior eficiência das ações, empoderamento da população sobre sua Saúde e sobre os direitos e deveres que lhe competem e abertura de novo espaço para participação popular.

Assim sendo, este projeto técnico trará benefícios para trabalhadores, gestores e usuários do sistema de saúde no curto, médio e longo prazo, melhorando, conseqüentemente, os níveis de saúde da população.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os riscos esperados e as medidas preventivo-corretivas estão descritas na sequência das propostas:

Atenção Básica

Proposta 1: realizar visitas domiciliares estratégicas dos agentes comunitários de saúde com o objetivo auxiliar famílias/ pacientes com risco para o absenteísmo e que possuem histórico de faltas e incorporar o monitoramento das consultas agendadas.

A incorporação do monitoramento pelos ACS pode não vingar pela resistência dos profissionais. O investimento na sensibilização da importância do monitoramento tende a prevenir este risco. Como medida corretiva pode ser a inclusão do monitoramento nos formulários utilizados pelos ACS, contendo as datas de agendamento e especialidades monitoradas.

Sobre as visitas domiciliares estratégicas o primeiro risco está na impossibilidade de ajuste do sistema de informações, dificultando a identificação dos pacientes faltosos e/ou com risco para absenteísmo. Assim, a medida corretiva seria

de uso de lista geral de faltas da UBS e trabalho manual de organização por ACS, podendo ser contratado estagiário para a função. Para famílias com risco para absenteísmo, nos formulários o ACS deverá já sinalizar se a família se enquadra nos critérios de risco. Outro risco é a resistência dos profissionais, devendo investir em sensibilização e entrega de relatório específico destas visitas.

Proposta 2: instrumentalizar profissionais da área da Saúde quanto aos protocolos, normas e fluxos de encaminhamento para a Atenção Especializada.

O risco para esta proposta está na organização dos eventos, podendo haver demora na realização. A medida preventiva é o estabelecimento de cronograma, com supervisão do responsável pela Subcomissão de Gestão de Filas de Espera.

Proposta 3: instrumentalizar profissionais da área da Saúde sobre sensibilização do paciente quanto ao seu cuidado de saúde e sobre a importância do encaminhamento realizado.

A Proposta 3 possui o mesmo risco da Proposta 2, a diferença está na indicação do profissional que realizará a instrumentalização, podendo ser contratado para isso. Uma das dificuldades é a questão financeira, que pode inviabilizar a contratação de profissional com competência. A medida adequada é a sondagem de servidor público do Município que tenha capacidade e competência para esta tarefa ou sondar profissional competente que aceite participar de forma voluntária.

Proposta 4: pesquisar a taxa de resolutividade da Atenção Básica.

Por possuir os dados em sistema de informação referentes ao tipo de atendimento (primeira consulta, retorno) e a conduta tomada (alta, retorno e encaminhamento) de todas as UBS, o único risco é a possibilidade de perda de informações pelo *software* atual. A medida preventiva é a realização de *backup* sistemático dos atendimentos realizados.

Central de Regulação:

Proposta 5: identificar a real demanda mensal de encaminhamentos por UBS e por Especialidade.

O risco encontrado é a falta de pessoal para compilação do banco de dados, podendo ser solucionado pela contratação ou remanejamento de estagiários para a função.

Proposta 6: inserir *checklist* dos critérios de encaminhamento da Atenção Básica para Especializada.

A resistência dos trabalhadores da Atenção Básica pode comprometer a efetivação desta proposta, porém cabe ressaltar que o checklist é uma proteção ao profissional de saúde, o qual irá guiar para o correto encaminhamento e inibir a pressão de pacientes/familiares, sendo importantes pontos de argumentação e de sensibilização pelos gestores. Outro risco encontrado é sobre a tabulação dos dados, cabendo a mesma solução da Proposta 5, com remanejamento ou contratação de estagiários.

Proposta 7: instrumentalizar servidores públicos interessados em serem marcadores.

Dois riscos são encontrados nesta proposta. O primeiro é referente ao número de interessados, que pode ser menor do que o esperado, não criando reserva técnica suficiente. A medida preventiva a ser adotada é a divulgação prévia a todas as UBS e a solicitação aos coordenadores de UBS para encorajar trabalhadores a se inscreverem. O segundo risco corresponde à mudança de ocupação dos trabalhadores, a qual poderá acarretar em prejuízo ao atendimento dos usuários. Por haver um déficit importante na Saúde, a medida corretiva será de indicação do coordenador de UBS para as unidades com mais de um interessado. A indicação terá como critério o menor prejuízo ao serviço.

Atenção Especializada:

Proposta 8: realizar estudo piloto com a técnica de *overbooking*, como ferramenta gerencial na redução dos efeitos do absenteísmo.

Nesta proposta o risco inicia pela dificuldade em realizar o estudo autonomamente, podendo carecer de contratação de empresa de consultoria. O empecilho financeiro pode ser decisivo para a inviabilização do estudo. Assim, a medida mais prudente é a análise do custo-benefício de sua implantação. Outro risco encontrado é a possibilidade de prejuízo do *overbooking* ao serviço, seja pela espera dos pacientes, seja pelo desgaste dos trabalhadores. Por se tratar de um estudo piloto,

os pacientes e trabalhadores devem ser orientados sobre o processo em questão, podendo ocorrer falhas até encontrar o nível ótimo de *overbooking*.

Proposta 9: implementar o lembrete de consulta, através de envio de mensagem de texto (SMS).

O maior risco encontrado é relacionado ao valor necessário para a implantação do sistema. Caso a atual empresa licitada não tenha como inserir esta função no sistema de informações ou cobre valor alto, a solução é tentar a utilização do sistema do Governo do Estado. Da mesma forma, o custo pode ser um problema e outro problema refere-se à integração dos sistemas, com risco de ser incompatível. Neste caso, a solução seria buscar na iniciativa privada *softwares* que sejam compatíveis. Para isso é preciso realizar processo licitatório, com a vantagem de obter melhores valores.

Secretaria Municipal de Saúde (SMSA):

Proposta 10: desenvolver estratégias de Ouvidoria Ativa, com pesquisa de satisfação do usuário do SUS e do perfil de pacientes absentistas no município de Araucária.

Os riscos desta proposta encontram-se na resistência dos trabalhadores, por se tratar de uma mudança de concepção, e falta de pessoal. A resistência pode ser trabalhada com a discussão do modelo a ser implantado entre Secretário da Pasta, Diretor Geral e Gestor da Ouvidoria. A falta de pessoal pode ser suprimida pelo remanejamento de pelo menos um trabalhador para as atividades itinerantes e contratação/ remanejamento de estagiários.

Proposta 11: criar uma Comissão de Gestão de Filas de Espera.

O risco encontrado para a Comissão e Subcomissão de Gestão de Filas de Espera está relacionado à compatibilidade de horários dos gestores do alto escalão, de forma a comprometer as discussões e tomadas de decisão. A saída adequada é o estabelecimento de cronograma anual de reuniões, com definição bimensal de pautas.

Proposta 12: adequar os Recursos Humanos na Saúde, especialmente na Atenção Básica.

Por haver, neste momento, uma proibição para novas contratações devido ao elevado gasto com pessoal, o risco do estudo do dimensionamento de pessoal é a de

não conclusão do mesmo, por se tratar de algo complexo e com muitas variáveis. Assim, embora possa haver maior investimento envolvido, um dos caminhos pode ser a contratação de consultoria especializada, garantindo a entrega dos resultados à SMSA.

Proposta 13: Avaliar as dificuldades do atual sistema de informações do município na Saúde e discutir ações corretivas.

Nesta proposta o risco concerne à impossibilidade de a empresa responsável realizar as ações de modificação reivindicadas. A saída extrema é a rescisão de contrato com posterior realização de nova licitação. Os problemas desta alternativa contemplam o risco de pagamento de multa pela rescisão unilateral, o tempo necessário para ter o resultado do processo licitatório, tempo e valores necessários para integração de banco de dados e treinamento do *software*.

A seguir, encontra-se quadro resumo das propostas, conforme descrição realizada na apresentação das propostas (QUADRO 1, 2, 3 e 4):

PROBLEMA	PROPOSTA	AÇÕES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
Pacientes com reincidência de faltas, pacientes com justificativas de esquecimento, perda de horário e não achar o local da consulta.	Realizar visitas domiciliares estratégicas dos agentes comunitários de saúde.	Auxiliar famílias/pacientes nas orientações sobre local, data e horário das consultas/agendadas. Conscientizar sobre a importância da presença na consulta ou avisar previamente a ausência. Incorporar o monitoramento das consultas agendadas.	Implementação no sistema de informações de listas de faltas de pacientes na área de cobertura do ACS; Treinamento aos ACS e coordenadores de UBS; Formulários específicos; Material básico de trabalho.	Percepção do paciente como corresponsável pela própria saúde; Prevenção do absenteísmo em 20%; Contribuição para taxa global de 8% de absenteísmo.

Referências desnecessários da AB para a Atenção Especializada.	Instrumentalizar profissionais da Atenção Básica sobre os protocolos, normas e fluxos.	Realizar instrumentalização por categoria profissional e linha de cuidado. Profissionais deverão assinar termo de ciência.	Equipe de planejamento e treinamento. Local para atividades; Impressões; Canetas;	Diminuição do número de encaminhamentos que não preenchem os critérios estabelecidos. Aumento da taxa de resolutividade da AB. Diminuição das filas de espera.
Pacientes faltam por não entenderem os motivos de ser encaminhado. Não percepção do seu estado de saúde.	Instrumentalizar profissionais da AB sobre sensibilização do paciente quanto ao seu cuidado de saúde e sobre a importância do encaminhamento realizado.	Promover oficinas bimensais em cada UBS, abordando formas de sensibilização do paciente, dificuldades encontradas e estratégias de sucesso.	Equipe responsável pelas atividades; Programação da agenda para coordenadores; Materiais de escritório.	Melhora da qualidade de atendimento; Paciente com visão positiva do serviço de saúde; Paciente ativo em seu cuidado de saúde; Contribuição para taxa global de 8% de absenteísmo.
Ausência de pesquisa da taxa de resolutividade da AB.	Pesquisar a taxa de resolutividade da Atenção Básica.	Levantar dados do acesso aos serviços da Atenção Básica (consultas iniciais) e do número de consultas resolutivas.	Equipe de levantamento de dados; Equipe de análise dos dados; Computadores; Material de escritório.	Maior controle da qualidade de atendimento e das Redes de Atenção.

QUADRO 1. RESUMO DAS PROPOSTAS NA ATENÇÃO BÁSICA.

FONTE: O autor (2016).

PROBLEMA	PROPOSTA	AÇÕES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
Desconhecimento da real demanda de encaminhamentos para a Atenção Especializada.	Identificar a real demanda mensal de encaminhamentos por UBS e por Especialidade.	Levantar as informações dos encaminhamentos realizados por UBS e especialidade, mensalmente; Analisar oferta e demanda na Atenção Especializada.	Equipe de levantamento de dados; Equipe de análise dos dados; Computadores; Material de escritório.	Distribuição adequada dos recursos humanos. Diminuição do tempo de fila de espera. Facilitação do acesso ao serviço de saúde especializado.
Encaminhamentos desnecessários da AB para a Atenção Especializada.	Inserir <i>checklist</i> dos critérios de encaminhamento da Atenção Básica para Especializada.	Criar formulário com critérios de encaminhamento; Capacitar coordenadores e profissionais da AB, Regulação e Auditoria; Disponibilizar <i>checklist</i> a ser anexado ao encaminhamento. Checar <i>checklist</i> : marcadores, Regulação e Auditoria.	Equipe de criação e de capacitação; Formulários; Material de escritório.	Diminuição do número de encaminhamentos que não preenchem os critérios estabelecidos. Aumento da taxa de resolutividade da AB. Diminuição das filas de espera.
Problemas na marcação de consultas devido ao alto grau de rotatividade de marcadores;	Instrumentalizar servidores públicos interessados em serem marcadores.	Realizar instrumentalização de profissionais que desejam ser marcadores; Criação de reserva técnica.	Equipe de planejamento e treinamento; Material básico de trabalho.	Diminuição importante de marcações erradas, perda de encaminhamentos; Aumento da eficiência do Setor de

				Marcação de Consultas;
--	--	--	--	------------------------

QUADRO 2. RESUMO DAS PROPOSTAS NA CENTRAL DE REGULAÇÃO.

FONTE: O autor (2016).

PROBLEMA	PROPOSTA	AÇÕES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
Número elevado de absenteísmo, com desperdício de vagas de consulta.	Realizar estudo piloto com a técnica de overbooking,.	Definir capacidade máxima de atendimento; Identificar os percentuais de agendamento; Calcular nível ótimo de overbooking; Organizar serviço no melhor cenário provido pelo cálculo. Monitorar efetividade da técnica.	Equipe de levantamento de dados; Equipe de análise dos dados; Empresa de consultoria (se necessário).	Melhor uso da capacidade instalada; Aumento no número de consultas/ procedimentos; Diminuição do desperdício de recursos.
Pacientes faltam por esquecimento da consulta, do horário.	Implementar o lembrete de consulta, através de envio de mensagem de texto (SMS).	Averiguar se atual sistema de informações permite inclusão desta tecnologia. Realizar processo licitatório (se necessário). Implementar a tecnologia.	Assistência jurídica; Equipe de negociação; Contratação do serviço.	Diminuição do absenteísmo por esquecimento, perda de horário.

		Monitorar efetividade.		
--	--	------------------------	--	--

QUADRO 3. RESUMO DAS PROPOSTAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.

FONTE: O autor (2016).

PROBLEMA	PROPOSTA	AÇÕES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
Inexistência de pesquisa de satisfação. Necessidade de estratégias em Educação em Saúde.	Desenvolver estratégias de Ouvidoria Ativa.	Implementar a Ouvidoria Itinerante; Realizar pesquisa de satisfação; Pesquisar perfil dos pacientes absentistas;	Material de divulgação; Equipe responsável da Ouvidoria Itinerante; Equipe de levantamento de dados e de análise dos dados; Material de escritório; Carro.	Empoderamento da população sobre o sistema de saúde. Conhecimento da visão dos usuários sobre serviços de saúde. Com o perfil de pacientes absentistas será possível definir critérios de risco e formulação de estratégias.
Necessidade de efetivação da gestão de filas de espera.	Criar a Comissão de Gestão de Filas de Espera	Criar Comissão através de Decreto Municipal; Criar subcomissão; Planejar, organizar e implementar ações estratégicas; Monitorar resultados.	Organização de agenda dos participantes; Local de reuniões; Material de escritório.	Diminuição das filas de espera; Diminuição do absenteísmo; Adequação de oferta x demanda na AES.
Déficit de Recursos Humanos (RH).	Adequar os Recursos Humanos na Saúde,	Realizar chamamento público, dentro das	Recursos financeiros; Contratação de empresa de	Melhor utilização dos Recursos Humanos;

	especialmente na Atenção Básica.	possibilidades financeiras; Realizar estudo de dimensionamento de pessoal.	consultoria (se necessário); Material de escritório.	Aprimoramento do processos de trabalho; Diminuição do déficit de RH;
Perdas de informações, necessidade de retrabalho, quedas no sistema de informações e prontuário eletrônico não certificado.	Avaliar as dificuldades do atual sistema de informações do município na Saúde e discutir ações corretivas.	Levantar as dificuldades no sistema encontradas pela SMSA. Discutir com a empresa a resolução dos empecilhos. Verificar processo de certificação de prontuário.	Local para reuniões; Equipe de levantamento de dados.	Aprimoramento do sistema, com diminuição de retrabalho e perda de dados. Prontuário eletrônico certificado, com integração nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde.

QUADRO 4. RESUMO DAS PROPOSTAS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

FONTE: O autor (2016).

5 CONCLUSÃO

O absenteísmo é problema crônico no CEMO de Araucária. Deste modo, este Projeto Técnico buscou oferecer alternativas para o enfrentamento do absenteísmo. Como pôde ser visto, as ações necessárias para a efetiva redução das faltas dos pacientes envolvem medidas complexas e variadas, nos níveis estratégico, tático e operacional, com ações intrasetoriais e intersetoriais e com implantação de estratégias focais e sistêmicas, e de sistemas de avaliação e monitoramento.

O planejamento é um processo que determina o futuro almejado, aponta os caminhos necessários para alcançá-lo, funciona como uma bússola no percurso e

abastece a longa caminhada. Baseado nesta concepção, este planejamento possui objetivos importantes e claros a serem perseguidos, com propostas ambiciosas, porém factíveis, podendo beneficiar gestores, trabalhadores e, principalmente, os usuários do SUS Araucária. Por fim, este Projeto possui caráter técnico, o que pressupõe que sua exequibilidade carece de análise complementar de viabilidade política.

REFERÊNCIAS

ALBIERI, F. A. O. *et al.* Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. **SMS**. São Paulo. s.d. [2] p. ilus. 2014.

BENDER, A. S. *et al.* Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BERG, B. *et al.* Estimating the Cost of No-shows and Evaluating the Effects of Mitigation Strategies. **Med Decis Making**, 33(8): 976–985, nov. 2013

CAVALCANTI, R. P. *et al.* Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa–PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 7(2) : 63-84. 2013.

DALRI, L. **Absenteísmo nos Serviços de Referência de Especialidades Odontológicas em Florianópolis, SC**. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

FERNANDES, L. A. *et al.* Absenteísmo às consultas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu. **Revista de Ciência & Tecnologia**, vol. 13, nº 1, jun. 2013

GONÇALVES, C.A. *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):449-460, 2015.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Estado envia SMS para lembrar pacientes de consultas e exames especializados. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=78758>>. Acesso em 22/12/2015.

IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.

IZECKSOHN, M. M. V., FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 9, n. 32, p. 235-241, ago. 2014

JANDREY, C. M., DREHMER, T. M. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico : o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**. Porto Alegre. Vol. 40, n. 2, p. 24-28, jan. 2000

JOHNSON, B. J. *et al.* Reduction and management of no-shows by family medicine residency practice exemplars. **The Annals of Family Medicine**, 5.6: 534-539. 2007

LACY, N. L. *et al.* Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. **Ann Fam Med**, 2:541-545. 2004

LaGANGA, L. R. & LAWRENCE, S. R.. An appointment overbooking model to improve client access and provider productivity. **Proc. New Challenges Service Oper**, POMS College of Service Operations Meeting, jul. 2007

MARTIN, C. *et al.* Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. **Family practice**, 22(6), 638-643. 2005.

MILLER, A. J. *et al.* Predictors of repeated “no-showing” to clinic appointments. **American Journal of Otolaryngology**, 36(3): 411-414. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia básica em saúde**. 2a ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. 49 p.

MOLFENTER, T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. **Substance use & misuse**, 48.9: 743-749. 2013

NOUR EL-DIN, M. M. *et al.* Missed appointments at a university hospital in eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. **J Egypt Public Health Assoc**, 83(5-6):415-33. 2008.

OLESKOVICZ, Marcelo, *et al.* Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. saúde pública**, 30.5: 1009-1017. 2014.

PRADO, C. S. *et al.* Impacto da utilização de mensagens do tipo SMS (Short Message Service) como lembrete na adesão ao tratamento de saúde—revisão sistemática da literatura. **Journal of Health Informatics**, 4(4):159-64, out-dez. 2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA. CEMO realiza mutirão de especialidades e orienta que população não falte. Disponível em: <<http://www.araucaria.pr.gov.br/cemo-realiza-mutirao-de-especialidades-e-orienta-que-populacao-nao-falte/>>. Acesso em 30/10/2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA. Relatório de Gestão Fiscal - 3º quadrimestre/2015. **Diário Oficial do Município (online)**, Araucária, PR, pub. 328/2016, 29 jan. 2016. Disponível em: <<http://www2.diariooficial.araucaria.pr.gov.br/search/view?id=29367>>. Acesso em 10/01/2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA. Mutirão no CEMO realiza 650 consultas. Disponível em: <<http://www.araucaria.pr.gov.br/mutirao-no-cemo-realiza-650-consultas/>>. Acesso em 30/10/2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA. Plano de gestão da atenção básica propõe ações para a área de saúde. Disponível em: <<http://www.araucaria.pr.gov.br/plano-de-gestao-da-atencao-basica-propoe-acoes-para-a-area-de-saude/>>. Acesso em 30/10/2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA. Prefeitura orienta população a não faltar em consultas agendadas. Disponível em: <<http://www.araucaria.pr.gov.br/pma/prefeitura-orienta-populacao-nao-faltar-em-consultas-agendadas/>>. Acesso em 29/08/2015.

SÁ, M. V. H M. **Plano de Intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado**. 20 f. Monografia (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS**: um estudo em um município baiano. 33 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2009.

SATIANI, B. *et al.* No-show rates in the vascular laboratory: analysis and possible solutions. **J Vasc Interv Radiol** 2009;20:87–91.

SILVA, M. T. F. **Avaliação da redução do absenteísmo às consultas marcadas em um serviço de referência em diabetes.** 34 f. Projeto de pesquisa (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição e Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre; s.n; 2013.

TAVARES, R. G. N. S. *et al.* Redução da fila de espera e absenteísmo para biópsia de próstata no Município de São Paulo. **SMS**, São Paulo; mar. 2015. 1 p. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6597>>. Acesso em 13/12/2015.

ZAITTER, W. M. **Acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de endodontia: estudo dirigido dos inscritos aguardando em fila de espera, nos distritos de saúde Boa Vista e Cajuru do Município de Curitiba-PR.** 83 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.